

Arkansas Autism Partnership

Programa de exención de autismo de Arkansas

LISTA DE CHECKLIST PARA LA APROBACION INICIAL DE LA SOLICITUD:

- Exencion de Autismo Application (Form DCO-0004)
- DHS Release of Info (Form DHS-4000)
- Medical Review Team Social Report (Form DCO-108C)
- 2 de las 3 evaluaciones enumeradas a continuación:
 - Registros de evaluacion de un medico que incluye el diagnostico de autism
 - Registros de evaluacion de un psicologo (nivel de doctorado) que incluyen el diagnostico de autism
 - Registros de evaluacion de un patologo del habla que incluyen el diagnostico de autism
- Pruebas específicas de autismo (al menos uno)
 - CARS, ADOS, ADI-R or
 - Delineation of the DSM criteria
- Copia del certificado de nacimiento
- Copia de la tarjeta del Seguro Social
- Copia de la Tarjeta de Seguro Privado y/o Tarjeta Medicaid
- Copias de estados de cuenta bancarios de cualquier otro recurso/ingreso a nombre del niño
- Copias de la declaracion de impuestos del año anterior
- Copy of custody or guardianship papers (if applicable)

Envíe la solicitud y los documentos de respaldo antes de...

EMAIL = LWATT@UARK.EDU y/o RMHOLMES@UARK.EDU

Correo a: Partners for Inclusive Communities

ATTN: AAP

10809 Executive Center Drive, Suite 316

Little Rock, Arkansas 72211

Fax: (479)308-0296

AAP Administration:

Renee Holmes, Director of Autism Services rmholmes@uark.edu

Shakira Gilbert, Waiver Coordinator srg02@uark.edu

Leigh Ann VanGorder, Waiver Coordinator lavangor@uark.edu

Cathy Fox, Waiver Coordinator caf002@uark.edu

Lindsay Watt, Waiver Eligibility Specialist lwatt@uark.edu

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Solicitud para beneficios de SNAP, Atención de salud (Health Care) y TEA/RCA

Esta es una solicitud combinada de asistencia de alimentos, médica y dinero. Puede responder solo las preguntas relacionadas con el programa(s) que está solicitando. Por favor responda todas las preguntas si solicita todos los programas. Un amigo, pariente u otra persona que desea puede ayudarle a completar esta solicitud.

¿Qué secciones de la solicitud necesito completar?

Para solicitar SNAP:



Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para SNAP, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para SNAP, entonces no es necesario que complete esa sección.

Para solicitar Atención de salud



Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para el programa de Atención de salud, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para Atención de salud, entonces no es necesario que complete esa sección.

Para solicitar TEA o RCA:



Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para TEA/RCA, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para TEA/RCA, entonces no es necesario que complete esa sección.



SNAP

Programa de Asistencia

Nutricional Suplementaria (SNAP):
Beneficios mensuales para ayudar a comprar alimentos.



Atención de salud

Seguro gratis o a bajo costo de Medicaid para ayudar a pagar por visitas al doctor, estadias en el hospital, medicamentos recetados, análisis de laboratorio, radiografías y otros.



TEA/RCA

Asistencia de empleo transitoria (TEA):
Asistencia en dinero para ayudar a familias con niños menores de 18 años a ser más independientes.

Asistencia en efectivo para refugiados (RCA):
Asistencia en dinero para ayudar a personas que han ingresado recientemente a los Estados Unidos con una condición migratoria determinada.

Por favor seleccione si le gustaría solicitar alguno de estos tipos específicos de asistencia de Atención de salud.
(no es todo incluido)

<input type="checkbox"/> TEFRA	Ayuda a niños menores de 19 años que tengan una discapacidad a conseguir cobertura de Atención de salud para los que normalmente no calificarían.
<input checked="" type="checkbox"/> Servicios de autismo	Ofrece tratamiento individual para niños elegibles desde los 18 meses hasta el 8º cumpleaños que hayan sido diagnosticados con un Trastorno del espectro autista.
<input type="checkbox"/> ARChoices	Servicios basados en el hogar y la comunidad para adultos de edades 21 a 64 años que tengan una discapacidad física o que tengan 65 años o más.
<input type="checkbox"/> PACE (Programa de cuidado todo incluido para personas mayores)	Para personas de 55 a 64 años con una discapacidad física o de 65 años o más que necesiten estar en un hogar de ancianos pero que quieran en cambio recibir servicios en el hogar y la comunidad de forma segura en su casa. (Deben vivir en un área que ofrezca servicios).
<input type="checkbox"/> Asistencia de vida asistida	Cubre servicios en un Centro de vida asistida (Assisted Living Facility) de nivel II si está viviendo en uno o planea ingresar a uno y cumple los requisitos.
<input type="checkbox"/> Asistencia de centro de enfermería	Cubre servicios en centros de enfermería especializada u hogares de ancianos que cumplen los requisitos. Debe estar viviendo en un centro de enfermería o estar planeando ingresar a uno.
<input type="checkbox"/> Apoyo para empleo comunitario (Exención de DDS)	Ofrece servicios para personas con discapacidades del desarrollo para que puedan participar como miembros activos en sus comunidades.
<input type="checkbox"/> Reducción de gastos (Spend-Down) medicamento necesarios	Ofrece cobertura a corto plazo para aquellos cuyo ingreso es superior a los límites normales para la asistencia de atención de salud, pero que tengan cuentas médicas altas en un periodo de 3 meses y cumplan los requisitos del programa.
<input type="checkbox"/> Programa de ahorro Medicare	Ofrece cobertura limitada para suplementar a los receptores de Medicare. Cubre rangos desde el pago de primas de Medicare, deducibles y co-seguro para personas de bajos ingresos, hasta pagar solo una parte de la prima de Medicare Parte B para personas con ingresos más altos.

Apoyo lingüístico



Si no habla inglés, tienen un problema de audición o tienen una discapacidad, díganos cómo podemos ayudarlo (interprete, lenguaje de señas, número de teléfono TDD/TTY al que deberíamos llamar, dispositivo de audición asistida. También puede llamar a Asistencia al cliente al teléfono gratuito 1-800-482-8988.

Si no habla inglés, tiene una discapacidad auditiva o tiene una discapacidad, háganos saber cómo podemos ayudarlo (un intérprete, un lenguaje de señas, un número de teléfono TDD / TTY al que debemos llamar, un dispositivo de asistencia auditiva, etc.) o puede traer su propio apoyo. Llame a Asistencia al Cliente de forma gratuita al 1-800-482-8988.

¿Cuál es el idioma que necesita para leer?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Otro:
¿En qué idioma prefiere que le envíen las notificaciones?	<input type="checkbox"/> Inglés	<input type="checkbox"/> Español	<input type="checkbox"/> Marshalés	<input type="checkbox"/> Otro:
¿Necesita un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	En caso afirmativo, ¿a qué idioma? _____	

PASO 1:

Acerca del cabeza de grupo familiar



Nombre del cabeza del grupo familiar:		
Dirección física:		Unidad/Apto.:
Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Dirección postal (si fuera diferente):		Unidad/Apto.:
Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Teléfono preferido:	Teléfono alternativo:	
Correo electrónico:		
¿Quiere que le envíen notificaciones y alertas electrónicas para su caso? Si es así, marque:		<input type="checkbox"/> Alertas por teléfono <input type="checkbox"/> Alertas por correo electrónico
¿Vive actualmente en Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguien de su grupo familiar ha recibido asistencia en otro estado en los últimos 30 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿En cuál de los siguientes entornos viven miembros de su grupo familiar?		
<input type="checkbox"/> Vivienda	<input type="checkbox"/> Alojamiento universitario	<input type="checkbox"/> Vivienda transitoria
<input type="checkbox"/> Hogar de reposo	<input type="checkbox"/> Sin hogar	
<input type="checkbox"/> Prisión/cárcel	<input type="checkbox"/> Instalación de salud mental	<input type="checkbox"/> Instalación para el tratamiento de drogas/alcohol
<input type="checkbox"/> Refugio	<input type="checkbox"/> Otro	
¿Alguien está ausente temporalmente del hogar? (ejercito, hospital, encarcelado, escuela/universidad, etc.) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si la respuesta es sí, incluya el nombre(s) de esa persona(s):		
¿Está solicitando para alguien que murió recientemente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si contestó que sí, indique su nombre y fecha de su muerte		Nombre: Fecha de la muerte:
¿La instalación donde vive le entrega la mayoría de las comidas (más del 50% de tres comidas diarias) como parte de sus servicios de nutrición? (Solo SNAP) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

PASO 2

Requisitos de entrevista



Los grupos familiares que soliciten SNAP y TEA/RCA tienen que completar una entrevista para ver si son elegibles. Esta entrevista puede ser en persona, por teléfono o virtual. Solo es necesario hacer una entrevista si solicita ambos programas SNAP y TEA/RCA.

Si pierde una cita para una entrevista, no fijaremos otra cita a menos que usted nos pida hacerlo.

1. ¿Prefiere una entrevista en persona o una entrevista por teléfono? En persona Teléfono

Si seleccionó una entrevista por teléfono, debe proporcionar un número de teléfono que funcione. Asegúrese de tener servicio telefónico o minutos disponibles.

Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba): _____

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA		Número(s) de caso:			
		Programas solicitados		Disposición	
Solo para SNAP:		<input type="checkbox"/> SNAP-----	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Denegada
¿Expedito?		<input type="checkbox"/> TEA/RCA-----	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Denegada
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Atención de salud -----	<input type="checkbox"/> Pendiente	<input type="checkbox"/> Aprobada	<input type="checkbox"/> Denegada
Fecha de evaluación:	Fecha LD:	<input type="checkbox"/> LTSS/centro de enfermería <input type="checkbox"/> TEFRA/Autismo <input type="checkbox"/> Exención de DDS	Fecha recibida:		
Evaluador:			Fecha de disposición:		

PASO 3 Evaluación expedita (solo para SNAP)

La mayoría de las solicitudes SNAP se procesan en un plazo de 30 días. Sin embargo, en algunos casos un grupo familiar puede tener derecho a servicios expeditos. Por favor responda las preguntas a continuación para que podamos decidir si es elegible para que su solicitud SNAP sea procesada antes.

- ¿Cuál es la renta mensual total antes de los descuentos de su grupo familiar?** \$ _____
Los descuentos son cantidades descontadas para impuestos, seguros, etc. El total mensual debe incluir dinero que usted y los otros miembros de su grupo familiar obtienen por trabajo y el dinero recibido en la forma de cheques o efectivo. También, debe incluir dinero que usted y los otros miembros de su grupo familiar hayan recibido hasta ahora este mes y dinero que recibirá antes de que termine el mes.
- ¿Cuánto dinero tienen actualmente usted y los miembros de su grupo familiar en efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, etc.?** \$ _____
- ¿Cuánto paga su grupo familiar por vivienda y servicios básicos?** \$ _____
- ¿Qué servicios paga por separado de la renta o la hipoteca?** (Marque todos las que correspondan)
 Electricidad Gas natural Agua Basura Teléfono Otro

Para grupos familiares con migrantes o trabajadores agrícolas temporales:

- ¿Algún integrante de su grupo familiar es migrante o trabajador agrícola temporal?** Sí No
Si contestó que sí, ¿el ingreso de alguien en su grupo familiar se terminó recientemente? Sí No
- ¿Alguien espera ingresos de una nueva fuente este mes?** Sí No
Si es así, ¿a cuánto ascenderá el ingreso? \$ _____
¿Cuándo espera recibirlo? \$ _____

Derecho a presentar la solicitud:

Usted tiene derecho a presentar inmediatamente una solicitud para SNAP (asistencia de alimentos) siempre que su nombre y la firma de un miembro responsable del grupo familiar o un representante autorizado (ver Anexo C) se incluyan en esta página. Los montos de beneficio de SNAP se basan en la fecha de solicitud entre otros factores. No le *aprobarán* beneficios hasta que se haya completado todo el proceso de solicitud.

Con mi firma, Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis afirmaciones son correctas. Entiendo que si se encuentran discrepancias entre la información entregada por mí y aquella entregada por las fuentes indicadas arriba, el DHS podrá ponerse en contacto con otras fuentes para su verificación. Entiendo que puedo tener que proporcionar pruebas que demuestren que lo que le dije al Departamento es verdad. Entiendo que esta información puede afectar la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir beneficios. También entiendo que debo decirle al Departamento sobre cualquier cambio a la información entregada en mi solicitud. Entiendo que si es necesario, debo cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores como condición de elegibilidad. He recibido, revisado y acepto la información sobre mis responsabilidades incluida en esta solicitud. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he entregado en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha:** _____

Atención: Un Representante autorizado puede firmar este documento siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C (adjunto).

PASO 4 Tarjeta EBT

Cualquier beneficio de SNAP o TEA/RCA que reciba se pondrá en la tarjeta de Transferencia de beneficio electrónica (EBT) de Arkansas de su grupo familiar. Si nunca ha tenido una tarjeta EBT en Arkansas, se le enviará una por correo cuando se aprueben sus beneficios. Si necesita reemplazar una tarjeta perdida o robada, puede llamar a la mesa de ayuda de EBT al 1-800-997-9999 o marcar "sí" abajo para asistencia.

- ¿Ha tenido alguna vez una tarjeta EBT en Arkansas? Sí No
- Si contestó que sí, ¿necesita ayuda para pedir una tarjeta EBT nueva? Sí No

PASO 5

Acerca de integrantes de su grupo familiar

(Incluso si no va a solicitar beneficios para ellos)



	EJEMPLO	Miembro del grupo familiar N.º 1 (USTED)	Miembro del grupo familiar N.º 2
1. Nombre:	Maria		
Nombre intermedio:	Denae		
Apellido:	Johnson		
2. Fecha de nacimiento:	01/23/1987		
3. Sexo:	Femenino		
4. Raza/Origen étnico (indígena estadounidense o nativo de Alaska, india asiática, negra o afroamericana, china, chicana, cubana, filipina, Guameña o Chamorro, japonesa, coreana, mexicana, mexicana estadounidense, nativo de Hawái, no hispano/latino, otro asiática, otro isleño del Pacífico, puertorriqueña, samoana, origen español, vietnamita, otro hispano o latino o blanca):	Vietnamita		
5. ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos? (Los inmigrantes pueden ser elegibles para beneficios)	Sí		
6. Número del seguro social: (Dejar en blanco si la persona no tiene uno o no está solicitando beneficios)	555-55-5555		
7. Relación con el cabeza del grupo familiar:	daughter		
8. ¿Cuáles beneficios está solicitando esta persona con su grupo familiar? (Marque todas las que correspondan. Si no aplica ninguna, escriba "N/A")	SNAP, TEA		
9. ¿Usted o su cónyuge son los padres biológicos o adoptivos de esta persona?	No		
10. ¿Es esta persona un militar en servicio activo, un veterano o el cónyuge o hijo dependiente de alguien que está en servicio activo o es veterano? Si contesto sí, ¿cuál?	Sí, veterano		
11. ¿Está esta persona en cuidado de acogida?	No		
12. ¿Estaba esta persona en el cuidado de crianza (Foster care) de Arkansas y se inscribió en asistencia de Atención de salud cuando cumplió 18 años hasta los 21 años? (Solo Atención de salud)	Sí		
13. ¿Es esta persona estudiante a tiempo completo?	No		
14. ¿Está inscrita esta persona en un centro de educación superior o escuela técnica? Sí contestó que sí, nombre de la escuela/programa y si estudian a tiempo completo o parcial:	McKinley Tech – Completo		
15. ¿Esta persona huye de la prosecución penal, una orden pendiente por un delito grave o la cárcel? (Solo SNAP y TEA)	Sí		
16. ¿Está embarazada actualmente esta persona o estuvo embarazada en los últimos 90 días?	Sí		
Si esta persona está embarazada ahora, ¿Cuándo es la fecha prevista del parto?	MM/FF/AA		
Si está embarazada ahora, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? (Solo Atención de salud)	1		
Si esta persona estuvo embarazada en los últimos 90 días, ¿cuando terminó el embarazo?	MM/FF/AA		
¿Estaba inscrita o era elegible esta persona para asistencia de Atención de salud al momento del nacimiento del niño? (Solo Atención de salud)	Sí, No estoy seguro		
17. ¿Ha tenido esta persona cuentas médicas altas en el periodo de 7 meses, incluido los últimos tres, el mes actual y los próximos tres meses? Si es así, ¿En qué 3 meses fueron más altas? (Solo Atención de salud)	Sí, oct-dic		

18. ¿Esta persona tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)	Sí		
Si contestó que sí, ¿en cuales de los últimos tres meses tiene esta persona cuentas médicas no pagadas?	Junio , Julio		
¿Se han hecho convenios de pago?	No		
¿Cuál fue el tamaño de su grupo familiar en los últimos 3 meses?	3 personas		
¿Cambió el ingreso de esta persona en los últimos 3 meses?	No		
Si contestó que sí, ¿cuándo y qué cambió?	Feb, perdió el trabajo		
¿Esta persona se mudo fuera del estado en los últimos 3 meses?	Sí		
Si contestó que sí, ¿Cuándo se mudo fuera del estado esta persona?	Junio/Julio		
¿Cambiaron los recursos de esta persona en los últimos 3 meses?	Sí		
Si contestó que sí, ¿en qué cambiaron?	New acct.		
19. ¿Esta persona tiene seguro de salud a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)	Sí		
Si fue así, ¿cuándo terminó la cobertura? (Solo Atención de salud)	12/31/2020		
Si fue así, ¿Cuál fue la razón para que terminar la cobertura? (Solo Atención de salud)	Despedido		
20. ¿Es esta persona ciega, discapacitada o necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse o caminar)?			
21. ¿Vive esta persona o planea vivir en un Centro de vida asistida?	Sí		
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro de enfermería?	Fox Ridge		
22. ¿Esta persona vive o tiene planeado vivir está en una residencia de ancianos en los próximos 15 días?	Sí		
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro?	Fox Home		
23. ¿Tiene esta persona más de 21 años y tiene una discapacidad física que requeriría que viviese en un centro de enfermería pero prefiere recibir servicios en el hogar y la comunidad? (Centros de vida asistida, PACE, ARChoices, etc.)	Sí		
24. ¿Vive actualmente esta persona en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual?	No		
25. ¿Está viviendo actualmente esta persona en un Centro de desarrollo humano?	No		
26. ¿Tiene esta persona una discapacidad del desarrollo y quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad? (Ejemplo: Exención de DDS, exención de autismo)	No		
27. ¿Está en un programa de tratamiento de alcohol o drogas esta persona?	No		
28. ¿Se le han suspendido anteriormente los beneficios a esta persona por dar información falsa? (Solo SNAP y TEA)	No		
29. ¿Normalmente comprar alimentos y preparan la comida juntos? (Solo SNAP)			
30. ¿Es actualmente esta persona víctima de violencia domestica, víctima de trata de personas, trabajador agrícola migrante, trabajador agrícola temporal o refugiada/asilada? En caso afirmativo, ¿cuál?	Si, refugiada		
31. ¿Es esta persona menor de 5 años Y no está al día en sus vacunas? (Solo TEA/RCA)	Sí		
32. ¿Tiene esta persona entre 5 a 17 años Y <u>no</u> está inscrita en la escuela ahora? (Solo TEA/RCA)	No		

PASO 5
(continúa)

Acerca de miembros ADICIONALES en su grupo familiar



	Miembro del grupo familiar N.º 3	Miembro del grupo familiar N.º 4	Miembro del grupo familiar N.º 5
1. Nombre:			
Nombre intermedio:			
Apellido:			
2. Fecha de nacimiento:			
3. Sexo:			
4. Raza/Origen étnico (indígena estadounidense o nativo de Alaska, india asiática, negra o afroamericana, china, chicana, cubana, filipina, Guameña o Chamorro, japonesa, coreana, mexicana, mexicana estadounidense, nativo de Hawái, no hispano/latino, otro asiática, otro isleño del Pacífico, puertorriqueña, samoana, origen español, vietnamita, otro hispano o latino o blanca):			
5. ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos? (Los inmigrantes pueden ser elegibles para beneficios)			
6. Número del seguro social: (Dejar en blanco si la persona no tiene uno o no está solicitando beneficios)			
7. Relación con el cabeza del grupo familiar:			
8. ¿Cuáles beneficios está solicitando esta persona con su grupo familiar? (Marque todas las que correspondan. Si no aplica ninguna, escriba "N/A")			
9. ¿Usted o su cónyuge son los padres biológicos o adoptivos de esta persona?			
10. ¿Es esta persona un militar en servicio activo, un veterano o el cónyuge o hijo dependiente de alguien que está en servicio activo o es veterano?			
11. ¿Está esta persona en cuidado de acogida?			
12. ¿Estaba esta persona en el cuidado de crianza (Foster care) de Arkansas y se inscribió en asistencia de Atención de salud cuando cumplió 18 años hasta los 21 años? (Solo Atención de salud)			
13. ¿Es esta persona estudiante a tiempo completo?			
14. ¿Está inscrita esta persona en un centro de educación superior o escuela técnica? Sí contestó que sí, nombre de la escuela/programa y si estudian a tiempo completo o parcial:			
15. ¿Esta persona huye de la prosecución penal, una orden pendiente por un delito grave o la cárcel? (Solo SNAP y TEA)			
16. ¿Está embarazada actualmente esta persona o estuvo embarazada en los últimos 90 días? Si esta persona está embarazada ahora, ¿Cuándo es la fecha prevista del parto? Si está embarazada ahora, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? (Solo Atención de salud) Si esta persona estuvo embarazada en los últimos 90 días, ¿cuando terminó el embarazo? ¿Estaba inscrita o era elegible esta persona para asistencia de Atención de salud al momento del nacimiento del niño? (Solo Atención de salud)			
17. ¿Ha tenido esta persona cuentas médicas altas en el periodo de 7 meses, incluido los últimos tres, el mes actual y los próximos tres meses? Si es así, ¿En qué 3 meses fueron más altas? (Solo Atención de salud)			

18. ¿Esta persona tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)			
Si contestó que sí , ¿en cuales de los últimos tres meses tiene esta persona cuentas médicas no pagadas?			
¿Se han hecho convenios de pago?			
¿Cuál fue el tamaño de su grupo familiar en los últimos 3 meses?			
¿Cambió el ingreso de esta persona en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí , ¿cuándo y qué cambió?			
¿Esta persona se mudo fuera del estado en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí , ¿Cuándo se mudo fuera del estado esta persona?			
¿Cambiaron los recursos de esta persona en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí , ¿en qué cambiaron?			
19. ¿Esta persona tiene seguro de salud a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)			
Si fue así, ¿cuándo terminó la cobertura? (Solo Atención de salud)			
Si fue así, ¿Cuál fue la razón para que terminar la cobertura? (Solo Atención de salud)			
20. ¿Es esta persona ciega, discapacitada o necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse o caminar)?			
21. ¿Vive esta persona o planea vivir en un Centro de vida asistida?			
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro de enfermería?			
22. ¿Esta persona vive o tiene planeado vivir en una residencia de ancianos en los próximos 15 días?			
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro?			
23. ¿Tiene esta persona más de 21 años y tiene una discapacidad física que requeriría que viviese en un centro de enfermería pero prefiere recibir servicios en el hogar y la comunidad? (Centros de vida asistida, PACE, ARChoices, etc.)			
24. ¿Vive actualmente esta persona en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual?			
25. ¿Está viviendo actualmente esta persona en un Centro de desarrollo humano?			
26. ¿Tiene esta persona una discapacidad del desarrollo y quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad? (Ejemplo: Exención de DDS, exención de autismo)			
27. ¿Está en un programa de tratamiento de alcohol o drogas esta persona?			
28. ¿Se le han suspendido anteriormente los beneficios a esta persona por dar información falsa? (Solo SNAP y TEA)			
29. ¿Normalmente comprar alimentos y preparan la comida juntos? (Solo SNAP)			
30. ¿Es actualmente esta persona víctima de violencia domestica, víctima de trata de personas, trabajador agrícola migrante, trabajador agrícola temporal o refugiada/asilada? En caso afirmativo, ¿cuál?			
31. ¿Es esta persona menor de 5 años Y no está al día en sus vacunas? (Solo TEA/RCA)			
32. ¿Tiene esta persona entre 5 a 17 años Y <u>no</u> está inscrita en la escuela ahora? (Solo TEA/RCA)			

¿Alguno de los solicitantes en su grupo familiar no es ciudadano estadounidense?



PASO 6

Sí – complete abajo

No – (saltar al paso 7)

Muchos inmigrantes son elegibles para recibir beneficios. Complete la información de inmigración para los miembros del grupo familiar que no son ciudadanos estadounidenses y que quieren solicitar beneficios. Debemos preguntar a los Servicios de inmigración (USCIS) para verificar el estado de cualquier persona que pida beneficios para sí misma. Esto puede afectar su elegibilidad para recibir beneficios y el monto de sus beneficios.

Estados de inmigración

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Residente permanente legal • Autorización de empleo • Refugiado • Asilado • En libertad bajo palabra • Isleño de islas Marshall • Amerasiático • Indígenas americanos nacidos en Canadá • Cubano o haitiano • Palauano • Inmigrante especial iraquí o afgano • Micronesio • Beneficiarios de reunificación familiar • Entrada condicional | <ul style="list-style-type: none"> • Extranjero maltratado o hijo de un extranjero maltratado • Víctima de la trata de seres humanos • Estado de protección temporal (TPS) • Estado de residente temporal • Bajo salida obligatoria diferida (DED) • Aplazamiento administrativo de expulsión • No ciudadano con retención de la deportación • Deportación o expulsión suspendida • Persona protegida por la convención contra la tortura • Estado de acción diferida • VISA con ajuste de estado • Estado especial de inmigrante juvenil (SIJS), incluido solicitantes pendientes de SIJS • Indocumentado |
|--|---|

Nombre del miembro del grupo familiar	Extranjero n.º	Estado migratorio <i>(usar las categorías anteriores)</i>	Fecha de ingreso a los EE. UU. <i>(mm/ff/aa)</i>	Tipo de documento de inmigración	Número de documento de ID

¿Alguna de las personas anteriores se mudó a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Si contestó sí, ¿quién?
Si usted es un Residente permanente legal (LPR), ¿tiene un patrocinador?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No	Nombre del patrocinador:
Dirección del patrocinador:	Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Empleadores del patrocinador:	Ingreso mensual del patrocinador: \$		
¿Usted, sus padres, su cónyuge o su patrocinador han trabajado alguna vez en los Estados Unidos?			
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

PASO 7

Información fiscal (Solo Atención de salud)



1. ¿Alguien en su grupo familiar planea hacer la declaración de impuestos el próximo año? Sí No

Si contesto sí, complete la información de abajo.

Nombre del Declarante de impuestos	Estado de presentación	Dependientes fiscales declarados que están viviendo con el declarante de impuestos.	Dependientes fiscales declarados que NO están viviendo con el declarante de impuestos.
Nombre del Declarante de impuestos 1: _____	<input type="checkbox"/> Soltero/a		
	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos conjunta)		
	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos por separado)		
	<input type="checkbox"/> Soltero/a		
	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos conjunta)		
Nombre del Declarante de impuestos 2: _____	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos por separado)		
	<input type="checkbox"/> Soltero/a		
	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos conjunta)		
	<input type="checkbox"/> Casado/a (presentan declaración de impuestos por separado)		
	<input type="checkbox"/> Soltero/a		

2. ¿Alguien en su grupo familiar es dependiente fiscal de alguien que NO vive con usted? Sí No

Si contesto sí, complete la información de abajo.

Nombre del dependiente fiscal	Nombre del declarante de impuestos que declara al dependiente	Dirección del Declarante de impuestos

¿Su grupo familiar tiene algún ingreso?

PASO 8

Sí – complete abajo
 No – (saltar al paso 9)



¿Quién tiene empleo en su grupo familiar? <i>(Inclúyase a sí mismo y escriba los nombres completos)</i>	Nombre del empleador <i>(Si es autoempleado, escriba "autoempleado")</i>	Dirección del empleador	N.º del teléfono del empleador	Fecha de inicio del trabajo	Monto del sueldo <i>(Antes de impuestos y deducciones)</i>	¿Con qué frecuencia se paga? <i>(Ejemplo: diariamente, semanal, quincenal, mensual, etc.)</i>

¿Qué tipos de ingreso recibe su grupo familiar aparte de los mencionados anteriormente? Por ejemplo:

- | | | | |
|--|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Desempleo/compensación para trabajadores • Autoempleo/Trabajos esporádicos • Ayuda con los gastos • Recibe pensión conyugal | <ul style="list-style-type: none"> • Pensión alimenticia de menores • Subsidio por cuidado de crianza/adopción • Ganancia de lotería/apuestas • Premios/Subvenciones | <ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social (SSI) • Discapacidad de veteranos • Otros beneficios de VA • Alquiler/regalías netas | <ul style="list-style-type: none"> • Seguro Social (no SSI) • Ingreso neto por Agricultura/pesca • Pensiones y jubilación • Regalos en efectivo |
|--|--|---|---|

Tipo de ingreso	¿Quién en su grupo familiar recibe esto? <i>(Nombre completo)</i>	Monto <i>(Antes de impuestos y deducciones)</i>	¿Con que frecuencia? <i>(Ejemplo: Diariamente, semanal, quincenal, mensual, etc.)</i>

¿Ha cambiado el ingreso para alguien en su grupo familiar en los últimos 30 días?
 Sí No

Si es así, ¿a quién le cambió el ingreso?

¿Cómo cambió el ingreso?



1. Por favor marque todo lo que pueda descontarse en la declaración de impuestos del grupo familiar: (Solo Atención de salud)

<input type="checkbox"/> Pensión compensatoria pagada	\$ _____	Con que frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Otras deducciones pagadas:	\$ _____	Con que frecuencia: _____
<input type="checkbox"/> Intereses de préstamo estudiantil pagados	\$ _____	Con que frecuencia: _____

Si marcó alguno de esos puntos, por favor indique qué miembros del grupo familiar declaran esas deducciones:

Nombre(s): _____

2. ¿Alguien paga a su grupo familiar por comidas o para alquilar una habitación?

Sí No

Si contestó que sí, nombre completo de la persona: _____ Pago mensual: \$ _____

3. ¿Alguien en su grupo familiar tiene una anualidad?

Sí, valor: \$ _____ No (saltar al paso 9)

¿Es el beneficiario de la anualidad un miembro de su grupo familiar?

Sí No

Si la respuesta es sí, incluya el nombre(s) completo(s) de los beneficiarios:

¿Qué tipo de anualidad es? Diferido Inmediata Jubilación

¿Qué clase de anualidad es? Revocable No cedible Irrevocable

¿En qué fecha se estableció la anualidad? ____/____/____

¿La anualidad proporciona un pago global o diferido? Sí No

¿A través de qué entidad se adquirió la anualidad? Financiera Seguro Otros/No sabe

¿Cuál es la fuente de los fondos de la anualidad? Pensionista Plan de jubilación Otros/No sabe

Si se usaron fondos para adquirir la anualidad, ¿los fondos eran de alguien en su grupo familiar? Sí No

Nombre completo de la persona que proporcionó los fondos: _____

Información del progenitor sin custodia



PASO 9

¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene un padre/madre que vive fuera del hogar?

Sí – complete abajo

No – (saltar al paso 10)

Como condición de la elegibilidad para Atención de salud, SNAP y TEA, debe decirle al DHS si alguno de los niños para los cuales pide beneficios tiene un progenitor (padre/madre) ausente del hogar. Si no quiere dar detalles del progenitor ausente, puede entregar prueba de que tiene una buena causa para no cooperar.

¿Le gustaría alegar una buena causa para no cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores? Sí No

Si es así, seleccione la razón(es) de Buena causa que apliquen:

- Está trabajando con una agencia que está ayudando a decidir si dar al niño en adopción.
- Hay procesamientos legales en curso para la adopción del niño.
- El niño fue el resultado de una violación sexual o incesto.
- Se anticipa que la cooperación resulte en daño físico o emocional serio para el niño.
- Se anticipa que la cooperación resulte en daño físico o emocional para usted; el cual es tan serio que reduce su capacidad de cuidar a un niño adecuadamente.
- Otro

Niño uno	Nombre completo del niño/a:		Fecha de nacimiento del niño:	
	Ciudad y estado donde nació el niño:			
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (proporcione toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre:		Apodo:	
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):	NSS (n.º del seguro social):	
	Raza:		Teléfono:	
	Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
	¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:		Ciudad:	Estado:
	Fecha de la orden:	Monto ordenado:	Última fecha en que se recibió:	
Niño dos	Nombre completo del niño/a:		Fecha de nacimiento del niño:	
	Ciudad y estado donde nació el niño:			
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (proporcione toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre:		Apodo:	
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):	NSS (n.º del seguro social):	
	Raza:		Teléfono:	
	Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
	¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:		Ciudad:	Estado:
	Fecha de la orden:	Monto ordenado:	Última fecha en que se recibió:	

Niño tres	Nombre completo del niño/a:		Fecha de nacimiento del niño:	
	Ciudad y estado donde nació el niño:			
	Díganos sobre el <u>rogenitor sin la custodia/ausente</u> (proporcione toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre:		Apodo:	
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):		NSS (n.º del seguro social):
	Raza:		Teléfono:	
	Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
	¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:		Ciudad:	Estado:
	Fecha de la orden:	Monto ordenado:		Última fecha en que se recibió:
Niño cuatro	Nombre completo del niño/a:		Fecha de nacimiento del niño:	
	Ciudad y estado donde nació el niño:			
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (proporcione toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre:		Nickname:	
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):		NSS (n.º del seguro social):
	Raza:		Teléfono:	
	Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
	¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:		Ciudad:	Estado:
	Fecha de la orden:	Monto ordenado:		Última fecha en que se recibió:
Niño cinco	Nombre completo del niño/a:		Fecha de nacimiento del niño:	
	Ciudad y estado donde nació el niño:			
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (proporcione toda la información que tenga)			
	Nombre completo del padre/madre:		Apodo:	
	Fecha de nacimiento:	Lugar de nacimiento (ciudad, estado):		NSS (n.º del seguro social):
	Raza:		Teléfono:	
	Último empleador conocido:		Fechas de empleo:	
	¿Se ha establecido la paternidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:		Ciudad:	Estado:
	Fecha de la orden:	Monto ordenado:		Última fecha en que se recibió:

Si tiene más de 5 niños con progenitores sin custodia, por favor indique su información en una hoja adicional.

Paso 10

Acerca de los recursos de su grupo familiar



1. ¿Alguien tiene alguna cuenta financiera? Sí No

Si contestó que sí, indique todas las cuentas propiedad/co-propiedad de usted o alguien incluido en la solicitud con usted.
(Ejemplos: Cuenta corriente/de ahorros, aplicaciones bancarias, 401K, IRA, anualidades, ABLE, Money Market, acciones/bonos/fondos mutuos, etc.)

Tipo	Propietario(s) de la cuenta	Nombre del banco	Saldo de la cuenta	Fecha de apertura
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

2. ¿Alguien en su grupo familiar tiene dinero en mano o en el hogar? Sí No

Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? \$ _____

3. ¿Alguien en su grupo familiar tiene vehículos (incluso si no están registrados al nombre de esa persona)? Sí No

Si esa sí, ¿alguno de esos vehículos los usa alguien que está enfermo o es discapacitado? Sí No

Por favor indique bajo todos los vehículos propiedad/co-propiedad de usted o alguien que solicita beneficios con usted.

(Ejemplos: Carros, camiones, barcos, motocicletas, hogares móviles, ATV, etc.)

Propietario	Año	Marca	Modelo	Valor que debe
				\$
				\$
				\$

4. ¿Alguien en su grupo familiar posee otros activos inmobiliarios? Sí No

Si contestó que sí, complete la tabla a continuación para usted y cualquiera que solicite beneficios con usted.

Tipo	¿Quién posee esto?	valor de mercado justo	Valor que debe	Fecha de adquisición
<input type="checkbox"/> Su hogar		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Terreno		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Hogar alquilado		\$	\$	
<input type="checkbox"/> RV/ATV		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Botes		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Maquinaria		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Remolques		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Ganado		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Maquinaria		\$	\$	
<input type="checkbox"/> Otro:		\$	\$	

5. ¿Alguien en su hogar recibe ingresos por alguno de los siguientes activos? Sí No

Si contestó que sí, complete la tabla a continuación para usted y cualquiera que solicite beneficios con usted.

Tipo	¿Quién posee esto?	Valor de rescate en efectivo	Fecha de adquisición
<input type="checkbox"/> Seguro de vida		\$	
<input type="checkbox"/> Fideicomiso		\$	
<input type="checkbox"/> Sepultura		\$	
<input type="checkbox"/> Plan/contrato de entierro		\$	

Si lo marcó, nombre de la empresa del plan de entierro: _____

Dirección: _____

6. ¿Alguien en su grupo familiar vendió, intercambio o regaló activos, cerró alguna cuenta financiera en los últimos 3 meses (solo SNAP) o en los últimos 5 años (solo Atención de salud)? Sí No

¿Qué se intercambió o regaló?	¿Quién lo poseía?	¿Quién lo recibió?	Valor de mercado justo del ítem
			\$
			\$
			\$
			\$

PASO 11

Díganos sobre los gastos de su grupo familiar



1. ¿Cuánto paga al mes su grupo familiar por lo siguiente? Ver a continuación.

(Solo indique el monto que paga, sin incluir la asistencia de vivienda).

Renta/Alquiler: \$	Hipoteca: \$	Servicios públicos: \$	Depósito: \$
Impuestos a la propiedad: \$	Impuestos sobre propiedades: \$	Seguro del propietario: \$	Tarifa de condominio/HOA: \$

Otros gasto(s): \$

¿Quién paga esos gastos? _____

Monto o porción pagados: _____ ¿Con que frecuencia? _____

2. Marque todos los servicios básicos que su grupo familiar paga de forma separada a su renta o hipoteca:

Electricidad Gas natural Agua Basura Teléfono Otro: _____

¿Quién paga esos gastos? _____ ¿Monto pagado? _____ Con que frecuencia: _____

3. ¿Alguien que solicita SNAP recibió más de un pago(s) de energía de \$20 en los últimos 12 meses?

Sí No

4. ¿Paga la calefacción/aire acondicionado de forma separada a su renta? (Solo SNAP)

Sí No

5. ¿Le paga a alguien por una habitación? (Solo SNAP)

Sí No

Si es así, ¿cuánto paga y cuando empezó a pagar por la habitación: Monto: \$ _____ Fecha: _____

¿Qué tipo de residencia es? Casa de huéspedes Residencia privada Otro: _____

¿Cuántas comidas entrega el propietario cada día? _____

¿Con qué frecuencia paga esa habitación? (semanal, mensual, etc.) _____

6. ¿Alguien en su grupo familiar tiene costos de vivienda más bajos debido a que recibe asistencia del Artículo 8, HUD, etc.?

Sí No

7. ¿Alguien tiene un hijo menor de edad que vive fuera del hogar?

Sí No

Si respondió que sí, nombre(s): _____

8. ¿Alguien en su grupo familiar paga pensión alimenticia para menores?

Sí No

Si contestó sí, ¿quién? _____

¿Cuánto paga cada mes? \$ _____

9. ¿Alguien en su grupo familiar está obligado legalmente a pagar pensión alimenticia para menores?

Sí No

Si contesto que sí, ¿cuánto paga/le ordenaron pagar cada mes? \$ _____

10. ¿Alguien en su grupo familiar paga gastos para cuidado de dependientes?

Sí No

Si contestó que sí, ¿es este gasto para costos de cuidado de niños? (guardería, cuidado después de la escuela, etc.)

Sí No

¿Es este gasto para el cuidado de un miembro discapacitado del grupo familiar?

Sí No

Nombre del dependiente: _____

Cuanto se paga \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____ (diariamente, semanal, mensual, etc.)

Nombre del proveedor de cuidado: _____ Información de contacto del proveedor: _____

11. ¿Alguien en su grupo familiar tiene 60 años o más o es discapacitado paga cuentas médicas?

Sí No

Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto se paga cada mes? \$ _____

PASO 12**¿Alguien está solicitando Atención de salud?** Sí – complete abajo No – (saltar al paso 14)

1. ¿Ha presentado alguna vez una solicitud de Ingreso de seguro suplementario (SSI) a la Administración del seguro social (SSA)? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuándo presentó su solicitud de SSI a la SSA? _____

2. ¿Esta su solicitud de SSI todavía en trámite? Sí No

3. ¿Le ha negado anteriormente la SSA la elegibilidad para SSI en una solicitud anterior? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿Cuándo la presentó? _____

Si ocurrieron cambios a su condición médica para reportar desde la última vez que presentó su solicitud para beneficios del SSI al SSA? Por favor indíquelos: _____

4. ¿Alguien en su grupo familiar tiene cobertura de salud ahora de alguno de los siguientes? (Marque todas las opciones que correspondan y escriba al nombre de la persona(s) junto a la cobertura que tiene).

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Medicaid: | <input type="checkbox"/> CHIP: |
| <input type="checkbox"/> Medicare: | <input type="checkbox"/> TRICARE (no marque si es Direct Care o Line of Duty): |
| <input type="checkbox"/> Programa de atención de salud para Veteranos: | <input type="checkbox"/> Peace Corps: |
| <input type="checkbox"/> Seguro del empleador: | |

Si la respuesta es sí, nombre del seguro de salud: _____ Número de póliza: _____

¿Es esta cobertura COBRA? Sí No¿Es este un plan de salud para jubilados? Sí No

Para hacer más fácil determinar la elegibilidad de su grupo familiar la asistencia de Atención de salud (Health Care) en los años futuros, podríamos usar los datos de ingresos, incluida la información de sus declaraciones de impuestos.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

 5 años (el máximo número de años permitido) 4 años 3 años 2 años 1 año No usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.**PASO 13****Responder si está solicitando Atención de salud para un niño**

1. ¿Desea participar en TEFRA si su hijo es elegible? Sí No

Si contestó que sí, ¿el niño tiene alguna discapacidad o condición que requerirá recibir cuidados en una institución? Sí No

2. ¿Se le ha diagnosticado autismo a algún niño en su hogar? Sí No

Si contestó que sí, indique el nombre del niño y la fecha del diagnóstico: Nombre: _____ Fecha: _____

3. ¿Algún niño en el hogar tiene un médico de atención primaria? Sí No

Si ha contestado sí, escriba el nombre del médico y la clínica: Médico: _____ Clínica: _____

PASO 14**Información de inscripción de votante**

SI RECHAZA COMPLETAR ESTA SECCIÓN, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR. La decisión de registrarse para votar es voluntaria. Solicitar registrarse para votar o rechazar registrarse para votar **no** afectará el monto de la asistencia que le proporcionará esta agencia. Mantendremos esta información confidencial.

Hemos adjuntado un formulario de registro de votante para usted. Si le gustaría recibir ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión sobre si busca o desea ayuda es suya. Si tiene personas adicionales que les gustaría una solicitud de registro de votantes, por favor háganoslo saber.

¿Le gustaría registrarse para votar hoy? Sí No

Firma: _____ Fecha: _____



- Entiendo que debo dar al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas información completa y veraz a mi leal saber y entender.
- Entiendo que puedo tener que proporcionar pruebas que demuestren que lo que le dije al Departamento es verdad.
- Entiendo que debo informar al Departamento sobre cualquier cambio en la información que entregué en mi solicitud. Acepto cooperar con revisores estatales o federales.
- Entiendo que tendré que pagar los beneficios que no debería haber recibido, incluso si es por un error del Departamento.
- Entiendo que si ingreso a un centro de enfermería en base a una aprobación condicional de Atención de salud y mi solicitud es denegada, yo o mi familia seremos responsables de pagar los costos que adeude por vivir en el centro de enfermería.
- Usaré mis beneficios legalmente y no venderé, intercambiaré o regalaré mis beneficios en línea o en persona.
- Entiendo que si es necesario, debo cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores (Office of Child Support Enforcement) como condición para recibir beneficios.
- Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis afirmaciones son verdaderas y correctas. Entiendo que si se encuentran discrepancias entre lo que yo reporto y la información entregada por las fuentes indicadas arriba, la elegibilidad de mi grupo familiar para beneficios podría verse afectada.
- He recibido, revisado y acepto la información sobre mis responsabilidades incluida en esta solicitud.

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado esta solicitud, y a mi leal saber y entender, las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas, incluida la información del grupo familiar, ciudadanía y no ciudadanía, y que he incluido todos los montos y fuentes de ingresos que recibo y los bienes que poseo.

Atención: Un Representante autorizado puede firmar este documento siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C adjunto.

Firma: _____

Fecha: _____

Anexo A:

Cobertura de salud de empleos
(Solo para solicitantes de Atención de salud)



Usted **NO** necesita responder estas preguntas a menos que alguien en el grupo familiar sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Díganos sobre el empleo que ofrece cobertura. Lleve la Herramienta de cobertura del empleador en la página siguiente al empleador que ofrezca cobertura para ayudarlo a responder esas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del empleado

Nombre del Empleado (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	Números del seguro social (SSN):
--	----------------------------------

Información del empleador

Nombre del empleador:	Número de Identificación del Empleador (EIN):	
Dirección del Empleador:	Número de teléfono del empleador:	
Ciudad:	Estado:	Código ZIP:

¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba):	Dirección de correo electrónico:
---	----------------------------------

¿Es usted elegible actualmente para recibir la cobertura ofrecida por este empleador o pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?
 Sí (Continúa) No

Si está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? (mm/ff/aaaa) _____
 Indique los nombres de todos los demás que sean elegibles para la cobertura de este empleo.

Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____ Nombre: _____

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador

¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*? Sí No

Para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo* se ofrece **solo al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado tendría que pagar si obtienen el máximo descuento para un programa para dejar el tabaco y no obtuvo ningún otro descuento de los programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?	\$
--	----

¿Con que frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

¿Qué cambio hará el empleador para el plan del nuevo año (si lo conoce)?
 El empleador no ofrecerá cobertura de salud
 El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo disponible solo para el empleado* (la prima debería reflejar el descuento para programas de bienestar.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?	\$
--	----

¿Con que frecuencia? Semanalmente Cada dos semanas Dos veces al mes Una vez al mes Trimestralmente Anualmente

Fecha del cambio (mm/ff/aaaa): _____

Herramienta de cobertura del empleador



Use esta herramienta para ayudar a responder las preguntas en su solicitud de Atención de salud, Anexo A. Esta parte de la solicitud pregunta sobre cualquier cobertura de salud de un empleador para la cual sea elegible (incluso si es del trabajo de otra persona como un padre/madre o cónyuge). La información en los recuadros de abajo coinciden con los recuadros del Anexo A. Por ejemplo, pueden usar la respuesta a la pregunta 14 para responder la pregunta 14 en el Anexo A.

Escriba su nombre y número de seguro social en los recuadros 1, y 2 y pida al empleador que rellene el resto del formulario. Complete una por cada empleador que ofrezca cobertura de atención de salud para la cual usted sea elegible.

Información del empleado *El empleado debe rellenar esta sección.*

1. Nombre del Empleado: (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	2. Números del seguro social del empleado (SSN):
--	--

Información del empleador *Pregunte al empleador para esta información.*

3. Nombre del empleador:	4. Número de Identificación del Empleador (EIN):
--------------------------	--

5. Dirección del Empleador (el mercado de salud Marketplace enviará notificaciones a esta dirección)	6. Número de teléfono del empleador
--	-------------------------------------

7. Ciudad	8. Estado	9. Código ZIP
-----------	-----------	---------------

10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba)	12. Dirección de correo electrónico
--	-------------------------------------

13. ¿Es el empleado elegible actualmente para recibir la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?

Sí (Vaya a la pregunta 13a).

13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluido como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿Cuándo será elegible para cobertura el empleado (mm/ff/aaaa)? _____ (Vaya a la pregunta 14)

No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cubra al cónyuge o dependiente del empleado?

Sí - ¿Cuáles personas? Cónyuge Dependiente(s)

No (Vaya a la pregunta 15)

15. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*?

Sí (Vaya a la pregunta 16) No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

16. Para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo* se ofrece solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado tendría que pagar si recibieran el máximo descuento para un programa para dejar el tabaco y no recibió ningún otro descuento en base a los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por este plan?	\$
--	----

b. ¿Con que frecuencia?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
-------------------------	---

Si el plan anual termina pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 17. Si no lo sabe, PARE y devuelva este formulario al empleado.

17. ¿Qué cambio hará el empleador para el plan del nuevo año (si lo conoce)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud

El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo disponible solo para el empleado*. (la prima debería reflejar el descuento para programas de bienestar.)

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?	\$
---	----

b. ¿Con que frecuencia?	<input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Trimestralmente <input type="checkbox"/> Anualmente
-------------------------	--

Fecha del cambio (mm/ff/aaaa):



Miembro de la familia que es indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este anexo si usted o un miembro de la familia son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Envíe esto con su solicitud para beneficios de SNAP, Atención de salud (Health Care) y TEA/RCA.

Díganos sobre el miembro(s) de su familia que es indígena estadounidense o nativo de Alaska.

Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de salud indígenas (Indian Health Services), programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Además es posible que no tengan que pagar costos compartidos y pueden obtener periodos de inscripción mensuales especiales. Responda la siguiente pregunta para asegurarse de que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

ATENCIÓN: Si tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

	Persona AI/AN 1		Persona AI/AN 2	
1. Nombre (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	Nombre	Inicial intermedia	Nombre	Inicial intermedia
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	<input type="checkbox"/> Sí Si contesto Sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí Si contesto Sí, nombre de la tribu: _____ <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Ha obtenido alguna vez esta persona algún servicio del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó no, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó no, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
4. Cierta dinero recibido podría no tenerse en cuenta para Atención de Salud o para el Programa de seguro de salud para niños (CHIP). Indique algún ingreso (monto y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: <ul style="list-style-type: none"> • Pagos per cápita de una tribu procedente de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, ranchos, pesca, alquileres o regalías de terrenos designados como tierra de fideicomiso indígena (Indian trust land) por el Departamento de interior (incluidas reservas y antiguas reservas) • Dinero por la venta de cosas que tienen importancia cultural 	\$ ¿Con que frecuencia? _____		\$ ¿Con que frecuencia? _____	



Si lo desea, puede darle a alguien el derecho a actuar en su nombre. Esta persona puede dar y obtener hechos para esta solicitud, tomar cualquier acción necesaria para inscribirlo en beneficios y tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios.

Por favor elija para que programas quiere un representante autorizado:

 SNAP

 Atención de salud

 TEA/RCA

REPRESENTANTE - Esta Persona puede solicitar beneficios, ofrecer asistencia en las entrevistas, recibir avisos, notificar cambios y hacer consultas. Su grupo familiar será considerado responsable por la emisión en exceso como consecuencia de que el representante proporcione información incorrecta.

Nombre completo (Nombre, Inicial intermedia, Apellido):

Fecha de nacimiento:

Teléfono:

Correo electrónico:

Dirección:

Unidad:

Ciudad:

Estado:

Código ZIP:

Con mi firma certifico que el individuo(s) indicado arriba tiene(n) permitido actuar en mi nombre. **Entiendo que mi grupo familiar será considerado responsable por la emisión en exceso como consecuencia de que el representante proporcione información incorrecta.** Entiendo que cualquier persona que deliberadamente proporcione información falsa podrá ser enjuiciada en virtud de los estatutos federales y estatales aplicables. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que yo modifique la autorización o notifique a la agencia que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre, o el representante autorizado informe a la agencia que él o ella dejará de actuar en dicha capacidad, o cuando exista un cambio en la autoridad legal en la cual se basaba la autoridad del individuo o de la organización.

Firma del solicitante: _____

Fecha: _____

Acepto mantener, o estar obligado a mantener, la confidencialidad de la información proporcionada por la agencia respecto al cliente.

(Si el representante autorizado para Atención de salud es un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización) Yo afirmo que respetaré los reglamentos en la parte 431 de CFR 45, subparte F y en los artículos §155.260(f) de CFR 45 y §447.10, de CFR 45, además de todas las otras leyes estatales y federales pertinentes relativas a conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Firma del representante autorizado: _____

Fecha: _____

Sus derechos y responsabilidades



Por favor, lea atentamente esta sección completa para entender sus derechos y responsabilidades cuando reciba beneficios de Atención de Salud (Health Care), Asistencia de empleo transitoria (TEA) o beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP).

Derechos y responsabilidades para todos los programas

1. Tiene derecho a ser tratado con amabilidad y respeto.
2. Tiene derecho a solicitar un programa de asistencia pública en cualquier momento.
3. Tiene derecho a que su solicitud se procese de manera oportuna.
4. Tiene derecho a no darnos parte o toda la información que le pedimos, aunque esto puede afectar nuestra capacidad de procesar su caso.
5. Tiene derecho a ser notificado por escrito de cualquier cambio en el monto de su beneficio.
6. Tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si no está de acuerdo con algo que figura en su expediente, dígaselo al encargado de su caso.
7. Tiene derecho a pedir una apelación y a obtener una audiencia administrativa si no se llega a una decisión sobre su caso en el plazo límite apropiado o si no está de acuerdo con la decisión adoptada.
8. No se denegará asistencia a ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, origen nacional o discapacidad.
9. Usted es responsable de notificar al Departamento de Servicios Humanos en un plazo de 10 días si su información personal, sus ingresos o sus recursos cambian o se producen otros cambios en sus circunstancias.

Derechos y responsabilidades de SNAP

SNAP ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a obtener los alimentos que necesitan para tener una buena salud. Las Tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de SNAP se usan en vez del dinero para comprar alimentos. Sin embargo, la mayoría de la gente descubre que debe gastar algo de efectivo junto con sus beneficios SNAP para comprar alimentos suficientes para un mes.

Sus derechos

1. Usted tiene derecho a pedir ayuda a su trabajador para conseguir la información que necesita para establecer su elegibilidad.
2. La participación en SNAP no tiene un límite de tiempo. Puede continuar recibiendo SNAP mientras sea elegible según las normas de SNAP. Esto es así incluso si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA. Si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA, la participación en SNAP no se contará para sus plazos de tiempo de TEA.
3. Tiene derecho a conocer el reglamento de SNAP.
4. Tiene derecho a saber cómo hemos trabajado en su caso de beneficios de SNAP.

Sus responsabilidades

1. Advertencias de sanción

Si obtiene SNAP debe seguir las siguientes normas indicadas a continuación:

- **NO** dar información falsa (incorrecta) ni ocultar información para obtener SNAP.
- **NO** dar información falsa (incorrecta) para ayudar a alguien a obtener SNAP.
- **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios SNAP.
- **NO** vender o intercambiar ni intentar vender o intercambiar sus beneficios SNAP.
- **NO** usar su SNAP para comprar cosas como bebidas alcohólicas o tabaco.
- **NO** usar una tarjeta de Transferencia de beneficios electrónica (EBT) de SNAP que pertenezca a otra persona para comprar alimentos para su grupo familiar.
- **NO** usar los beneficios SNAP ni permitir a otra persona que use esos beneficios si sabe que los beneficios se recibieron de forma ilegal, se dieron a alguien distinto al dueño legal o se van a usar de manera ilegal.

Cualquier miembro de su grupo familiar que admita haber incumplido cualquiera de estas normas o que sea declarado culpable de incumplir alguna de estas normas será descalificado para recibir beneficios SNAP por:

- Un año para la primera violación
- Dos años para la segunda violación
- Permanentemente para la tercera violación

Esta persona también podría ser multada con hasta \$25,000, o condenada a prisión por hasta 20 años, o ambos. También pueden ser sujetos de enjuiciamiento federal. Las penalizaciones federales pueden incluir un periodo de descalificación adicional de 18 meses, o para la segunda condena o subsiguientes por fraude a SNAP, una sentencia de cárcel obligatoria.

Descalificaciones adicionales

- Una persona declarada culpable en un tribunal federal, estatal o local por intercambiar SNAP por sustancias controladas (drogas ilegales o medicamentos que no le recetaron a usted) tendrá prohibido recibir SNAP por 24 meses para la primera violación y permanentemente para la segunda violación.
- Una persona declarada culpable por un tribunal de intercambiar SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos quedará excluida para recibir SNAP de forma permanente.
- Una persona que sea un preso prófugo o infractor de la libertad condicional o bajo palabra tendrá prohibido recibir SNAP mientras él o ella está huyendo para evitar su detención.

2. Requisito de trabajar

A menos que estén exentas, las personas con edades entre 18 y 50 años que reciben SNAP deben cumplir el Requisito de trabajo. Toda persona no exenta debe trabajar por lo menos 20 horas a la semana en un trabajo o auto-empleo; o asistir a un curso aprobado de capacitación laboral al menos 20 horas por semana.

3. ¿Qué puedo comprar con los beneficios SNAP?

Las personas solo pueden comprar alimentos elegibles con sus beneficios SNAP. Los alimentos elegibles incluyen, entre otros, plantas y semillas para cultivar alimentos.

No puede comprar los siguientes artículos con los beneficios SNAP:

- Artículos de papelería
- Productos de limpieza
- Artículos para el hogar
- Bebidas alcohólicas
- Productos de tabaco
- Vitaminas, medicamentos o artículos de cuidado personal como pasta de dientes
- Comidas preparadas para comer en la tienda
- Comida caliente preparada en la tienda "para llevar" y comer en otro lugar

Derechos y responsabilidades de TEA

El Programa de asistencia de empleo transicional (TEA) tiene como objetivo ayudar a las familias necesitadas con niños menores de 18 años a ser más responsables de su propia manutención y menos dependientes de la ayuda pública. La asistencia del programa TEA está diseñado para ayudar a las familias necesitadas a ser económicamente auto-suficientes ofreciéndoles oportunidades para conseguir y mantener un empleo que mantendrá a la familia. Hay un límite al número de meses que puede obtener TEA. Es su responsabilidad trabajar para alcanzar la autosuficiencia antes de que termine su asistencia limitada en el tiempo.

Sus derechos

1. Ser informado por escrito de sus requisitos de trabajo.
2. Si los problemas personales o familiares le impiden ir a trabajar, su encargado de caso podría derivarlo a otra agencia en la cual puedan ayudarlo.
3. Puede solicitar una extensión de los beneficios en efectivo TEA al final de su tiempo límite debido a circunstancias más allá de su control, si más tiempo lo ayudará a lograr ser totalmente independiente.

Sus responsabilidades

1. Reuniones

Asistir a todas las reuniones que su encargado de caso programe para usted.

2. Acuerdo de Responsabilidad Personal

El Acuerdo de responsabilidad personal (PRA) es un acuerdo que indica lo que usted tiene que hacer para que nosotros lo ayudemos. Su encargado de caso repasará estas responsabilidades con usted. Si no cumple esas condiciones, podría causar una disminución y/o pérdida de su pago de asistencia en efectivo.

- Usted debe cooperar con la oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores a menos que tenga una Buena causa, por requisitos de trabajo y ciertas responsabilidades con su familia.
- Debe asegurarse de que su hijo en edad escolar asista a la escuela y que su hijo preescolar reciba sus inmunizaciones (vacunas).
- Complete todos los requisitos de su Acuerdo de responsabilidad personal y Plan de empleo.

3. Actividades de participación laboral

Los adultos que reciben TEA deben completar las actividades laborales según lo descrito en sus Planes de empleo por un mínimo de horas por semana. Las actividades permitidas son:

- Empleo con un empleador privado o público
- Microempresa (auto-empleo)
- Formación en el trabajo (On-The-Job-Training)
- Búsqueda de trabajo y preparación para el trabajo
- Experiencia laboral
- Servicio comunitario
- Educación profesional y formación técnica
- Proveer servicios de cuidado infantil para un participante de servicio comunitario
- Educación directamente relacionada con el empleo
- Formación de habilidades laborales
- Asistencia a una escuela secundaria

Su encargado de caso le explicará cada actividad y los requisitos de participación.

Debe dar información verdadera al DHS y no retener información con el fin de obtener TEA sin seguir las normas.

4. Advertencias de sanción:

- Si no participa en sus actividades laborales, su encargado de caso de TEA decidirá si tiene una buena razón, y si está recibiendo todos los servicios de apoyo que necesita. Si no tiene una buena razón para no participar, su pago en efectivo podría reducirse, o su caso podría cerrarse hasta que decida participar.
- Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho porque ha ocultado información o entregado información falsa, dicha ayuda será objeto de un proceso de recuperación por parte del DHS, toda asistencia que reciba en el futuro podrá ser reducida para recuperar este sobrepago y podrá ser objeto de una demanda penal por fraude y multado o ser encarcelado.
- **NO** dar información falsa ni ocultar información con el fin de ser elegible para recibir beneficios.
- **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios TEA.

5. Fraude

El fraude consiste en dar información falsa (incorrecta) o en retener información con el propósito de obtener asistencia a la que una persona no tiene derecho según las normas y reglamentos del programa. Cometer fraude puede resultar en multas penales, sanciones y tener que devolver los beneficios.

6. Violaciones intencionales del programa

Una Violación intencional del programa (IPV) en el programa TEA ocurre cuando una persona da información incorrecta con el fin de mantener falsamente la elegibilidad de la familia para TEA. Si lo declaran culpable de una IPV, no podrá participar en el programa por:

- (a) La primera ofensa, un (1) año.
- (b) La segunda ofensa, dos (2) años.
- (c) Más de dos, permanentemente.

Derechos y responsabilidad de Atención de Salud

El programa Atención de salud (Health Care) reembolsa a los proveedores por los servicios médicos cubiertos que se proporcionan a individuos necesitados elegibles a través del programa Medicaid. La elegibilidad se determina en base a los ingresos, recursos, residencia en Arkansas y otros requisitos. Los servicios cubiertos también varían entre las categorías de Medicaid. El programa Arkansas Works no es un derecho estatal o federal perpetuo ni un programa de derechos garantizados y puede terminar en cualquier momento mediante la notificación previa correspondiente.

Sus derechos

1. Tiene derecho a pedir servicios de búsqueda de trabajo y formación laboral de la División de servicios laborales de Arkansas (Arkansas Division of Workforce Services), pero no es un requisito recibir Medicaid o el programa Arkansas Works.
2. Usted no tiene el derecho estatal o federal perpetuo ni derecho garantizado a Arkansas Works, y el programa puede terminar en cualquier momento mediante la notificación previa correspondiente.
3. Usted cede al DHS sus derechos para reclamar y recibir dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales o de terceros.
4. Usted otorga a la agencia Medicaid los derechos para solicitar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre/madre.

Sus responsabilidades

1. Responsabilidades generales

- Usted tiene la responsabilidad de notificar al Departamento de Servicios Humanos de cualquier cambio en los miembros del grupo familiar que reciben ingreso adicional, adquieren o venden propiedades (o de cualquier otro cambio en las circunstancias).
- Usted tiene la responsabilidad de dar toda la información necesaria que pueda sobre sus circunstancias.
- Usted tiene la responsabilidad de completar íntegramente los formularios con información verdadera a su leal saber y entender.
- Si está recibiendo atención de salud en un centro de enfermería, centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), o bajo una exención de hogar/comunitaria, tiene la responsabilidad de tener el monto de beneficios de atención de salud que el DHS pagó en su nombre para ser recuperados de su herencia o del beneficiario de un fideicomiso después de su muerte.
- Usted tiene la responsabilidad de cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores (OCSE) para establecer la paternidad y obtener el sustento médico para cada niño que tenga un progenitor ausente del hogar si el programa que ha solicitado se lo pide.

2. Advertencias de sanción

Si obtiene beneficios de Atención de Salud (Health Care), debe seguir las siguientes normas indicadas a continuación:

- **NO** dar información falsa ni ocultar información con el fin de ser elegible para recibir beneficios.
- **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios de Atención de Salud.
- Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho porque ha entregado información falsa o ha ocultado información, dicha ayuda será objeto de un proceso de recuperación por parte del DHS, y toda asistencia que reciba en el futuro podrá ser reducida para recuperar este sobrepago y podrá ser objeto de una demanda penal por fraude y multado o ser encarcelado.

Responsabilidades del Departamento

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) prohíbe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganzas por una actividad anterior de derechos civiles en ningún programa o actividad realizada o financiada por USDA.

El Departamento de Servicios laborales de Arkansas y el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas son proveedores/empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades/En virtud de los Títulos VI y VII de la Ley de derechos civiles de 1964 (Título VI) y la Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA), la Sección 504 de la Ley de rehabilitación de 1973, y la Ley de discriminación por edad de 1975, el Departamento prohíbe la discriminación en los ingresos, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidad. El Departamento debe hacer una acomodación razonable para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el Departamento deba proporcionar intérpretes del lenguaje de señas para personas que son sordas, un lugar accesible con silla de ruedas o entregar materiales impresos con letra grande. Esto también significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted participar en y entender un programa o actividad, incluido hacer cambios razonables a una actividad. Si cree que no podrá entender o participar en un programa o actividad debido a su discapacidad, por favor infórmenos sus necesidades por discapacidad con antelación si es posible.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para comunicar la información del programa (por ej., Braille, letra grande, audio cinta, lenguaje de señas estadounidense, etc.), debería comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para cualquier otra información sobre asuntos del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP), las personas deberían comunicarse con el teléfono de ayuda gratuito de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también atiende en español o llamar a los teléfonos de información/teléfonos gratuitos (haga clic aquí para ver la lista de teléfonos por estado); disponible en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa de USDA (AD-30127) disponible en internet en: http://www.ascr.usdRIgha.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o puede escribir una carta dirigida al USDA e incluir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o una carta a USDA a más tardar:

- Enviar a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- Fax: (202) 690-7442; o
- Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para presentar una queja por discriminación respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

De acuerdo a la política del Departamento de Servicios Humanos (DHS), Medicaid no puede denegarle la elegibilidad o beneficios en base a su raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias religiosas o políticas. Para reportar una discriminación de elegibilidad de Medicaid o de un proveedor, llame a la Oficina de relaciones con los empleados/Oficina de igualdad de oportunidades del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services Office of Employee Relations/Office of Equal Opportunity) al teléfono 501-682-6003.

También puede presentar una queja por discriminación comunicándose con la Oficina de relaciones con los empleados/Oficina de igualdad de oportunidades del DHS a la dirección Office of Employee Relations/Office of Equal Opportunity, P.O. Box 1437 – Slot N250 Little Rock, AR 72203-1437 o por teléfono al (501) 682-6003 o por fax al (501) 682-8926.

Aviso de privacidad

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe de lo siguiente: (1) si la divulgación es voluntaria u obligatoria; (2) cómo usará el DHS su número del seguro social y (3) la ley o regulación que autoriza al DHS a preguntarle su número del seguro social. Estamos autorizados para recolectar cierta información sobre su grupo familiar incluyendo el número del seguro social (SSN) de cada miembro que sea elegible. Para el Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program), esta facultad es otorgada por la Ley de alimentos y nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2001-2036. Para los programas Medicaid y TEA, esta facultad es otorgada por la legislación federal codificada en el título 42 del U.S.C. §§ 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información podrá ser comprobada mediante programas electrónicos de cotejo de datos. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información podrá ser revelada a otras agencias estatales y federales y a funcionarios policiales. Si surgiera alguna demanda en contra de su grupo familiar, la información expresada en esta solicitud, incluyendo los números del seguro social, podrán ser entregados a funcionarios estatales o federales o a agencias privadas con fines de recaudación.

Notificación importante de recuperación de patrimonio

Si recibe asistencia de Atención de Salud en un centro de cuidados de enfermería, un centro ICF/IID o en un programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el importe total de beneficios de Atención de Salud pagados en su nombre será una deuda al DHS y podrá ser recuperado de su herencia o de un cesionario de la transferencia de una escritura de propiedad (beneficiary deed) después de su muerte. Su herencia son las propiedades que posee al momento de su muerte. DHS no exigirá ningún pago de su herencia mientras usted viva. DHS no exigirá ningún pago contra su herencia después de su muerte si su cónyuge sigue vivo o si tiene hijos dependientes menores de 21 años o hijos con discapacidades. DHS recaudará la deuda, si existiese alguna, presentando una demanda a su herencia. Es posible que el cobro no se haga si no es costo-efectivo para el DHS o sus herederos solicitan y se les concede una exención por dificultades después de su muerte. Puede existir una dificultad excesiva si la propiedad de la herencia es la única fuente de ingresos para sus herederos, si ese ingreso es limitado o si hay otras circunstancias apremiantes.

Aseguramiento de la calidad

Su caso podría ser seleccionado para una revisión de Aseguramiento de calidad (QA). Si eso ocurre, el trabajador de QA verificará su caso para ver si nos ha dado la información correcta. También verificarán que la oficina DHS del condado ha procesado su caso correctamente. Si su caso es seleccionado para una revisión de QA, el trabajador QA se comunicará con usted para una entrevista. Usted debe dar información para demostrar que sus declaraciones fueron verdaderas y correctas. El trabajador de QA podría contactar a su empleador, su banco, otras agencias, su arrendador, etc., para pedir información. Si usted no coopera durante una revisión de QA, su caso de SNAP se cerrará. No será elegible para obtener beneficios de SNAP hasta que coopere con QA o hasta febrero del año siguiente, lo que ocurra antes.

Su derecho de apelación

Si piensa que el DHS ha cometido un error, puede apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del DHS que piensa que la acción fue incorrecta y que quiere pedir una revisión imparcial de la acción. Puede ser representado en el proceso por otra persona.

Puede solicitar una apelación en las siguientes formas:

- Personalmente: Hable con el personal de cualquier oficina DHS del condado
- Por teléfono: Puede llamar a la Oficina de apelaciones y audiencias al 501-682-8622 o puede llamar a su oficina local del condado.
- Por correo electrónico: DHS.Appeals@dhs.arkansas.gov
- Por correo postal: Arkansas Department of Human Services
Appeals and Hearings Section
Slot N401
P.O. Box 1437
Little Rock, AR 72203-1437

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

Autorización para proveer información médica

Nombre del cliente: _____ Número de identificación #: _____
Dirección: _____ Fecha de Nacimiento: _____
_____ Persona Cabeza del Hogar: _____

Yo, _____ autorizo
(Cliente o Representante Personal) _____ que divulgue información médica específica

(Nombre del proveedor/plan) _____
de los archivos del cliente mencionado anteriormente a: Arkansas DHS Medical Review Team
(Nombre de la clínica/Dirección/Teléfono/Fax) P.O. Box 1437 Slot S334, Little Rock, AR 72203
DHS / TEFRA P.O. Box 1437 Slot S406
Partners for Inclusive Communities fax: 479-308-0296

Para el propósito específico(s): _____
Initial & Continuing Eligibility for the Arkansas Autism Waiver & Services

Información específica a ser divulgada any / all health records

Si usted usa "Todos los Archivos Médicos" éstos incluirán cualquiera y toda información escrita que DHS pueda tener con respecto a su cuidado de salud y cualquier enfermedad o accidente que pudiera haber sufrido, incluyendo, pero sin ser limitado a, historia médica, consultas, prescripciones, tratamientos, evaluaciones médicas, radiografías, resultados de exámenes, y copias de hospital o archivos médicos pertinentes a usted.

Yo entiendo que ésta autorización vencerá en la siguiente fecha, evento o condición: _____

Yo entiendo que si no especifico una fecha de vencimiento o condición, ésta autorización es válida por el período de tiempo necesitado para satisfacer su propósito hasta por un año, con excepción para divulgaciones para transacciones financieras, para las cuales esta autorización es válida por tiempo indefinido. También entiendo que puedo revocar esta autorización en cualquier momento y que se pedirá firmar la *Sección de Revocación* ubicada en la parte de atrás de éste formulario. Además entiendo que cualquier acción tomada a través de esta autorización antes de su fecha de anulación es legal y obligatoria.

Yo entiendo mi información médica no puede estar protegida de re-divulgación por el solicitante de la información: sin embargo, si esta información esta protegida por las Regulaciones de Confidencialidad Federal de Abuso de Sustancia, el proveedor no deberá re-divulgar ésta información sin mi autorización escrita si la ley estatal o federal no lo dictan de otro modo.

Yo entiendo que si mi archivo contiene información relacionada a infección de VIH, SIDA o condiciones relacionadas con el SIDA, enfermedades de transmisión sexual, abuso de alcohol, abuso de drogas, condición psiquiátrica o psicológica, pruebas genéticas, planificación familiar, or mujeres, infantes y niños (WIC) la divulgación incluirá esa información.

Yo también entiendo que me puedo rehusar a firmar esta autorización y que el rehusarme no afectará mi habilidad de obtener tratamiento médico, pagos por servicios o mi elegibilidad a beneficios: sin embargo, si un servicio es solicitado por un proveedor que no sea de tratamientos médicos (por ejemplo: compañía de seguranzas) con el único propósito de crear información médica (un examen físico), el servicio puede ser negado si la autorización no es dada. Sí el tratamiento está relacionado con investigación médica, éste podrá ser rechazado si la autorización no es concedida.

Yo entiendo que puedo pedir una copia de esta autorización firmada. Una copia de esta autorización tendrá la misma legalidad que el original.

(Firma del Cliente) (Fecha) (Testigo sí es requerido)

(Firma del Representante Personal) (Fecha) (Relación del Representante Personal / Autoridad)

Nota: Esta autorización fué revocada el _____
(Fecha) (Firma Administrativa)

DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS

Autorización para proveer información médica

SECCION DE REVOCACION

COMPLETE SOLO CUANDO SE REVOCA LA AUTORIZACION

Por la presente solicito que esta autorización para divulgar información sobre la salud de: _____
(Nombre del cliente)

firmada por _____ el _____
(Nombre de la Persona que firma la autorización) (Fecha en que la firma es dada)

sea revocada efectiva el _____ Yo entiendo que cualquier acción tomada antes de la revocación de esta
(Fecha)

autorización es legal y obligatoria

(Firma de cliente) (Fecha) (Firma del Testigo) (Fecha)

(Firma de Representante) (Fecha) (Relación del Representante Personal / Autoridad)

El Departamento de Servicios Humanos cumple con los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles.
Esta carta está disponible en otros idiomas y formatos alternos



Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Medical Review Team (MRT) – (Revision de equipo medico)
Slot S334

Social Report for Children (Reporte social para niño(a))

Sección 1: Trabajador (a) de Elegibilidad completar esta sección.

Identificador de presupuesto del niño/a	Categoría	Nombre completo del niño(a)	Raza	Sexo	Fecha de nacimiento
Día de aplicación	Condado	Registro #	Nombre de encargado de familia		
Dirección		Ciudad	Estado	Código Postal	
Nombre del trabajador (a) como aparece en su correo electrónico		Fecha de la última decisión de equipo de revisión médica (MRT)	Fecha de Entrevista	Fecha que fue enviado al equipo de revisión médica (MRT)	

Sección 2: MRT Use Only

Date Record Added	MRT Date	Date Medical Records Request Sent	Physician Date	ID	Decision Date	Code
		Code				
		Records Rec'd				
Re-exam Date	Case Type	Key Initial	Key Date			

Sección 3: Trabajador (a) de elegibilidad, padres o guardianes llenar la siguiente información

A. Lista de los miembros del hogar:

Apellido	Primer Nombre	Relación Familiar	Hijo (a)	Edad

Número de teléfono con código de área para el día y número de teléfono de la casa/celular:

Número de teléfono para mensajes:

B. Descripción de condición física y mental: Por favor pregunte a el padre, madre o cuidador lo siguiente:

1. ¿Cuánto mide el niño (a) de altura? ¿Cuánto pesa?
2. ¿Cuándo comenzó la enfermedad, lesión, o condición? Día/mes/año
3. ¿El niño (a) ha recibido o ha aplicado alguna vez para Seguro de Ingresos Suplementario (SSI) o Seguro Social de Incapacidad? Sí (Proceda al 3a) No (Proceda al #4)
 - a. ¿Está la aplicación para SSI/SSA en proceso? Sí (Proceda al #4) No (Proceda al 3b)
 - b. ¿Cuáles fueron las fechas de aprobación, negación o cierre del caso?

c. ¿Cuál fue la razón para la negación o cierre del caso? Por favor provea una copia de la carta de la administración del seguro social que explica la razón por negación o cierre del caso.

d. ¿Si han pasado más de 12 meses de la negación/cierre del caso de Seguro de Ingresos Suplementario SSI/ Seguro Social de Incapacidad, es la condición con la administración de seguro Social (SSA) que se consideró anteriormente casi la misma, mejor, peor, o ha cambiado?

4. Describa las condiciones médicas o lesiones que limitan la vida diaria de su hijo(a).

5. Describa problemas de comportamiento, problemas del habla, problemas de aprendizaje, o problemas de asistencia que su hijo (a) haya tenido en casa, escuela o terapia.

6. Tratamiento Medico/Educación/Terapia

a. ¿Qué tratamiento médico ha recibido el niño (a) para esta condición? ¿Qué Tratamiento está planeado para el futuro?

¿Está el niño (a) atendiendo clases de educación especial? Si _____ No _____.

Liste todas las escuelas/instituciones donde el niño(a) recibió terapia para comportamiento, ocupacional, física, o del habla en el último año.

Adjunte formulario DHS-4000.

****Si usted tiene copia de los records de evaluación o terapia, por favor incluya copias.**

Nombre de la escuela/institución:			Grado escolar:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Código de área y número de teléfono :	Profesor (a):		
Nombre de la escuela/institución:			Grado escolar:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Código de área y número de teléfono:	Terapeuta:		
Nombre de la escuela/institución:			Grado escolar:
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Código de área y número de teléfono:	Terapeuta:
--------------------------------------	------------

Información de Médicos/Clinicas/Salud Mental, Hospitales (Si usted tiene copias de los records médicos de el año pasado hasta el presente, por favor incluya copias)

Nombre del doctor principal (PCP):	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:
Código de área y número de teléfono:		

Nombre de doctor (a)/ Clínica:	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

Código de área y número de teléfono:

Nombre de doctor (a)/ Clínica:	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

Código de área y número de teléfono:

Nombre del doctor (a)/ Clínica:	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

Código de área y número de teléfono:

Nombre del doctor (a)/ Clínica:	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad	Estado: Código Postal

Código de área y número de teléfono:

Nombre del doctor (a)/Clínica:	Fechas: Desde	Hasta
Dirección:	Ciudad:	Estado: Código Postal:

Código de área y número de teléfono:

Por Favor verifique todos los archivos:

- DHS-4000's completa con todos los records médicos necesarios requeridos
- DCO-107, si es aplicable
- Records médicos, si son aplicables