FAA-1190AFORNA (10-06)

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY

BABY ARIZONA

INFORMATION CHECK LIST

The following information must be provided *before* DES can make a decision for AHCCCS Health Insurance.

☐ Residency		Proof that the patient lives in Arizona.
☐ Identity		Proof required for U.S. citizen applicants.
☐ Citizenship		Proof required for U.S. citizen applicants.
☐ Alien Status		Proof of immigration documentation when the applicants are not U.S. citizens.
☐ Social Security Number		Patient's statement of their number is acceptable.
☐ Dependent Care Expenses		Patient's billed amount for the previous 30 days.
☐ Unearned Income		Verify GROSS income for the patient ***and*** the financially responsible persons (husband if married, or parents if applicant is a minor) for the previous 30 days.
☐ Earned Income		Verify GROSS income for the patient ***and*** the financially responsible persons (husband if married, or parents if applicant is a minor) for the previous 30 days.
☐ Health Insurance		Copy the front and back of the card.

Equal Opportunity Employer/Program ◆ Under Titles VI and VII of the Civil Rights Act of 1964 (Title VI & VII), and the Americans with Disabilities Act of 1990 (ADA), Section 504 of the Rehabilitation Act of 1973, and the Age Discrimination Act of 1975, the Department prohibits discrimination in admissions, programs, services, activities, or employment based on race, color, religion, sex, national origin, age, and disability. The Department must make a reasonable accommodation to allow a person with a disability to take part in a program, service or activity. For example, this means if necessary, the Department must provide sign language interpreters for people who are deaf, a wheelchair accessible location, or enlarged print materials. It also means that the Department will take any other reasonable action that allows you to take part in and understand a program or activity, including making reasonable changes to an activity. If you believe that you will not be able to understand or take part in a program of activity because of your disability, please let us know of your disability needs in advance if at all possible. To request this document in alternative format or for further information about this policy, contact your local office manager; TTY/TTD Services: 7-1-1. ◆ Español en el reverso.

FAA-1190AFORNA (10-06)

DEPARTAMENTO DE SEGURIDAD ECONÓMICA DE ARIZONA

BABY ARIZONA

LISTA DE COTEJO DE LA INFORMACIÓN

La siguiente información debe ser suministrada
***antes de que* DES pueda tomar una decisión sobre el Seguro Médicos de AHCCCS.**

☐ Residencia		Prueba que el/la paciente vive en Arizona.
☐ Identidad		Requiere prueba de los solicitantes que son ciudadanos de los EE.UU.
☐ Ciudadanía		Requiere prueba de los solicitantes que son ciudadanos de los EE.UU.
☐ Condición de Inmigración		Prueba de documentos de inmigración cuando los solicitantes no son ciudadanos de EE.UU.
☐ Número de Seguro Social		Declaración de paciente de su número es aceptable.
☐ Cuidado de Niños/ Dependientes		La cantidad cobrada al paciente en los 30 días anteriores.
☐ Ingresos No Ganados		Verifique los ingresos BRUTOS para el/la paciente ***Y*** las personas responsables de las finanzas (el marido si son casados; o los padres de un menor de edad) en los 30 días anteriores.
☐ Ingresos Ganados		Verifique los ingresos BRUTOS para el/la paciente ***Y*** las personas responsables de las finanzas (el marido si son casados; o los padres de un menor de edad) en los 30 días anteriores.
☐ Seguro de Salud		Haga copias del frente y el dorso de la tarjeta.

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades • Bajo los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles del año 1964 (Título VI y VII) y la Ley de Estadounidenses con Incapacidades del año 1990 (Americans with Disabilities Act: ADA), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación a Edad de 1975, el Departamento prohíbe discriminar en los programas, entradas, servicios, actividades o el empleo basado en raza, color de piel, religión, sexo, origen nacional, edad, e incapacidad. El Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con una incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento debe proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible qué necesita para acomodar su incapacidad. Para obtener este documento en otro formato u obtener información adicional sobre esta política, comuníquese con el gerente de oficina local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • English on front.