

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Family Assistance Administration



**Baby Arizona**  
APPLICATION FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE

**PROVIDER USE ONLY**

DOCTOR'S NAME		PROVIDER REPRESENTATIVE'S NAME	
NUMBER OF FETUS	ESTIMATED DATE OF DELIVERY	HEALTH PLAN SELECTED	AHCCCS ID NO.

**DES USE ONLY**

SITE CODE	DATE RECEIVED	WORKER'S NAME	REAP REF SRC CODE
			<b>PR</b>

**INSTRUCTIONS FOR COMPLETING THE APPLICATION:**

Use this application to ask for medical coverage for yourself, someone in your family, or for someone you are representing. The date your signed and dated application is received in the doctor's office is your official application filing date.

The application may be filled out by you or anyone you choose who knows about your circumstances and living arrangements. When completed by someone other than yourself, complete and sign the "Request for assistance in completing the application" section B.

Complete all of the following information about everyone listed on this application. If you are a minor (under age 18) living with your parents, you must provide verification of your parent's income. If you are married, you must provide verification of your husband's income.

You must sign and date the completed application on page 4. If someone else completed it for you, they must also sign. Read the information on pages 4 and 5 carefully before you sign the application.

**A. Enter the name, address and telephone number of the applicant or the responsible adult if you are applying for a child.**

NAME OF APPLICANT OR RESPONSIBLE ADULT					
DO YOU LIVE IN A SHELTER, OR CONSIDER YOURSELF HOMELESS?					
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No					
HOME ADDRESS	APT. NO.	CITY	STATE	ZIP CODE	COUNTY
MAILING ADDRESS	APT. NO.	CITY	STATE	ZIP CODE	
HOME TELEPHONE	WORK TELEPHONE		MESSAGE OR CELL TELEPHONE		

**B. Request for assistance in completing the application:**

I hereby authorize _____ to complete this application for medical benefits on my behalf based on information provided by me.
Applicant's Signature: _____ Date: _____

**C. Please complete the following for you. (Ethnicity and racial categories are voluntary and will not affect your benefits.):**

APPLICANT NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.	DATE OF BIRTH	PLACE OF BIRTH (City/State)
RELATIONSHIP <b>SELF</b>	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat	US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
WHAT LANGUAGE DO YOU SPEAK? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:				
WHAT LANGUAGE DO YOU READ? <input type="checkbox"/> English <input type="checkbox"/> Spanish <input type="checkbox"/> Other:				
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed		IF MARRIED, SPOUSE'S NAME		DO YOU LIVE IN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**DECLARACIONES**

**Colaboración:**

Entiendo que especialistas de elegibilidad de AHCCCS, DES, o KidsCare revisarán mi solicitud para el seguro de salud de AHCCCS y me comunicarán si necesitan más información.

Consiento en:

- Proporcionar toda la información y prueba que sea necesaria para tomar una decisión sobre ésta solicitud;
- Identificar a alguien quien puede ser responsable de todos los cuidados médicos de las solicitantes incluir pero no limitarse a: seguro de salud e incapacidad, reclamos de seguro y accidente, convenios legales y ordenes de sustento médico;
- Informarse cuando se cambia cualquier información he proporcionado en ésta solicitud;
- **Proporcionar toda la información y prueba al personal estatal o federal quienes hagan una revista de calidad por elegibilidad de cualquier persona para quien tenga aprobación de seguro de salud de AHCCCS;** y
- Proporcionar toda la información y prueba a la DES Division of Child Support Enforcement (DCSE) para obtener sustento médico de cualquier padre/madre que está ausente del hogar. Puede que requerir establecer la paternidad. *(Se aplica sólo cuando esté un padre/madre de un niño menor de 18 años de edad quien tenga aprobación por Medicaid y usted solicita por Medicaid por usted mismo. Puede reclamar causa justa para no proporcionar información ni prueba si puede demostrar que hacerlo se resulta con daño físico o emocional a usted o su niño)*

**Consentimiento para acceso a información (HIPPA)**

Estoy de acuerdo en que la información personal y financiera en esta solicitud, incluyendo los formularios suplementarios y la información de apoyo se ponga a la disposición de AHCCCS o DES por el propósito de determinar la elegibilidad para Seguro de Salud de AHCCCS.

**Autorizo:**

- a la agencia encargada de determinar elegibilidad a que se comunique con cualquier fuente que se necesite para verificar que la información necesaria para determinar el derecho al Seguro de Salud de AHCCCS es correcta;
- la liberación de información de cualquier fuente que tenga información necesaria para determinar este derecho;
- la revelación de información de cualquier fuente que tiene información incluso información protegido de salud que es incluido

- en los archivos financieros de facturación, cuando sea necesario para determinar la elegibilidad del Seguro de Salud de AHCCCS
- la revelación de información por el AHCCCS o DES o de sus agentes de una agencia que haya sido contratada para pagar mis/nuestras cuentas médicas; y
- la revelación de información al DES/Division of Child Support Enforcement (DCSE), si soy el padre/la madre de un/a niño/a que no vive conmigo y si el/la niño/a tiene Seguro de Salud de AHCCCS. DCSE puede usar esta información para obtener una orden de ayuda médica.

**Entiendo que:**

- Tengo el derecho de revocar esta autorización a cualquier momento por enviar un aviso escrito de revocación al AHCCCS. Ésta autorización se revocará cuando AHCCCS reciba la revocación escrita, pero la revocación no se aplica a la información que ya ha sido revelado a respuesta de ésta autorización.
- A menos que es revocada más temprano, ésta autorización terminará cuando se retira o deniega mi solicitud para asistencia a través de AHCCCS, o cuando se termine mi elegibilidad por asistencia a través de AHCCCS.
- Ésta autorización seguirá durante cualquier momento mientras contesto mi elegibilidad en un procedimiento de tribunal o audiencia administrativa.

**Asignación de derechos de otros beneficios para cuidados médicos:**

Entiendo que si yo o miembros de mi familia reciben aprobación para Seguro de Salud de AHCCCS, AHCCCS puede cobrar los pagos de cualquier otra parte que pueda ser responsable del pago de nuestros gastos por cuidados de salud. Esto incluye:

- seguros de salud privados o patrocinados por patronos (excluyendo Medicare);
- personas, tales como cónyuges ausentes o padres, que son legalmente responsables de suministrar ayuda médica;
- seguros por incapacidad, privados o patrocinados por empleadores;
- seguros por accidentes, privados o patrocinados por empleadores;
- reclamos de seguros, concesiones de jurados o acuerdos legales debido a lesiones.

Entiendo que AHCCCS no puede cobrar más que los costos que AHCCCS ha pagado. También entiendo que debo dar información sobre otras partes responsables y tomar la acción que sea necesaria para recibir apoyo médica. Esto incluye el establecimiento de paternidad de mis hijos, a menos que yo puedo probar causa justa de no hacerlo.

<b>O. Necesitamos su firma para tramitar su solicitud.</b>			
<b>Declaración de la verdad:</b> Juro bajo sanción de perjurio que las declaraciones dadas en esta solicitud y cualquier otra declaración que he dado ( <i>o que daré</i> ) durante el proceso de solicitud son verdaderas y correctas a mi mejor saber y entender. Las fotocopias que he suministrado ( <i>o que suministraré</i> ) son iguales que el documento original. He leído y entiendo toda la información de arriba.			
FIRMA DEL/DE LA SOLICITANTE, ADULTO RESPONSABLE O REPRESENTANTE AUTORIZADO/A	ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	FECHA	RELACIÓN
FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE	ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	FECHA	RELACIÓN
FIRMA DE UN TESTIGO SI SE FIRMA CON UNA MARCA	ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	FECHA	RELACIÓN
<b>P. Si quiere que la agencia de elegibilidad ayudarle obtener prueba de un empleador, llena lo siguiente:</b>			
Yo otorgo mi permiso para mi empleador para revelar cualquier información que sea necesario en determinar si puedo obtener seguro de Salud de AHCCCS			
FIRMA DE OTROS MIEMBROS DEL HOGAR QUE TRABAJAN	ESCRIBA SU NOMBRE EN LETRA DE MOLDE <i>(Apellido, Nombre, Inicial)</i>	Fecha	

- Q.** Si usted desea solicitar beneficios adicionales para usted u otras personas en su hogar, marque cada tipo de beneficio abajo por el que usted desea solicitar. Un trabajador del DES se comunicará con usted para hacer una cita para una entrevista para que usted o un miembro de su familia pueda solicitar por estos beneficios adicionales:
- Estampillas de Comida    Asistencia en Efectivo/TANF    GA/TC

**D. Please complete the following for everyone living in your home:**

*(Ethnicity and racial categories are voluntary and will not affect your benefits.)*

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

FULL NAME (Last, First, M.I.)		SOC. SEC. NO.		DATE OF BIRTH		PLACE OF BIRTH (City/State)	
RELATIONSHIP TO APPLICANT	SEX <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETHNICITY (Check only one) <input type="checkbox"/> Non-Hispanic/Latino <input type="checkbox"/> Hispanic/Latino	RACE (Check all that apply) <input type="checkbox"/> White <input type="checkbox"/> Black/African Am <input type="checkbox"/> Asian <input type="checkbox"/> Nat HI/Pac Islander <input type="checkbox"/> Am Indian/AK Nat		US CITIZEN <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		
MARTIAL STATUS (Check only one) <input type="checkbox"/> Married <input type="checkbox"/> Divorced <input type="checkbox"/> Single <input type="checkbox"/> Widowed			IF MARRIED, SPOUSE'S NAME			APPLYING FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

E. ¿Usted o alguien por quien usted esta solicitando se ha mudado a Arizona en los últimos 60 das?  Sí  No Si es sí, ¿Quién?

F. ¿Usted o alguien por quien usted está solicitando es dueño/a de, renta o mantiene un hogar fuera de Arizona?  Sí  No Si es sí, ¿Quién?

G. Diga nos sobre los ingresos de todos enumerados en ésta solicitud. Tipos de ingresos incluye propio negocio, sueldos, sustento para menores, Beneficios de Seguro Social, Beneficios para veteranos, beneficios para incapacidades, ingreso de jubilación o pensión, subvenciones o becas educativas, dinero regalado o prestado, interés por las cuentas financieras, o cualquier otro dinero que recibe alguien listada en ésta solicitud.

¿Tiene alguien listada en ésta solicitud su propio negocio?

No Si es no, sigue a la reja #1.

Sí Pone el nombre de la persona que tenga su propio negocio \_\_\_\_\_

¿Cuándo empezó el negocio propio? \_\_\_\_\_

¿Cuánto es el medio ingreso bruto mensual? \_\_\_\_\_ ¿Gastos medios mensuales? \_\_\_\_\_

Reja #1 – Favor de llenar toda la información sobre cualquier otro ingresos de todas las personas en ésta solicitud.

Nombre de la persona que recibe el ingreso	Tipo de ingreso	Nombre y dirección del empleador, institución financiera o persona quien proporciona los ingresos	Número de teléfono de empleador, agencia o persona	Frecuencia del ingreso	Cantidad Bruto (antes de deducciones) recibida cada vez	Horas trabajadas cada período de pago	Sueldo por hora	Horas extras trabajadas cada período de pago	Sueldo por sobre tiempo
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ cada período		\$ cada hora		\$ cada hora
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ cada período		\$ cada hora		\$ cada hora
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ cada período		\$ cada hora		\$ cada hora
				<input type="checkbox"/> semanal <input type="checkbox"/> quincenal <input type="checkbox"/> bimensual <input type="checkbox"/> mensual <input type="checkbox"/> Otro _____	\$ cada período		\$ cada hora		\$ cada hora

H. ¿Alguien en su hogar paga actualmente por cuidado de niños, de una persona incapacitada para poder trabajar?

Sí  No Si es sí, enumera la información abajo:

Nombre de la persona que necesita el cuidado	¿Cuál cantidad es fracturada?	¿De frecuencia? (diario, semanal, mensual)	Nombre del proveedor de cuidado	Número de teléfono del proveedor de cuidado

I. ¿Ha recibido servicios médicos alguien listada en ésta solicitud este mes o el mes anterior?  Sí  No

Si es sí, indique el mes y año: \_\_\_\_\_

J. Dentro de los últimos 3 años, ¿Tenga alguna persona listada en ésta solicitud cualquier enfermedad o herida actual debida a un accidente o negligencia?

Sí  No Si es sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

K. ¿Tiene alguien listada en ésta solicitud tiene una enfermedad crónica (una condición médica que requiere tratamiento frecuente que continua y si no lo trata debidamente, podría afectar la salud general de la persona)?

Sí  No Si es sí, ¿Quién?: \_\_\_\_\_

L. Si usted o alguien por quien usted está solicitando solamente tiene derecho a Seguro de Salud de AHCCCS que tiene como requisito que usted pague cuotas mensuales, ¿está usted dispuesta a pagar las cuotas?  Sí  No

M. ¿Tiene usted cobertura o derecho a cobertura médica a través de OB pagado anticipadamente y parto, Medicare, Administración de Veteranos, servicios militares, algún patrono o alguna otra compañía de seguros? Si sí, complete lo siguiente:  Sí  No

NOMBRE DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

NÚM. DE PÓLIZA/GRUPO: \_\_\_\_\_

DIRECCIÓN DE LA COMPAÑÍA DE SEGURO: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**E.** Has anyone listed on this application moved to Arizona in the past 60 days?  Yes  No If yes, who: \_\_\_\_\_

**F.** Does anyone listed on this application own, lease or maintain a home outside of Arizona?  Yes  No If yes, who: \_\_\_\_\_

**G.** Tell us about the income of everyone listed on this application. Types of income include self-employment, wages, child support, Social Security benefits, Veteran’s benefits, disability benefits, retirement or pension income, educational grants or scholarships, money someone gave or loaned you, interest on financial accounts, or any other money anyone listed on this application receives.

Is anyone listed on this application self-employed?

No If no, continue to Grid #1.

Yes Enter the self-employed person’s name \_\_\_\_\_

When did this self-employment start? \_\_\_\_\_

How much is the average gross monthly income? \_\_\_\_\_ Average monthly expenses? \_\_\_\_\_

**Grid #1 – Please fill in all information about any other income of all the persons listed on this application.**

Name of person receiving income	Type of income	Name and address of employer, agency, financial institution or person who provides income	Telephone number of employer, agency or person	How often paid?	Gross amount (before deductions) received each time	Hours worked per pay period	Hourly rate	Overtime hours worked per pay period	Overtime hourly rate
				<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____	\$ per period		\$ per hour		\$ per hour
				<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____	\$ per period		\$ per hour		\$ per hour
				<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____	\$ per period		\$ per hour		\$ per hour
				<input type="checkbox"/> Weekly <input type="checkbox"/> Every 2 weeks <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Monthly <input type="checkbox"/> Other _____	\$ per period		\$ per hour		\$ per hour

**H.** Is anyone listed on this application billed for the care of any children or incapacitated adults so that a person listed on this application can work?  Yes  No If yes, list the information below.

Name of person cared for	What amount is billed?	How often? (daily, weekly, monthly)	Name of person providing care	Telephone number of person providing care

**I.** Has anyone listed on this application received medical services this month or last month?  Yes  No

If yes, indicate the month/year: \_\_\_\_\_

**J.** Does anyone listed on this application have any current illness or injury due to an accident or malpractice in the past 3 years?

Yes  No If yes, who: \_\_\_\_\_

**K.** Does anyone listed on this application have a chronic illness (medical condition that requires frequent and ongoing treatment and that if not properly treated will seriously affect the person’s overall health)?

Yes  No If yes who: \_\_\_\_\_

**L.** If anyone listed on this application is only eligible for AHCCCS Health Insurance that requires you to pay monthly premiums, are you willing to pay the premiums?  Yes  No

**M.** Are you entitled to or do you have medical coverage through pre-paid OB and delivery, Medicare, adoption contract, Veterans’ Administration, military services, an employer or any other insurance company?  Yes  No If yes, complete below.

INSURANCE COMPANY’S NAME:

POLICY/GROUP I.D. NO.:

INSURANCE COMPANY’S ADDRESS:

**E. Favor de llenar lo siguiente para todos que viven en su hogar:**  
***(Categorías de etnicidad y raza son voluntarias y no afectarán sus beneficios.)***

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

NOMBRE COMPLETO <i>(Apellido, nombre de pila, inicial.)</i>		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO <i>(Ciudad/Estado)</i>
RELACIÓN AL SOLICITANTE	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD <i>(Marque sólo uno)</i> <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA <i>(Opcional)</i> – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
ESTADO CIVIL <i>(Marque solo un)</i> <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**DECLARATIONS**

**Cooperation:**

I understand that eligibility specialists from AHCCCS, DES, or KidsCare will review my application for AHCCCS Health Insurance and will contact me if they need more information.

I agree to:

- Provide all information and proof needed to make a decision on this application;
- Identify anyone who may be responsible for all applicants' medical care, including but not limited to: health and disability insurance, accident and insurance claims, legal settlements and medical support orders;
- Report when any information that I have provided on this application changes;
- **Provide all information and proof to state or federal personnel who are doing a quality review of the eligibility of any person for whom AHCCCS Health Insurance is approved;** and
- Provide all information and proof to the DES Division of Child Support Enforcement (DCSE) to obtain medical support from any parent who is absent from the home. This may require establishing paternity. *(This applies only if you are a parent of a child younger than age 18 who is approved for Medicaid and you are applying for Medicaid for yourself. You may claim good cause for not providing information or proof if you can show that it could result in physical or emotional harm to you or to the child.)*

**HIPAA Authorization to Release Information:**

I agree to the release of personal and financial information from this application, including supplemental forms and supporting information to AHCCCS or DES for the purpose of determining eligibility for AHCCCS Health Insurance.

**I authorize:**

- The eligibility agency to contact any sources needed to obtain and verify the information needed to determine eligibility for AHCCCS Health Insurance is correct;
- The release of information from any source having information, including protected health information that is included on financial billing records, when needed to determine eligibility for AHCCCS Health Insurance;

- The release of information by AHCCCS or DES or its agents to an agency hired to pay your medical bills; and
- The release of information to DES/Division of Child Support Enforcement (DCSE), if I am the parent of a child who does not live with me and the child has AHCCCS Health Insurance. DCSE may use this information to get a medical support order; and

**I understand that:**

- I have the right to revoke this authorization at any time by sending a written notice of revocation to AHCCCS. This authorization will be revoked when AHCCCS receives the written revocation, but the revocation will not apply to information that has already been released in response to this authorization.
- Unless revoked earlier, this authorization will expire when my application for assistance through AHCCCS is withdrawn or denied, or when my eligibility for assistance through AHCCCS ends.
- This authorization will continue during any time while I am contesting my eligibility in an administrative hearing or court proceeding.

**Assignment of Rights to Other Benefits for Medical Care:**

I understand that if I am or members of my family are approved for AHCCCS Health Insurance, AHCCCS can collect payment from any other parties who may be responsible for paying for our health care costs. This includes:

- Private or employer-sponsored health insurance *(not including Medicare)*
- Persons, such as an absent spouse or parent, who are legally responsible for providing medical support
- Private or employer-sponsored disability insurance
- Private or employer-sponsored accident insurance
- Insurance claims, jury awards, or legal settlements resulting from injuries

I understand that AHCCCS cannot collect more than the costs paid by AHCCCS. I also understand that I must give information about other responsible parties and take any action needed to receive medical support. This includes establishing paternity of my children, unless I can prove good cause not to do so.

<b>O. We need your signature to process your application.</b>			
<b>Statement of Truth:</b> I swear under penalty of perjury that the statements made on this application and any other statements that I made <i>(or will make)</i> during the application process are true and correct to the best of my knowledge. Photocopies I have provided <i>(or will provide)</i> are the same as the original document. I have read and understand all of the declarations above.			
SIGNATURE OF APPLICANT, RESPONSIBLE ADULT, OR AUTHORIZED REPRESENTATIVE	PRINT YOUR NAME <i>(Last, First, M.I.)</i>	DATE	RELATIONSHIP
SIGNATURE OF OTHER ADULT APPLICANT	PRINT YOUR NAME <i>(Last, First, M.I.)</i>	DATE	RELATIONSHIP
SIGNATURE OF WITNESS <i>(If signed with a mark)</i>	PRINT YOUR NAME <i>(Last, First, M.I.)</i>	DATE	RELATIONSHIP
<b>P. If you want the eligibility agency to help you get proof from an employer, complete the following:</b>			
I give permission for my employer to release any information needed to determine if I can get AHCCCS Health Insurance.			
SIGNATURE OF OTHER WORKING HOUSEHOLD MEMBERS	PRINT YOUR NAME <i>(Last, First, M.I.)</i>	DATE	

- Q.** If you wish to apply for additional benefits for yourself or other persons in your home, check each type of benefit below for which you wish to apply. A DES worker will contact you to make an appointment for an interview so you or a member of your household may apply for these additional benefits:  Food Stamps  Cash Assistance/TANF  GA/TC



**Baby Arizona**  
**SOLICITUD PARA SEGURO SALUD DE AHCCCS**

SOLO PARA USO DEL PROVEEDOR			
NOMBRE DEL/DE LA DOCTOR/A		NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE DEL PROVEEDOR	
NÚMERO DE FETOS	FECHA APROXIMADA DE ENTREGA	PLAN DE SALUD SELECCIONADO	NÚM. DE IDENTIFICACIÓN DE AHCCCS
NOMBRE DEL/DE LA DOCTOR/A			
CÓDIGO DEL SITIO	FECHA DE RECIBO	NOMBRE DEL/DE LA TRABAJADOR/A	REAP REF SRC CODE <b>PR</b>

**INSTRUCCIONES PARA LLENAR LA SOLICITUD:**

Utilice ésta solicitud para pedir cubierto medico para usted, un miembro de su familia o cuando sea apoderado que usted representa a otra persona. La fecha en que la oficina del médico reciba su solicitud firmada y con fecha será la fecha formal de presentar su solicitud.

La solicitud puede ser completada por usted o cualquier persona que usted seleccione y que conozca sus circunstancias y arreglos de vivienda. Si llena la solicitud otra persona, llene y firme la sección "Petición para ayuda a llenar la solicitud" en la sección B.

Suministre toda la información siguiente sobre todas las personas para las que se solicita asistencia. Si usted es menor de edad (menor de 18 años) y vive con sus padres, tiene que proveer prueba de los ingresos de sus padres. Si usted está casada, usted debe suministrar verificación de los ingresos de su esposo.

Usted tiene que firmar y fechar la solicitud completa en la página 4. Si otra persona llenó la solicitud por usted, esa persona también tiene que firmar. Lea la información en las páginas 4 y 5 cuidadosamente antes de firmar la solicitud.

**A. Pone el nombre, domicilio y número de teléfono del solicitante o adulto responsable si solicita por un niño.**

NOMBRE DEL SOLICITANTE O ADULTO RESPONSABLE					
¿VIVE USTED EN UN REFUGIO O LE CONSIDERA A SI MISMOS ESTAR SIN HOGAR? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
DOMICILIO	NÚM. DE APTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
DIRECCIÓN POSTAL (Si es diferente al de arriba)	NÚM. DE APTO	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL	CONDADO
TELÉFONO DE CASA	TELÉFONO DE TRABAJO	PARA MENSAJES O CELULAR			

**B. Petición para ayuda a llenar la solicitud:**

Yo, por este medio autorizo a _____ para que llenar ésta solicitud para beneficios médicas de mi parte basado en la información que le proporcioné.
Firma de solicitante: _____ Date: _____

**C. Favor de llenar lo siguiente para usted. (Categorías de etnicidad y raza son voluntarias y no afectarán sus beneficios.):**

NOMBRE DE SOLICITANTE (Apellido, nombre de pila, inicial.)		NÚM. DE SEG. SOC.	FECHA DE NACIMIENTO	LUGAR DE NACIMIENTO (Ciudad/Estado)
RELACIÓN <b>Sí Mismo</b>	SEXO <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	ETNICIDAD (Marque sólo uno) <input type="checkbox"/> No-Hispana/Latina <input type="checkbox"/> Hispana/Latina	RAZA (Opcional) – MARQUE TODO LO QUE SEA APLICABLE <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra/Africana Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Hispana/Latina <input type="checkbox"/> De HI o Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Nativa de AK <input type="checkbox"/> Nativa Americana - tribu	CIUDADANO DE EE.UU. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál idioma habla usted? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro				
¿Cuál idioma lee usted? <input type="checkbox"/> inglés <input type="checkbox"/> español <input type="checkbox"/> Otro				
ESTADO CIVIL (Marque solo un) <input type="checkbox"/> Casada <input type="checkbox"/> Divorciada <input type="checkbox"/> Soltera <input type="checkbox"/> Viuda		SI ES CASADA, NOMBRE DE CÓNYUGE		¿VIVE USTED EN ARIZONA? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**NVRA-5 (Spanish)**

**PROPOSICIÓN DE EMPADRONAMIENTO**

La cantidad de ayuda que esta oficina le va a proveer no será afectada por su decisión de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar.

Si usted no está empadronado para votar donde usted actualmente vive, ¿le conviniera solicitar empadronamiento para votar hoy día aquí mismo? \_\_\_\_ Si \_\_\_\_ No

**SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS RESPUESTAS, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HIZO LA DECISIÓN DE NO EMPADRONARSE PARA VOTAR HOY DÍA.**

Si usted necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de empadronamiento, nosotros estamos dispuestos a ayudarle. La decisión de procurar o aceptar ayuda es suya. Se le permite completar el formulario de solicitud en privado. Usted tiene la opción de llevarse el formulario consigo y regresarlo por correo al registrador del condado o usted puede completar su empadronamiento aquí y depositarlo en el depósito que se proporciona.

Si usted se decide a empadronarse para votar, la información tocante la oficina donde se efectuó el empadronamiento permanecerá confidencial y se usará únicamente para los propósitos de empadronamiento de votantes.

\_\_\_\_\_  
Firma del Cliente (o iniciales del miembro del personal) Fecha

-----  
Si usted cree que alguien se ha impedido con su derecho de empadronarse para votar o de no empadronarse para votar, su derecho a privacidad en decidiendo de empadronarse o en solicitar empadronamiento para votar, o su derecho de seleccionar su propio partido político u otra preferencia política, usted puede entablar su queja con:

State Election Director  
Secretary of State's Office  
1700 West Washington  
Phoenix, Arizona 85007  
(602) 542-8683

ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY  
Family Assistance Administration



## APPLICATION FOR AHCCCS HEALTH INSURANCE Baby Arizona Process

### CITIZENSHIP AND IMMIGRATION STATUS

Anyone who wants AHCCCS Health Insurance (*except for emergency medical care*) must tell us his or her citizenship or immigration status.

- United States citizens must provide original documents to establish the person's identity and citizenship as a condition of eligibility. AHCCCS benefits for both non-citizens and U.S. citizens cannot be given until the person provides proof of their status.
- Non-citizens must provide USCIS (*formerly INS*) cards or letters. If you are a sponsored non-citizen, have your sponsor send in their signed I-864 Affidavit of Support. We may verify immigration documents with the USCIS, but we will not report information to the USCIS. If you ask for or receive AHCCCS Health Insurance (*except for nursing home care*), it will not hurt the immigration status of anyone in your household. You do not need to tell us about the citizenship, immigration status or place of birth, or provide documents for anyone in your household who is not applying for AHCCCS Health Insurance.

### PROVIDING SOCIAL SECURITY NUMBERS

Anyone who asks for AHCCCS Health Insurance must tell us his or her Social Security number or apply for one. If you do not have a Social Security number, we can help you apply for one. We do not require a Social Security number for a person who is not asking for AHCCCS Health Insurance, but you may give it voluntarily. Providing all Social Security numbers will help us verify family income. We use Social Security numbers for computer matching with other state and federal agencies and employers to find out about your income, insurance carriers and whether you have Medicare. It also makes sure you are not approved for AHCCCS Health Insurance more than once at the same time. Immigrants who are not legally able to obtain a Social Security number are not required to provide one. We will not use your Social Security number as your AHCCCS identification number.

### RIGHTS

You have the right to be treated fairly and equally regardless of race, color, national origin, religion, sex, age, handicap, disability or political beliefs.

You have the right to a hearing if:

- you have given all information and proof requested and you have not been told in writing within 45 days (*or 90 days if a disability determination is needed*) whether your application is approved or denied,
- we deny your application, or stop or reduce your services, or
- you disagree with the amount of your premium or an increase in your premium.

The notice AHCCCS or DES sends you will tell you how to request a hearing, the date by which you must ask for a hearing, and will ask for the reason you want a hearing.

### YOUR RESPONSIBILITIES

It is your responsibility to provide the DES/Family Assistance Administration (FAA) with the needed information to correctly determine eligibility.

It is your responsibility to notify the local DES office within 10 days by phone, letter, or in person whenever:

- you have moved;
- change of address;
- a household member, whether or not related to you or your family, dies or moves in or out of your home;
- there are any changes in your household's income, expenses, marital status, medical insurance coverage or other circumstances which could affect your eligibility for AHCCCS Health Insurance.

It is your responsibility to provide the Arizona and federal reviewers with the needed information to complete a quality control review and determine your eligibility for medical assistance. If you provide incorrect information or refuse or fail to cooperate, your benefits may be denied or stopped.

DES/TANF/USDA Agencies are Equal Opportunity Employers/Programs □ 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 case manager TTY/TDD Services: 7-1-1. • Free language assistance for DES services is available upon request.



## Proceso de Baby Arizona

### SOLICITUD PARA SEGURO SALUD DE AHCCCS

#### CIUDADANÍA Y SITUACIÓN DE INMIGRANTE

Cualquiera persona que quiera Seguro de Salud de AHCCCS (*excepto para cuidados médicos de emergencia*) debe decirnos su ciudadanía o situación de inmigrante.

- Ciudadanos de los EE.UU. deben suministrar documentos originales para establecer la identidad y ciudadanía de la persona como condición de la elegibilidad. No se podrá dar beneficios de AHCCCS a ciudadanos de los EE.UU. ni no ciudadanos salvo que la persona puede proporcionar prueba de su estado.
- Las personas que no sean ciudadanos deben proporcionar copias de tarjetas o cartas de USCIS (*anteriormente INS*). Si usted es una persona patrocinada que no sea ciudadano, haga a su patrocinador enviar su I-864 afidávit de apoyo firmado. Podemos verificar documentos de inmigración con el USCIS, pero no le reportaremos información al USCIS. Si usted solicita o recibe Seguro de Salud de AHCCCS (*excepto para cuidados en casas de reposo*), esto no le afectará la situación de inmigración a nadie en su hogar. Usted no necesita darnos información sobre la ciudadanía, situación de inmigración, lugar de nacimiento, o suministrar documentos de ninguna persona en su hogar que no esté solicitando Seguro de Salud de AHCCCS.

#### SUMINISTRO DE NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL

Cualquier persona que solicite Seguro de Salud de AHCCCS debe darnos su número de Seguro Social o solicitar uno. Si usted no tiene un número de Seguro Social, le podemos ayudar a solicitar uno. Nosotros no requerimos el número del Seguro Social de una persona que no esté solicitando Seguro de Salud de AHCCCS, pero usted puede darlo voluntariamente. Suministrar todos los números de Seguro Social nos ayudará a procesar la solicitud más rápidamente. Nosotros usamos los números del Seguro Social para cotejar por medio de la computadora con otras agencias estatales y federales y encontrar información sobre sus ingresos y si usted tiene Medicare. También para estar seguros de que usted no tenga aprobación para Seguro de Salud de AHCCCS más de una vez al mismo tiempo. Los inmigrantes que no pueden obtener un número de Seguro Social en forma legal no necesitan dar uno. No usaremos su número de Seguro Social como el número de identificación de AHCCCS.

#### DERECHOS

Usted tiene el derecho de ser tratado/a en forma justa sin importar su raza, color, origen nacional, religión, sexo, edad, desventaja, discapacidad o creencias políticas.

Usted tiene derecho a una audiencia si:

- usted ha dado toda la información y pruebas solicitadas y a usted no se le ha informado por escrito dentro de 45 días (*ó 90 días si se necesita una determinación de discapacidad*) si su solicitud ha sido aprobada o rechazada,
- rechazamos su solicitud, o suspendemos o reducimos sus servicios, o
- usted no está de acuerdo con la cantidad de su cuota o un aumento en su cuota.

El aviso que AHCCCS o DES le envía le dirá cómo solicitar una audiencia, la fecha que usted tiene para solicitar una audiencia y le preguntará la razón por la que usted desea una audiencia.

#### SUS RESPONSABILIDADES

Usted tiene la responsabilidad de darle al DES/Administración de Asistencia a Familias (FAA) la información que necesitan para determinar correctamente sus derechos.

Usted tiene la responsabilidad de avisarle a la oficina local del DES dentro de 10 días por teléfono, carta, o en persona cuando:

- usted se haya mudado;
- cambie de dirección;
- un miembro de su hogar, ya sea que esté relacionado o no con usted o su familia, muere o se muda a o de su hogar;
- haya algún cambio en sus ingresos, gastos, estado civil, cobertura de seguro medico u otras circunstancias que pueden afectar su derecho a Seguro de Salud de AHCCCS.

Tiene usted responsabilidad de suministrarles a los encargados de revisión de Arizona o federales la información necesaria para completar un control de revisión de calidad y determinar su derecho a asistencia médica. Si usted suministra información incorrecta o se niega a cooperar, sus beneficios pueden ser rechazados o suspendidos.

Las agencias de DES/TANF/USDA son Empleadores/Programas 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 su gerente de caso local; Servicios de TTY/TDD: 7-1-1. • Ayuda gratuita con traducciones relacionadas a los servicios de DES está disponible a solicitud del cliente.