

## Departamento de Servicios Humanos de Arkansas Solicitud de Cobertura de Salud

<p><b>Utilice esta solicitud para ver a cual cobertura califica a través del Departamento de Servicios Humanos (DHS).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Medicaid, ARKids First o el Programa de Independencia de Cuidado de la Salud</li> <li>• Si no es elegible para cualquiera de la cobertura de arriba, su información será transferida al Mercado de Seguros de Salud Facilitado Federal para determinar su elegibilidad para los créditos de impuestos para ayudar a pagar un Plan de Salud Calificado.</li> </ul>
<p><b>¿Quién puede usar esta solicitud?</b></p>	<p>Utilice esta aplicación para aplicar para usted o para cualquiera de su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplique incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Usted podría ser elegible para cobertura gratuita o con un menor costo.</li> <li>• Las familias que incluyen inmigrantes pueden aplicar. Puede aplicar para sus hijos aún si usted no es elegible para la cobertura. La aplicación no afectará su estatus migratorio o posibilidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano.</li> <li>• Si alguien le está ayudando a cumplimentar esta solicitud, puede que necesite cumplimentar un DCO-153, Consentimiento de un Representante Autorizado.</li> </ul>
<p><b>Aplique más rápido en línea.</b></p>	<p><b>Aplique más rápido en línea a través de: <a href="https://Access.Arkansas.gov">Access.Arkansas.gov</a></b></p>
<p><b>¿Qué necesitará para aplicar.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Su número de Seguro Social (o número de documento si usted es un inmigrante legal).</li> <li>• Información del empleador y de los ingresos (por ejemplo: recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios)</li> <li>• Información sobre cualquier otro tipo de trabajo relacionado con el seguro médico para su familia</li> <li>• Números de póliza del actual seguro de salud</li> </ul>
<p><b>¿Por qué le pedimos esta información?</b></p>	<p>Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para que sepa a cual cobertura califica y si puede recibir ayuda para pagar por ello. <b>Mantendremos privada y segura toda la información que nos proporcione tal y como es requerido por la ley.</b> Para ver la Ley de Declaración de Privacidad vaya a <a href="https://Access.Arkansas.gov">Access.Arkansas.gov</a>.</p>
<p><b>¿Qué sucede después?</b></p>	<p>Envíe su solicitud cumplimentada y firmada a la dirección que aparece en la página 8. <b>Si usted no tiene toda la información que solicitamos, firme y presente de todas formas su solicitud.</b></p>
<p><b>Obtenga ayuda con esta aplicación.</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Teléfono:</b> Llame a nuestro Centro de Ayuda por el <b>1-855-372-1084</b>.</li> <li>• <b>En persona:</b> Para obtener más información, póngase en contacto con su oficina local del DHS del condado.</li> <li>• <b>En Español:</b> Llame a nuestro centro de ayuda gratis al <b>1-855-372-1084</b>.</li> </ul>

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si usted necesita ayuda en un idioma distinto al Inglés, llame al **1-855-372-1084** e infórmele al representante de servicio al cliente que idioma desea. Le ayudaremos sin ningún costo para usted.

## Paso 1 Háblenos de usted

(Necesitamos a un adulto en la familia para que sea la persona de contacto para su aplicación).

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo			
2. Dirección Habitación			3. Número de Apartamento o Suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. País
8. Dirección de Correo (si es diferente a la de habitación)			9. Número de Apartamento o Suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. País
14. Número de teléfono		15. Otro número de teléfono	
16. ¿Desea recibir información en relación a esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Dirección de Correo Electrónico: _____			
17. Idioma preferido para hablar o escribir (si no es el Inglés)			

## Paso 2 Háblenos de su familia

### ¿A quién necesita incluir en esta solicitud?

Indíquenos todos los miembros de la familia que viven con usted. Si usted presenta la declaración de impuestos, tenemos que saber acerca de todos en su declaración de impuestos. (No necesita declarar impuestos para ser elegible para la cobertura de salud.)

#### Incluir:

- Usted mismo
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que vivan con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted
- Alguien que cuide a menores de 21 años que viva con usted y que esté a su cargo

#### No tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los niños de la pareja no casada
- Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 21 años)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa para el que califica depende del número de personas en su familia y de sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todo el mundo reciba la mejor cobertura posible.

**Cumplimente el Paso 2 para cada persona en su familia.** Empezar por usted mismo, luego agregue otros adultos y niños. Si tiene más de dos personas en su familia, necesitará hacer una copia del paso 2, páginas de la Persona 2, cumplimentarla y adjuntarla a esta aplicación. No necesita proporcionar estatus migratorio o Número de Seguro Social (SSN) para miembros de la familia que no necesitan la cobertura de salud. Mantendremos privada y segura toda la información que proporciona como es requerido por la ley. Sólo usaremos su información personal para verificar si usted es elegible para la cobertura de salud.

### Proceda al Paso 2, Persona 1 en la página siguiente.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si usted necesita ayuda en un idioma distinto al Inglés, llame al **1-855-372-1084** e infórmele al representante de servicio al cliente que idioma desea. Le ayudaremos sin ningún costo para usted.

## Paso 2: Persona 1 (comience por usted mismo)

Completar el Paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los niños que vivan con usted o alguien en su misma declaración federal de impuestos si usted presenta alguna. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quien incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde añadir los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	2. ¿Relación con usted? <b>SUYA</b>	3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
4. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	5. Si es menor de 18 años, ¿está emancipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>En caso afirmativo, ¿cómo fue emancipado?</b> <input type="checkbox"/> Orden de un Tribunal <input type="checkbox"/> Derecho Consuetudinario	
6. Número de Seguridad Social (SSN) ____ - ____ - _____ <b>Necesitamos esto si quiere la cobertura de salud y tiene un SSN.</b> Proporcionando su SSN es útil si no desea también la cobertura de salud ya que entregando esto acelera el proceso de la solicitud. Utilizamos el SSN para comprobar ingresos y otra información para ver quién es elegible para la ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite <a href="http://socialsecurity.gov">socialsecurity.gov</a> . Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.		

7. **¿Necesita cobertura de salud?** (Incluso si usted tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o con costos más bajos.)  
 **Sí En caso afirmativo**, conteste todas las preguntas a continuación.  **No Si no**, OMITA las preguntas 8 a la 11 y comience respondiendo las preguntas nuevamente en el #12.

**ESTADO DE CIUDADANÍA**

8. ¿Es ciudadano Estadounidense o nacional de los Estados Unidos?  Sí  No  
 ¿Es usted ciudadano de las Islas Marshall, Estados Federados de Micronesia o Palau?  Sí  No

9. **Si no es ciudadano de los Estados Unidos o nacional de los Estados Unidos**, ¿Tiene estado migratorio elegible?  
 **Sí** Ingrese su tipo de documento y número de identificación a continuación.  
 a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ N° de Extranjero \_\_\_\_\_  
 b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_  
 Fecha de expiración del documento \_\_\_\_\_  
 c. ¿Vive en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No  
 Fecha de ingreso a los Estados Unidos \_\_\_\_\_  
 d. ¿Es usted o su cónyuge o padre un veterano o un miembro militar activo de los Estados Unidos?  Sí  No

10. **Si es Hispano/Latino**, ¿Cuál es su origen étnico? **(OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).**  
 Mejicano  Mejicano – Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro: \_\_\_\_\_

11. **Raza (OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).**  
 Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  
 Negro o Afroamericano  Indio Asiático  Japonés  Otra Raza Asiática  Samoano  Chino  
 Coreano  Nativo Hawaiano  Otra Isla del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE EMBARAZO**

12. ¿Está embarazada?  Sí  No **En caso afirmativo**, ¿Cuál es su Fecha de Parto? \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
 ¿Cuántos bebés espera durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
**Si no**, ¿Ha dado a luz en los pasados 90 días?  Sí  No **En caso afirmativo**, ¿Cuál fue la fecha de parto? \_\_\_\_\_  
**En caso afirmativo**, ¿cuántos bebés parió? \_\_\_\_\_

**ESTADO DE ESTUDIANTE**

13. ¿Es un estudiante a tiempo completo?  Sí  No **Por favor** marque su estatus estudiantil y tipo de escuela.

Estatus			Tipo de Escuela	
Tiempo completo	Medio tiempo	Vocacional	Licenciatura	Universidad abierta
Tiempo parcial	Graduado	Equivalente Vocacional/Técnica	Técnica	No esta en la escuela

**ESTADO DE CUIDADOR DE CRIANZA**

14. ¿Estuvo en Cuidado de Crianza en Arkansas a la edad de 18 años?  Sí  No  
**En caso afirmativo**, ¿estuvo inscrito en Medicaid cuando dejó el Programa de Cuidado de Crianza?  Sí  No  
 ¿Está recibiendo Medicaid en la actualidad?  Sí  No

15. ¿Es el principal cuidador viviendo con y cuidando a al menos un hijo menor de 19 años?  Sí  No

**ESTADO DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTO**

16. ¿Piensa presentar una declaración federal de impuestos el AÑO PRÓXIMO?(Puede todavía aplicar para la cobertura de salud incluso si usted no presenta una declaración federal de impuestos.)

**SÍ** En caso afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas c.  **NO** Si no, pase la pregunta c.

a. ¿Declarará conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Declarará dependientes en su declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, liste los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_

¿Es pariente del contribuyente? \_\_\_\_\_

## Paso 2: Persona 1 (Continúe con usted mismo)

### Empleo Actual e Información de Ingresos

**Empleado**

**No empleado**

**Autónomo**

Si actualmente está empleado, Pase a la pregunta 25.

Pase a la pregunta 26.

Háblenos de sus ingresos.

Comience con la pregunta 17.

#### TRABAJO ACTUAL 1:

17. Nombre Dirección y del Empleador	18. Número de Teléfono del Empleador
19. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
20. Promedio de horas trabajadas cada semana: _____ Fecha de comienzo del empleo _____ (mm/dd/aaaa)	

#### TRABAJO ACTUAL 2: (Adjunte otra hoja de papel para listar más puestos de trabajo).

21. Nombre Dirección y del Empleador	22. Número de Teléfono del Empleador
23. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____	
<input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
24. Promedio de horas trabajadas cada semana: _____ Fecha de comienzo del empleo _____ (mm/dd/aaaa)	

25. En el último año usted:  ¿Cambió de trabajo?  ¿Dejó de trabajar? Si es así, fecha en que finalizó de trabajar \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

¿Empezó a trabajar menos horas?  ¿Ninguno de estos?

#### 26. Si es autónomo, conteste las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

\_\_\_\_\_

b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos de negocio) recibirá de este empleo por cuenta propia este mes?

\$ \_\_\_\_\_

27. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad.

**NOTA:** No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, pagos de los veteranos o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia
Ninguna			Interés sujeto a impuesto			Interés libre de impuesto		
Dividendos			Ingreso foráneo			Desempleado		
Pensiones / Jubilación			Seguridad Social			Agricultura / pesca Neto		
Cuentas de Jubilación			Pagos de beca			Premios/ Reconocimientos		

Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia
Ganancia de capital			Pension por divorcio/ Manutención			Monto total		
Ingreso nativo de Alaska			El ingreso Indio Americano			Otro Ingreso		

28. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad.

Si paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración federal de impuestos, díganos si ellas podrían lograr un costo más bajo de su cobertura de salud.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta al autoempleo neto (Pregunta 26b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_

Intereses de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_

Otras Deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

29. **INGRESO ANUAL: Complete solamente si su ingreso cambia de mes a mes.**

**Si su ingreso mensual no espera cambios, sáltese a la pregunta 30.**

El total de ingresos de <b>este año</b> : \$ _____	El total de ingresos del año <b>próximo</b> (si piensa que será diferente): \$ _____
---	---

30. **FACTURAS MÉDICAS SIN PAGAR** ¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de este mes?  Sí  No

¿Necesita ayuda para pagar gastos médicos en los últimos tres meses?  Sí  No

¿Estas facturas son de emergencia médica?  Sí  No

¿Se mantuvo el número de personas viviendo con ustedes igual que en el presente durante los últimos 3 meses?  Sí  No

¿Se mantuvo su ingreso familiar igual que en el presente durante los últimos 3 meses?  Sí  No

**De no ser así,** ¿cuántas personas han vivido en la casa y cuál ha sido el ingreso familiar en los últimos meses? \_\_\_\_\_

31. **ESTADO DE DISCAPACIDAD** ¿Tiene alguna discapacidad o está ciego?  Sí  No

¿Vive en un centro médico o clínica de reposo?  Sí  No

¿Qué tipo de facilidad es ésta?  Residencia de Ancianos  Centro de Desarrollo Humano  Hospital del Estado de Arkansas

Centro de Salud de Arkansas  Centro de Atención Intermedia para los Intellectualmente Discapitados

¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas, etc.)?  Sí  No

## Paso 2: Persona 2

Complete el Paso 2 para su cónyuge/pareja e hijos que vivan con usted y/o de alguien en su misma declaración federal de impuestos si usted no declara. Consulte la página 2 para obtener más información acerca de quien incluir. Si usted no presenta una declaración de impuestos, recuerde añadir los miembros de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo	2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Número de Seguridad Social (SSN) ___ - ___ - _____ <b>Necesitamos esto si quiere la cobertura de salud y tiene un SSN.</b>	
6. ¿La <b>PERSONA 2</b> vive en la misma dirección suya? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si no es así,</b> indique la dirección: _____	
7. ¿La <b>PERSONA 2</b> es el principal cuidador viviendo con y cuidando al menos un hijo menor de 19 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. ¿La **PERSONA 2** necesita cobertura de salud?

**SÍ** En caso afirmativo, conteste todas las preguntas a continuación.

**NO** Si no es así, omita las

preguntas 9 a la 12 y comience respondiendo nuevamente las preguntas en la # 13.

### ESTADO DE CIUDADANÍA

9. ¿La **PERSONA 2** es un ciudadano Estadounidense o nacional de los Estados Unidos?  Sí  No

10. ¿Es la **PERSONA 2** ciudadana de las Islas Marshall, los Estados Federados de Micronesia o Palau?  Sí  No

11. Si la PERSONA 2 no es un ciudadano Estadunidense o nacional de los Estados Unidos, ¿Tiene estado inmigratorio elegible?  
 Sí Ingrese su tipo de documento y número de identificación a continuación.  
 a. Tipo de documento de inmigración: \_\_\_\_\_ N° de Extranjero \_\_\_\_\_  
 b. Número de identificación del documento: \_\_\_\_\_ Fecha de expiración del documento \_\_\_\_\_  
 c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en los Estados Unidos desde 1996?  Sí  No Fecha de ingreso a los Estados Unidos \_\_\_\_\_  
 d. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o padre un veterano o un miembro militar activo de los Estados Unidos?  Sí  No

12. Si es Hispano/Latino, ¿Cuál es la etnicidad de la PERSONA 2?(OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).  
 Mejicano  Mejicano – Americano  Chicano/a  Puertorriqueño  Cubano  Otro: \_\_\_\_\_

13. Raza(OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).  
 Blanco  Indio Americano o Nativo de Alaska  Filipino  Vietnamita  Guameño o Chamorro  
 Negro o Afroamericano  Indio Asiático  Japonés  Otra Raza Asiática  Samoano  Chino  
 Coreano  Nativo Hawaiano  Otra Isla del Pacífico  Otro: \_\_\_\_\_

**ESTADO DE EMBARAZO**

14. ¿La PERSONA 2 está embarazada?  Sí  No En caso afirmativo, ¿cuál es su fecha de parto? \_\_\_\_\_  
 (mm/dd/aaaa)  
 ¿Cuántos bebés espera la PERSONA 2 durante este embarazo? \_\_\_\_\_  
 Si no es así, ¿La PERSONA 2 ha dado a luz en los pasados 90 días?  Sí  No En caso afirmativo, ¿Cuál fue la fecha de parto?  
 \_\_\_\_\_  
 En caso afirmativo, ¿Cuántos bebés parió la PERSONA 2? \_\_\_\_\_

**ESTADO DE ESTUDIANTE**

15. ¿Es la PERSONA 2 un estudiante a tiempo completo?  Sí  No Marque (X) en todo lo que aplique.

Estatus		Tipo de Escuela		
Tiempo completo	Medio tiempo	Vocacional	Licenciatura	Universidad abierta
Tiempo parcial	Graduado	Equivalente Vocacional/Técnica	Técnica	No esta en la escuela

**ESTADO DE CUIDADOR DE CRIANZA**

16. ¿Estuvo la PERSONA 2 en cuidado de crianza en Arkansas a la edad 18 años?  Sí  No  
 En caso afirmativo, ¿Estaba la PERSONA 2 inscrita en Medicaid cuando dejó el Programa de Cuidado de Crianza?  Sí  No  
 ¿Está inscrita actualmente la PERSONA 2 en Medicaid?  Sí  No

**ESTADO DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTO**

17. ¿La PERSONA 2 piensa presentar una declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO?(Puede todavía aplicar para la cobertura de salud incluso si usted no presenta una declaración federal de impuestos.)  
 Sí En caso afirmativo, por favor responda las siguientes preguntas c.  NO Si no, pase la pregunta c.  
 a. ¿La PERSONA 2 declara conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No  
 En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_  
 b. ¿La PERSONA 2 declarará dependientes en su declaración de impuestos?  Sí  No  
 En caso afirmativo, liste los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_  
 c. ¿La PERSONA 2 será declarada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No  
 En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente: \_\_\_\_\_  
 ¿Cómo se relaciona la PERSONA 2 con el contribuyente? \_\_\_\_\_

**Paso 2: Persona 2 (Continua con la Persona 2)**

**Empleo Actual e Información de Ingresos**

Empleado  
 Si actualmente está empleada la PERSONA 2, Háblenos de sus ingresos. Comience con la pregunta 18.

No empleado  
 Pase a la pregunta 26.

Autónomo  
 Pase a la pregunta 27.

**TRABAJO ACTUAL 1:**

18. Nombre Dirección y del Empleador	19. Número de Teléfono del Empleador
20. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	

21. Promedio de horas trabajadas cada **semana**: \_\_\_\_\_ Fecha de comienzo del empleo \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)

**TRABAJO ACTUAL 2:** (Adjunte otra hoja de papel para listar más puestos de trabajo).

22. Nombre Dirección y del Empleador	23. Número de Teléfono del Empleador
24. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Horario <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 Semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
25. Promedio de horas trabajadas cada <b>semana</b> : _____ Fecha de comienzo del empleo _____ (mm/dd/aaaa)	

26. **En el último año usted:**  ¿Cambió de trabajo?  ¿Dejó de trabajar? Si es así, fecha en que finalizó de trabajar \_\_\_\_\_ (mm/dd/aaaa)  
 ¿Empezó a trabajar menos horas?  ¿Ninguno de estos?

27. **Si es autónomo, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo \_\_\_\_\_ b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos de negocio) recibirá de este empleo por cuenta propia este mes? \$ \_\_\_\_\_

28. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad.

**NOTA:** No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, pagos de los veteranos o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI).

Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia
Ninguna			Interés gravable			Interés no gravable		
Dividendos			Ingreso foráneo			Desempleado		
Pensiones / Jubilación			Seguridad Social			Agricultura / pesca Neto		
Cuentas de Jubilación			Pagos de beca			Premios/ Reconocimientos		
Ganancia de capital			Pension por divorcio/Manutención			Monto total		
Ingreso nativo de Alaska			El ingreso Indio Americano			Otro Ingreso		

29. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad.

Si paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración federal de impuestos, díganos si ellas podrían lograr un costo más bajo de su cobertura de salud.

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta al autoempleo neto (Pregunta 26b).

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_  
 Intereses de préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_  
 Otras Deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Cuán a menudo? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

30. **INGRESO ANUAL: Complete solamente si su ingreso cambia de mes a mes.**

**Si su ingreso mensual no espera cambios, sáltese a la pregunta 30.**

El total de ingresos de <b>este año</b> : \$ _____	El total de ingresos del año <b>próximo</b> (si piensa que será diferente): \$ _____
---	---

31. **FACTURAS MÉDICAS SIN PAGAR** ¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de este mes?  Sí  No  
 ¿Necesita ayuda para pagar gastos médicos en los últimos tres meses?  Sí  No  
 ¿Estas facturas son por emergencia médica?  Sí  No  
 ¿Se mantuvo el número de personas viviendo con ustedes igual que en el presente durante los últimos 3 meses?  
 Sí  No  
 ¿Se mantuvo su ingreso familiar igual que en el presente durante los últimos 3 meses?  Sí  No  
 De no ser así, ¿cuántas personas han vivido en la casa y cuál ha sido el ingreso familiar en los últimos meses? \_\_\_\_\_

32. **ESTADO DE DISCAPACIDAD** ¿Tiene alguna discapacidad o está ciego?  Sí  No  
 ¿Vive en un centro médico o clínica de reposo?  Sí  No Nombre de la instalación \_\_\_\_\_  
 ¿Qué tipo de facilidad es ésta?  Residencia de Ancianos  Centro de Desarrollo Humano  Hospital del Estado de Arkansas  
 Centro de Salud de Arkansas  Centro de Atención Intermedia para los Intelectualmente Discapacitados  
 ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas, etc.)?  Sí  No

### Paso 3 Miembros de Familia Indio Americana o Nativos de Alaska (AI / AN)

**¿Es usted o alguien en su familia indio estadounidense o nativo de Alaska?**

- No** Si contestó no, continúe al Paso 4.  
 **Sí** En caso afirmativo, por favor obtener y cumplimentar un Apéndice B al DCO-151/152 y presentarlo con esta aplicación.  
 ¿Alguien en el hogar es elegible para recibir los Servicios del Programa Indígena?  Sí  No

### Paso 4 Cobertura de Salud de su Familia

Responda a estas preguntas para cualquiera que necesite cobertura de salud.

1. **¿Alguien está inscrito en las siguientes coberturas?**  Sí  No

**Si es así,** compruebe el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) junto a la cobertura que tienen.

- Medicaid \_\_\_\_\_  Seguro del Empleador \_\_\_\_\_  
 ARKids First/CHIP \_\_\_\_\_ Nombre de seguro de Salud \_\_\_\_\_  
 Medicare \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_  
 TRICARE \_\_\_\_\_ ¿Es esta cobertura COBRA?  Sí  No  
 (No marque si usted tiene Cuidado Directo o Línea de Servicio) ¿Es éste un plan de salud para jubilados?  Sí  No  
 \_\_\_\_\_  Otro  
 Programas de Cuidado de Salud VA \_\_\_\_\_ Nombre de seguro de Salud \_\_\_\_\_  
 Cuerpos de Paz \_\_\_\_\_ Número de Póliza \_\_\_\_\_  
 ¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza escolar de accidentes)?  Sí  No

2. **¿Hay alguien listado en esta aplicación ofrecida de cobertura de salud de un trabajo?** Compruebe si incluso la cobertura es del trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge.

- Sí** En caso afirmativo, usted necesitará cumplimentar e incluir el apéndice A. ¿Es éste un plan de beneficios de empleados estatales?  Sí  No  
 **No** Si no es así, continúe con el Paso 5.

3. ¿Ha perdido, cualquiera de los enumerados en la aplicación, la cobertura del seguro de salud durante los últimos 90 días?  Sí  No

**De ser así,** ¿cuándo terminó la cobertura? \_\_\_\_\_

¿Por qué terminó? \_\_\_\_\_

¿Era la cobertura un plan patrocinado por un grupo o un empleador?  Sí  No

¿El seguro cubría factures de hospital como factures de medicos?  Sí  No

4. ¿Usa tabaco alguno de los enumerados en esta aplicación?  Sí  No

**De ser así,** ¿quién? \_\_\_\_\_

#### Estado de encarcelamiento

1. ¿Alguno de los participantes en esta solicitud se encuentra actualmente detenido en el Departamento de Correcciones, Departamento Comunal de Corrección, la cárcel del condado, la cárcel de la ciudad o un centro correccional juvenil?  Sí  No

**De ser así,** ¿quién? \_\_\_\_\_

2. ¿Cuándo se espera que salga libre? \_\_\_\_\_

### Paso 5 Lea y Firme Esta Solicitud

- Voy a firmar esta aplicación bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado verdaderas respuestas a todas las preguntas en este formulario a lo mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si proveo información falsa o tergiversada.
- Sé que debo informarle al Departamento de Servicios Humanos si algo cambia (y es diferente a) lo que escribí en esta aplicación. Puedo visitar [access.arkansas.gov](http://access.arkansas.gov) llamar al **1-855-372-1084** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar mi elegibilidad para los miembros de mi hogar.
- Sé que bajo la ley federal, la discriminación no está permitida en base a raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Yo puedo presentar una queja por discriminación visitando [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).

● Confirmando que nadie de los que están aplicando para el seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenidos o preso). Si no es así, \_\_\_\_\_ (nombre de la persona) está encarcelado. Necesitamos la información para comprobar su elegibilidad para Medicaid, ARKids First o del Programa de Independencia del Cuidado de la Salud si usted decide aplicar. Revisaremos sus respuestas utilizando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Ingresos Internos (IRS), Seguridad Nacional, Departamento de Seguridad Interior, y/o una agencia de informes al consumidor. Si la información no coincide, pediremos que nos envíe pruebas.

#### Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para la ayuda para pagar la cobertura de salud en los años futuros, estoy de acuerdo en permitir que DHS utilice los datos sobre ingresos, incluyendo la información de las declaraciones de impuestos. DHS me enviará una notificación, podré realizar cualquier cambio y puedo optar en cualquier momento.

**Sí**, revisar mi elegibilidad automáticamente para los siguientes:  5 años (el número máximo de años permitidos)

O para un menor número de años:

4 años  3 años  2 años  1 año

No utilizar información de declaraciones de impuestos para revisar mi elegibilidad.

#### Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid, ARKids First o el Programa de Independencia de Cuidado de la Salud

● Le estoy dando al Departamento de Servicios Humanos nuestros derechos para buscar y obtener dinero de otro seguro de salud, establecimientos legales u otros terceros. También doy los derechos a la Agencia Medicaid para buscar y recibir ayuda médica de un cónyuge o padre.

● Entiendo que el programa de independencia del cuidado de la salud no es un programa federal o del estado de derecho y que puede ser terminado en cualquier momento mediante una notificación apropiada.

● ¿Algún niño en esta aplicación tiene un padre que viva fuera del hogar?  Sí  No

**En caso afirmativo**, sé que se me solicitará cooperar con la agencia que recauda la ayuda médica de un padre ausente. Si creo que el cooperar para recolectar ayuda médica perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informarle a DHS y no tendré que cooperar.

#### Mi derecho a apelar

Si creo que DHS ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Departamento de Servicios Humanos, que creo que la acción está equivocada y solicito una revisión justa de la acción. Sé que puedo averiguar como apelar una acción contactando a Medicaid por el **1-501-682-8622**. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo mismo. Se explicará mi elegibilidad y otra información importante.

**Firmar esta aplicación.** La persona que cumplimentó el Paso 1 debe firmar esta aplicación. Si usted es un Representante Autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado una copia firmada de la DCO-153, Consentimiento de un Representante Autorizado.

Firma	Fecha(mm/dd/aaaa)
-------	-------------------

## Paso 6 Envíe por Correo la Solicitud Cumplimentada

Envíe por correo su solicitud firmada a:

O envíe la aplicación por correo electrónico a: [351Jefferson@arkansas.gov](mailto:351Jefferson@arkansas.gov)

**DHS Jefferson County**

**1222 West 6<sup>th</sup> Street**

**P.O. Box 5670**

**Pine Bluff, AR 71611**

O puede enviar la aplicación por fax al: 1-870-534-3421.

**¿Qué sucede después?** Procesaremos su solicitud para Medicaid, ARKids First o el Programa de Independencia de Cuidado de la Salud y le enviaremos una notificación para informarle si ha sido aprobada o negada su solicitud de cobertura y proporcionaremos instrucciones sobre los próximos pasos necesarios para completar su solicitud de cobertura de salud. Si usted no es elegible para cualquiera de estos programas, analizaremos su solicitud para elegibilidad potencial para créditos de impuestos para ayudar a pagar las primas de seguro de salud y luego transferir su información al Mercado de Seguros de Salud. Le proporcionaremos instrucciones sobre como completar el proceso de solicitud en el aviso que le enviamos.

**¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD?** Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si usted necesita ayuda en un idioma distinto al Inglés, llame al **1-855-372-1084** e infórmele al representante de servicio al cliente que idioma desea. Le ayudaremos sin ningún costo para usted.

Esto completa el proceso de solicitud para Medicaid, ARKids First y el Programa de Independencia de Cuidado de la Salud. La ley federal requiere que cada estado brinde la oportunidad de inscribirse para votar con cada solicitud de ayuda pública. Las siguientes páginas del paquete son la Solicitud de inscripción de votantes de Arkansas (Arkansas Voter Registration Application). Por favor, responda la siguiente pregunta con respecto a la inscripción de votantes:

**¿Le gustaría inscribirse para votar o cambiar su dirección de registro de votante?**  Sí  No

Si seleccionó Sí, por favor complete y firme la Solicitud de inscripción de votantes adjunta y entréguela con su solicitud de Medicaid.

# SOLICITUD PARA INSCRIPCION PARA VOTAR EN ARKANSAS

Esta solicitud es para (marque todos los que se aplican a Ud.): <input type="checkbox"/> Una nueva inscripción. <input type="checkbox"/> Un cambio de nombre. <input type="checkbox"/> Un cambio de domicilio. <input type="checkbox"/> Un cambio de partido político.		Espacio para uso exclusivo de la oficina		Número de identidad asignado			
<b>1</b>	Sr. Sra. Srta.	Apellido	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre		
<b>2</b>	Domicilio/ Vivienda (Ver Seccion "C" abajo) (Domicilio rural debe dibujar un mapa)		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
<b>3</b>	Dirección donde recibe su correo si es diferente al de su domicilio particular		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
<b>4</b>	Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año		<b>5</b>	Números de teléfono (opcional) Domicilio: _____ Laboral: _____		<b>6</b>	Afiliación política (opcional)
<b>7</b>	E-mail/Correo Electrónico (opcional)		<b>8</b>	¿Ha votado alguna vez en una elección federal en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
<b>9</b>	No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente. <input type="checkbox"/> No. de licencia de conducir _____ <input type="checkbox"/> <b>Si no tiene licencia de conducir provea los últimos cuatro números de su número de Seguro Social</b> _____ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir ni número de Seguro Social.		Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márkuelo.				
<b>10</b>	(A) ¿Es usted un/a ciudadano/a de los Estados Unidos de América y un residente del estado de Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (B) ¿Tendrá usted dieciocho (18) años o más de edad antes o en el día de elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (C) ¿Está usted declarado incompetente en la actualidad mental por un tribunal con jurisdicción competente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (D) ¿Has estado condenado de un crimen grave sin pena, sin tener su condena descargada o perdonada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted marco "No" en respuesta a las preguntas A o B, no termine esta solicitud. Si usted marco "Si" en respuesta a una o más de las preguntas C o D, no termine esta solicitud.		La información que he proporcionado está verdad según mi leal saber y entender. Yo no reclamo que el derecho de votar en otro país ni el estado. Si he proporcionado información falsa, yo puedo ser susceptible a una multa de hasta \$10,000 y/o el encarcelamiento de hasta 10 años según los leyes del estado y federales.				
<b>11</b>	Fecha: _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año		Si el solicitante es incapaz de firmar su nombre, provea el nombre, dirección y teléfono de la persona asistiendo al solicitante: Nombre _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ No. de teléfono: _____				

**Por favor complete las siguientes secciones si es que: REGISTRANTES POR CORREO: POR FAVOR VER SECCION D.**

- Ud. estaba previamente registrado para votar en otro condado o estado; o
- Ud. desea cambiar su nombre o dirección en su registración

	Código de Agencia (Uso oficial)
--	---------------------------------

<b>A</b>	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre(s)
----------	----------------------	-------------------	----------------------------	--------	-------------------

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
Mes                      Día                      Año

<b>B</b>	Domicilio anterior	No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
----------	--------------------	------------------------	---------------	---------	--------	---------------

**Si Ud. vive en una zona rural y su domicilio no tiene un numero de casa o calle, o si no tiene una dirección, por favor dibuje un mapa donde vive Ud.**

<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escriba los nombres de las calles o intersecciones más cercanas a donde usted vive.</li> <li>• Marque con una "X" su domicilio.</li> <li>• Use un punto para marcar escuelas, iglesias, negocios, u otros lugares conocidos cerca de donde vive, y escriba el nombre del lugar.</li> </ul>	<b>REQUISITOS PARA IDENTIFICACION</b>
Ejemplo	• Grocery Store (Almacén) Woodchuck Road • School (Escuela)	<p><b>IMPORTANTE:</b> Si usted se está registrando, por la primera vez y está mandando esta solicitud por correo, debe mandar una copia de un documento de identidad actual y valido con su fotografía, o una copia actual de una factura de servicio publico, estado de cuenta bancaria, cheque expedido por el gobierno, cheque de pago de sueldo, u otro documento del gobierno demostrando su nombre y dirección para evitar requisitos adicionales de identificación cuando votando por su primera vez.</p>
Route #2	NORTE ↑ X	

Arkansas Secretary of State  
ATTN: Voter Registration  
P. O. Box 8111  
Little Rock, Arkansas 72203-8111

Se requiere  
estampilla de  
1ª Clase para  
envío por  
correo

---

---

---

Remitente:

### Información sobre fechas de plazo:

Para poder votar en la próxima elección, usted debe solicitar a registrarse para votar 30 días antes de la elección. Si usted manda esta solicitud por correo, debe ser recibida estampillada por la oficina de correo por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Usted también puede presentar esta solicitud en cualquier agencia para registrar volantes por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Si usted no presenta su solicitud antes de esa fecha, no estará registrada/o a tiempo para votar en la próxima elección. Por favor, no se demore en registrarse. Asegúrese de que su voto cuente.

Si su solicitud es aprobada y la información en ella está completa, usted será notificado de su distrito electoral por su Secretario del Condado (County Clerk).

### Para enviar por correo:

Doble la solicitud por la perforación en el medio, saque la cinta se plástico, selle en la parte de abajo, ponga una estampilla, y deposítela en el correo.

### Si tiene preguntas:

Llame a su Secretario del Condado (County Clerk)  
o a  
Secretario del Estado de Arkansas (Secretary of State)  
Mark Martin  
División de Elecciones  
1-800-482-1127

Contáctese con su Secretario del Condado (County Clerk) si usted no ha recibido confirmación de esta solicitud dentro de 2 semanas.

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL DE ARKANSAS

La sección 7 de la Ley Nacional de Inscripción en el Registro Electoral (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993 exige que cada estado otorgue la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública y toda recertificación, renovación y cambio de dirección. Este paquete de registro de electores representa su oportunidad de registrarse para votar o cambiar su dirección de registro electoral. Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si usted necesita ayuda para llenar esta planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted podrá llenar en privado la planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral.

No se usará ninguna información relacionada a la negación de registrarse para votar en relación a la solicitud para ningún propósito distinto a la inscripción en el registro electoral.

Si usted considera que alguien ha interferido en su derecho a: 1) Registrarse para votar; 2) No registrarse para votar; 3) Privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar; o 4) Elegir su propio partido político u otra preferencia política,

Puede presentar un reclamo al:

Secretario de Estado  
Room 256 State Capitol  
Little Rock, Arkansas 72201  
1-800-482-1127

### Envío de instrucciones para inscripción en el registro electoral

Usted tiene dos opciones para enviar su planilla de inscripción en el registro electoral.

1. Puede enviar la planilla de registro en persona o enviarla junto a su SNAP o solicitud de Medicaid a la oficina del DHS local de su condado. Puede encontrar la dirección de la oficina local de su condado en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) deben ser enviadas a la oficina del DHS del condado Jefferson. Si usted está usando alguna de estas planillas, podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral junto a su solicitud a dicha oficina. Al recibir las planillas en cualquier oficina del condado serán enviadas a la oficina del Secretario de Estado por usted.
2. También podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral directamente a la oficina del Secretario de Estado. Para hacer esto, separe la planilla de su solicitud/renovación, doble la planilla siguiendo la guía del medio, selle el final con cinta adhesiva o con una grapa, y envíela a la dirección indicada. Para su envío se requiere una estampilla o sobre prefranqueado.

**Dirección postal de las oficinas del DHS por condados**

Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Rd	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71802	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Benton	900 SE 13 <sup>th</sup> Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72602	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	PO Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 East 2 <sup>nd</sup> St.	Booneville	72927	Searcy	106 School St	Marshall	72650
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison Ave	Ft. Smith	72901
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Cross	803 Hwy 64E	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	75229
Dallas	1202 W. 3 <sup>rd</sup> St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W 18 <sup>th</sup> St.	El Dorado	71730
Faulkner	1000 East Siebenmorgan Road	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	449 Ingram Street	Clinton	72031
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mount Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Danville	72833

**\*Si usted vive en el condado Pulaski, por favor revise la siguiente lista de códigos postales para asegurar el envío o devuelva su solicitud a la oficina correcta del DHS del condado Pulaski.**

**Pulaski Este:** 72016, 72053, 72126, 72135, 72201, 72202, 72203, 72205, 72207, 72212, 72223, 72227

**Pulaski Norte:** 72046 (England), 72113, 72114, 72115, 72117, 72118, 72119, 72142 (Scott), 72190, 72231

**Pulaski Jacksonville:** 72023 (Cabot), 72076, 72078, 72099, 72106, 72116, 72120, 72124

**Pulaski Sur:** 72204, 72206 (También para el Suroeste)

**Pulaski Suroeste:** 72002, 72065, 72103, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (También para el Sur)

DCO-0137 (R. 04/15)