

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Solicitud de Cobertura de Salud

<p>Use esta solicitud para ver a qué cobertura califica a través del DHS</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Medicaid, ARKids First o Health Care Independence Program (programa de salud independiente) • Si no es elegible para ninguna de las coberturas de arriba, su información será enviada al Mercado de seguro de salud del gobierno federal (Federally Facilitated Health Insurance Marketplace) para determinar su elegibilidad para desgravaciones fiscales para ayudarlo a pagar un Plan de salud calificado (Qualified Health Plan).
<p>¿Quién puede usar esta solicitud?</p>	<p>Use esta solicitud para pedir cobertura para usted o cualquier integrante de su familia.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Puede presentar la solicitud incluso si usted o su hijo ya tienen cobertura de salud. Usted podría ser elegible para una cobertura de menor costo o gratuita. • Las familias que incluyen inmigrantes también pueden presentar una solicitud, puede solicitar cobertura para sus hijos incluso si usted no es elegible para recibir cobertura. Presentar una solicitud no afectará su estatus inmigratorio o las posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano. • Si alguien lo está ayudando a rellenar esta solicitud, es posible que deba completar el DCO-153.
<p>Haga su solicitud más rápido en línea</p>	<p>Haga su solicitud más rápido en línea en: Access.Arkansas.gov</p>
<p>Qué puede necesitar para hacer la solicitud</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Su número del Seguro Social (o número de documento si usted es un inmigrante legal) • Información del empleador y de sus ingresos (por ejemplo; de comprobantes de sueldo, formularios W-2 o declaración de salarios o impuestos) • Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su familia • Números de pólizas para los seguros de salud vigentes
<p>¿Por qué pedimos esta información?</p>	<p>Pedimos información sobre los ingresos y de otro tipo para informarle a qué cobertura califica y si usted puede obtener ayuda para pagarla. Mantenemos toda la información que nos proporciona privada y segura, tal como lo exige la ley. Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad vaya a Access.Arkansas.gov.</p>
<p>¿Qué pasa después?</p>	<p>Envíe su solicitud completa firmada a la dirección en la página 8. Si no tiene toda la información que pedimos, firme y envíe su solicitud de todas formas.</p>

Obtener ayuda para esta solicitud	<ul style="list-style-type: none"> • Teléfono: Llame a nuestro Centro de ayuda al 1-855-372-1084. • Personalmente: Comuníquese con la oficina DHS de su condado para mayor información. • En Español: Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-372-1084.
--	---

Paso 1 Cuéntenos acerca de usted

(Necesitamos un adulto de la familia que sea la persona de contacto para su solicitud.)

1. Nombre, nombre intermedio, apellido y sufijo			
2. Dirección residencial			3. Apartamento o Número de suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código ZIP	7. Condado
8. Dirección postal (si es diferente de la dirección residencial)			9. Apartamento o Número de suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código ZIP	13. Condado
14. Número de teléfono		15. Otro número de teléfono	
16. ¿Quiere recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Dirección de correo electrónico: _____			
17. Idioma hablado o escrito preferido (si no es inglés)			

Paso 2 Cuéntenos acerca de su familia

¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Cuéntenos acerca de todos los miembros de la familia que viven con usted. Si presenta declaración de impuestos, necesitamos saber todas las personas incluidas en su declaración de impuestos (no es necesario presentar declaración de impuestos para ser elegible para la cobertura de salud).

Incluya:

- A usted mismo/a
- Su cónyuge
- Sus hijos menores de 21 años que viven con usted
- Su pareja no casada que necesita cobertura de salud
- Toda persona que incluya en su declaración de impuestos incluso aunque no viva con usted
- Toda persona menor de 21 años que viva con usted y al que usted cuide

No tiene que incluir:

- Su pareja no casada que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su pareja no casada
- Sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años)
- Otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de la ayuda o el tipo de programa para el que califique depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos que todos reciban la mayor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona en su familia. Empiece por usted mismo/a, después añada otros adultos y niños. Si su familia está compuesta por más de dos personas, deberá hacer una copia de las páginas del Paso 2, rellenarlas y adjuntarlas a esta solicitud. No necesita proporcionar información del estatus migratorio ni el Número del Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia que no necesitan cobertura de salud. Mantenemos toda la información que nos proporciona privada y segura, tal como lo exige la ley. Solo usaremos su información personal para comprobar si es elegible para la cobertura de salud.

Por favor continúe al Paso 2 en la siguiente página.

¿NECESITA AYUDA PARA HACER SU SOLICITUD? Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-372-1084** y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-372-1084**.

Paso 2: Persona 1 (Empiece por usted)

Complete el Paso 2 por usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona incluida en la misma declaración de la renta si la presenta. Vea la página 1 para mayor información sobre a quién incluir. Si no presenta declaración de impuestos, recuerde añadir también a los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, nombre intermedio, apellido y sufijo	2. ¿Relación con usted? PERSONA QUE RESPONDE
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Número del Seguro Social (SSN) _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ Necesitamos este número si quiere cobertura de salud y tiene un SSN. Dar su SSN puede ser útil incluso si no quiere cobertura de salud ya que ayuda a agilizar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para comprobar el ingreso y otra información y ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov . Los usuarios de TTY deberían llamar al 1-800-325-0778.	

6. **¿Piensa presentar la declaración federal de impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO?** (Puede solicitar cobertura de salud incluso si no presenta la declaración federal de impuesto sobre la renta).

SÍ Si la respuesta es sí, por favor responda las preguntas a hasta c. **NO Si contestó no**, salte a la pregunta c.

a. ¿Presentará la declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge: _____

b. ¿Declarará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es sí, incluya los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Usted será declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor incluya el nombre de la persona que presenta la declaración: _____
¿Cuál es su relación con el declarante de impuestos? _____

7. ¿Está usted embarazada? Sí No **Si la respuesta es sí**, ¿cuántos bebés esperan de este embarazo? _____

8. **¿Necesita cobertura de salud?** (Incluso aunque ya tenga seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menores costos).

SÍ Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas de abajo. **NO Si respondió no**, PASE a las preguntas de ingresos en la página 3.
Deje el resto de esta página en blanco.

9. ¿Tiene usted alguna condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en ciertas actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o un hogar de cuidados? Sí No

10. ¿Es usted ciudadano o nacional de Estados Unidos? Sí No

11. **Si usted no es ciudadano ni nacional de Estados Unidos**, ¿tiene un estatus inmigratorio elegible?

Si Ingrese su tipo de documento y número de ID abajo.

a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de documento de ID: _____

c. ¿Ha vivido en los Estados Unidos desde 1996? Sí No d. ¿Es usted o su cónyuge o progenitor un veterano o miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

12. ¿Quiere ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? Sí No

13. ¿Vive con al menos un niño menor de 19 años y usted es la persona principal que se ocupa de este niño? Sí No

14. ¿Es usted estudiante a tiempo completo? Sí No

15. ¿Estaba en el sistema de crianza en Arkansas a la edad de 18 años o más? Sí No

16. **Si es Hispano/Latino**, ¿cuál es su etnia? (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).

Mexicano Estadounidense de origen mexicano Chicano/a Puertorriqueño Cubano

Otros: _____

17. **Raza (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).**

Blanco Indio estadounidense o nativo de Alaska Filipino Vietnamita Guameño o Chamorro

Negro o afroamericano Indo asiático Japonés Otro asiático Samoano Chino

Coreano Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico Otros: _____

¿NECESITA AYUDA PARA HACER SU SOLICITUD? Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-372-1084** y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-372-1084**.

Paso 2: Persona 1 (Continúe con usted)

Información de trabajo e ingresos actuales

Empleado

Si actualmente está empleado,
cuéntenos sobre su ingreso.
Empiece con la pregunta 18.

No empleado

Salte a la pregunta 28.

Auto-empleado

Salte a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

18. Nombre y dirección del empleador	19. Número de teléfono del empleador
20. Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
21. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____	

TRABAJO ACTUAL 2: (Adjunte otra hoja de papel para incluir más trabajos).

22. Nombre y dirección del empleador	23. Número de teléfono del empleador
24. Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
25. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____	

26. **El año pasado, usted:** ¿Se cambió de trabajo? ¿Dejo de trabajar? ¿Empezó a trabajar menos horas?
 Ninguna de las anteriores

27. Si es auto-empleado, responda a las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios después de pagar los gastos de su actividad) recibirá de este auto-empleo este mes?

\$ _____

28. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todos los que apliquen e ingrese la cantidad y con qué frecuencia recibe esa cantidad.
ATENCIÓN: No necesita incluir su pensión alimenticia de menores, pagos de veteranos o el Subsidio de seguridad del ingreso (Supplemental Security Income, SSI).

- Ninguno
- Desempleo \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Pensiones \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Agricultura/pesca neta \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Rentas/regalías netas \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Seguro social \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Pensión compensatoria \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Cuentas de retiro \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Otros ingresos \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____ Tipo: _____

29. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que apliquen e ingrese la cantidad y con qué frecuencia recibe esa cantidad.
Si usted paga ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración federal de impuesto sobre la renta, contarnos sobre ellas podría hacer el costo de cobertura de salud un poco más bajo.

ATENCIÓN: No debería incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al auto-empleo neto (Pregunta 27b).

- Pensión compensatoria pagada \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Intereses de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____
- Otras deducciones \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____ Tipo: _____

30. INGRESOS ANUALES: Complete solo si sus ingresos cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la siguiente persona.

Su ingreso total este año : \$ _____	Su ingresos total el próximo año (si piensa que será diferente): \$ _____
--	---

Paso 2: Persona 2

Complete el Paso 2 por su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted y/o cualquier otra persona incluida en la misma declaración de la renta si la presenta. Vea página 1 para mayor información sobre a quién incluir. Si no presenta declaración de impuestos, recuerde también añadir los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre, nombre intermedio, apellido y sufijo	2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/yyyy)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
5. Número del Seguro Social (SSN) _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ Necesitamos este número si quiere cobertura de salud y tiene un SSN.	
6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó no, indique la dirección: _____	

7. **¿La PERSONA 2 piensa presentar la declaración federal de impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO?** (Puede solicitar cobertura de salud incluso si no presenta la declaración federal de impuesto sobre la renta).
 SÍ Si la respuesta es sí, por favor responda a las preguntas a. hasta c. **NO Si contestó no**, salte a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA 2 presentará la declaración conjuntamente con su cónyuge? Sí No
Si la respuesta es sí, nombre de su cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 declarará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es sí, incluya los nombres de los dependientes: _____

c. ¿La PERSONA 2 será incluida como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si la respuesta es sí, por favor incluya el nombre de la persona que presenta la declaración: _____
 ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con el declarante de impuestos? _____

8. ¿La PERSONA 2 está embarazada? Sí No **Si la respuesta es sí**, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____

9. **¿La PERSONA 2 necesita cobertura de salud?**
 SÍ Si la respuesta es sí, responda todas las preguntas de abajo. **NO Si respondió no**, PASE a las preguntas de ingresos en la página 5.
 Deje el resto de esta página en blanco.

10. ¿Tiene la PERSONA 2 alguna condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en ciertas actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.) o vive en un centro médico o un hogar de cuidados? Sí No

11. ¿Es la PERSONA 2 ciudadana o nacional de Estados Unidos? Sí No

12. **Si la PERSONA 2 no es ciudadana ni nacional de Estados Unidos**, ¿tiene un estatus migratorio elegible?
 Sí Ingrese su tipo de documento y número de ID abajo.
 a. Tipo de documento de inmigración: _____ b. Número de documento de ID: _____
 c. ¿Ha vivido la PERSONA 2 en los Estados Unidos desde 1996? Sí No d. ¿Es la PERSONA 2 o su cónyuge o progenitor un veterano o miembro en servicio activo del ejército de los Estados Unidos? Sí No

13. ¿La PERSONA 2 quiere ayuda para pagar las cuentas médicas de los últimos tres meses? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	14. ¿Vive la PERSONA 2 con al menos un hijo menor de 19 años y usted es la persona principal que se ocupa de este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	15. ¿Estaba la PERSONA 2 en el sistema de crianza a la edad de 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	---	--

Por favor responda las preguntas 16 y 17 si la PERSONA 2 tiene 19 años o menos:

16. ¿La PERSONA 2 tuvo seguro a través de un empleo y lo perdió en los últimos 3 meses? Sí No
 a. **Si la respuesta es sí**, fecha de finalización del seguro: _____ b. Razón por la que terminó el seguro: _____

17. ¿Es la PERSONA 2 estudiante a tiempo completo? Sí No

18. **Si es Hispano/Latino**, ¿cuál es su etnia? (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).
 Mexicano Estadounidense de origen mexicano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otros: _____

19. **Raza (OPCIONAL - Marque todas las que correspondan).**
 Blanco Indio estadounidense o nativo de Alaska Filipino Vietnamita Guameño o Chamorro
 Negro o afroamericano Indo asiático Japonés Otro asiático Samoano Chino
 Coreano Nativo de Hawái Nativo de otras islas del Pacífico Otros: _____

Paso 2: Persona 2 (Continúe con la Persona 2)

Información de trabajo e ingresos actuales

Empleado

Si la PERSONA 2 está actualmente empleada, cuéntenos sobre su ingreso. Empiece con la pregunta 20.

No empleado

Salte a la pregunta 28.

Auto-empleado

Salte a la pregunta 27.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador
22. Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
23. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____	

TRABAJO ACTUAL 2: (Adjunte otra hoja de papel para incluir más trabajos).

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador
26. Salario/propinas (antes de impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	
27. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____	

28. **El año pasado, la PERSONA 2:** ¿Se cambió de trabajo? ¿Dejo de trabajar? ¿Empezó a trabajar menos horas?
 Ninguna de las anteriores

29. Si es auto-empleado, responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Cuántos ingresos netos (beneficios después de pagar los gastos de su actividad) recibirá la PERSONA 2 de este auto-empleo este mes?
 \$ _____

30. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todos los que apliquen e ingrese la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 recibe esa cantidad.

ATENCIÓN: No necesita incluir su pensión alimenticia de menores, pagos de veteranos o el Subsidio de seguridad del ingreso (Supplemental Security Income, SSI).

- | | | |
|---|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Ninguno | | |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensiones | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Agricultura/pesca neta | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Rentas/regalías netas | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro social | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Pensión compensatoria | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de retiro | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otros ingresos | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ Tipo: _____ |

31. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que apliquen e ingrese la cantidad y con qué frecuencia la PERSONA 2 recibe esa cantidad. Si la PERSONA 2 paga ciertas cosas que pueden ser deducidas en la declaración federal de impuesto sobre la renta, contarnos sobre ellas podría hacer el costo de cobertura de salud un poco más bajo.

ATENCIÓN: No debería incluir un costo que ya ha considerado en su respuesta al auto-empleo neto (Pregunta 29b).

- | | | |
|--|----------|--|
| <input type="checkbox"/> Pensión compensatoria pagada | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Intereses de préstamo estudiantil | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ |
| <input type="checkbox"/> Otras deducciones | \$ _____ | ¿Con que frecuencia? _____ Tipo: _____ |

30. **INGRESOS ANUALES:** Complete solo si los ingresos de la PERSONA 2 cambian de un mes a otro.

Si no espera cambios en el ingreso mensual de la PERSONA 2, pase a la siguiente persona.

Ingreso total de la PERSONA 2 este año : \$ _____	Ingreso total de la PERSONA 2 el próximo año (si piensa que será diferente): \$ _____
---	---

Paso 3 Familiares indio estadounidenses 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 Si la respuesta es sí, vaya al Anexo B.

Paso 4 La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas para todos los que necesitan cobertura de salud.

1. ¿Alguien está afiliado actualmente a cobertura de salud por alguno de los siguientes programas? Sí No

Si la respuesta es sí, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre(s) de la persona(s) junto a la cobertura que tienen.

- Medicaid _____ Seguro del empleador _____
 ARKids First/CHIP _____ Nombre del seguro de salud _____
 Medicare _____ Número de póliza _____
 TRICARE (no marque si tiene cuidado directo o en acto de servicio [Line of Duty]) ¿Es esta cobertura COBRA? Sí No
_____ ¿Es este un plan de salud para jubilados? Sí No
 Programas de salud para Veteranos _____ Otros
 Peace Corps _____ Nombre del seguro de salud _____
_____ Número de póliza _____
¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza escolar de accidentes)?
 Sí No

2. ¿Se le ha ofrecido a alguna persona incluida en esta solicitud cobertura de salud por trabajo? Marque Sí incluso si es la cobertura del trabajo de otra persona, como padre/madre o cónyuge.

- Sí** Si la respuesta es sí, necesitará completar e incluir el Anexo A. ¿Es este un plan de beneficios para empleados estatales? Sí No
 No Si contestó no, continúe al Paso 5.

Paso 5 Lea y firme esta solicitud

- Yo firmo esta solicitud bajo pena de perjurio lo que significa que he proporcionado respuestas verdaderas a mi leal saber y entender a todas las preguntas en este formulario. Sé que puedo ser objeto de penas de acuerdo a la legislación federal si proporciono información falsa o no verdadera.
- Yo sé que debo informar al Departamento de Servicios Humanos (DHS) si algo cambia (y es diferente) de lo declarado en esta solicitud. Puede visitar el sitio web access.arkansas.gov o llamar al **1-855-372-1084** para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad para los miembros de mi grupo familiar.
- Estoy en conocimiento de que según la legislación federal, no se permite la discriminación por razones de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Yo confirmo que nadie que solicita seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o en prisión). Si no es así, _____ (nombre de la persona) está encarcelado.

Necesitamos esta información para comprobar su elegibilidad para ayudar a pagar su cobertura de salud si decide hacer una solicitud. Comprobaremos sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos del Servicio de impuestos internos (Internal Revenue Service (IRS), Seguro social, el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security) y/o agencia de informe crediticio. Si la información no coincide, le podemos pedir que nos envíe comprobantes.

Renovación de cobertura en años futuros

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los años futuros, acepto permitir al DHS usar mis datos de ingresos, incluida la información de mis declaraciones de impuestos. El DHS me enviará una notificación, me permitirá hacer cambios y puedo retirar mi autorización en cualquier momento.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:

- 5 años (el máximo número de años permitido)
 por un número inferior de años:
 4 años 3 años 2 años 1 año No usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

Si alguien en esta solicitud es elegible para recibir Medicaid, ARKids First o el programa de independencia de salud Health Care Independence Program

• Yo otorgo al Departamento de Servicios Humanos nuestros derechos para reclamar y recibir dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales o terceros. También doy a la agencia Medicaid los derechos para solicitar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre/madre.

• ¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene un padre/madre que vive fuera del hogar? Sí No

Si la respuesta es sí, sé que me pedirán cooperar con la agencia que recolecta apoyo médico de progenitores ausentes. Si yo pienso que cooperar para recolectar apoyo médico me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo decirlo al DHS y es posible que no tenga que cooperar.

Mi derecho de apelación

Si pienso que el DHS ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del DHS que pienso que la acción es errónea y pedir una revisión imparcial de la acción. Sé que puedo saber cómo apelar si llamo a Medicaid al **1-501-682-8622**. Sé que puedo ser representado en el proceso por otra persona. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La persona que relleno el Paso 1 debería firmar esta solicitud. Si usted es un Representante autorizado puede firmar aquí, siempre que haya entregado la información requerida en el DCO-153.

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

Paso 6 Envíe por correo la solicitud completa

Envíe su solicitud firmada a:

DHS Jefferson County
1222 West 6th Street
P.O. Box 5670
Pine Bluff, AR 71611

O envíe la solicitud por correo electrónico a: 351Jefferson@arkansas.gov

O puede mandar por fax la solicitud a: 1-870-534-3421.

¿Qué pasa después? Procesaremos su solicitud para Medicaid, ARKids First o the Health Care Independence Program (programa de salud independiente) y le enviaremos una notificación para decirle si su solicitud de cobertura ha sido aprobada o denegada, y le daremos instrucciones sobre los próximos pasos necesarios para completar su solicitud de cobertura de salud. Si usted no es elegible para ninguno de esos programas, revisaremos su solicitud para detectar una potencial elegibilidad a crédito tributario para ayudar a pagar sus primas de seguro de salud y transferiremos su información al mercado de seguro de salud Health Insurance Marketplace. Le daremos instrucciones sobre cómo completar el proceso de solicitud en la notificación que le enviemos.

¿NECESITA AYUDA PARA HACER SU SOLICITUD? Llámenos al **1-855-372-1084**. Para obtener una copia de este formulario en Español, llame **1-855-372-1084**. Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame al **1-855-372-1084** y diga al representante de servicio al cliente el idioma que necesita. Le conseguiremos ayuda sin costo para usted. Los usuarios de TTY deben llamar al **1-855-372-1084**.