

Preguntas frecuentes

¿Cuál es la forma más rápida de solicitar la cobertura?

La forma más rápida de solicitarla es haciéndolo en línea en la página: <https://access.arkansas.gov/>

¿Qué servicios puedo solicitar con esta solicitud?

- Puede solicitar Medicaid, ARKids First o el Programa Arkansas Works.
- Si no es elegible para ninguna de las coberturas mencionadas anteriormente, su información se transferirá al Mercado de Seguros de Salud Facilitado Federalmente para determinar su elegibilidad a créditos fiscales que lo ayuden a pagar un plan de salud calificado.

¿Quién puede usar esta solicitud?

Use la presente para hacer la solicitud en su nombre o de alguna persona de su familia.

- Haga la solicitud incluso si usted o su hijo ya tienen una cobertura médica. Podrían ser elegibles para cobertura gratuita o a menor precio.
- Las familias que cuenten con inmigrantes puedan hacer la solicitud. Puede hacerla a nombre de sus hijos incluso si usted no es elegible para la cobertura. La solicitud no afectará su situación migratoria ni sus posibilidades de obtener la residencia permanente o la ciudadanía.
- Si alguien lo ayuda a llenar esta solicitud, quizá deba llenar un DCO-153, Consentimiento para un Representante Autorizado.

¿Qué necesito para hacer la solicitud?

- Su número de Seguridad Social (o un número de documento si es inmigrante legal)
- Información de su empleador e ingresos (ejemplos: desde recibos de nómina recientes, formularios W-2, hasta declaraciones de rentas e impuestos)
- Información sobre cualquier seguro médico laboral disponible para su familia
- Números de póliza de cualquier seguro médico vigente

¿Por qué necesitan mi número de Seguridad Social, información del empleador y de ingresos?

Indagamos sobre los ingresos y otra información para que así sepa para cuál cobertura reúne las condiciones y si puede obtener ayuda para pagarla. **Toda la información que nos facilite se mantiene en confidencialidad y es protegida según lo exige la ley.** Para ver la Declaración de la Ley de Privacidad, visite: <https://access.arkansas.gov/>.

¿Qué pasa si necesito ayuda con mi solicitud?

Puede comunicarse con el Centro de Ayuda al 1-855-372-1084 o comunicarse con la oficina del Departamento de Recursos Humanos (Department of Human Resources, DHS) de su condado.

En español: llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-372-1084.

¿Por qué se incluye una solicitud de inscripción electoral?

Junto a esta solicitud se incluye un paquete de inscripción electoral para brindarle la oportunidad de que se inscriba para votar o cambie la dirección de su inscripción. La cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia si solicita o rechaza su inscripción para votar no se verá afectada.

Paso 1: información sobre usted

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

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo			
2. Dirección de habitación		3. Número de apartamento o habitación	
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal	7. Condado
8. Dirección de correo (si es diferente de la dirección de residencia)			9. Número de apartamento o habitación
10. Ciudad	11. Estado	12. Código postal	13. Condado
14. Número de teléfono		15. Otro número de teléfono	
16. ¿Vive en el estado de Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		17. Si ahora está fuera del estado, ¿planea volver a Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Dirección de correo electrónico: al suministrar una dirección válida de correo electrónico, nos permite procesar su solicitud y facilitarle actualizaciones de avisos con más eficacia. Igualmente, le permitirá recibir información por correo electrónico sobre su cobertura de salud en tiempo real.			
18. Dirección de correo electrónico:		19. No quiero dar una dirección de correo electrónico ahora <input type="checkbox"/>	
20. Idioma hablado o escrito de su elección (en caso de que no sea inglés)			

Paso 2: información sobre su familia

¿A quién debe incluir en la presente solicitud?

Enumere a todas las personas que viven en su casa, incluyéndose. Si declara impuestos, debemos saber todo lo relacionado con su declaración de impuestos. Esto incluye a sus dependientes fiscales que no viven en casa (no debe declarar impuestos para ser elegible para la cobertura médica).

El monto de la asistencia o el tipo de programa para el que reúne los requisitos depende del número de personas de su familia y sus ingresos. Dicha información nos ayuda a garantizar que cada persona obtenga la mejor cobertura que pueda.

Complete el paso 2 con cada persona de su familia. Comience con usted mismo, luego agregue a otros adultos y niños. Si en su familia hay más de dos personas, deberá llenar un formulario DCO-152C, Integrante Adicional de Núcleo Familiar, por cada pariente adicional que viva en su casa y adjunte los formularios a esta solicitud. No debe colocar la situación migratoria ni un número de Seguridad Social (Social Security Number, SSN) por los integrantes de su familia que no necesiten cobertura médica. Mantendremos la confidencialidad y seguridad de toda la información que suministre, tal y como lo exige la ley. Solo usaremos su información personal para verificar si es elegible para la cobertura médica.

Prosiga con el paso 2, persona 1 en la siguiente página.

¿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 necesita ayuda en otro idioma que no sea el inglés, llame al **1-855-372-1084** e indíquelo al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le proporcionaremos ayuda sin costo alguno.

Paso 2: persona 1

Complete el paso 2 para usted, su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted o cualquier persona que esté presente en la misma declaración federal de impuestos si hace alguna. Consulte la página 2 para obtener más información en cuanto a quién debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aun así debe incluir a los integrantes de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. ¿Parentesco? USTED MISMO/A	3. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
4. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	5. Si tiene menos de 18 años, ¿se independizó? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cómo se independizó? <input type="checkbox"/> Sentencia judicial <input type="checkbox"/> Derecho común	
6. Número de Seguridad Social (SSN) _ _ _ - _ _ - _ _ _ _ _ Requerimos esto si desea cobertura médica y tiene un SSN. Facilitar su SSN puede ayudarlo si tampoco desea la cobertura médica dado que puede acelerar el proceso de solicitud. Usamos los SSN para verificar información de ingresos y demás para ver quién es elegible para obtener ayuda con los costos de la cobertura médica. Si alguno desea ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite ssa.gov . Los usuarios de teletipo (TTY) deberían llamar al 1-800-325-0778.		
7. ¿En la actualidad tiene cobertura médica y desea conservarla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, ¿desearía solicitar cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

SITUACIÓN DE CIUDADANÍA

8. ¿Es ciudadano o nativo de los EE. UU.? Sí No
¿Es ciudadano de las Islas Marshall, los Estados Federales de Micronesia o Palau? Yes No

9. Si no es ciudadano ni nativo de los EE. UU., ¿cuenta con una situación migratoria elegible?
 Sí Introduzca a continuación su tipo de documento e identificación. No

a. Tipo de documento migratorio: _____ Extranjero Nro. _____
b. Número de documento de identidad: _____ Fecha de vencimiento del documento: _____
c. ¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996? Sí No Fecha de ingreso a los EE. UU. _____
d. ¿Es usted o su cónyuge/padre/madre/veterano o miembro activo al servicio de la milicia de los EE. UU.? Sí No

10. Si es hispano o latino, ¿cuáles son su grupo étnico y raza? (OPCIONAL, seleccione todos lo que correspondan).
 mexicano mexicano-estadounidense chicano puertorriqueño cubano Otro: _____

11. Raza (OPCIONAL, marque con una (X) todas las que correspondan).

Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X
blanca	<input checked="" type="checkbox"/>	filipina	<input type="checkbox"/>	negra/afroamericana	<input type="checkbox"/>	nativo de alaska	<input type="checkbox"/>	hawaiana/del pacífico	<input type="checkbox"/>	samoana	<input type="checkbox"/>
coreana	<input type="checkbox"/>	japonesa	<input type="checkbox"/>	nativo americano	<input type="checkbox"/>	hindú	<input type="checkbox"/>	guameña o chamorra	<input type="checkbox"/>	china	<input type="checkbox"/>

SITUACIÓN GESTACIONAL

12. ¿Está embarazada? Sí No **En caso afirmativo, ¿en qué fecha espera dar a luz?** _____ (dd/mm/aaaa)
¿Cuántos bebés espera durante este embarazo? _____ **Si no está embarazada, ¿ha dado a luz en los últimos 90 días?**
 Sí No **En caso afirmativo, ¿en qué fecha dio a luz?** _____ **En caso afirmativo, ¿cuántos bebés tuvo?**

SITUACIÓN DE CRIANZA TEMPORAL

13. ¿Estuvo en crianza temporal en Arkansas a la edad de 18 años o más? Sí No
En caso afirmativo, ¿estaba afiliado a Medicaid cuando dejó el programa de crianza temporal? Sí No
¿Cuenta con Medicaid en la actualidad? Yes No

14. ¿Es el cuidador principal que vive y se encarga de al menos un hijo menor de 19 años? Sí No

SITUACIÓN DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

15. ¿Planea presentar una declaración federal de impuesto el PRÓXIMO AÑO? (todavía puede solicitar cobertura médica incluso si no presenta una declaración federal de impuesto sobre la renta).
 Sí. **En caso afirmativo, responda las preguntas hasta la c.** NO. **En caso negativo, pase a la pregunta c.**

a. ¿Presentará la declaración con su cónyuge? Sí No
En caso afirmativo, nombre de su cónyuge: _____

b. ¿Asumirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, escribe los nombres de sus dependientes: _____

c. ¿Lo asumirán como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona? Sí No
En caso afirmativo, nombre a la persona que hace la declaración: _____
¿Cuál es su relación con quien hace la declaración? _____

Paso 2: persona 1 (continuación)

INFORMACIÓN DE TRABAJO E INGRESOS ACTUALES:

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Por su cuenta
Si ahora está empleado indique sus ingresos. Empiece desde la pregunta 17.	Pase a la pregunta 24.	Pase a la pregunta 25.

EMPLEO ACTUAL 1:

16. Nombre y dirección del empleador	17. Número de teléfono del empleador
18. Sueldo/propinas (antes de los impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
19. Horas trabajadas en promedio por semana : _____ Fecha de inicio del empleo _____ (dd/mm/aaaa)	

EMPLEO ACTUAL 2: (adjunte otra hoja de papel para añadir más empleos).

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador
22. Sueldo/propinas (antes de los impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
23. Horas trabajadas en promedio por semana : _____ Fecha de inicio de contratación _____ (dd/mm/aaaa)	

24. El año pasado, usted:	¿Cambió de empleo?	¿Empezó a trabajar menos horas?	¿Dejó de trabajar?	¿Ninguna de las anteriores?
Si dejó de trabajar, ¿en qué fecha culminó su empleo?				
25. Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas:				
a. Nombre del negocio: _____				
b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar los gastos de negocio) recibirá por su actividad comercial este mes? \$ _____				

26. OTROS INGRESOS ESTE MES: introduzca el monto y la frecuencia con que lo recibe por todos los ingresos no listados anteriormente.

NOTA: no debe hablarnos del mantenimiento de hijos, pagos por ser veterano o la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia
Ninguno			Interés imponible			Interés libre de impuesto		
Dividendos			Ingresos foráneos			Seguro de desempleo		
Pensiones/Jubilación			Seguridad Social			Agricultura/pesca neta		
Cuentas de jubilación			Pagos de beca			Premios/distinciones		
Ganancia de capital			Pensión conyugal/Manutención			Cantidad total		
Ingreso para nativo de Alaska			Ingreso para nativo americano			Otros ingresos		

27. DEDUCCIONES: marque todas las que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo recibe. Notificarnos sobre aspectos por los que paga y que pueden deducirse en una declaración federal de impuestos, podría reducir un poco el costo de su cobertura médica.

NOTA: no debería incluir un costo ya considerado en su respuesta con respecto al ingreso neto de su trabajo por su cuenta propia (pregunta 26b).

Deducción	X	Monto \$	Frecuencia	Deducción	X	Monto \$	Frecuencia
Pensión conyugal/manutención				Interés de préstamo estudiantil			
Otra deducción: _____				Otra deducción: _____			

28. INGRESO ANUAL: llene solo si su ingreso varía cada mes. Si no espera cambios en su ingreso mensual, pase a la pregunta 30.

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

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

¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

¿Estas facturas son por una emergencia médica? Sí No

¿El tamaño de su núcleo familiar fue durante los 3 últimos meses igual que ahora? Sí No

¿Su ingreso familiar fue durante los 3 últimos meses igual que ahora? Sí No

En caso negativo, ¿cuáles eran el tamaño y los ingresos del núcleo familiar durante esos 3 meses? _____

NOTA: los beneficiarios de Arkansas Works pueden ser elegibles para una cobertura retroactiva de 30 días antes de la fecha de solicitud.

30. SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD ¿Tiene una discapacidad? Sí No ¿es ciego? Sí No

¿Vive en un centro médico o de cuidados especializados? Sí No

¿Qué tipo de centro es? Centro de Cuidados Especializados Centro de Desarrollo Humano Centro de Salud de Arkansas

Hospital Estatal de Arkansas Centro de Cuidados Intermedios para las Personas con Discapacidades Intelectuales

¿Tiene alguna dolencia física, mental o emocional que ocasione limitación en la realización de actividades (como bañarse, vestirse, tareas domésticas diarias, etc.)? Sí No

Paso 2: persona 2

Complete el paso 2 para su cónyuge/pareja y los hijos que viven con usted o cualquier persona que esté presente en la misma declaración federal de impuestos si hace alguna. Consulte la página 2 para obtener más información en cuanto a quién debe incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aun así debe incluir a los integrantes de la familia que viven con usted.

1. Primer nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. ¿Parentesco?																																				
3. Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino																																				
5. Número de Seguridad Social (SSN) ___ - ___ - ____ Requerimos esto si desea cobertura médica y tiene un SSN.																																					
6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, coloque su dirección:																																					
7. ¿La PERSONA 2 vive en Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	8. Si ahora está fuera del estado, ¿la PERSONA 2 planea volver a Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																				
9. La PERSONA 2 es el cuidador que vive y se encarga principalmente de al menos un hijo de menor de 19 años? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
10. ¿La PERSONA 2 en la actualidad tiene cobertura médica y desea conservarla? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso negativo, ¿la PERSONA 2 desearía solicitar cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
SITUACIÓN DE CIUDADANÍA																																					
11. ¿La PERSONA 2 es ciudadana o nativa de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
12. ¿La PERSONA 2 es ciudadana de las Islas Marshall, los Estados Federales de Micronesia o Palau? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
13. Si la PERSONA 2 no es ciudadana ni nativa de los EE. UU., ¿tiene una situación migratoria elegible? <input type="checkbox"/> Sí Introduzca a continuación su tipo de documento e identificación. <input type="checkbox"/> No																																					
a. Tipo de documento migratorio: _____ Extranjero # _____																																					
b. Número de documento de identidad: _____ Fecha de vencimiento del documento _____																																					
c. ¿La PERSONA 2 ha vivido en EE. UU. desde 1996? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha de ingreso a los EE. UU. _____																																					
d. ¿La PERSONA 2 o su cónyuge/padre/madre veterano o miembro activo al servicio de la milicia de los EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
14. Si es hispano o latino, ¿cuáles son el grupo étnico y raza de la PERSONA 2 ? (OPCIONAL, seleccione todos lo que correspondan). <input type="checkbox"/> mexicano <input type="checkbox"/> mexicano-estadounidense <input type="checkbox"/> chicano/a <input type="checkbox"/> puertorriqueño <input type="checkbox"/> cubano <input type="checkbox"/> otro: _____																																					
15. Raza (OPCIONAL, marque con una (X) todas las que correspondan).																																					
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>Raza</th> <th>X</th> <th>Raza</th> <th>X</th> <th>Raza</th> <th>X</th> <th>Raza</th> <th>X</th> <th>Raza</th> <th>X</th> <th>Raza</th> <th>X</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>blanca</td> <td></td> <td>filipina</td> <td></td> <td>negra/afroamericana</td> <td></td> <td>nativo de Alaska</td> <td></td> <td>hawaiana/del pacífico</td> <td></td> <td>samoana</td> <td></td> </tr> <tr> <td>coreana</td> <td></td> <td>japonesa</td> <td></td> <td>nativo americano</td> <td></td> <td>hindú</td> <td></td> <td>guameña o chamorra</td> <td></td> <td>china</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	blanca		filipina		negra/afroamericana		nativo de Alaska		hawaiana/del pacífico		samoana		coreana		japonesa		nativo americano		hindú		guameña o chamorra		china		
Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X																										
blanca		filipina		negra/afroamericana		nativo de Alaska		hawaiana/del pacífico		samoana																											
coreana		japonesa		nativo americano		hindú		guameña o chamorra		china																											
SITUACIÓN GESTACIONAL																																					
16. ¿La PERSONA 2 está embarazada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿en qué fecha espera dar a luz? _____ (dd/mm/aaaa) ¿Cuántos bebés espera la PERSONA 2 durante este embarazo? _____ Si no está embarazada , ¿la PERSONA 2 ha dado a luz en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿en qué fecha dio a luz? _____ En caso afirmativo , ¿cuántos bebés tuvo la PERSONA 2 ? _____ ¿La persona 2 es recién nacida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿cuáles son el nombre y la fecha de nacimiento de su madre biológica? _____																																					
INFORMACIÓN DE PADRE AUSENTE																																					
17. Suministre la información del PADRE/MADRE AUSENTE : primer nombre: _____ Apellido: _____ SSN: ___ - ___ - ____ Fecha de nacimiento (dd/mm/aaaa) ___/___/___ Dirección: _____ Teléfono (____) _____ Parentesco con el menor: _____ ¿Por qué este padre/madre está ausente? _____ Usted afirma tener buenos motivos para negarse a suministrar información del padre/madre ausente si cree que sería lo mejor para sus hijos y debe suministrar constancias que respalden esta afirmación de causa justificada. ¿Le gustaría afirmar la existencia de una causa justificada para la ausencia del padre/la madre? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , explique su causa justificada: _____																																					
ESTADO DE CRIANZA TEMPORAL																																					
18. ¿La PERSONA 2 estuvo en crianza temporal en Arkansas a la edad de 18 años o más? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿la PERSONA 2 estaba afiliada a Medicaid cuando dejó el programa de crianza temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿La PERSONA 2 cuenta con Medicaid en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No																																					
ESTADO DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS																																					
19. ¿La PERSONA 2 planea presentar una declaración federal de impuesto EL PRÓXIMO AÑO? (todavía puede solicitar cobertura médica incluso si no presenta una declaración federal de impuesto sobre la renta). Sí . En caso afirmativo , responda las preguntas hasta la c. No . En caso negativo , pase a la pregunta c. a. ¿La PERSONA 2 presentará la declaración con su cónyuge? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre de su cónyuge: _____ b. ¿La PERSONA 2 asumirá a algún dependiente en su declaración de impuestos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , escriba los nombres de sus dependientes: _____ c. ¿A la PERSONA 2 la asumirán como dependiente en la declaración de impuestos de alguna persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , nombre a la persona que hace la declaración: _____ ¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con quien hace la declaración? _____																																					

Paso 2: persona 2 (continuación)

INFORMACIÓN DE TRABAJO E INGRESOS ACTUALES

<input type="checkbox"/> Empleado	<input type="checkbox"/> Desempleado	<input type="checkbox"/> Por su cuenta
Si ahora está empleado indique sus ingresos. Empezé desde la pregunta 20.	Pase a la pregunta 28.	Pase a la pregunta 29.

EMPLEO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador	21. Número de teléfono del empleador
22. Sueldo/propinas (antes de los impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
23. Horas trabajadas en promedio por semana : _____ Fecha de inicio del empleo _____ (dd/mm/aaaa)	

EMPLEO ACTUAL 2: (adjunte otra hoja de papel para añadir más empleos).

24. Nombre y dirección del empleador	25. Número de teléfono del empleador
26. Sueldo/propinas (antes de los impuestos) \$ _____ <input type="checkbox"/> Por horas <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Dos al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
27. Horas trabajadas en promedio por semana : _____ Fecha de inicio de contratación _____ (dd/mm/aaaa)	

28. El año pasado, la PERSONA 2 :	¿Cambió de empleo?	¿Empezó a trabajar menos horas?	¿Dejó de trabajar?	¿Ninguna de las anteriores?
Si la PERSONA 2 dejó de trabajar, ¿en qué fecha culminó su empleo?				
29. Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas:				
a. Nombre del negocio: _____				
b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar los gastos de negocio) recibirá la PERSONA 2 por su actividad comercial este mes? \$ _____				

30. OTROS INGRESOS ESTE MES: marque todas las que apliquen e introduzca el monto y la frecuencia con que lo recibe.

NOTA: no debe señalar el mantenimiento de hijos, pagos por ser veterano o la SSI.

INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia
Ninguno			Interés imponible			Interés libre de impuesto		
Dividendos			Ingresos foráneos			Seguro de desempleo		
Pensiones/Jubilación			Seguridad Social			Agricultura/pesca neta		
Cuentas de jubilación			Pagos de beca			Premios/distinciones		
Ganancia de capital			Pensión conyugal/Manutención			Cantidad total		
Ingreso para nativo de Alaska			Ingreso para nativo americano			Otros ingresos		

31. DEDUCCIONES: marque todas las que correspondan, indique el monto y con qué frecuencia lo recibe. Si la **PERSONA 2** nos notifica sobre aspectos por los que paga y que pueden deducirse en una declaración federal de impuestos, esto podría reducir un poco el costo de su cobertura médica.

NOTA: no debería incluir un costo ya considerado en su respuesta al neto de su trabajo por su cuenta (Pregunta 29b).

Deducción	X	Monto \$	Frecuencia	Deducción	X	Monto \$	Frecuencia
Pensión conyugal/manutención				Interés de préstamo estudiantil			
Otra deducción: _____				Otra deducción: _____			

32. INGRESO ANUAL: llene solo si el ingreso de la **PERSONA 2** varía cada mes. Si no espera cambios en el ingreso mensual de la **PERSONA 2**, pase a la pregunta 33.

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

33. FACTURAS MÉDICAS SIN PAGAR ¿La PERSONA 2 necesita ayuda para pagar facturas médicas de este mes? Sí No

¿La PERSONA 2 Necesita ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

¿Estas facturas son por una emergencia médica? Sí No

¿El tamaño del núcleo familiar de la PERSONA 2 fue durante los 3 últimos meses igual que ahora? Sí No

¿El ingreso familiar de la PERSONA 2 fue durante los 3 últimos meses igual que ahora? Sí No

En caso negativo, ¿cuáles eran el tamaño y los ingresos del núcleo familiar durante esos 3 meses? _____

NOTA: los beneficiarios de Arkansas Works pueden ser elegibles para una cobertura retroactiva de 30 días antes de la fecha de solicitud

34. SITUACIÓN DE DISCAPACIDAD ¿La PERSONA 2 tiene una discapacidad? Sí No O ¿la PERSONA 2 es ciega? Sí No

¿La PERSONA 2 vive en un centro médico o de cuidados especializados? Sí No

¿Qué tipo de centro es? Centro de Cuidados Especializados Centro de Desarrollo Humano Centro de Salud de Arkansas Hospital Estatal de Arkansas Centro de Cuidados Intermedios para las Personas con Discapacidades Intelectuales

¿Tiene alguna dolencia física, mental o emocional que ocasione limitación en la realización de actividades (como bañarse, vestirse, tareas domésticas diarias, etc.)? Sí No

Paso 3: familiares nativos americanos o de Alaska (American Indian, AI/Alaskan Native, AN)

¿Es usted o algún integrante de su familia es nativo americano o de Alaska?

No. En caso negativo, vaya al paso 4.

Sí. En caso afirmativo, consiga y llene un Apéndice B del DCO-151/152 preséntelo con esta solicitud.

¿Alguna persona de la familia es elegible para recibir Servicios del Programa Indígena? Sí No

Paso 4: la cobertura médica de su familia

Responda estas preguntas a nombre de cualquier persona que necesite cobertura médica.

1. ¿Alguno está afiliado a una cobertura médica de las que se nombran a continuación? Sí No

En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de las personas junto a la cobertura que tienen.

Nombre del seguro médico	Otro seguro
Número de póliza	Nombre del seguro médico
¿La cobertura es COBRA? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Número de póliza
¿En un plan de jubilación? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza escolar)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Otras coberturas médicas	
Medicaid	Programa ARKids First/CHIP
Medicare	Peace Corp
Programas de atención médicas de Asuntos del Veterano (Veteran's Affair, VA)	
TRICARE (no seleccione si tiene Direct Care o Line of Duty)	

2. ¿A alguna persona en esta solicitud le ofrecieron cobertura médica laboral? Seleccione "Sí", incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona como por ejemplo uno de los padres o cónyuges.

<input type="checkbox"/> Sí	En caso afirmativo , deberá llenar e incluir el Apéndice A.	¿Es un plan estatal de beneficios para empleados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> No	En caso negativo , pase a la siguiente pregunta	

3. ¿Alguno de los nombrados en la solicitud perdió la cobertura médica en los últimos 90 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuándo terminó la cobertura? _____ ¿Por qué terminó la cobertura? _____

¿El seguro era un plan patrocinado por un grupo o el empleador? Sí No

¿El seguro cubrió el pago tanto del hospital como de los médicos? Sí No

SITUACIÓN DE DETENCIÓN

¿Alguna de las personas nombradas en esta solicitud ahora está detenida por el Departamento de Correcciones, el Departamento de Corrección Comunitaria, la cárcel del condado, la cárcel de la ciudad o un centro reformativo juvenil? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Cuándo se espera que salga libre la persona detenida? _____ (dd/mm/aaaa)

Paso 5: lea y firme esta solicitud

- Firmo esta solicitud bajo pena de cometer perjurio, lo que significa que he respondido con la verdad todas las preguntas de este formulario a mi leal saber y entender. Sé que puedo quedar sujeto a sanciones de conformidad con la ley federal si doy información falsa o incorrecta.
- Sé que debo decirle al Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) si algo de lo escrito en esta solicitud cambia (y es diferente a lo señalado). Puedo visitar access.arkansas.gov o llamar al **1-855-372-1084** para indicar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información puede afectar la elegibilidad de los miembros de mi núcleo familiar.
- Sé que de conformidad con la ley federal, no se permite la discriminación por razones de raza, color de piel, país de origen, sexo,

edad, orientación sexual, identidad de género ni discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación visitando la página hhs.gov/ocr/office/file o llamando al 1-501-682-6003.

Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad y así ayudarlo a que pague la cobertura médica si decide hacer la solicitud. Revisaremos sus respuestas usando información en nuestras bases de datos electrónicas del Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), Seguridad Social, el Departamento de Seguridad Nacional o una agencia de informes del consumidor. Si no coincide la información, es posible que le solicitemos que nos envíe constancias.

Renovación de la cobertura en años futuros

Para facilitar la determinación de mi elegibilidad y ayudar con el pago de la cobertura médica en años futuros, acepto permitir que el DHS use los datos sobre los ingresos, entre ellos las declaraciones de impuestos. El DHS me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y puedo optar por salirme en cualquier momento.

Sí, revisen automáticamente mi elegibilidad durante los siguientes:

- 5 años (el número máximo de años permitidos) o por un número menor de años: 4 años 3 años 2 años 1 año
- No usen la información de las declaraciones de impuestos para revisar mi elegibilidad.

Paso 5: lea y firme esta solicitud (continuación)

Si alguna persona en esta solicitud es legible para Medicaid, ARKids First o el programa Arkansas Works

- Concedo al Departamento de Servicios Humanos nuestros derechos a solicitar y recibir dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otros terceros. También concedo a la agencia de Medicaid los derechos a solicitar y recibir apoyo médico de un cónyuge o uno de los padres.
- Entiendo que el programa Arkansas Works no es un derecho federal o estatal permanente ni un programa de derecho garantizado y puede finalizarse en cualquier momento después de la notificación correspondiente.
- Entiendo que mi información se divulgará con la División de Servicios para el Personal de Arkansas si soy elegible para el programa Arkansas Works.
- Entiendo que la participación en la División de Servicios para el Personal de Arkansas no afectará mi elegibilidad para obtener Medicaid ni el programa Arkansas Works.
- ¿Alguno de los niños de la solicitud tiene un padre que viva fuera de casa? Sí No
- **En caso afirmativo**, sé que se me solicitará que colabore con la agencia que recaude apoyo médico de un padre ausente. Si considero que cooperar para recaudar apoyo médico me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo notificárselo al DHS y posiblemente no tenga que colaborar.

Mi derecho a apelar

Si creo que el DHS cometió un error, puedo apelar su decisión. Apelar implicar informarle a alguien del DHS que creo que la medida es incorrecta y pido una revisión imparcial de la misma. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con Medicaid al **1-501-682-8622**. Igualmente sé que alguien puede representarme durante el proceso. Se me explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firme esta solicitud. La solicitud debería firmarla la persona que completó el paso 1. Si usted es un representante autorizado puede firmarla en tanto haya facilitado una copia firmada del DCO-153, Consentimiento a un Representante Autorizado.

Firma	Fecha
-------	-------

Paso 6: envíe la solicitud completa por correo

Envíe su solicitud completa y firmada a la siguiente dirección. Si no cuenta con toda la información que pedimos, firme y presente su solicitud de igual manera.

Envíe su solicitud firmada a:

DHS Pine Bluff Scanning Center
P.O. Box 8848
Pine Bluff, AR 71611-8848

O envíela por correo electrónico a: 351Jefferson@arkansas.gov

O por fax al: 1-870-534-3421.

O preséntela en la oficina del DHS de su localidad.

¿Qué sucede luego? Procesaremos su solicitud de Medicaid, ARKids First o el programa Arkansas Works y le notificaremos si su solicitud de cobertura se aprobó o denegó y le daremos instrucciones sobre los pasos a seguir para culminar su solicitud de cobertura médica. Si es elegible para cualquiera de estos problemas, examinaremos su solicitud para determinar su posible elegibilidad para créditos fiscales que lo ayuden a pagar primas de seguros médicos y luego transferiremos su información al Mercado de Seguros Médicos. Le daremos instrucciones sobre cómo completar el proceso de solicitud en el aviso que le enviemos.

¿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 necesita ayuda en otro idioma que no sea inglés, llame al **1-855-372-1084** indíquele al representante de atención al cliente el idioma que necesita. Le proporcionaremos ayuda sin costo alguno.

Esto completa el proceso para solicitar Medicaid, ARKids First y el programa Arkansas Works. La ley federal exige que cada estado brinde la oportunidad inscribirse en el sistema electoral con cada solicitud de asistencia pública. Las páginas restantes de este paquete son la Solicitud de Inscripción Electoral de Arkansas.

Responda la siguiente pregunta en cuanto a la inscripción electoral:

¿Desearía inscribirse para votar o cambiar su dirección de inscripción electoral?

Sí No

Si seleccionó la opción "Sí", llene la Solicitud de Inscripción Electoral que se adjunta y preséntela con su solicitud.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN ELECTORAL DE ARKANSAS

<input type="checkbox"/> Es una inscripción nueva.		Para uso oficial únicamente						
<input type="checkbox"/> Es un cambio de nombre.								
<input type="checkbox"/> Es un cambio de dirección								
<input type="checkbox"/> Es un cambio de partido								
		Identificación asignada						
1	Sr. <input type="checkbox"/>	Apellido	Jr.	Sr.	Primer nombre	Segundo nombre		
	Sr. <input type="checkbox"/>		II. III. IV.					
2	Dirección de residencia (ver la sección "C" más adelante. (Para direcciones rurales debe trazar mapa)			Nro. apto. o par.	Ciudad/pueblo	Condado	Estado	Código postal
	Dirección donde recibe el correo si es diferente a la anterior			Nro. apto. o par.	Ciudad/pueblo	Condado	Estado	Código postal
4	Fecha de nacimiento		5	Teléfonos de casa y oficina (opcionales)		6	Afiliación partidista (opcional)	
		Día	Mes	Año	(c) (o)			
7	Dirección de correo electrónico (opcional)			8	¿Ha votado en una elección federal en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9	Número de identificación – Marque el cuadro correspondiente y ponga el número correcto			Firma del elector – Firme con nombre completo o ponga una marca La información que di es verdadera a mi leal saber y entender. No exijo el derecho de votar en otro condado ni estado. Si suministré información falsa puedo quedar sujeto a una multa de hasta \$10,000 o encarcelamiento por hasta 10 años de conformidad con las leyes estatales y federales.				
	<input type="checkbox"/> Número de licencia de conducir de Arkansas _____ <input type="checkbox"/> Si no tiene una licencia de conducir, coloque los últimos 4 dígitos de su número de Seguridad Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo una licencia de conducir ni un número de Seguridad Social _____							
10	(A) ¿Es ciudadano estadounidense y residente de Arkansas? (B) ¿Tendrá dieciocho (18) o más años de edad antes del día de las elecciones? (C) ¿Un tribunal de jurisdicción competente lo declaró como incapaz de tomar decisiones actualmente? (D) ¿Lo han condenado por algún delito sin que se anulara o indultara su sentencia? Sí marcó "No" para responder la pregunta A o B, no llene este formulario. Sí marcó "S" para responder la pregunta C o D, no llene este formulario.			11	Fecha: ____/____/____ Día Mes Año Si el solicitante no puede firmar con su nombre, dé el nombre, la dirección y el número de teléfono de la persona que lo asiste: Nombre: _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Nro. de teléfono: _____			

Llene las siguientes secciones si:

INSCRITOS POR CORREO: VER SECCIÓN D.

- Estuvo inscrito con anterioridad en otro condado o estado, o
- Desea cambiar el nombre o la dirección de su inscripción actual.

Código de agencia (para uso oficial únicamente)

PA 04

A	Sr. <input type="checkbox"/>	Apellido	Jr.	Sr.	Primer nombre	Segundo nombre	
	Sr. <input type="checkbox"/>		II. III. IV.				
		Sta. <input type="checkbox"/>					

Fecha de nacimiento ____/____/____
Día Mes Año

B	Número de casa y nombre de calle anteriores			Nro. apto. o par.	Ciudad/pueblo	Condado	Estado	Código postal

Si vive en un área rural pero no tiene número de casa ni de calle, o si no tiene dirección, muestre dónde vive en el mapa.

<p>C</p> <ul style="list-style-type: none"> • Incluya los nombres de las confluencias (o calles) más cercanas a su residencia. • Muestre dónde vive con una "X". • Use un punto para mostrar cualquier escuela, iglesia, tienda u otros puntos de referencia cerca de dónde vive y escriba el nombre de la referencia. 	<p style="text-align: center;">REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN</p> <p>IMPORTANTE: se exigirá que los solicitantes verifiquen su inscripción cuando voten en persona o por papeleta electoral ausente al mostrar un documento o identificación obligatoria según establece la Constitución de Arkansas, Enmienda 51, Sección 13. Si su formulario de inscripción electoral se presenta por correo y está inscribiéndose por primera vez, y no tiene un número de licencia de conducir ni de Seguridad Social válido para Arkansas, con el fin de evitar las exigencias adicionales de identificación al votar por primera vez, debe presentar con el formulario de inscripción enviado por correo: (a) una identificación con foto vigente y válida, o (b) una copia de un recibo de servicios, estado de cuenta bancario, cheque gubernamental, comprobante de nómina u otro documento gubernamental que muestre su nombre y dirección.</p>								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 25%;">Ejemplo</td> <td style="width: 25%;">Supermercado</td> <td style="width: 25%;"></td> <td style="width: 25%; text-align: center;">NORTE ↑</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Escuela pública</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td></td> <td></td> </tr> </table>	Ejemplo	Supermercado		NORTE ↑	Escuela pública	X			
Ejemplo	Supermercado		NORTE ↑						
Escuela pública	X								

Little Rock, Arkansas 72203-8111

P.O. BOX 8111

ATTN: Voter Registration

Arkansas Secretary of State

**Franqueo
de
primera
clase**

_____ **De:**

Información sobre el plazo

Para que pueda votar en la próxima elección, debe presentar la solicitud de inscripción 30 días antes de la elección. Si envía este formulario por correo, debe tener el matasellos con una fecha previa. También puede presentarlo a un representante de la oficina de inscripción electoral antes de esa fecha. Si incumple el plazo no quedará inscrito a tiempo para votar en esa elección. *No se retrase. Asegúrese de que su voto cuente.*

Si reúne las condiciones y la información de su formulario es válida, el funcionario del condado de su localidad le indicará su centro electoral.

Para enviar por correo

Doble el formulario en la perforación del medio, retire la franja de plástico, cierre al fondo, coloque el sello y envíe.

¿Tiene preguntas?

Llame al funcionario del condado de su localidad

o

Al Secretario de Estado de Arkansas

Mark Martin

División electoral– Servicios al

Votante 1-800-482-1127

Comuníquese con el funcionario de su condado si no recibe confirmación de esta solicitud en un máximo de dos semanas.

INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN ELECTORAL DE ARKANSAS

La Sección 7 de la Ley Nacional de Inscripción Electoral (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993 exige que cada estado brinde la oportunidad de inscribirse en el sistema electoral en cada solicitud de asistencia pública y cada nueva certificación, renovación y cambio de dirección. El paquete de registro electoral es una oportunidad para que se inscriba para votar o cambie su dirección de inscripción electoral. La cantidad de asistencia que le proveerá esta agencia si solicita o rechaza su inscripción para votar no se verá afectada.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción electoral, lo asistiremos. La decisión de pedir y aceptar ayuda es completamente suya. Puede llenar el formulario de solicitud de inscripción electoral en privado.

Ninguna información relativa a su negación a inscribirse en el sistema electoral y que se vincule con una solicitud puede usarse para fines ajenos a la inscripción electoral.

Si cree que alguien interfirió en su derecho a: 1) inscribirse en el sistema electoral; 2) denegar su inscripción electoral; 3) la privacidad al decidir si se inscribe o solicita inscribirse en el sistema electoral; o 4) elegir su propio partido político u preferencia política,

Puede presentar una queja ante:

Secretary of State
Room 256 State Capitol
Little Rock, Arkansas 72201
1-800-482-1127

Instrucciones de envío por correo de la inscripción electoral

Tiene dos opciones para presentar su formulario de inscripción electoral.

1. Puede presentarla en persona o por correo junto a su solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) o Medicaid ante la oficina del DHS de su localidad. La dirección de la oficina de su condado puede encontrarse en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) deben enviarse por correo a la oficina del DHS del condado de Jefferson. Si utiliza alguno de esos formularios, puede enviar el formulario de inscripción electoral junto a su solicitud por correo a esa oficina. A la recepción en cualquier oficina del condado, esta última se encargará de enviar el formulario en su nombre al Secretario de Estado.
2. También puede enviar el formulario de inscripción electoral de manera directa a la oficina del Secretario de Estado. Para hacerlo, separe el formulario de su solicitud/renovación, dóblela a lo largo de la perforación en el medio, cierre el fondo con cinta adhesiva o grapas y envíe por correo a la dirección que está en el formulario. Se requiere un sello o un sobre sellado para el envío por correo.

Direcciones postales de la Oficina del Condado del DHS

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 th 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 nd 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	72529
Dallas	1202 W. 3 rd 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 th 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 vive en el condado de Pulaski, verifique la lista de códigos postales para asegurarse de que envía o devuelve por correo su solicitud a la oficina correspondiente del DHS en el condado de 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 (compartido con el sudeste)

Pulaski Sudeste: 72002, 72065, 72103, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (compartido con el sur)

Complete el paso 2 para miembros adicionales del núcleo familiar que vivan con usted o cualquier persona incluida en su misma declaración de impuestos federales, si presenta una, y anexe este formulario con su solicitud de Medicaid.

1. Nombre, segundo nombre, apellido y sufijo	2. ¿Cuál es su parentesco?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
5. Número del Seguro Social (SSN) _____ - _____ - _____ Necesitamos esto si desea una cobertura de salud y tiene un SSN.	
6. ¿Esta persona tiene la misma dirección que usted? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> En caso negativo, escriba la dirección:	
7. ¿Esta persona vive en Arkansas? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	8. Si actualmente está fuera del estado, ¿esta persona tiene intención de regresar a Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
9. ¿Esta persona es la cuidadora principal encargada y con quien vive por lo menos un niño menor de 19 años? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
10. ¿Esta persona actualmente tiene cobertura de salud y desea continuar con la misma cobertura? En caso negativo, ¿a esta persona le gustaría solicitar la cobertura? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

ESTATUS DE CIUDADANÍA

11. ¿Esta persona es ciudadano estadounidense o nacionalizado? Sí No

12. ¿Esta persona es ciudadano de las Islas Marshall, Estados Federados de Micronesia o Palau? Sí No

13. Si esta persona no es ciudadano estadounidense ni nacionalizado, ¿tiene un estado migratorio elegible?
 Sí, ingrese a continuación su tipo de documento y número de identificación. No

a. Tipo de documento de inmigración: _____ Extranjero # _____

b. Número del documento de identificación: _____ Fecha de vencimiento del documento _____

c. ¿Esta persona ha vivido en EE. UU desde 1996? Sí No Fecha de entrada a EE. UU. _____

d. ¿Esta persona, su cónyuge o padres son veteranos o miembros del servicio activo del ejército de EE. UU.? Sí No

14. Si es hispano/latino, ¿cuál es la raza y etnia de esta persona? (OPCIONAL – Marque todas las que correspondan).

mexicano mexicano-estadounidense chicano puertorriqueño cubano Otro: _____

15. Raza (OPCIONAL – Marque con una (X) todas las que correspondan).

Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X	Raza	X
blanco	<input type="checkbox"/>	filipino	<input type="checkbox"/>	negro/afroamericano	<input type="checkbox"/>	nativo de Alaska	<input type="checkbox"/>	hawaiano/islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>
coreano	<input type="checkbox"/>	japonés	<input type="checkbox"/>	indio americano	<input type="checkbox"/>	indio asiático	<input type="checkbox"/>	guameño o chamorro	<input type="checkbox"/>
								chino	<input type="checkbox"/>

16. ESTATUS DE EMBARAZO

¿Esta persona está embarazada? Sí No **En caso afirmativo**, ¿cuál es la fecha de parto prevista? _____ (mm/dd/aaaa). ¿Cuántos bebés espera esta persona durante este embarazo? _____ **En caso negativo**, ¿esta persona ha tenido un hijo en los 90 días anteriores? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha de parto? _____

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés tuvo? _____ ¿Esta persona es un recién nacido? Sí No

En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre de la madre biológica y su fecha de nacimiento? _____

INFORMACIÓN SOBRE PADRE/MADRE AUSENTE

17. Brinde la información sobre el **PADRE/la MADRE AUSENTE**: Nombre: _____ Apellido: _____
Número del Seguro Social (SSN): _____ Fecha de nacimiento (mm/dd/aa) ____/____/____ Dirección: _____
Teléfono (____) _____ Parentesco con el niño: _____ ¿Por qué el padre/la madre está ausente del núcleo familiar? _____
Puede demandar que tiene causa legítima para negarse a proporcionar información de padres ausentes si considera que no sería lo mejor para usted o su(s) hijo(s) y debe presentar evidencias para respaldar esta demanda de causa legítima. ¿Le gustaría demandar causa legítima para este padre/madre ausente? Sí No **En caso afirmativo**, proporcione su motivo de causa legítima: _____

ESTATUS DE CUIDADO DE ACOGIDA TEMPORAL

18. ¿Estuvo esta persona en cuidado de acogida en Arkansas a los 18 años o más? Sí No
En caso afirmativo, ¿esta persona estaba inscrita en Medicaid cuando dejó el programa de acogida temporal? Sí No
Esta persona actualmente está inscrita en Medicaid? Sí No

ESTATUS DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS

19. ¿Esta persona planea presentar una declaración federal de impuestos el PRÓXIMO AÑO? (De igual manera puede solicitar la cobertura de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos).
En caso afirmativo, responda las preguntas de la A a la C **En caso negativo**, pase a la pregunta C

a. ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No
En caso afirmativo, nombre del cónyuge: _____

b. ¿Esta persona reclamará a alguien a su cargo en su declaración de impuestos? Sí No
En caso afirmativo, nombre a las personas a su cargo: _____

c. ¿Esta persona será reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de alguien? Sí No
En caso afirmativo, indique el nombre del contribuyente: _____
¿Cuál es la relación de esta persona con el contribuyente? _____

TRABAJO ACTUAL E INFORMACIÓN DE INGRESO

Empleado	Desempleado	<input type="checkbox"/> Trabajador independiente
Si esta persona está empleada actualmente, indiquenos su ingreso. Comience en la Pregunta 20.	Pase a la pregunta 28.	Pase a la pregunta 29.

TRABAJO ACTUAL 1:

20. Nombre y dirección del empleador:	21. Teléfono del empleador:
22. Salarios/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"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual	
23. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____ Fecha de inicio en el empleo _____ (mm/dd/aaaa)	

TRABAJO ACTUAL 2: (adjunte otra hoja de papel para enumerar más trabajos).

24. Nombre y dirección del empleador:	25. Teléfono del empleador:			
26. Salarios/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"/> Mensual <input type="checkbox"/> Anual				
27. Promedio de horas trabajadas cada semana : _____ Fecha de inicio en el empleo _____ (mm/dd/aaaa)				
28. El año pasado, esta persona:	¿Cambió de trabajo?	¿Comenzó a trabajar menos horas?	¿Dejó de trabajar?	¿Ninguna de estas?
Si esta persona dejó de trabajar, ¿cuál fue la fecha en la que terminó de trabajar?				
29. Si trabaja por su cuenta, responda las siguientes preguntas:				
a. Nombre de la empresa: _____				
b. ¿Cuánto ingreso neto (ganancias después de pagar gastos comerciales) recibirá esta persona de este trabajo por su cuenta este mes? \$ _____				

30. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con que recibe esa cantidad.

NOTA: No necesita informarnos sobre manutención infantil, pagos de veteranos o Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI).

INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia	INGRESO	Monto	Frecuencia
Ninguno			Interés gravable			Interés no gravable		
Dividendos			Ingresos extranjeros			Desempleo		
Pensiones/jubilación			Seguro Social			Renta agrícola/pesca		
Cuentas de jubilados			Pagos de becas			Premios/reconocimientos		
Plusvalías			Pensión alimenticia/manutención			Monto global		
Ingreso de nativo de Alaska			Indio americano			Otros ingresos		

31. **RETENCIONES:** marque todo lo que corresponda e indique el monto y la frecuencia con la que recibe esa cantidad. Si esta persona paga ciertas cosas que se pueden deducir en una declaración federal de impuestos, informarnos sobre ellas podría hacer que el costo de la cobertura de salud sea un poco menor. **NOTA:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta de ingreso neto por trabajo independiente (pregunta 29b).

Retención	X	Monto \$	Frecuencia	Retención	X	Monto \$	Frecuencia
Pensión alimenticia/manutención				Interés de préstamo estudiantil			
Otras deducciones: _____				Otras deducciones: _____			

32. **INGRESO ANUAL:** complete solo si los ingresos de esta persona cambian cada mes. Si no espera cambios en el ingreso mensual de esta persona, pase a la preg. 33.

Su ingreso total este año : \$ _____	Su ingreso total el próximo año (si considera que puede ser diferente): \$ _____
--	--

33. **RECIBOS MEDICOS NO PAGADOS.** ¿Esta persona necesita ayuda para pagar recibos médicos de este mes? Sí No

¿Esta persona necesitó ayuda para pagar facturas médicas en los 3 meses pasados? Sí No

¿Estos recibos son de una emergencia médica? Sí No

¿El tamaño del núcleo familiar de esta persona durante los 3 meses anteriores y ahora es el mismo? Sí No

¿El ingreso del núcleo familiar de esta persona durante los 3 meses anteriores y ahora es el mismo? Sí No

En caso negativo, ¿cuál fue el tamaño y el ingreso del núcleo familiar durante esos 3 meses? _____

NOTA: Los destinatarios para trabajos de Arkansas pueden ser elegibles para cobertura retroactiva 30 días antes de la fecha de solicitud.

34. **ESTATUS DE DISCAPACIDAD.** ¿Esta persona tiene una discapacidad? Sí No O ¿es invidente? Sí No

¿Esta persona vive en un centro médico o en un geriátrico? Sí No

¿Qué tipo de instalación es esta? Geriátrico Centro de Desarrollo Humano Hospital Estatal de Arkansas

Centro de Salud Arkansas Instalación de cuidados intermedios para discapacitados intelectuales

¿Esta persona tiene alguna condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en actividades (¿tales como bañarse, vestirse, quehaceres diarios, etc.? Sí No