

Si necesita usted este material en diferente formato, como por ejemplo letra grande contacte a la oficina de DHS de su condado.

¿Qué servicios está solicitando?

- Centro para Convalecientes** Marque esta opción si está en un centro para convalecientes o planea ingresar a uno en los próximos 15 días.
- ALF** Marque esta opción si está en un centro de vida asistida Nivel II o planea ingresar a uno.
- ARChoices** Marque esta opción si tiene entre 21 y 64 años de edad y tiene una discapacidad física o si es mayor de 65 años y necesita estar en un hogar de cuidado, pero quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad de forma segura en su casa.
- PACE** Marque esta opción si tiene entre 55 y 64 años de edad y tiene una discapacidad física o si es mayor de 65 años y necesita estar en un hogar de cuidado, pero quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad de forma segura en su casa, y vive en un área que ofrece los servicios.
- DDS Waiver** Marque esta opción si tiene discapacidades del desarrollo y necesita estar en un hogar de cuidado, pero quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad de forma segura en su casa.

Para mayor información sobre cualquiera de los programas anteriores, ingrese a <http://humanservices.arkansas.gov/about-dhs/dco/programs-services/medicaid-program-eligibility-and-enrollment> o llame al 1-866-801-3435.

Información sobre usted

1. Soy residente de Arkansas: Sí No
2. Tengo 65 años de edad o más Ciego Incapacitado
3. Mi nombre completo es: _____ Raza _____ Sexo _____
Apellido Primer Nombre Segundo Nombre Srta./Sra./Sr.
4. Mi domicilio actual es: _____
Domicilio Físico Apt/Suite/Lote No. Ciudad Estado Código Postal Condado
 Si se trata de un hogar de cuidado o centro de vida asistida, ¿cuál es el nombre del centro? _____
 He vivido en mi domicilio actual por: _____ (meses, años, etc.).

Dirección de Correo (apartado postal, etc.) Ciudad Estado Código Postal Condado
 Mi domicilio anterior es: _____
Domicilio Físico Apt/Suite/Lote No. Ciudad Estado Código Postal Condado
5. Mi número telefónico es: _____ Mi número para mensajes es: _____
6. Nací el: _____ Nací en: _____
Mes Día Año Ciudad o Condado Estado o País
7. _____
Número de Seguro Social Número de Medicare Número de Retiro de Servicios Ferroviarios Número de Reclamo de VA
8. Soy Ciudadano Estadounidense o Nacional: Sí No
9. He sido admitido legalmente: Sí No
10. Soy: Casado(a) Separado(a) Viudo(o) Divorciado(a) Soltero(a) (Nunca Casado)

Ubicación de la Propiedad (Dirección, Ciudad, Condado, Estado) Valor Neto

Ubicación de la Propiedad (Dirección, Ciudad, Condado, Estado) Valor Neto

20. Yo o mi cónyuge poseíamos antiguamente casas u otros bienes inmuebles en: (Use otra hoja si lo necesita).

Ubicación de la Propiedad (Dirección, Ciudad, Condado, Estado) Fecha en que tuvo la propiedad por última vez

Ubicación de la Propiedad (Dirección, Ciudad, Condado, Estado) Fecha en que tuvo la propiedad por última vez

21. Yo o mi cónyuge hemos vendido/escriturado/dado una casa u otra propiedad inmueble: A Quien y Cuando

22. Yo o mi cónyuge mantenemos bienes raíces, dote, cortesía, herencia u otro interés en una casa u otra propiedad.

Ubicación de la Propiedad (Dirección, Ciudad, Condado, Estado) Tipo de Interés

23. Yo o mi cónyuge poseemos parcelas funerarias o criptas. Sí No Si es así ¿cuántas poseen? _____

Nombre y ubicación del cementerio Valor _____

¿Para quién están destinadas las parcelas y cuál es la relación de esas personas con usted? (use otra hoja si lo necesita).

Recursos – Propiedad privada

La propiedad personal es aquella que usted o su cónyuge poseen aparte de los bienes inmuebles, como por ejemplo: dinero en efectivo, cuentas corrientes/de ahorros, acciones, bonos, etc. Consulte la página 6 para ver los documentos que pueden ser solicitados.

24. Yo o mi cónyuge tenemos los siguientes bienes. Marque (v) Si o No para cada artículo. Si es así, indique lo siguiente.

TIPO	SÍ	NO	CANTIDAD/ VALOR	LUGAR DONDE LO TIENE (nombre del banco, compañía de seguros, etc.)	NOMBRE DEL CO-PROPIETARIO
Efectivo					
Cuenta de Cheques					
Cuenta de Ahorros					
Otros ahorros (Certificados, etc.)					
Pagarés					
Valores de Bolsa/Bonos					
Cuenta de Fondo de Paciente					
Hipoteca que adeude					
Fondo/Seguro Funerario					
Seguro de Vida					
Fondos					
Otros (Derechos Minerales, Anualidad, etc.)					

25. Yo o mi cónyuge somos propietarios de bienes personales como automóviles, camionetas, tractores o maquinaria de granja, tráilers, botes, etc. (Si son más de tres, enliste en una hoja separada por favor)

Artículo (Marca, Modelo y Año) Valor Neto (Valor justo del mercado menos el dinero que adeuda)

Artículo (Marca, Modelo y Año) Valor Neto (Valor justo del mercado menos el dinero que adeuda)

Artículo (Marca, Modelo, y Año) Valor Neto (Valor justo del mercado menos el dinero que adeuda)

26. Yo o mi esposo(a) tenemos animales de cría (ganado, aves de corral, bagre, pescado pequeño, grillo, gusanos, etc.)

Sí No Si es así, complete lo siguiente:

Tipo de Animal de Cría y Cantidad que se posee Valor

27. Yo y mi esposo(a) tenemos otros recursos (inmuebles o personales) que me están siendo detenidos por otra persona. Sí No
Si es así, complete lo siguiente:

Tipo de Recurso	Lugar del Recurso	Cantidad/Valor
Tipo de Recurso	Lugar del Recurso	Cantidad/Valor

28. Yo o mi cónyuge tenemos propiedades **adicionales** (inmueble o personal) que no pude enlistar bajo los artículos 16 al 25. Sí No Si es así, escriba su(s) respuesta(s) en una hoja separada. (Consulte la página 6.)

Seguro

29. Si tiene una cobertura de seguro hospitalario/médico, complete la siguiente información y el formulario adjunto de *Seguro médico/terceros* (DCO-0662):

Nombre y dirección de la Compañía de Seguro	Tipo de cobertura	Fecha de entrada en vigencia	No. de Póliza

30. ¿Tiene usted Seguro de Cuidado a Largo Plazo? Sí No Si es así, complete lo siguiente:

Nombre y dirección de la Compañía de Seguro	Fecha de entrada en vigencia	No. de Póliza

Gastos médicos no pagados

31. Yo tengo gastos médicos sin pagar por los últimos tres (3) meses. Sí No ¿Qué meses? _____
Si es así, los gastos en que incurrimos ocurrieron mientras estaba: en un hospital/ rehabilitación en un hogar de cuidado/centro de vida asistida (Assisted Living Facility, ALF) Otros

Derechos y obligaciones

- Entiendo que debo ayudar a establecer mi elegibilidad al proporcionar tanta información solicitada como me sea posible.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a realizar cualquier investigación concerniente a mí y/o mi cónyuge necesaria para establecer mi elegibilidad para asistencia.
- Entiendo que a ninguna persona se le negará la asistencia de cuidado a largo plazo u otra asistencia de Medicaid por motivos de raza, color, sexo, origen nacional o incapacidad.
- Entiendo que puedo solicitar una audiencia ante el representante de la agencia del estado, si no se toma una decisión en mi caso dentro del límite de tiempo apropiado o si yo estoy en desacuerdo con la decisión tomada.
- Estoy de acuerdo de notificar al Departamento de Servicios Humanos en un término de 10 días si yo o mi cónyuge recibimos ingresos adicionales, adquirimos o nos despojamos de propiedades o si ocurren otros cambios en mis circunstancias.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a examinar todos mis archivos o los archivos de aquellos que reciben o han recibido beneficios de Medicaid a través de mí, con el propósito de investigar si una persona cometió o no fraude a Medicaid o para el uso de cualquier procedimiento, legal, administrativo o judicial.
- **ASIGNACIÓN DE APOYO MÉDICO.** Por la presente, Yo autorizo al poseedor de información médica u de otro tipo sobre mi persona a entregar la información necesaria para una demanda de Medicaid al DHS. Además, autorizo la entrega de información a terceros que puedan ser responsables por mis gastos médicos. Como condición de elegibilidad, asigno automáticamente mi derecho a todo acuerdo conciliatorio, sentencia o arbitraje que pueda obtenerse de terceros al DHS por la cantidad del importe total que haya pagado el DHS por mi persona. Yo autorizo y solicito que todo fondo, liquidación y otros pagos hechos por o en representación de terceros, incluidos los causantes del daño o compañías de seguro originados por la demanda de Medicaid sean pagados directamente al DHS. Mi solicitud de beneficios Medicaid constituye en sí misma una asignación en virtud de la ley y se considera un derecho de retención obligatoria sobre todo acuerdo conciliatorio, sentencia o arbitraje que yo reciba de terceros. Un tercero es toda persona, entidad, institución, organización u otra fuente que pueda ser considerada responsable de lesiones, enfermedad, discapacidad o muerte de mi persona u otros mencionados aquí, incluidos las propiedades de dichos individuos. También, cedo todos los derechos a un acuerdo extrajudicial hecho por mí o en representación mía originado por una demanda en la medida de los gastos médicos pagados por el DHS, independientemente de si se ha designado o no un porcentaje de dicho acuerdo para el pago de los gastos médicos. Todos los fondos recibidos por mí serán pagados al DHS. Se podrá usar una copia de esta autorización en lugar del original.
- Entiendo el requisito de revelar en mi solicitud para servicios de Cuidado a Largo Plazo, información con respecto a cualquier interés que yo o mi cónyuge tengamos en una anualidad/renta vitalicia.
- Entiendo el requisito de nombrar al Estado como beneficiario residual en el que yo o mi cónyuge seamos beneficiarios de la anualidad.

La **LEY SOBRE PRIVACIDAD de 1974** exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe: (1) si la divulgación de datos es voluntaria u obligatoria; (2) cómo usará el DHS su número de la seguridad social y (3) la ley o normativa que faculta al DHS a pedirle su número de la seguridad social. Estamos autorizados a recopilar cierta información sobre su hogar, incluido el número de la seguridad social (Social Security Number, SSN) de cada integrante del hogar que califique. Para el Programa Medicaid, esta facultad es otorgada por la legislación federal codificada en el código 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1) y 1320b-7(b) (2). Esta información puede ser verificada mediante programas de cotejo electrónico de datos. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para supervisar el cumplimiento de las normas del programa y para gestionar el mismo. Esta información puede ser entregada a otras agencias estatales y federales y a los organismos de policía.

Si surge alguna queja contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos los números de la seguridad social, podrán entregarse a funcionarios estatales o federales o a agencias privadas para fines de recaudación.

EXCEPCIÓN: en el Programa Medicaid, la información puede entregarse sin el consentimiento escrito del beneficiario únicamente a: empleados autorizados de esta Agencia, la Administración de Seguridad Social, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, el abogado del beneficiario, su tutor legal u otra persona con poder de representación u otra persona a la que el beneficiario haya pedido actuar como su representante Y a la que haya entregado información confidencial para el historial del caso que haya ayudado a establecer la elegibilidad o un tribunal que haya citado el historial del caso.

AVISO IMPORTANTE DE ESTADO DE RECUPERACIÓN

Si usted recibe los beneficios de Medicaid en un Centro para convalecientes, en un centro de cuidados intermedios o para personas con retraso mental ICF/MR, o a través de un programa exención para hogares y comunidades, el importe total de los beneficios de Medicaid pagados en su nombre serán adeudados al DHS y podrán ser recuperados con cargo a su patrimonio o al patrimonio del receptor de una escritura para beneficiarios después de su muerte. Su patrimonio es la propiedad que le pertenece a usted al momento de su muerte. El DHS no hará un reclamo en contra de su patrimonio mientras usted este con vida. DHS no hará un reclamo en contra de su patrimonio después de su muerte si su cónyuge está aún con vida o si usted tiene hijos dependientes menores de 21 años o hijos ciegos o con discapacidades. El DHS cobrará la deuda, si hay alguna, al hacer una reclamación de su patrimonio. La recaudación no se llevará a cabo, si no es económicamente viable para DHS o si usted o sus herederos solicitan una excusa por razón de dificultades extremas después de su muerte. Una dificultad Extrema puede existir si el patrimonio de su propiedad es la única fuente de ingreso para sus herederos, si ese ingreso es limitado, o si hay otras circunstancias apremiantes. **(Consulte el documento *Your Guide to Medicaid Estate Recovery in Arkansas* para mayor información. <http://humanservices.arkansas.gov/about-dhs/dco/programs-services/medicaid-program-eligibility-and-enrollment>.)**

CERTIFICACIÓN: he leído las declaraciones anteriores y estoy de acuerdo con sus provisiones.

- **PARA LOS BENEFICIARIOS/SOLICITANTES DE CUIDADO A LARGO PLAZO SOLAMENTE:** después de revisar las alternativas de admisión a un Centro para Convalecientes disponibles por medio del Departamento de Servicios Humanos, entiendo que estoy eligiendo recibir los servicios en un Centro para Convalecientes.
- **Entiendo que si soy admitido en un Centro para Convalecientes de acuerdo con la aprobación condicional de Medicaid y mi caso de Medicaid es negado, yo o mi familia seremos responsables por cualquier deuda durante mi estancia en el Centro para Convalecientes.**
- Entiendo que este formulario es firmado sujeto a pena de perjurio y entiendo que si recibo asistencia a la que no tengo derecho como resultado de retener o proporcionar información incorrecta, tal asistencia estará sujeta a recuperación por el Departamento de Servicios Humanos y puedo estar sujeto a prosecución por fraude y multado o encarcelado.

Firma del Solicitante, Tutor, Apoderado o Representante Autorizado

Fecha

Domicilio del Tutor, Apoderado o Representante Autorizado

Número telefónico

Nombre de la persona que ayudó a llenar el formulario/fecha

Número telefónico

Esto completa el proceso de solicitud para cuidados a largo plazo y exenciones. La ley federal exige 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 llene y firme la Solicitud de inscripción de votantes adjunta. Si seleccionó **No**, entregue su solicitud de Medicaid completa en la oficina local del Departamento de Recursos Humanos del Condado.

Verificación necesaria para completar su solicitud de LTSS

Gracias por presentar su solicitud para los Servicios y Apoyos a Largo Plazo (LTSS). Con el fin de determinar su elegibilidad, las normas estipulan que debemos verificar sus ingresos, recursos y otros aspectos circunstanciales. A continuación, se presenta una lista de los elementos que debemos verificar. Mientras más pronto suministre estos elementos, más rápido el DHS podrá procesar su solicitud. Es responsabilidad del cliente verificar toda la información solicitada. Sin embargo, **NO HAGA SU SOLICITUD HASTA QUE TENGA TODA LA INFORMACIÓN**. Pronto recibirá un aviso personalizado indicándole lo que el DHS necesita exactamente, en función de los ingresos específicos, recursos y otros aspectos circunstanciales para poder tomar una decisión con respecto a su solicitud de LTSS.

Por favor entregue copia de los siguientes documentos:

Tarjetas/Certificados

- Tarjeta del Seguro Social
- Tarjeta del Servicio de Inmigración y Naturalización (Immigration and Naturalization Service, INS), en caso de no ser ciudadano estadounidense.
- Tarjeta de Medicare
- Tarjeta del seguro médico.
- Partida de nacimiento (si no la tiene a su disposición, registros de censo/bautismo para verificar su edad y ciudadanía)
- Acta de matrimonio/sentencia de divorcio.

Ingreso, incluyendo del cónyuge, si usted está recluido en un centro o si ha constituido un fideicomiso de ingresos.

- Copia de recibos de sueldo
- Cartas de notificación de beneficios del Seguro Social
- Cartas de notificación de beneficios del Departamento de Servicios a Veteranos de Estados Unidos (U.S. Department of Veterans Affairs, VA); incluya ayuda y asistencia.
- Carta de beneficios de jubilación (Sistema de Jubilación de Empleados Públicos de Arkansas (Arkansas Public Employees Retirement System, APERS), pensión, Oficina de Gestión del Personal (Office of Personnel Management, OPM), etc.).
- Si posee una propiedad en alquiler; Contrato de alquiler.
- Póliza de seguro de cuidados a largo plazo (Long-term care, LTC)
- Si recibe dinero de una compañía aseguradora o una anualidad, suministre los comprobantes.
- Último interés mensual o trimestral recibido en cuentas corrientes o de ahorros.
- Documentos de fideicomiso (revocable, irrevocable, anualidad, etc.)
- Cuotas de arrendamiento de derechos minerales/petróleo/gas de los últimos 12 meses y/o formulario 1099 del año fiscal anterior.
- Estados de sus cuentas Direct Express o de Pay Card. Si no recibe los estados de su cuenta Direct Express, considere llamar al **1-888-741-1115** para solicitar una copia actual en atención al cliente.

Recursos, incluyendo el cónyuge

- Estados de cuenta que reflejen el saldo desde el 1er día del mes en que hizo la solicitud (tres (3) estados anteriores).
- La libreta de ahorros o el estado de la cuenta de ahorros emitido por el banco.
- Póliza de seguro de vida (póliza completa).
- Póliza de seguro funerario; contrato de entierro prepago.
- Documentos de la hipoteca, si la posee y hay personas pagando sus abonos mensuales.
- Evaluación fiscal del presente año y declaración de propiedad personal.
- Escrituras de todas las propiedades que posee actualmente, está comprando o tiene interés en adquirir.
- Escrituras de todas las propiedades traspasadas en los últimos 5 años.
- Propiedad vitalicia, certificado de depósito (certificate of deposit, CD), cuenta individual de retiro (Individual Retirement Account, IRA), cuenta de fondos del paciente, etc.
- Documentos de fideicomiso (revocable, irrevocable, anualidad, etc.)
- Formulario 1099 de arrendamiento de derechos minerales/petróleo/gas del año fiscal anterior.

****Complete y devuelva el formulario adjunto *Revelación de información acerca de la disposición de bienes (DCO-727)* junto con su solicitud****

Si ha vendido o regalado cualquier objeto de valor en los últimos 60 meses (5 años) antes de la fecha de esta solicitud, por favor suministre comprobantes.

Si tiene un fideicomiso o anualidad, independientemente de la fecha de su constitución, entregue los comprobantes.

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

División de Operaciones del Condado

REVELACIÓN DE INFORMACIÓN ACERCA DE LA DISPOSICIÓN DE BIENES

Si necesita este material en otro formato como en letras más grandes, póngase en contacto con la oficina del DHS del condado que le corresponde.

Los reglamentos del programa de Medicaid requieren que usted revele todos los traspasos de bienes de su propiedad (traspasos de bienes raíces y bienes personales), incluso la constitución de fondos fiduciarios y anualidades que usted o su cónyuge hayan llevado a cabo en los últimos 5 años (60 meses). También, deben revelarse los fondos fiduciarios o anualidades actualmente vigentes que se hayan constituido antes de los últimos 5 años (60 meses). Para determinar su elegibilidad para recibir asistencia de Medicaid, la Oficina de Servicios Humanos de su localidad debe documentar todos estos traspasos. Lea todo el formulario para determinar qué partes de este se aplican a su situación. Debe contestar y firmar la Parte A o la Parte B del formulario. **Llene otro formulario, si necesita más espacio.**

PARTE A. BIENES TRASPASADOS

- Yo (o mi cónyuge) constituí un fondo fiduciario o anualidad el _____. Por favor, suministre una copia de los documentos de su fondo fiduciario o anualidad. (Fecha)
- En los últimos 5 años (60 meses), yo (o mi cónyuge) he vendido, traspasado o regalado los siguientes bienes (dinero en efectivo, cuentas corrientes de cheques, cuentas de ahorro, valores, bienes raíces o propiedad personal, etc.). (Por favor verifique todos los traspasos con copias de las escrituras, estados de cuenta, etc.).

	Bienes	Se traspasó a (Nombre)	Relación con usted	Fecha del traspaso	Ubicación (condado, estado)	Valor del bien	Pago recibido
1.							
2.							
3.							
4.							
5.							

Indique la dirección y número de teléfono de la persona que recibió el bien.

Nombre _____ Dirección _____

Número telefónico _____ (Por favor use una hoja adicional si lo necesita).

A mi leal saber y entender, esta declaración es verdadera y entiendo que de dar una declaración falsa, podría estar sujeto(a) a enjuiciamiento penal. También, entiendo que de tergiversar los hechos presentados en este formulario, seré responsable de cualquier sobrepago hecho a mi nombre por el programa de Medicaid de Arkansas.

Firma

Fecha

PARTE B. BIENES NO TRASPASADOS

- En los últimos 5 años (60 meses), ni mi cónyuge ni yo hemos establecido un fondo fiduciario o una anualidad, no hemos vendido, traspasado, cedido o regalado ningún bien o propiedad (dinero en efectivo, cuentas corrientes de cheques, cuentas de ahorro, valores, propiedad de bienes raíces o personal, etc.). A mi leal saber y entender, esta declaración es verdadera y entiendo que de dar una declaración falsa, podría estar sujeto(a) a enjuiciamiento penal. También, entiendo que de tergiversar los hechos presentados en este formulario, seré responsable de cualquier sobrepago hecho a mi nombre por el programa de Medicaid de Arkansas.

Firma

Fecha

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
División de Operaciones del Condado
RECURSO DE TERCEROS/SEGURO MÉDICO

A. INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE:

1. Apellido	2. Nombre	3. Inicial intermedia	4. Sexo	5. Número del Seguro Social
6. Dirección del solicitante	7. Ciudad	8. Estado	9. Código Zip	

10. Aparte de Medicare, ¿tiene seguro de salud u otro seguro, acuerdo de conciliación, persona o grupo que sea responsable de pagar todos o parte de sus gastos médicos?

- Sí** Si contestó Sí, por favor adjunte comprobante de cobertura (como una copia de su tarjeta del seguro) **Q** complete B, C y D abajo.
 No Si contestó No, por favor pase a la Sección F y entregue un número de teléfono, firme y feche el formulario y envíenlo.

B. INFORMACIÓN DEL TITULAR DE LA PÓLIZA:

11. Apellido del titular de la póliza:	12. Nombre	13. Inicial intermedia	14. Número del Seguro Social	
15. Dirección del titular de la póliza	16. Ciudad	17. Estado	18. Código Zip	

C. INFORMACIÓN DEL SEGURO:

19. Nombre de la Compañía de Seguros	20. Número de póliza	21. Fechas efectivas de la póliza		
		Desde / /	Hasta / /	
22. Dirección de la Oficina de solicitud de reembolsos (Claims Office)	23. Ciudad	24. Estado	25. Código Zip	
26. Marque todos los Tipo de beneficios/cobertura aplicable (debe marcar por lo menos uno)				
<input type="checkbox"/> 1. Médico	<input type="checkbox"/> 4. Visión	<input type="checkbox"/> 7. Indemnización/Hospital/Cáncer/Corazón		
<input type="checkbox"/> 2. Farmacia	<input type="checkbox"/> 5. Suplemento Medicare	<input type="checkbox"/> 8. Solo accidentes (no automovilístico)		
<input type="checkbox"/> 3. Dental	<input type="checkbox"/> 6. Atención a largo plazo	<input type="checkbox"/> 9. Accidente de automóvil/moto		
		<input type="checkbox"/> 10. Otros _____		

D. INDIQUE TODOS LOS INDIVIDUOS CUBIERTOS POR LA PÓLIZA:

27. Apellido	28. Nombre	29. Inicial intermedia	30. Parentesco	31. Número del Seguro Social o Número de Medicaid

E. COMENTARIOS

F. TELÉFONO DONDE PUEDE SER LOCALIZADO ENTRE 8:00/4:30

AUTORIZACIÓN Y CESIÓN

Yo autorizo al poseedor de información médica u de otro tipo sobre mi persona a entregar la información necesaria para una solicitud de reembolso al programa Medicaid de Arkansas. Además autorizo la entrega de información a terceros que puedan ser responsables por cualquiera de mis gastos médicos. Por la presente Yo autorizo y solicito que todo fondo, liquidación y otros pagos hechos por o en representación de terceros, incluidos los causantes del daño o compañías de seguro originados por esta solicitud de reembolso de Medicaid sean pagados directamente al programa Medicaid de Arkansas. También cedo todos los derechos de un acuerdo extrajudicial aceptado por mí o en representación mía originado por cualquier solicitud de reembolso de la que sea parte en la medida de los gastos médicos pagados por Medicaid, independientemente de si se ha designado o no un porcentaje de dicho acuerdo para el pago de los gastos médicos. Todos los fondos recibidos por mí serán pagados al programa de Medicaid de Arkansas. Se doy mi permiso para usar una copia de esta autorización en lugar del original.

 Firma del solicitante/beneficiario (o padre/madre/tutor si es menor)

 Fecha

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					
1	Sr. Sra. Srta.	Apellido	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre		
	Domicilio/ Vivienda (Ver Seccion "C" abajo) (Domicilio rural debe dibujar un mapa)		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
2	Dirección donde recibe su correo si es diferente al de su domicilio particular		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
	Fecha de nacimiento		Números de teléfono (opcional) Domicilio: Laboral:		6 Afiliación política (opcional)		
7 E-mail/Correo Electrónico (opcional)		8 ¿Ha votado alguna vez en una elección federal en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márkuelo.			
9	No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente. <input type="checkbox"/> No. de licencia de conducir <input type="checkbox"/> Si no tiene licencia de conducir provea los últimos cuatro números de su número de Seguro Social <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir ni número de Seguro Social.						
	(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.						
10	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.						
	11 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)
--	---------------------------------

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

Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

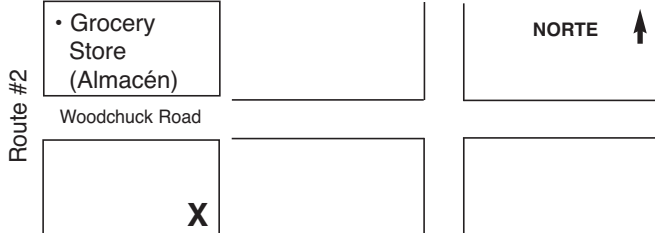
B	Domicilio anterior	No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
----------	--------------------	------------------------	---------------	---------	--------	---------------

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.

C	• Escriba los nombres de las calles o intersecciones más cercanas a donde usted vive. • Marque con una "X" su domicilio. • Use un punto para marcar escuelas, iglesias, negocios, u otros lugares conocidos cerca de donde vive, y escriba el nombre del lugar.	
	Ejemplo	• Grocery Store (Almacén) Woodchuck Road
	• School (Escuela)	X

REQUISITOS PARA IDENTIFICACION

IMPORTANTE: 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.



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

Remitente:

Se requiere
estampilla de
1ª Clase para
envío por
correo

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 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 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)