

**Petición Para Solicitud De Servicios AHCCCS
Cuidado De Largo Plazo**

Dirección:

Para iniciar el proceso de solicitud, puede llamarnos al 888-621-6880 (número gratuito) o registrar una solicitud en línea en Health-e-Arizona Plus. También puede completar este formulario y devolverlo utilizando uno de los métodos que se encuentran en la página 4 de este formulario de solicitud. La información faltante o incompleta puede causar un retraso en el procesamiento de su solicitud. Las preguntas en texto negro oscuro deben ser respondidas para que podamos registrar la solicitud.

Información del/de la solicitante

Nombre legal del/de la solicitante (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):		Fecha de Nacimiento del/de la Solicitante:	
Número del Seguro Social del/de la Solicitante:		☐ Hombre ☐ Mujer	
Estado Civil: ☐ Nunca ha estado Casado ☐ Casado/a (o separado/a si no se ha divorciado legalmente) ☐ Divorciado/a ☐ Viudo/a Fecha en que Murió Su Cónyuge:			
Nombre legal del/de la Cónyuge (Nombre, Segundo Nombre, Apellido, Sufijo):		Fecha de Nacimiento del/de la Cónyuge:	
Número del Seguro Social del/de la Cónyuge (opcional si no se aplica):			
Dirección del Hogar del/de la Solicitante:		Dirección Postal del/de la Solicitante (si es diferente):	
Número Telefónico:		Correo electrónico:	

Información sobre el/la Representante Autorizado/ Cónyuge/ y el tutor/Conservador/a Legal

Nombre del/ de la Representante Autorizado/a del/ de la Cliente):		Relación con el/la Solicitante:
Fecha de nacimiento del representante (opcional):	Nombre de la Organización Representativa (cuando corresponda):	
Nombre del/de la Tutor/Conservador/a legal del/de la Cliente:		Relación con el/la Solicitante:

Domicilio autorizado para recibir correo del/de la Representante:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Número Telefónico:	Correo electrónico:	
Domicilio autorizado para recibir correo del/de la Representante del/de la Tutor/Conservador/a:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:
Número Telefónico:	Correo electrónico:	

Vivienda Actual del Cliente

¿A dónde reside el/la solicitante actualmente? ☐ Hospital ☐ Centro de Enfermería ☐ En Casa ☐ Otro:	Fecha admitida:	Fecha de Salida Anticipada:
Nombre del Hospital, Vivienda Asistida or Centro de Enfermería:	Número Telefónico:	
Domicilio del Hospital, Vivienda Asistida or Centro de Enfermería:		
Ciudad:	Estado:	Código Postal:

Alojamientos para cartas impresas

¿Tiene el cliente, representante autorizado o guardián legal una discapacidad visual que requiere un formato alternativo para cartas impresas? ☐ No ☐ Sí Si es que sí, quien necesita la acomodación: Si es que sí, cual tipo de formato alternativo necesita? Por favor, elija una opción: ☐ PDF legible mandado por correo electrónico seguro ☐ Cartas con letras grandes mandadas por el correo US serán proveídas en Font Arial 24. ☐ Otro:

Preguntas Adicionales

¿El/la cliente necesita ayuda para pagar gastos médicos de los últimos tres meses?	☐ Sí ☐ No
¿Esta embarazada la persona que necesita ayuda con los gastos médicos o tuvo un embarazo en los últimos 5 meses?	Cuales meses? ☐ Sí ☐ No
¿Ya recibe servicios el cliente de la División de Discapacidades del Desarrollo [DES Division of Developmental Disabilities]?	☐ Sí ☐ No Si es así, la fecha que comenzaron los servicios:

Antes de los 18 años de edad, ¿se le diagnosticó al cliente alguna de las siguientes condiciones médicas? Marque todo lo que corresponda.	☐ Autismo ☐ Parálisis Cerebral ☐ Discapacidad Intelectual/Cognitivo ☐ Síndrome Down ☐ Desorden de Convulsiones
Si el cliente tiene menos de 6 años, ha sido diagnosticado el cliente con retraso del desarrollo?	☐ Sí ☐ No
Es el/cliente fideicomitente, fideicomisario/a, o beneficiario/a de alguna clase de fideicomiso?	☐ Sí ☐ No
Ha vendido, cambiado, trasladado o regalado bienes el cliente durante los últimos cinco años?	☐ Sí ☐ No

Información sobre la entrevista: Se requiere una entrevista para completar el proceso de la solicitud de ALTCS. No es necesario que el/la cliente asista a la entrevista sobre las finanzas si el/la tutor/conservador/a o representante autorizado complete la entrevista por el/la solicitante.

¿Cuáles días y horas le convienen más para completar la entrevista?	
☐ Lunes	Hora:
☐ Martes	Hora:
☐ Miércoles	Hora:
☐ Jueves	Hora:
☐ Viernes	Hora:
Necesita interprete la persona que completará la entrevista? ☐ Sí ☐ No	Si es así, en qué idioma?

CÓMO USAREMOS SUS DATOS

La información siguiente describe cómo Health-e-Arizona, AHCCCS, el Departamento DES y sus contratistas usarán sus datos personales.

- Usaremos su información, incluso su número de Seguro Social, para concordar con las instituciones financieras, así como las agencias locales, estatales y federales, y nuestros demás programas para verificar la información Los sistemas de ingreso y verificación, tales como la Administración del Seguro Social, la agencia del Seguro de Desempleo del Estado, y de los Sueldos Estatales, pudieran usarse. La información pudiera afectar sus niveles de elegibilidad y sus beneficios.
- El solicitar y proporcionar información es voluntario, pero alguna información se exige para efectuar determinaciones. Por ejemplo, deberá proporcionar o solicitar un número de Seguro Social para cada solicitante. (A los inmigrantes que no puedan obtener un número de Seguro Social legalmente no se les exigirá que proporcionen alguno.) Por lo tanto, si no proporcionara información personal, pudiera no reunir los requisitos (no resultar elegible) para obtener los beneficios.

Nombre de la persona que rellena la forma:	Número de teléfono:
---	----------------------------

La persona que relleno esta forma es el/la:

- ☐ Cliente
☐ Cónyuge del/de la cliente
☐ Padre o madre de cliente (si el o la cliente es menor de edad)

Si hubiera marcado alguna de las casillas de más arriba, la persona que rellene esta forma deberá:

- Marcar la casilla de más abajo; y
- Firmar esta forma al calce.

Si **No** hubiera marcado alguna de las casillas, la persona que rellene esta forma podrá:

- Rellenar una forma de Representante Autorizado/a disponible en:
<https://www.azahcccs.gov/Members/GetCovered/apply.html>;
- Adjuntar la forma de Representante Autorizado/a ya rellena junto con este pedido de solicitud;
- Marcar la casilla de más abajo; y
- Firme al final de este formulario.

Pudiera entregar su pedido de solicitud sin forma de representante autorizado/a rellena, marcar la casilla de más abajo y firmar al calce, pero pudiera causar que el trámite de solicitud se demorara más.

☐ Estoy de acuerdo con permitirles que revisen las fuentes de información y la usen para esta solicitud.

Firma:

Fecha:

AHCCCS cumple con las leyes federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad o sexo.

Para enviar una solicitud de aplicación por teléfono o para obtener ayuda, comuníquese con:

Arizona Long Term Care System (ALTCS)

llamada (número gratis): 888-621-6880

Una solicitud de solicitud completada también puede ser devuelta por:

- **En línea:** Health-e-Arizona Plus
- **Fax (número gratis):** 888-507-3313
- **Correo Electrónico:** altcsregistration@azahcccs.gov
- **Correo:** ALTCS
801 East Jefferson Street
MD 3900
Phoenix, AZ 85034

Una Petición de Solicitud completada también se puede llevar a una oficina local de ALTCS

CHINLE Tseyi Shopping Center Hwy 191 Chinle AZ 86503	PHOENIX 801 E Jefferson St Phoenix AZ 85034
FLAGSTAFF 2717 N Fourth St Ste 130 Flagstaff AZ 86004	TUCSON 7202 E Rosewood St Ste 125 Tucson AZ 85710
KINGMAN 2400 Airway Ave Kingman AZ 86409	YUMA 1800 E Palo Verde St Yuma AZ 85365