

ARKids First

Solicitud para ser enviada por correo

Si usted necesita este material en otro formato, tal como en letra de mayor tamaño, póngase en contacto con la oficina del DHHS del Condado que le corresponda.

Desea que se tome en consideración a sus hijos para:

- Ambos planes* Sólo para ARKids A Sólo para ARKids B

*Si Ud. desea que se les considere para AMBOS PLANES, su hijo o hijos serán asignados al plan con más cobertura basado en su elegibilidad.

1 Información del Solicitante

Ud. debe ser la Madre, el Padre, el Tutor o un FAMILIAR del menor o menores que recibirán los beneficios del programa de Los ARKids.

Número de Seguro Social*	Apellido			Nombre	Segundo Nombre		
Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Condado donde reside	Dirección de Correo Electrónico			
Dirección				Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección Postal (si es diferente)				Ciudad	Estado	Código postal	
Número de teléfono de casa	Teléfono del trabajo			¿Podemos llamarlo a su trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Número de fax	

*No se requiere dar el número del seguro social del padre, la madre, el tutor o un pariente, pero nos ayuda a servirle mejor.

2 Hogar

Anote todos los niños menores de 19 años que usted desea sean considerados para recibir los beneficios de ARKids. Adjunte copias de las tarjetas de seguro social y actas de nacimiento de todos los niños que están solicitando los beneficios de ARKids. Si es necesario adjunte otra hoja de papel.

Número de Seguro Social	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Parentesco con usted	Ciudadano de EE.UU.** (Sí/No)

**Ni usted ni su niño tienen que ser ciudadanos de EE.UU. para calificar. Si su niño no es ciudadano de EE.UU. adjunte documentos que muestren su estado migratorio en el país. El INS no obtendrá ninguna información que usted nos entregue. El INS no puede usar esta solicitud ni la inscripción de sus niños en el programa ARKids para negarle a usted la entrada a los EE. UU., para causarle problemas con su calidad de residente permanente, ni para deportarlo.

Anote todos los padres de los niños enumerados anteriormente que viven en la casa.

Número de Seguro Social**	Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Nombre de los menores	Ciudadano de EE.UU.* (Si/No)

**No se requiere dar el número del seguro social del padre, la madre, el tutor o un pariente.

Anote otros niños de los padres enumerados anteriormente, que viven actualmente en su casa, pero no quiere que sean cubiertos por ARKids. Estos niños pueden ser incluidos en el número total de miembros de la familia, si es beneficioso para el solicitante.

Apellido	Nombre	Fecha de Nacimiento	Parentesco que lo une a usted	Ciudadano de EE.UU.* (Si/No)

FOR OFFICE USE ONLY/ PARA USO DE LA OFICINA SOLAMENTE

R E G	REGISTER #	APP DATE	COUNTY	CAT	ADULTS	CHILD	WORKER #	SMN	ARKID IN	KEY DATE	OP INT
D E N	WORKER #	DENIAL DATE	REASON	SAVING	TYPE	CAT	CN	KEY DATE	OP INT		

3 Ingreso

¿Recibe alguna persona en la lista de la primera página ingresos de una o varias de las siguientes fuentes? Si necesita más espacio, adjunte otra hoja de papel.

Fuentes de Ingreso	Sí	No	Fuente	Cantidad bruta (antes de cualquier deducción)	Frecuencia	¿Quién lo recibe?
Empleo, trabajo, oficio, agricultura, trabajo por cuenta propia (Enumere todos los trabajos de todos los individuos mencionados en la lista anterior)						
Jubilación, seguro social, SSI, beneficios de veterano						
Mantenimiento de menores, pensión alimenticia, subsidios de desempleo, indemnización al trabajador, préstamos y becas estudiantiles						
Otros ingresos (trabajo parcial, niñera, ingresos de alquiler de propiedades, contribuciones de amigos o/parientes, inquilinos o huéspedes, el pago de algún seguro, etc.)						

4 Servicios de Guardería o Cuidado de Niños

¿Paga alguna persona en la lista de la primera página de esta solicitud por cuidado de algún niño mencionado en la primera página?

Sí No Si contesta que sí, ¿Cuánto? \$ _____ Frecuencia del pago _____

5 Cuentas Médicas Pendientes

De los niños por quien solicita, ¿tiene algunas cuentas médicas pendientes por los últimos 3 meses?

Sí No Si contesta que sí, ¿Quién? _____ ¿de cuáles meses? _____

6 Seguro Médico

¿Tiene alguna persona en la lista de la primera página algún tipo de seguro médico ahora?

Sí No Si contesta que sí, ¿Quién? _____ Compañía de Seguro: _____

Si contesta que sí, ¿recibe este seguro por medio de su trabajo? Sí No

¿Ha tenido alguna persona en la lista de la primera página seguro médico, aparte de Medicaid, en los últimos 6 meses?

Sí No Si contesta que sí, ¿Quién? _____ Compañía de Seguro: _____

Si contesta que sí, ¿recibe este seguro por medio de su trabajo? Sí No

Por favor explique por qué ya no dispone de seguro médico. _____

7 Enfermedad Crónica o Incapacidad

¿Padece algún niño en la lista de la primera página de alguna enfermedad crónica o incapacidad (necesita atención médica especial)?

Sí No Si contesta que sí, ¿Quién? _____

8 Otros Servicios Disponibles

¿Quiere que le mandemos información por correo sobre cómo presentar una solicitud para cupones estatales canjeables por comida?

Sí No

¿Quiere que le mandemos información por correo sobre cómo recibir gratis servicios de manutención económica de menores?

Sí No

9 Selección del Médico de Atención Primaria

Indique su 1ra, 2da y 3ra opción de doctor o clínica que quiere como médico de atención primaria por cada uno de los niños en la solicitud. ARKids permite que cada niño cubierto tenga un sólo médico de atención primaria. Llame gratis al número 1-800-275-1131 para asistencia con su decisión. Si es necesario adjunte otra hoja de papel.

Nombre del Menor	Primera Opción	Segunda Opción	Tercera Opción

Lea cuidadosamente esta declaración antes de firmar esta solicitud

- Entiendo que debo ayudar a reunir los requisitos necesarios dando toda la información que pueda y en algunas situaciones podría tener que presentar pruebas de mis circunstancias.
- Autorizo al Departamento de Salud Y Servicios Humanos (DHHS) a obtener información de otras agencias estatales y otras fuentes para confirmar la veracidad de mis declaraciones.
- Entiendo que los Números de Seguro Social (SSN) se verificarán por computadora para detectar y prevenir la participación doble. Los números de Seguro Social (SSN) también se usarán para verificación mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y cumplimiento de requisitos para obtener –de la Administración del Seguro Social, de la División de Seguridad del Empleo y del Servicio de Impuestos Internos- información sobre salarios, ingreso no derivado del trabajo y beneficios. En caso de que el DHHS encuentre alguna diferencia que pueda afectar los requisitos necesarios o el nivel de los beneficios, se podría verificar la información que se reciba a través de otros contactos.
- Entiendo que a ninguna persona se le podrá negar los beneficios de los ARKids debido a su raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, país de origen, o afiliación política.
- Puedo pedir una audiencia al DHHS (Departamento de Salud Y Servicios Humanos) si no se toma una decisión en mi caso dentro del plazo de tiempo adecuado o si no estoy de acuerdo con la decisión.
- Estoy de acuerdo en notificar a la oficina del condado del DHHS dentro de un plazo de 10 días si yo o cualquiera de las personas que yo mantengo deja de vivir en mi hogar, si cambio de domicilio, o si ocurre algún otro cambio en mi situación actual.
- Autorizo al DHHS a examinar todos mis registros y/o los registros de aquéllos que reciben o han recibido los beneficios de ARKids a través de mí a investigar si alguna persona ha o no ha cometido fraude con ARKids, o para su uso en cualquier proceso legal, administrativo o judicial.

Cesión de Garantía Médica. En caso de un reclamo de ARKids al DHHS, autorizo a cualquier tenedor de mis datos médicos u otros a entregar toda información necesaria. Además, autorizo la entrega de cualquier información a otras partes que podrían ser responsables de mis gastos médicos. Como requisito para calificar en el programa, automáticamente cedo al DHHS mi derecho a cualquier pago por demanda, fallo, o adjudicación que se obtenga contra cualquier tercero al monto total de cualquier cantidad que el DHHS haya pagado por mí. Autorizo y solicito que todo dinero, pago por demanda, u otros pagos hechos por o en nombre de terceros, incluyendo a agraviadores o aseguradores que surjan de un reclamo de ARKids, se paguen directamente al DHHS. Mi solicitud por beneficios de ARKids de por sí constituye una cesión por efecto de la ley y se considerará un gravamen estatutario de cualquier paga por demanda, fallo, o adjudicación que yo reciba de terceros. Un tercero es cualquier persona, entidad, institución, organización u otra fuente que tenga que hacerse responsable de los gastos por lesión, enfermedad, incapacidad o muerte que sufra yo o cualquiera de las personas mencionadas en el presente, incluyendo el caudal hereditario de tales individuos. También cedo todos mis derechos en cualquier pago por demanda hecho por mí o en mi nombre que surja de cualquier reclamo al monto total de los gastos médicos que el DHHS haya pagado, sin importar si una porción de tal pago por demanda esté designada para gastos médicos. Cualquier dinero de este tipo que yo reciba deberá ser pagado al DHHS. Se puede usar copia de esta autorización en lugar del original.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA ANTERIOR DECLARACIÓN ES VERDADERA Y CORRECTA.

Si recibo beneficios a los que no tengo derecho debido a que no revelé información o porque di información inexacta, tal asistencia estará sujeta a ser recuperada por el Departamento de Salud Y Servicios Humanos, y yo podría estar sujeto(a) a enjuiciamiento por fraude, a una multa y /o a encarcelamiento.

Firma del padre, tutor, o pariente

Fecha

Teléfono de la persona que ayudó a llenar este formulario

Firma de la persona que ayudó a llenar este formulario

Fecha

Firma del especialista de Asistencia Familiar

Fecha

Dirección de la persona que ayudó a llenar este formulario

Una decisión sobre su solicitud toma aproximadamente 45 días.

¿Tiene alguna pregunta? Si Ud. tiene alguna pregunta acerca de si reúne los requisitos necesarios para el programa de ARKids, llame a la oficina de DHHS del condado que le corresponda. Si tiene alguna pregunta acerca de los servicios médicos cubiertos por ARKids A o ARKids B, por favor llame gratis al número 1-888-474-8275. TDD# (501) 682-0102. **Devuelva esta solicitud**, incluyendo las páginas anexas, y copias de las tarjetas de seguro social y actas de nacimiento de cada uno de los menores que Ud. desea sean considerados para ARKids a su oficina local del DHHS.

Favor use la última página para enviar por correo.

Dirección Postal de la Oficina del Condado del DHHS

Condado Donde reside	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado Donde reside	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado Donde reside	Dirección	Ciudad	Código Postal
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Quachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 270	Stuttgart	72160	Greene	PO Box 839	Paragould	72451	Perry	403 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	PO Box 813	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	606 Pine St.	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 658	Newport	72112	Prarie	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 968	Arkadelphia	71923	Lafayette	PO Box 970	Lewisville	71845	Pulaski North	PO Box 5791	No. Little Rock	72119
Clay-1	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski South	PO Box 2620	Little Rock	72203
Clay-2	1007 Ada St.	Corning	72422	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski SW	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd.	Pocahontas	72455
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-2	398 E. 2 nd St.	Booneville	72927	Searcy	350 School	Marshall	72650
Craighead	2920 McClellan Drive	Jonesboro	72401	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison #231	Ft. Smith	72901
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	W. Collin Raye TNPD	DeQueen	71832
Crittenden	250 Shoppingway	W. Memphis	72301	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	PO Box 159	Ash Flat	72513
Cross	PO Box 572	Wynne	72396	Miller	3809 Airport Plz.	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Dallas	1202 W. 3 rd St.	Fordyce	71742	Mississippi - 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	HC 71 Box 180	Mountain View	72560
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi - 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W. 18 th St.	El Dorado	71730
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	Rt. 6 Box 260-1	Clinton	72031
Faulkner	PO Box 310	Conway	72033	Monroe-2	301 ½ N New Orlean	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Franklin	800 W.Commercial	Ozark	72949	Montgomery	PO Box 445	Mt. Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
Garland	115 Market St.	Hot Springs	71901	Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Darville	72833

Doblar por la mitad, engrapar o pegar con cinta adhesiva las puntas, y envíe por correo a su Oficina local del DHHS.

Dirección del Remitente

Colocar
Estampilla
Aquí

Envíe por correo a su Oficina local del DHHS.