Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Solicitud para beneficios de SNAP, Atención de salud (Health Care) y TEA/RCA

Esta es una solicitud combinada de asistencia de alimentos, médica y dinero. Puede responder solo las preguntas relacionadas con el programa(s) que está solicitando. Por favor responda todas las preguntas si solicita todos los programas. Un amigo, pariente u otra persona que desea puede ayudarle a completar esta solicitud.

¿Qué secciones de la solicitud necesito completar?

Para solicitar SNAP:

Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para SNAP, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para SNAP, entonces no es necesario que complete esa sección.

Para solicitar Atención de salud

Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para el programa de Atención de salud, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para Atención de salud, entonces no es necesario que complete esa sección.

Para solicitar TEA o RCA:

Marque la casilla de abajo y complete todas las secciones marcadas para TEA/RCA, incluso si aparecen otros programas al lado.

Si la pregunta dice que no es necesaria para TEA/RCA, entonces no es necesario que complete esa sección.

❑ SNAP

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP): Beneficios mensuales para ayudar a comprar alimentos.

❑ Atención de salud

Seguro gratis o a bajo costo de Medicaid para ayudar a pagar por visitas al doctor, estadías en el hospital, medicamentos recetados, análisis de laboratorio, radiografías y otros.

❑ TEA/RCA

Asistencia de empleo transitoria (TEA): Asistencia en dinero para ayudar a familias con niños menores de 18 años a ser más independientes.

Asistencia en efectivo para refugiados (RCA): Asistencia en dinero para ayudar a personas que han ingresado recientemente a los Estados Unidos con una condición migratoria determinada.

Por favor seleccione si le gustaría solicitar alguno de estos tipos específicos de asistencia de Atención de salud.

(no es todo incluido)

❑ TEFRA	Ayuda a niños menores de 19 años que tengan una discapacidad a conseguir cobertura de Atención de salud para los que normalmente no calificarían.
❑ Servicios de autismo	Ofrece tratamiento individual para niños elegibles desde los 18 meses hasta el 8º cumpleaños que hayan sido diagnosticados con un Trastorno del espectro autista.
❑ ARChoices	Servicios basados en el hogar y la comunidad para adultos de edades 21 a 64 años que tengan una discapacidad física o que tengan 65 años o más.
❑ PACE (Programa de cuidado todo incluido para personas mayores)	Para personas de 55 a 64 años con una discapacidad física o de 65 años o más que necesiten estar en un hogar de ancianos pero que quieran en cambio recibir servicios en el hogar y la comunidad de forma segura en su casa. (Deben vivir en un área que ofrezca servicios).
❑ Asistencia de vida asistida	Cubre servicios en un Centro de vida asistida (Assisted Living Facility) de nivel II si está viviendo en uno o planea ingresar a uno y cumple los requisitos.
❑ Asistencia de centro de enfermería	Cubre servicios en centros de enfermería especializada u hogares de ancianos que cumplen los requisitos. Debe estar viviendo en un centro de enfermería o estar planeando ingresar a uno.
❑ Apoyo para empleo comunitario (Exención de DDS)	Ofrece servicios para personas con discapacidades del desarrollo para que puedan participar como miembros activos en sus comunidades.
❑ Reducción de gastos (Spend-Down) medicamente necesarios	Ofrece cobertura a corto plazo para aquellos cuyo ingreso es superior a los límites normales para la asistencia de atención de salud, pero que tengan cuentas médicas altas en un periodo de 3 meses y cumplan los requisitos del programa.
❑ Programa de ahorro Medicare	Ofrece cobertura limitada para suplementar a los receptores de Medicare. Cubre rangos desde el pago de primas de Medicare, deducibles y co-seguro para personas de bajos ingresos, hasta pagar solo una parte de la prima de Medicare Parte B para personas con ingresos más altos.

Apoyo lingüístico

Si no habla inglés, tienen un problema de audición o tienen una discapacidad, díganos cómo podemos ayudarlo (interprete, lenguaje de señas, número de teléfono TDD/TTY al que deberíamos llamar, dispositivo de audición asistida. También puede llamar a Asistencia al cliente al teléfono gratuito 1-800-482-8988.

Si no habla inglés, tiene una discapacidad auditiva o tiene una discapacidad, háganos saber cómo podemos ayudarle (un intérprete, un lenguaje de señas, un número de teléfono TDD / TTY al que debemos llamar, un dispositivo de asistencia auditiva, etc.) o puede traer su propio apoyo. Llame a Asistencia al Cliente de forma gratuita al 1-800-482-8988.

¿Cuál es el idioma que necesita para leer?	❑ Inglés	❑ Español	❑ Marshalés	❑ Otro:
¿En qué idioma prefiere que le envíen las notificaciones?	❑ Inglés	❑ Español	❑ Marshalés	❑ Otro:
¿Necesita un intérprete?	❑ Sí	❑ No	En caso afirmativo, ¿a qué idioma? _____	

PASO 1: Acerca del cabeza de grupo familiar

Nombre del cabeza del grupo familiar:		
Dirección física:		**Unidad/Apto.:**
Ciudad:	**Estado:**	**Código ZIP:**
Dirección postal (*si fuera diferente*):		**Unidad/Apto.:**
Ciudad:	**Estado:**	**Código ZIP:**
Teléfono preferido:	**Teléfono alternativo:**	
Correo electrónico:		

¿Quiere que le envíen notificaciones y alertas electrónicas para su caso? Si es así, marque: ❑ **Alertas por teléfono** ❑ **Alertas por correo electrónico**

¿Vive actualmente en Arkansas? ❑ Sí ❑ No

¿Alguien de su grupo familiar ha recibido asistencia en otro estado en los últimos 30 días? ❑ Sí ❑ No

¿En cuál de los siguientes entornos viven miembros de su grupo familiar?

❑ Vivienda ❑ Alojamiento universitario ❑ Vivienda transitoria ❑ Hogar de reposo ❑ Sin hogar
❑ Prisión/cárcel ❑ Instalación de salud mental ❑ Instalación para el tratamiento de drogas/alcohol ❑ Refugio ❑ Otro

¿Alguien está ausente temporalmente del hogar? (ejercito, hospital, encarcelado, escuela/universidad, etc.) ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, incluya el nombre(s) de esa persona(s):

¿Está solicitando para alguien que murió recientemente? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, indique su nombre y fecha de su muerte	Nombre:	Fecha de la muerte:

¿La instalación donde vive le entrega la mayoría de las comidas (más del 50% de tres comidas diarias) como parte de sus servicios de nutrición? *(Solo SNAP)* ❑ Sí ❑ No

PASO 2 Requisitos de entrevista

Los grupos familiares que soliciten SNAP y TEA/RCA tienen que completar una entrevista para ver si son elegibles. Esta entrevista puede ser en persona, por teléfono o virtual. Solo es necesario hacer una entrevista si solicita ambos programas SNAP y TEA/RCA.
Si pierde una cita para una entrevista, no fijaremos otra cita a menos que usted nos pida hacerlo.

1. **¿Prefiere una entrevista en persona o una entrevista por teléfono?** ❑ **En persona** ❑ **Teléfono**

   Si seleccionó una entrevista por teléfono, debe proporcionar un número de teléfono que funcione. Asegúrese de tener servicio telefónico o minutos disponibles.

   Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba): _____

SOLO PARA USO DE LA AGENCIA	Número(s) de caso:			
	Programas solicitados	Disposición		
Solo para SNAP:	❑ SNAP----------	❑ Pendiente	❑ Aprobada	❑ Denegada
¿Expedito?	❑ TEA/RCA----------	❑ Pendiente	❑ Aprobada	❑ Denegada
❑ Sí ❑ No	❑ Atención de salud ----------	❑ Pendiente	❑ Aprobada	❑ Denegada
Fecha de evaluación: / Fecha LD:	❑ LTSS/centro de enfermería ❑ TEFRA/Autismo ❑ Exención de DDS	Fecha recibida:		
Evaluador:		Fecha de disposición:		

PASO 3 Evaluación expedita (solo para SNAP)

La mayoría de las solicitudes SNAP se procesan en un plazo de 30 días. Sin embargo, en algunos casos un grupo familiar puede tener derecho a servicios expeditos. Por favor responda las preguntas a continuación para que podamos decidir si es elegible para que su solicitud SNAP sea procesada antes.

1. **¿Cuál es la renta mensual total antes de los descuentos de su grupo familiar?** $_____

   Los descuentos son cantidades descontadas para impuestos, seguros, etc. El total mensual debe incluir dinero que usted y los otros miembros de su grupo familiar obtienen por trabajo y el dinero recibido en la forma de cheques o efectivo. También, debe incluir dinero que usted y los otros miembros de su grupo familiar hayan recibido hasta ahora este mes y dinero que recibirá antes de que termine el mes.

2. **¿Cuánto dinero tienen actualmente usted y los miembros de su grupo familiar en efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, etc.?** $_____

3. **¿Cuánto paga su grupo familiar por vivienda y servicios básicos?** $_____

4. **¿Qué servicios paga por separado de la renta o la hipoteca?** (Marque todos las que correspondan)

   ❑ Electricidad ❑ Gas natural ❑ Agua ❑ Basura ❑ Teléfono ❑ Otro

Para grupos familiares con migrantes o trabajadores agrícolas temporales:

5. **¿Algún integrante de su grupo familiar es migrante o trabajador agrícola temporal?** ❑ Sí ❑ No

   Si contestó que sí, ¿el ingreso de alguien en su grupo familiar se terminó recientemente? ❑ Sí ❑ No

6. **¿Alguien espera ingresos de una nueva fuente este mes?** ❑ Sí ❑ No

   Si es así, ¿a cuánto ascenderá el ingreso? $_____

   ¿Cuándo espera recibirlo? $_____

Derecho a presentar la solicitud:

Usted tiene derecho a presentar inmediatamente una solicitud para SNAP (asistencia de alimentos) siempre que su nombre y la firma de un miembro responsable del grupo familiar o un representante autorizado (ver Anexo C) se incluyan en esta página. Los montos de beneficio de SNAP se basan en la fecha de solicitud entre otros factores. No le *aprobarán* beneficios hasta que se haya completado todo el proceso de solicitud.

Con mi firma, Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis afirmaciones son correctas. Entiendo que si se encuentran discrepancias entre la información entregada por mí y aquella entregada por las fuentes indicadas arriba, el DHS podrá ponerse en contacto con otras fuentes para su verificación. Entiendo que puedo tener que proporcionar pruebas que demuestren que lo que le dije al Departamento es verdad. Entiendo que esta información puede afectar la elegibilidad de mi grupo familiar para recibir beneficios. También entiendo que debo decirle al Departamento sobre cualquier cambio a la información entregada en mi solicitud. Entiendo que si es necesario, debo cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores como condición de elegibilidad. He recibido, revisado y acepto la información sobre mis responsabilidades incluida en esta solicitud. Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he entregado en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.

Firma: _____ **Fecha:**_____

Atención: Un Representante autorizado puede firmar este documento siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C (adjunto).

PASO 4 Tarjeta EBT

Cualquier beneficio de SNAP o TEA/RCA que reciba se pondrá en la tarjeta de Transferencia de beneficio electrónica (EBT) de Arkansas de su grupo familiar. Si nunca ha tenido una tarjeta EBT en Arkansas, se le enviará una por correo cuando se aprueben sus beneficios. Si necesita reemplazar una tarjeta perdida o robada, puede llamar a la mesa de ayuda de EBT al 1-800-997-9999 o marcar "sí" abajo para asistencia.

¿Ha tenido alguna vez una tarjeta EBT en Arkansas? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que **sí,** ¿necesita ayuda para pedir una tarjeta EBT nueva? ❑ Sí ❑ No

PASO 5 Acerca de integrantes de su grupo familiar

(Incluso si no va a solicitar beneficios para ellos)

	EJEMPLO	Miembro del grupo familiar N.º 1 (USTED)	Miembro del grupo familiar N.º 2
1. Nombre:	Maria		
Nombre intermedio:	Denae		
Apellido:	Johnson		
2. Fecha de nacimiento:	01/23/1987		
3. Sexo:	Femenino		
4. Raza/Origen étnico (indígena estadounidense o nativo de Alaska, india asiática, negra o afroamericana, china, chicana, cubana, filipina, Guameña o Chamorro, japonesa, coreana, mexicana, mexicana estadounidense, nativo de Hawái, no hispano/latino, otro asiática, otro isleño del Pacífico, puertorriqueña, samoana, origen español, vietnamita, otro hispano o latino o blanca):	Vietnamita		
5. ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos? (Los inmigrantes pueden ser elegibles para beneficios)	Sí		
6. Número del seguro social: (Dejar en blanco si la persona no tiene uno o no está solicitando beneficios)	555-55-5555		
7. Relación con el cabeza del grupo familiar:	daughter		
8. ¿Cuáles beneficios está solicitando esta persona con su grupo familiar? (Marque todas las que correspondan. Si no aplica ninguna, escriba "N/A")	SNAP, TEA		
9. ¿Usted o su cónyuge son los padres biológicos o adoptivos de esta persona?	No		
10. ¿Es esta persona un militar en servicio activo, un veterano o el cónyuge o hijo dependiente de alguien que está en servicio activo o es veterano? Si contesto sí, ¿cuál?	Sí, veterano		
11. ¿Está esta persona en cuidado de acogida?	No		
12. ¿Estaba esta persona en el cuidado de crianza (Foster care) de Arkansas y se inscribió en asistencia de Atención de salud cuando cumplió 18 años hasta los 21 años? (Solo Atención de salud)	Sí		
13. ¿Es esta persona estudiante a tiempo completo?	No		
14. ¿Está inscrita esta persona en un centro de educación superior o escuela técnica?	Sí		
Sí contestó que sí, nombre de la escuela/programa y si estudian a tiempo completo o parcial:	McKinley Tech – Completo		
15. ¿Esta persona huye de la prosecución penal, una orden pendiente por un delito grave o la cárcel? (Solo SNAP y TEA)	Sí		
16. ¿Está embarazada actualmente esta persona o estuvo embarazada en los últimos 90 días?	Sí		
Si esta persona está embarazada ahora, ¿Cuándo es la fecha prevista del parto?	MM/FF/AA		
Si está embarazada ahora, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? (Solo Atención de salud)	1		
Si esta persona estuvo embarazada en los últimos 90 días, ¿cuando terminó el embarazo?	MM/FF/AA		
¿Estaba inscrita o era elegible esta persona para asistencia de Atención de salud al momento del nacimiento del niño? (Solo Atención de salud)	Sí, No estoy seguro		
17. ¿Ha tenido esta persona cuentas médicas altas en el periodo de 7 meses, incluido los últimos tres, el mes actual y los próximos tres meses? Si es así, ¿En qué 3 meses fueron más altas? (Solo Atención de salud)	Sí, oct-dic		

18. ¿Esta persona tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)	Sí		
Si contestó que **sí,** ¿en cuales de los últimos tres meses tiene esta persona cuentas médicas no pagadas?	Junio , Julio		
¿Se han hecho convenios de pago?	No		
¿Cuál fue el tamaño de su grupo familiar en los últimos 3 meses?	3 personas		
¿Cambió el ingreso de esta persona en los últimos 3 meses?	No		
Si contestó que sí, ¿cuándo y qué cambió?	Feb, perdió el trabajo		
¿Esta persona se mudo fuera del estado en los últimos 3 meses?	Sí		
Si contestó que sí, ¿Cuándo se mudo fuera del estado esta persona?	Junio/Julio		
¿Cambiaron los recursos de esta persona en los últimos 3 meses?	Sí		
Si contestó que sí, ¿en qué cambiaron?	New acct.		
19. ¿Esta persona tiene seguro de salud a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)	Sí		
Si fue así, ¿cuándo terminó la cobertura? (Solo Atención de salud)	12/31/2020		
Si fue así, ¿Cuál fue la razón para que terminar la cobertura? (Solo Atención de salud)	Despedido		
20. ¿Es esta persona ciega, discapacitada o necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse o caminar)?			
21. ¿Vive esta persona o planea vivir en un Centro de vida asistida?	Sí		
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro de enfermería?	Fox Ridge		
22. ¿Esta persona vive o tiene planeado vivir está en una residencia de ancianos en los próximos 15 días?	Sí		
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro?	Fox Home		
23. ¿Tiene esta persona más de 21 años y tiene una discapacidad física que requeriría que viviese en un centro de enfermería pero prefiere recibir servicios en el hogar y la comunidad? (Centros de vida asistida, PACE, ARChoices, etc.)	Sí		
24. ¿Vive actualmente esta persona en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual?	No		
25. ¿Está viviendo actualmente esta persona en un Centro de desarrollo humano?	No		
26. ¿Tiene esta persona una discapacidad del desarrollo y quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad? (Ejemplo: Exención de DDS, exención de autismo)	No		
27. ¿Está en un programa de tratamiento de alcohol o drogas esta persona?	No		
28. ¿Se le han suspendido anteriormente los beneficios a esta persona por dar información falsa? (Solo SNAP y TEA)	No		
29. ¿Normalmente comprar alimentos y preparan la comida juntos? (Solo SNAP)			
30. ¿Es actualmente esta persona víctima de violencia domestica, víctima de trata de personas, trabajador agrícola migrante, trabajador agrícola temporal o refugiada/asilada? En caso afirmativo, ¿cuál?	Si, refugiada		
31. ¿Es esta persona menor de 5 años Y no está al día en sus vacunas? (Solo TEA/RCA)	Sí		
32. ¿Tiene esta persona entre 5 a 17 años Y <u>no</u> está inscrita en la escuela ahora? (Solo TEA/RCA)	No		

PASO 5 (continúa) Acerca de miembros ADICIONALES en su grupo familiar

	Miembro del grupo familiar N.º 3	Miembro del grupo familiar N.º 4	Miembro del grupo familiar N.º 5
1. Nombre:			
Nombre intermedio:			
Apellido:			
2. Fecha de nacimiento:			
3. Sexo:			
4. Raza/Origen étnico (indígena estadounidense o nativo de Alaska, india asiática, negra o afroamericana, china, chicana, cubana, filipina, Guameña o Chamorro, japonesa, coreana, mexicana, mexicana estadounidense, nativo de Hawái, no hispano/latino, otro asiática, otro isleño del Pacífico, puertorriqueña, samoana, origen español, vietnamita, otro hispano o latino o blanca):			
5. ¿Es esta persona ciudadana de los Estados Unidos? (Los inmigrantes pueden ser elegibles para beneficios)			
6. Número del seguro social: (Dejar en blanco si la persona no tiene uno o no está solicitando beneficios)			
7. Relación con el cabeza del grupo familiar:			
8. ¿Cuáles beneficios está solicitando esta persona con su grupo familiar? (Marque todas las que correspondan. Si no aplica ninguna, escriba "N/A")			
9. ¿Usted o su cónyuge son los padres biológicos o adoptivos de esta persona?			
10. ¿Es esta persona un militar en servicio activo, un veterano o el cónyuge o hijo dependiente de alguien que está en servicio activo o es veterano?			
11. ¿Está esta persona en cuidado de acogida?			
12. ¿Estaba esta persona en el cuidado de crianza (Foster care) de Arkansas y se inscribió en asistencia de Atención de salud cuando cumplió 18 años hasta los 21 años? (Solo Atención de salud)			
13. ¿Es esta persona estudiante a tiempo completo?			
14. ¿Está inscrita esta persona en un centro de educación superior o escuela técnica?			
Sí contestó que sí, nombre de la escuela/programa y si estudian a tiempo completo o parcial:			
15. ¿Esta persona huye de la prosecución penal, una orden pendiente por un delito grave o la cárcel? (Solo SNAP y TEA)			
16. ¿Está embarazada actualmente esta persona o estuvo embarazada en los últimos 90 días?			
Si esta persona está embarazada ahora, ¿Cuándo es la fecha prevista del parto?			
Si está embarazada ahora, ¿cuántos bebés se esperan de este embarazo? (Solo Atención de salud)			
Si esta persona estuvo embarazada en los últimos 90 días, ¿cuando terminó el embarazo?			
¿Estaba inscrita o era elegible esta persona para asistencia de Atención de salud al momento del nacimiento del niño? (Solo Atención de salud)			
17. ¿Ha tenido esta persona cuentas médicas altas en el periodo de 7 meses, incluido los últimos tres, el mes actual y los próximos tres meses? Si es así, ¿En qué 3 meses fueron más altas? (Solo Atención de salud)			

18. ¿Esta persona tiene cuentas médicas sin pagar de los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)			
Si contestó que **sí,** ¿en cuales de los últimos tres meses tiene esta persona cuentas médicas no pagadas?			
¿Se han hecho convenios de pago?			
¿Cuál fue el tamaño de su grupo familiar en los últimos 3 meses?			
¿Cambió el ingreso de esta persona en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí, ¿cuándo y qué cambió?			
¿Esta persona se mudo fuera del estado en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí, ¿Cuándo se mudo fuera del estado esta persona?			
¿Cambiaron los recursos de esta persona en los últimos 3 meses?			
Si contestó que sí, ¿en qué cambiaron?			
19. ¿Esta persona tiene seguro de salud a través de un trabajo y lo perdió en los últimos 3 meses? (Solo Atención de salud)			
Si fue así, ¿cuándo terminó la cobertura? (Solo Atención de salud)			
Si fue así, ¿Cuál fue la razón para que terminar la cobertura? (Solo Atención de salud)			
20. ¿Es esta persona ciega, discapacitada o necesita ayuda con las actividades de la vida diaria (como bañarse o caminar)?			
21. ¿Vive esta persona o planea vivir en un Centro de vida asistida?			
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro de enfermería?			
22. ¿Esta persona vive o tiene planeado vivir está en una residencia de ancianos en los próximos 15 días?			
En caso afirmativo, ¿cuál es el nombre del centro?			
23. ¿Tiene esta persona más de 21 años y tiene una discapacidad física que requeriría que viviese en un centro de enfermería pero prefiere recibir servicios en el hogar y la comunidad? (Centros de vida asistida, PACE, ARChoices, etc.)			
24. ¿Vive actualmente esta persona en un centro de cuidados intermedios para personas con discapacidad intelectual?			
25. ¿Está viviendo actualmente esta persona en un Centro de desarrollo humano?			
26. ¿Tiene esta persona una discapacidad del desarrollo y quiere recibir servicios basados en el hogar y la comunidad? (Ejemplo: Exención de DDS, exención de autismo)			
27. ¿Está en un programa de tratamiento de alcohol o drogas esta persona?			
28. ¿Se le han suspendido anteriormente los beneficios a esta persona por dar información falsa? (Solo SNAP y TEA)			
29. ¿Normalmente comprar alimentos y preparan la comida juntos? (Solo SNAP)			
30. ¿Es actualmente esta persona víctima de violencia domestica, víctima de trata de personas, trabajador agrícola migrante, trabajador agrícola temporal o refugiada/asilada? En caso afirmativo, ¿cuál?			
31. ¿Es esta persona menor de 5 años Y no está al día en sus vacunas? (Solo TEA/RCA)			
32. ¿Tiene esta persona entre 5 a 17 años Y <u>no</u> está inscrita en la escuela ahora? (Solo TEA/RCA)			

PASO 6 ¿Alguno de los solicitantes en su grupo familiar no es ciudadano estadounidense?

☐ **Sí** – complete abajo ☐ **No** – (saltar al paso 7)

Muchos inmigrantes son elegibles para recibir beneficios. Complete la información de inmigración para los miembros del grupo familiar que no son ciudadanos estadounidenses y que quieren solicitar beneficios. Debemos preguntar a los Servicios de inmigración (USCIS) para verificar el estado de cualquier persona que pida beneficios para sí misma. Esto puede afectar su elegibilidad para recibir beneficios y el monto de sus beneficios.

Estados de inmigración

- Residente permanente legal
- Autorización de empleo
- Refugiado
- Asilado
- En libertad bajo palabra
- Isleño de islas Marshall
- Amerasiático
- Indígenas americanos nacidos en Canadá
- Cubano o haitiano
- Palauano
- Inmigrante especial iraquí o afgano
- Micronesio
- Beneficiarios de reunificación familiar
- Entrada condicional
- Extranjero maltratado o hijo de un extranjero maltratado
- Víctima de la trata de seres humanos
- Estado de protección temporal (TPS)
- Estado de residente temporal
- Bajo salida obligatoria diferida (DED)
- Aplazamiento administrativo de expulsión
- No ciudadano con retención de la deportación
- Deportación o expulsión suspendida
- Persona protegida por la convención contra la tortura
- Estado de acción diferida
- VISA con ajuste de estado
- Estado especial de inmigrante juvenil (SIJS), incluido solicitantes pendientes de SIJS
- Indocumentado

Nombre del miembro del grupo familiar	**Extranjero n.º**	**Estado migratorio** *(usar las categorías anteriores)*	**Fecha de ingreso a los EE. UU.** *(mm/ff/aa)*	**Tipo de documento de inmigración**	**Número de documento de ID**

¿Alguna de las personas anteriores se mudo a los Estados Unidos antes del 22 de agosto de 1996?	☐ Sí ☐ No	Si contestó sí, ¿quién?	
Si usted es un Residente permanente legal (LPR), ¿tiene un patrocinador?	☐ Sí ☐ No	*Nombre del patrocinador:*	
Dirección del patrocinador:	Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
Empleadores del patrocinador:	Ingreso mensual del patrocinador: $		
¿Usted, sus padres, su cónyuge o su patrocinador han trabajado alguna vez en los Estados Unidos?		☐ Sí	☐ No

PASO 7 Información fiscal (Solo Atención de salud)

1. ¿Alguien en su grupo familiar planea hacer la declaración de impuestos el próximo año? ❑ Sí ❑ No
Si contesto sí, complete la información de abajo.

Nombre del Declarante de impuestos	Estado de presentación	Dependientes fiscales declarados que están **viviendo con** el declarante de impuestos.	Dependientes fiscales declarados que **NO** están viviendo con el declarante de impuestos.
Nombre del Declarante de impuestos 1: _____	❑ Soltero/a ❑ Casado/a (presentan declaración de impuestos conjunta) ❑ Casado/a (presentan declaración de impuestos por separado)		
Nombre del Declarante de impuestos 2: _____	❑ Soltero/a ❑ Casado/a (presentan declaración de impuestos conjunta) ❑ Casado/a (presentan declaración de impuestos por separado)		

2. ¿Alguien en su grupo familiar es dependiente fiscal de alguien que <u>NO</u> vive con usted? ❑ Sí ❑ No
Si contesto sí, complete la información de abajo.

Nombre del dependiente fiscal	Nombre del declarante de impuestos que declara al dependiente	Dirección del Declarante de impuestos

PASO 8

¿Su grupo familiar tiene algún ingreso?

☐ **Sí** – complete abajo ☐ **No** – (saltar al paso 9)

¿Quién tiene empleo en su grupo familiar? *(Inclúyase a sí mismo y escriba los nombres completos)*	**Nombre del empleador** *(Si es autoempleado, escriba "autoempleado")*	**Dirección del empleador**	**N.º del teléfono del empleador**	**Fecha de inicio del trabajo**	**Monto del sueldo** *(Antes de impuestos y deducciones)*	**¿Con qué frecuencia se paga?** *(Ejemplo: diariamente, semanal, quincenal, mensual, etc.)*

¿Qué tipos de ingreso recibe su grupo familiar aparte de los mencionados anteriormente? Por ejemplo:

- Desempleo/compensación para trabajadores
- Autoempleo/Trabajos esporádicos
- Ayuda con los gastos
- Recibe pensión conyugal
- Pensión alimenticia de menores
- Subsidio por cuidado de crianza/adopción
- Ganancia de lotería/apuestas
- Premios/Subvenciones
- Seguro Social (SSI)
- Discapacidad de veteranos
- Otros beneficios de VA
- Alquiler/regalías netas
- Seguro Social (no SSI)
- Ingreso neto por Agricultura/pesca
- Pensiones y jubilación
- Regalos en efectivo

Tipo de ingreso	**¿Quién en su grupo familiar recibe esto?** *(Nombre completo)*	**Monto** *(Antes de impuestos y deducciones)*	**¿Con que frecuencia?** *(Ejemplo: Diariamente, semanal, quincenal, mensual, etc.)*

¿Ha cambiado el ingreso para alguien en su grupo familiar en los últimos 30 días? ☐ Sí ☐ No

Si es así, ¿a quién le cambió el ingreso?	¿Cómo cambió el ingreso?

PASO 8 (continúa) — Preguntas sobre ingreso adicional

1. Por favor marque todo lo que pueda descontarse en la declaración de impuestos del grupo familiar: (Solo Atención de salud)

❑ Pensión compensatoria pagada	$_____	Con que frecuencia: _____
❑ Otras deducciones pagadas:	$_____	Con que frecuencia: _____
❑ Intereses de préstamo estudiantil pagados	$_____	Con que frecuencia: _____
Si marcó alguno de esos puntos, por favor indique qué miembros del grupo familiar declaran esas deducciones:		Nombre(s):

2. ¿Alguien paga a su grupo familiar por comidas o para alquilar una habitación? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, nombre completo de la persona: _____ *Pago mensual:* $_____

3. ¿Alguien en su grupo familiar tiene una anualidad? ❑ Sí, valor: $_____ ❑ No (saltar al paso 9)

¿Es el beneficiario de la anualidad un miembro de su grupo familiar? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, incluya el nombre(s) completo(s) de los beneficiarios:

¿Qué tipo de anualidad es? ❑ Diferido ❑ Inmediata ❑ Jubilación

¿Qué clase de anualidad es? ❑ Revocable ❑ No cedible ❑ Irrevocable

¿En qué fecha se estableció la anualidad? _____/_____/_____

¿La anualidad proporciona un pago global o diferido? ❑ Sí ❑ No

¿A través de qué entidad se adquirió la anualidad? ❑ Financiera ❑ Seguro ❑ Otros/No sabe

¿Cuál es la fuente de los fondos de la anualidad? ❑ Pensionista ❑ Plan de jubilación ❑ Otros/No sabe

Si se usaron fondos para adquirir la anualidad, ¿los fondos eran de alguien en su grupo familiar? ❑ Sí ❑ No

Nombre completo de la persona que proporcionó los fondos:

PASO 9 Información del progenitor sin custodia

¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene un padre/madre que vive fuera del hogar?

☐ **Sí** – complete abajo ☐ **No** – (saltar al paso 10)

Como condición de la elegibilidad para Atención de salud, SNAP y TEA, debe decirle al DHS si alguno de los niños para los cuales pide beneficios tiene un progenitor (padre/madre) ausente del hogar. Si no quiere dar detalles del progenitor ausente, puede entregar prueba de que tiene una buena causa para no cooperar.

¿Le gustaría alegar una buena causa para no cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores? ☐ Sí ☐ No

Si es así, seleccione la razón(es) de Buena causa que apliquen:

- ☐ Está trabajando con una agencia que está ayudando a decidir si dar al niño en adopción.
- ☐ Hay procesamientos legales en curso para la adopción del niño.
- ☐ El niño fue el resultado de una violación sexual o incesto.
- ☐ Se anticipa que la cooperación resulte en daño físico o emocional serio para el niño.
- ☐ Se anticipa que la cooperación resulte en daño físico o emocional para usted; el cual es tan serio que reduce su capacidad de cuidar a niño adecuadamente.
- ☐ Otro

Niño uno	**Nombre completo del niño/a:**		**Fecha de nacimiento del niño:**
	Ciudad y estado donde nació el niño:		
	Díganos sobre el progenitor sin la custodia/ausente (*proporcione toda la información que tenga*)		
	Nombre completo del padre/madre:		**Apodo:**
	Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento** (*ciudad, estado*):	**NSS (n.º del seguro social):**
	Raza:	**Teléfono:**	
	Último empleador conocido:	**Fechas de empleo:**	
	¿Se ha establecido la paternidad? ☐ Sí ☐ No	**¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores?** ☐ Sí ☐ No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:	**Ciudad:**	**Estado:**
	Fecha de la orden:	**Monto ordenado:**	**Última fecha en que se recibió:**
Niño dos	**Nombre completo del niño/a:**		**Fecha de nacimiento del niño:**
	Ciudad y estado donde nació el niño:		
	Díganos sobre el progenitor sin la custodia/ausente (*proporcione toda la información que tenga*)		
	Nombre completo del padre/madre:		**Apodo:**
	Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento** (*ciudad, estado*):	**NSS (n.º del seguro social):**
	Raza:	**Teléfono:**	
	Último empleador conocido:	**Fechas de empleo:**	
	¿Se ha establecido la paternidad? ☐ Sí ☐ No	**¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores?** ☐ Sí ☐ No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:	**Ciudad:**	**Estado:**
	Fecha de la orden:	**Monto ordenado:**	**Última fecha en que se recibió:**

Niño tres	**Nombre completo del niño/a:**		**Fecha de nacimiento del niño:**
	Ciudad y estado donde nació el niño:		
	Díganos sobre el <u>rogenitor sin la custodia/ausente</u> (*proporcione toda la información que tenga)*		
	Nombre completo del padre/madre:		**Apodo:**
	Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento** *(ciudad, estado)*:	**NSS (n.º del seguro social):**
	Raza:	**Teléfono:**	
	Último empleador conocido:	**Fechas de empleo:**	
	¿Se ha establecido la paternidad? ❑ Sí ❑ No	**¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores?** ❑ Sí ❑ No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:	**Ciudad:**	**Estado:**
	Fecha de la orden:	**Monto ordenado:**	**Última fecha en que se recibió:**
Niño cuatro	**Nombre completo del niño/a:**		**Fecha de nacimiento del niño:**
	Ciudad y estado donde nació el niño:		
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (*proporcione toda la información que tenga)*		
	Nombre completo del padre/madre:		**Nickname:**
	Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento** *(ciudad, estado)*:	**NSS (n.º del seguro social):**
	Raza:	**Teléfono:**	
	Último empleador conocido:	**Fechas de empleo:**	
	¿Se ha establecido la paternidad? ❑ Sí ❑ No	**¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores?** ❑ Sí ❑ No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:	**Ciudad:**	**Estado:**
	Fecha de la orden:	**Monto ordenado:**	**Última fecha en que se recibió:**
Niño cinco	**Nombre completo del niño/a:**		**Fecha de nacimiento del niño:**
	Ciudad y estado donde nació el niño:		
	Díganos sobre el <u>progenitor sin la custodia/ausente</u> (*proporcione toda la información que tenga)*		
	Nombre completo del padre/madre:		**Apodo:**
	Fecha de nacimiento:	**Lugar de nacimiento** *(ciudad, estado)*:	**NSS (n.º del seguro social):**
	Raza:	**Teléfono:**	
	Último empleador conocido:	**Fechas de empleo:**	
	¿Se ha establecido la paternidad? ❑ Sí ❑ No	**¿Se ha ordenado pensión alimenticia para menores?** ❑ Sí ❑ No	
	Corte/distrito de la audiencia de la pensión alimenticia para menores:	**Ciudad:**	**Estado:**
	Fecha de la orden:	**Monto ordenado:**	**Última fecha en que se recibió:**

Si tiene más de 5 niños con progenitores sin custodia, por favor indique su información en una hoja adicional.

Paso 10 Acerca de los recursos de su grupo familiar

1. ¿Alguien tiene alguna cuenta financiera? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, indique todas las cuentas propiedad/co-propiedad de usted o alguien incluido en la solicitud con usted.
(Ejemplos: Cuenta corriente/de ahorros, aplicaciones bancarias, 401K, IRA, anualidades, ABLE, Money Market, acciones/bonos/fondos mutuos, etc.)

Tipo	Propietario(s) de la cuenta	Nombre del banco	Saldo de la cuenta	Fecha de apertura
			$	
			$	
			$	
			$	

2. ¿Alguien en su grupo familiar tiene dinero en mano o en el hogar? ❑ Sí ❑ No

Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? $_____

3. ¿Alguien en su grupo familiar tiene vehículos (incluso si no están registrados al nombre de esa persona)? ❑ Sí ❑ No

Si esa sí, ¿alguno de esos vehículos los usa alguien que está enfermo o es discapacitado? ❑ Sí ❑ No

Por favor indique bajo todos los vehículos propiedad/co-propiedad de usted o alguien que solicita beneficios con usted.
(Ejemplos: Carros, camiones, barcos, motocicletas, hogares móviles, ATV, etc.)

Propietario	Año	Marca	Modelo	Valor que debe
				$
				$
				$

4. ¿Alguien en su grupo familiar posee otros activos inmobiliarios? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, complete la tabla a continuación para usted y cualquiera que solicite beneficios con usted.

Tipo	¿Quién pose esto?	valor de mercado justo	Valor que debe	Fecha de adquisición
❑ Su hogar		$	$	
❑ Terreno		$	$	
❑ Hogar alquilado		$	$	
❑ RV/ATV		$	$	
❑ Botes		$	$	
❑ Maquinaria		$	$	
❑ Remolques		$	$	
❑ Ganado		$	$	
❑ Maquinaria		$	$	
❑ Otro:		$	$	

5. ¿Alguien en su hogar recibe ingresos por alguno de los siguientes activos? ..... ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, complete la tabla a continuación para usted y cualquiera que solicite beneficios con usted.

Tipo	¿Quién pose esto?	Valor de rescate en efectivo	Fecha de adquisición
❑ Seguro de vida		$	
❑ Fideicomiso		$	
❑ Sepultura		$	
❑ Plan/contrato de entierro		$	

Si lo marcó, nombre de la empresa del plan de entierro: Dirección:

6. ¿Alguien en su grupo familiar vendió, intercambio o regaló activos, cerró alguna cuenta financiera en los últimos 3 meses *(solo SNAP)* **o en los últimos 5 años** *(solo Atención de salud)***?** ❑ Sí ❑ No

¿Qué se intercambió o regaló?	¿Quién lo poseía?	¿Quién lo recibió?	Valor de mercado justo del ítem
			$
			S
			$
			$

PASO 11 Díganos sobre los gastos de su grupo familiar

1. ¿Cuánto paga al mes su grupo familiar por lo siguiente? Ver a continuación.
(Solo indique el monto que paga, sin incluir la asistencia de vivienda).

Renta/Alquiler: $	Hipoteca: $	Servicios públicos: $	Depósito: $
Impuestos a la propiedad: $	Impuestos sobre propiedades: $	Seguro del propietario: $	Tarifa de condominio/HOA: $
Otros gasto(s): $			

¿Quién paga esos gastos? _____
Monto o porción pagados: _____ ¿Con que frecuencia? _____

2. Marque todos los servicios básicos que su grupo familiar paga <u>de forma separada</u> a su renta o hipoteca:

❑ Electricidad ❑ Gas natural ❑ Agua ❑ Basura ❑ Teléfono ❑ Otro: _____

¿Quién paga esos gastos? _____ ¿Monto pagado? _____ Con que frecuencia: _____

3. ¿Alguien que solicita SNAP recibió más de un pago(s) de energía de $20 en los últimos 12 meses? ❑ Sí ❑ No

4. ¿Paga la calefacción/aire acondicionado de forma separada a su renta? (Solo SNAP) ❑ Sí ❑ No

5. ¿Le paga a alguien por una habitación? (Solo SNAP) ❑ Sí ❑ No

Si es así, ¿cuánto paga y cuando empezó a pagar por la habitación: Monto: $_____ Fecha: _____

¿Qué tipo de residencia es? ❑ Casa de huéspedes ❑ Residencia privada ❑ Otro: _____

¿Cuántas comidas entrega el propietario cada día?_____

¿Con qué frecuencia paga esa habitación? (semanal, mensual, etc.) _____

6. ¿Alguien en su grupo familiar tiene costos de vivienda más bajos debido a que recibe asistencia del Artículo 8, HUD, etc.? ❑ Sí ❑ No

7. ¿Alguien tiene un hijo menor de edad que vive fuera del hogar? ❑ Sí ❑ No
Si respondió que sí, nombre(s): _____

8. ¿Alguien en su grupo familiar paga pensión alimenticia para menores? ❑ Sí ❑ No
Si contestó sí, ¿quién? _____
¿Cuánto paga cada mes? $_____

9. ¿Alguien en su grupo familiar está obligado legalmente a pagar pensión alimenticia para menores? ❑ Sí ❑ No
Si contesto que sí, ¿cuánto paga/le ordenaron pagar cada mes? $_____

10. ¿Alguien en su grupo familiar paga gastos para cuidado de dependientes? ❑ Sí ❑ No

Si contestó que sí, ¿es este gasto para costos de cuidado de niños? (guardería, cuidado después de la escuela, etc.) ❑ Sí ❑ No

¿Es este gasto para el cuidado de un miembro discapacitado del grupo familiar? ❑ Sí ❑ No

Nombre del dependiente: _____
Cuanto se paga $_____ ¿Con que frecuencia? _____ (diariamente, semanal, mensual, etc.)
Nombre del proveedor de cuidado: Información de contacto del proveedor:

11. ¿Alguien en su grupo familiar tiene 60 años o más o es discapacitado paga cuentas médicas? ❑ Sí ❑ No
Si contestó sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto se paga cada mes? $_____

PASO 12 ¿Alguien está solicitando Atención de salud?

☐ **Sí** – complete abajo ☐ **No** – (saltar al paso 14)

1. ¿Ha presentado alguna vez una solicitud de Ingreso de seguro suplementario (SSI) a la Administración del seguro social (SSA)?	☐ Sí	☐ No
Si la respuesta es sí, ¿Cuándo presentó su solicitud de SSI a la SSA? _____		
2. ¿Esta su solicitud de SSI todavía en trámite?	☐ Sí	☐ No
3. ¿Le ha negado anteriormente la SSA la elegibilidad para SSI en una solicitud anterior?	☐ Sí	☐ No

Si la respuesta es sí, ¿Cuándo la presentó? _____
Si ocurrieron cambios a su condición médica para reportar desde la última vez que presentó su solicitud para beneficios del SSI al SSA? Por favor indíquelos: _____

4. ¿Alguien en su grupo familiar tiene cobertura de salud ahora de alguno de los siguientes?
(Marque todas las opciones que correspondan y escriba al nombre de la persona(s) junto a la cobertura que tiene).

☐ Medicaid:	☐ CHIP:
☐ Medicare:	☐ TRICARE (no marque si es Direct Care o Line of Duty):
☐ Programa de atención de salud para Veteranos:	☐ Peace Corps:

☐ Seguro del empleador:

Si la respuesta es sí, nombre del seguro de salud:	Número de póliza:

¿Es esta cobertura COBRA?	☐ Sí	☐ No
¿Es este un plan de salud para jubilados?	☐ Sí	☐ No

Para hacer más fácil determinar la elegibilidad de su grupo familiar la asistencia de Atención de salud (Health Care) en los años futuros, podríamos usar los datos de ingresos, incluida la información de sus declaraciones de impuestos.

Sí, renovar mi elegibilidad automáticamente por los siguientes:
☐ 5 años (el máximo número de años permitido)

☐ 4 años ☐ 3 años ☐ 2 años ☐ 1 año ☐ No usar la información de mis declaraciones de impuestos para renovar mi cobertura.

PASO 13 Responder si está solicitando Atención de salud para un niño

1. ¿Desea participar en TEFRA si su hijo es elegible?	☐ Sí	☐ No
Si contestó que sí, ¿el niño tiene alguna discapacidad o condición que requerirá recibir cuidados en una institución?	☐ Sí	☐ No
2. ¿Se le ha diagnosticado autismo a algún niño en su hogar?	☐ Sí	☐ No

Si contestó que sí, indique el nombre del niño y la fecha del diagnostico:	Nombre:	Fecha:

3. ¿Algún niño en el hogar tiene un médico de atención primaria?	☐ Sí	☐ No

Si ha contestado sí, escriba el nombre del médico y la clínica:	Médico:	Clínica:

PASO 14 Información de inscripción de votante

SI RECHAZA COMPLETAR ESTA SECCIÓN, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR. La decisión de registrarse para votar es voluntaria. Solicitar registrarse para votar o rechazar registrarse para votar **no** afectará el monto de la asistencia que le proporcionará esta agencia. Mantendremos esta información confidencial.

Hemos adjuntado un formulario de registro de votante para usted. Si le gustaría recibir ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión sobre si busca o desea ayuda es suya. Si tiene personas adicionales que les gustaría una solicitud de registro de votantes, por favor háganoslo saber.

¿Le gustaría registrarse para votar hoy? ☐ **Sí** ☐ **No**

Firma: _____ **Fecha:** _____

PASO 15 Lea y firme esta solicitud

- **Entiendo que debo dar al Departamento de Servicios Humanos de Arkansas información completa y veraz a mi leal saber y entender.**
- **Entiendo que puedo tener que proporcionar pruebas que demuestren que lo que le dije al Departamento es verdad.**
- **Entiendo que debo informar al Departamento sobre cualquier cambio en la información que entregué en mi solicitud. Acepto cooperar con revisores estatales o federales.**
- **Entiendo que tendré que pagar los beneficios que no debería haber recibido, incluso si es por un error del Departamento.**
- **Entiendo que si ingreso a un centro de enfermería en base a una aprobación condicional de Atención de salud y mi solicitud es denegada, yo o mi familia seremos responsables de pagar los costos que adeude por vivir en el centro de enfermería.**
- **Usaré mis beneficios legalmente y no venderé, intercambiaré o regalaré mis beneficios en línea o en persona.**
- **Entiendo que si es necesario, debo cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores (Office of Child Support Enforcement) como condición para recibir beneficios.**
- **Yo autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis afirmaciones son verdaderas y correctas. Entiendo que si se encuentran discrepancias entre lo que yo reporto y la información entregada por las fuentes indicadas arriba, la elegibilidad de mi grupo familiar para beneficios podría verse afectada.**
- **He recibido, revisado y acepto la información sobre mis responsabilidades incluida en esta solicitud.**

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado esta solicitud, y a mi leal saber y entender, las respuestas dadas en esta solicitud son verdaderas, incluida la información del grupo familiar, ciudadanía y no ciudadanía, y que he incluido todos los montos y fuentes de ingresos que recibo y los bienes que poseo.

Atención: Un Representante autorizado puede firmar este documento siempre que haya proporcionado la información requerida en el Anexo C adjunto.

Firma:_____ **Fecha:** _____

Anexo A: Cobertura de salud de empleos
(Solo para solicitantes de Atención de salud)

Usted **NO** necesita responder estas preguntas a menos que alguien en el grupo familiar sea elegible para la cobertura de salud de un trabajo. Adjunte una copia de esta página para cada empleo que ofrezca cobertura.

Díganos sobre el empleo que ofrece cobertura. Lleve la Herramienta de cobertura del empleador en la página siguiente al empleador que ofrezca cobertura para ayudarle a responder esas preguntas. Solo necesita incluir esta página cuando envíe su solicitud, no la Herramienta de cobertura del empleador.

Información del empleado

Nombre del Empleado (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	Números del seguro social (SSN):

Información del empleador

Nombre del empleador:	Número de Identificación del Empleador (EIN):	
Dirección del Empleador:	Número de teléfono del empleador:	
Ciudad:	Estado:	Código ZIP:
¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?		
Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba):	Dirección de correo electrónico:	

¿Es usted elegible actualmente para recibir la cobertura ofrecida por este empleador o pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?
☐ Sí (Continúa) ☐ No

Si está en un periodo de espera o de prueba, ¿cuándo puede inscribirse en la cobertura? (mm/ff/aaaa) _____
Indique los nombres de todos los demás que sean elegibles para la cobertura de este empleo.

Nombre:_____ Nombre:_____ Nombre:_____ Nombre:_____

Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador

¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*? ☐ Sí ☐ No

Para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo* se ofrece **solo al empleado** (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado tendría que pagar si obtienen el máximo descuento para un programa para dejar el tabaco y no obtuvo ningún otro descuento de los programas de bienestar.

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas por este plan?	$

¿Con que frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

¿Qué cambio hará el empleador para el plan del nuevo año (si lo conoce)?
☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud
☐ El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo disponible solo para el empleado* (la prima debería reflejar el descuento para programas de bienestar.)

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?	$

¿Con que frecuencia? ☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio (mm/ff/aaaa):	

Herramienta de cobertura del empleador

Use esta herramienta para ayudar a responder las preguntas en su solicitud de Atención de salud, Anexo A. Esta parte de la solicitud pregunta sobre cualquier cobertura de salud de un empleador para la cual sea elegible (incluso si es del trabajo de otra persona como un padre/madre o cónyuge). La información en los recuadros de abajo coinciden con los recuadros del Anexo A. Por ejemplo, pueden usar la respuesta a la pregunta 14 para responder la pregunta 14 en el Anexo A.

Escriba su nombre y número de seguro social en los recuadros 1, y 2 y pida al empleador que rellene el resto del formulario. Complete una por cada empleador que ofrezca cobertura de atención de salud para la cual usted sea elegible.

Información del empleado *El empleado debe rellenar esta sección.*

1. Nombre del Empleado: (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	2. Números del seguro social del empleado (SSN):

Información del empleador *Pregunte al empleador para esta información.*

3. Nombre del empleador:	4. Número de Identificación del Empleador (EIN):	
5. Dirección del Empleador (el mercado de salud Marketplace enviará notificaciones a esta dirección)	6. Número de teléfono del empleador	
7. Ciudad	8. Estado	9. Código ZIP

10. ¿Con quién podemos comunicarnos sobre la cobertura de salud del empleado en este trabajo?

11. Número de teléfono (si es diferente del mencionado arriba)	12. Dirección de correo electrónico

13. ¿Es el empleado elegible actualmente para recibir la cobertura ofrecida por este empleador, o el empleado pasará a ser elegible en los próximos 3 meses?
☐ Sí (Vaya a la pregunta 13a).
13a. Si el empleado no es elegible hoy, incluido como resultado de un periodo de espera o de prueba, ¿Cuándo será elegible para cobertura el empleado (mm/ff/aaaa)? _____ (Vaya a la pregunta 14)

☐ No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

Díganos sobre el **plan de salud** que ofrece este empleador

14. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cubra al cónyuge o dependiente del empleado?
☐ Sí - ¿Cuáles personas? ☐ Cónyuge ☐ Dependiente(s)
☐ No (Vaya a la pregunta 15)

15. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*?
☐ Sí (Vaya a la pregunta 16) ☐ No (PARE y devuelva este formulario al empleado)

16. Para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo* se ofrece solo al empleado (no incluye planes familiares): Si el empleador tiene programas de bienestar, indique la prima que el empleado tendría que pagar si recibieran el máximo descuento para un programa para dejar el tabaco y no recibió ningún otro descuento en base a los programas de bienestar.

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por este plan?	$
b. ¿Con que frecuencia?	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Si el plan anual termina pronto y usted sabe que los planes de salud ofrecidos cambiarán, vaya a la pregunta 17. Si no lo sabe, PARE y devuelva este formulario al empleado.

17. ¿Qué cambio hará el empleador para el plan del nuevo año (si lo conoce)?
☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud
☐ El empleador empezará a ofrecer cobertura de salud a empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo disponible solo para el empleado*. (la prima debería reflejar el descuento para programas de bienestar.)

a. ¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?	$
b. ¿Con que frecuencia?	☐ Semanalmente ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐ Anualmente

Fecha del cambio (mm/ff/aaaa):

Anexo B Información de indígena estadounidense o nativo de Alaska

Miembro de la familia que es indígena estadounidense o nativo de Alaska (AI/AN)
Complete este anexo si usted o un miembro de la familia son indígenas estadounidenses o nativos de Alaska. Envíe esto con su solicitud para beneficios de SNAP, Atención de salud (Health Care) y TEA/RCA.

Díganos sobre el miembro(s) de su familia que es indígena estadounidense o nativo de Alaska.
Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de salud indígenas (Indian Health Services), programas de salud tribales o programas de salud para indígenas urbanos. Además es posible que no tengan que pagar costos compartidos y pueden obtener periodos de inscripción mensuales especiales. Responda la siguiente pregunta para asegurarse de que su familia obtenga la mayor ayuda posible.

ATENCIÓN: Si tiene más personas que incluir, haga una copia de esta página y adjúntela.

	Persona AI/AN 1		**Persona AI/AN 2**	
1. Nombre (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)	Nombre	Inicial intermedia	Nombre	Inicial intermedia
	Apellido		Apellido	
2. ¿Es miembro de una tribu reconocida federalmente?	☐ Sí Si contesto SÍ, nombre de la tribu: _____ ☐ No		☐ Sí Si contesto SÍ, nombre de la tribu: _____ ☐ No	
3. ¿Ha obtenido alguna vez esta persona algún servicio del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas?	☐ Sí ☐ No Si contestó no, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas? ☐ Sí ☐ No		☐ Sí ☐ No Si contestó no, ¿es esta persona elegible para obtener servicios del Servicio de salud indígena, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano o mediante una derivación de uno de esos programas? ☐ Sí ☐ No	
4. Cierto dinero recibido podría no tenerse en cuenta para Atención de Salud o para el Programa de seguro de salud para niños (CHIP). Indique algún ingreso (monto y frecuencia) informado en su solicitud que incluya dinero de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu procedente de recursos naturales, derechos de uso, alquileres o regalías. • Pagos de recursos naturales, agricultura, ranchos, pesca, alquileres o regalías de terrenos designados como tierra de fideicomiso indígena (Indian trust land) por el Departamento de interior (incluidas reservas y antiguas reservas) • Dinero por la venta de cosas que tienen importancia cultural	$ ¿Con que frecuencia? _____		$ ¿Con que frecuencia? _____	

Anexo C Consentimiento para representante autorizado

Si lo desea, puede darle a alguien el derecho a actuar en su nombre. Esta persona puede dar y obtener hechos para esta solicitud, tomar cualquier acción necesaria para inscribirlo en beneficios y tomar cualquier acción necesaria para obtener beneficios.

Por favor elija para que programas quiere un representante autorizado:

❑ SNAP ❑ Atención de salud ❑ TEA/RCA

REPRESENTANTE - Esta Persona puede solicitar beneficios, ofrecer asistencia en las entrevistas, recibir avisos, notificar cambios y hacer consultas. Su grupo familiar será considerado responsable por la emisión en exceso como consecuencia de que el representante proporcione información incorrecta.

Nombre completo (Nombre, Inicial intermedia, Apellido)**:**			**Fecha de nacimiento:**	
Teléfono:	**Correo electrónico:**			
Dirección:	**Unidad:**	**Ciudad:**	**Estado:**	**Código ZIP:**

Con mi firma certifico que el individuo(s) indicado arriba tiene(n) permitido actuar en mi nombre. **Entiendo que mi grupo familiar será considerado responsable por la emisión en exceso como consecuencia de que el representante proporcione información incorrecta.** Entiendo que cualquier persona que deliberadamente proporcione información falsa podrá ser enjuiciada en virtud de los estatutos federales y estatales aplicables. Entiendo que el poder para actuar como representante autorizado es válido hasta que yo modifique la autorización o notifique a la agencia que el representante ya no está autorizado para actuar en mi nombre, o el representante autorizado informe a la agencia que él o ella dejará de actuar en dicha capacidad, o cuando exista un cambio en la autoridad legal en la cual se basaba la autoridad del individuo o de la organización.

Firma del solicitante: _____ **Fecha:** _____

==========

Acepto mantener, o estar obligado a mantener, la confidencialidad de la información proporcionada por la agencia respecto al cliente.

(*Si el representante autorizado para Atención de salud es un proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización*) Yo afirmo que respetaré los reglamentos en la parte 431 de CFR 45, subparte F y en los artículos §155.260(f) de CFR 45 y §447.10, de CFR 45, además de todos las otras leyes estatales y federales pertinentes relativas a conflictos de interés y confidencialidad de la información.

Firma del representante autorizado: _____ **Fecha:** _____

Sus derechos y responsabilidades

Por favor, lea atentamente esta sección completa para entender sus derechos y responsabilidades cuando reciba beneficios de Atención de Salud (Health Care), Asistencia de empleo transitoria (TEA) o beneficios del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP).

Derechos y responsabilidades para todos los programas

1. Tiene derecho a ser tratado con amabilidad y respeto.
2. Tiene derecho a solicitar un programa de asistencia pública en cualquier momento.
3. Tiene derecho a que su solicitud se procese de manera oportuna.
4. Tiene derecho a no darnos parte o toda la información que le pedimos, aunque esto puede afectar nuestra capacidad de procesar su caso.
5. Tiene derecho a ser notificado por escrito de cualquier cambio en el monto de su beneficio.
6. Tiene derecho a revisar el expediente de su caso. Si no está de acuerdo con algo que figura en su expediente, dígaselo al encargado de su caso.
7. Tiene derecho a pedir una apelación y a obtener una audiencia administrativa si no se llega a una decisión sobre su caso en el plazo límite apropiado o si no está de acuerdo con la decisión adoptada.
8. No se denegará asistencia a ninguna persona por motivos de raza, color, sexo, origen nacional o discapacidad.
9. Usted es responsable de notificar al Departamento de Servicios Humanos en un plazo de 10 días si su información personal, sus ingresos o sus recursos cambian o se producen otros cambios en mis circunstancias.

Derechos y responsabilidades de SNAP

SNAP ayuda a las personas con bajos ingresos y pocos recursos a obtener los alimentos que necesitan para tener una buena salud. Las Tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de SNAP se usan en vez del dinero para comprar alimentos. Sin embargo, la mayoría de la gente descubre que debe gastar algo de efectivo junto con sus beneficios SNAP para comprar alimentos suficientes para un mes.

Sus derechos

1. Usted tiene derecho a pedir ayuda a su trabajador para conseguir la información que necesita para establecer su elegibilidad.
2. La participación en SNAP no tiene un límite de tiempo. Puede continuar recibiendo SNAP mientras sea elegible según las normas de SNAP. Esto es así incluso si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA. Si alguien en su hogar recibe asistencia en efectivo TEA, la participación en SNAP no se contará para sus plazos de tiempo de TEA.
3. Tiene derecho a conocer el reglamento de SNAP.
4. Tiene derecho a saber cómo hemos trabajado en su caso de beneficios de SNAP.

Sus responsabilidades

1. **Advertencias de sanción**

   Si obtiene SNAP debe seguir las siguientes normas indicadas a continuación:
   - **NO** dar información falsa (incorrecta) ni ocultar información para obtener SNAP.
   - **NO** dar información falsa (incorrecta) para ayudar a alguien a obtener SNAP.
   - **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios SNAP.
   - **NO** vender o intercambiar ni intentar vender o intercambiar sus beneficios SNAP.
   - **NO** usar su SNAP para comprar cosas como bebidas alcohólicas o tabaco.
   - **NO** usar una tarjeta de Transferencia de beneficios electrónica (EBT) de SNAP que pertenezca a otra persona para comprar alimentos para su grupo familiar.
   - **NO** usar los beneficios SNAP ni permitir a otra persona que use esos beneficios si sabe que los beneficios se recibieron de forma ilegal, se dieron a alguien distinto al dueño legal o se van a usar de manera ilegal.

   Cualquier miembro de su grupo familiar que admita haber incumplido cualquiera de estas normas o que sea declarado culpable de incumplir alguna de estas normas será descalificado para recibir
   beneficios SNAP por:
   - Un año para la primera violación
   - Dos años para la segunda violación
   - Permanentemente para la tercera violación

   Esta persona también podría ser multada con hasta $25,000, o condenada a prisión por hasta 20 años, o ambos. También pueden ser sujetos de enjuiciamiento federal. Las penalizaciones federales pueden incluir un periodo de descalificación adicional de 18 meses, o para la segunda condena o subsiguientes por fraude a SNAP, una sentencia de cárcel obligatoria.

   Descalificaciones adicionales
   - Una persona declarada culpable en un tribunal federal, estatal o local por intercambiar SNAP por sustancias controladas (drogas ilegales o medicamentos que no le recetaron a usted) tendrá prohibido recibir SNAP por 24 meses para la primera violación y permanentemente para la segunda violación.
   - Una persona declarada culpable por un tribunal de intercambiar SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos quedará excluida para recibir SNAP de forma permanente.
   - Una persona que sea un preso prófugo o infractor de la libertad condicional o bajo palabra tendrá prohibido recibir SNAP mientras él o ella está huyendo para evitar su detención.

2. **Requisito de trabajar**

   A menos que estén exentas, las personas con edades entre 18 y 50 años que reciben SNAP deben cumplir el Requisito de trabajo. Toda persona no exenta debe trabajar por lo menos 20 horas a la semana en un trabajo o auto-empleo; o asistir a un curso aprobado de capacitación laboral al menos 20 horas por semana.

3. **¿Qué puedo comprar con los beneficios SNAP?**

Las personas solo pueden comprar alimentos elegibles con sus beneficios SNAP. Los alimentos elegibles incluyen, entre otros, plantas y semillas para cultivar alimentos. **No puede** comprar los siguientes artículos con los beneficios SNAP:

- Artículos de papelería
- Productos de limpieza
- Artículos para el hogar
- Bebidas alcohólicas
- Productos de tabaco
- Vitaminas, medicamentos o artículos de cuidado personal como pasta de dientes
- Comidas preparadas para comer en la tienda
- Comida caliente preparada en la tienda "para llevar" y comer en otro lugar

Derechos y responsabilidades de TEA

El Programa de asistencia de empleo transicional (TEA) tiene como objetivo ayudar a las familias necesitadas con niños menores de 18 años a ser más responsables de su propia manutención y menos dependientes de la ayuda pública. La asistencia del programa TEA está diseñado para ayudar a las familias necesitadas a ser económicamente auto-suficientes ofreciéndoles oportunidades para conseguir y mantener un empleo que mantendrá a la familia. Hay un límite al número de meses que puede obtener TEA. Es su responsabilidad trabajar para alcanzar la autosuficiencia antes de que termine su asistencia limitada en el tiempo.

Sus derechos

1. Ser informado por escrito de sus requisitos de trabajo.
2. Si los problemas personales o familiares le impiden ir a trabajar, su encargado de caso podría derivarlo a otra agencia en la cual puedan ayudarlo.
3. Puede solicitar una extensión de los beneficios en efectivo TEA al final de su tiempo límite debido a circunstancias más allá de su control, si más tiempo lo ayudará a lograr ser totalmente independiente.

Sus responsabilidades

1. **Reuniones**
   Asistir a todas las reuniones que su encargado de caso programe para usted.
2. **Acuerdo de Responsabilidad Personal**
   El Acuerdo de responsabilidad personal (PRA) es un acuerdo que indica lo que usted tiene que hacer para que nosotros lo ayudemos. Su encargado de caso repasará estas responsabilidades con usted. Si no cumple esas condiciones, podría causar una disminución y/o pérdida de su pago de asistencia en efectivo.
   - Usted debe cooperar con la oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores a menos que tenga una Buena causa, por requisitos de trabajo y ciertas responsabilidades con su familia.
   - Debe asegurarse de que su hijo en edad escolar asista a la escuela y que su hijo preescolar reciba sus inmunizaciones (vacunas).
   - Complete todos los requisitos de su Acuerdo de responsabilidad personal y Plan de empleo.

3. **Actividades de participación laboral**
   Los adultos que reciben TEA deben completar las actividades laborales según lo descrito en sus Planes de empleo por un mínimo de horas por semana. Las actividades permitidas son:
   - Empleo con un empleador privado o público
   - Microempresa (auto-empleo)
   - Formación en el trabajo (On-The-Job-Training)
   - Búsqueda de trabajo y preparación para el trabajo
   - Experiencia laboral
   - Servicio comunitario
   - Educación profesional y formación técnica
   - Proveer servicios de cuidado infantil para un participante de servicio comunitario
   - Educación directamente relacionada con el empleo
   - Formación de habilidades laborales
   - Asistencia a una escuela secundaria

   Su encargado de caso le explicará cada actividad y los requisitos de participación.
   Debe dar información verdadera al DHS y no retener información con el fin de obtener TEA sin seguir las normas.

4. **Advertencias de sanción:**
   - Si no participa en sus actividades laborales, su encargado de caso de TEA decidirá si tiene una buena razón, y si está recibiendo todos los servicios de apoyo que necesita. Si no tiene una buena razón para no participar, su pago en efectivo podría reducirse, o su caso podría cerrarse hasta que decida participar.
   - Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho porque ha ocultado información o entregado información falsa, dicha ayuda será objeto de un proceso de recuperación por parte del DHS, toda asistencia que reciba en el futuro podrá ser reducida para recuperar este sobrepago y podrá ser objeto de una demanda penal por fraude y multado o ser encarcelado.
   - **NO** dar información falsa ni ocultar información con el fin de ser elegible para recibir beneficios.
   - **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios TEA.

5. **Fraude**

El fraude consiste en dar información falsa (incorrecta) o en retener información con el propósito de obtener asistencia a la que una persona no tiene derecho según las normas y reglamentos del programa. Cometer fraude puede resultar en multas penales, sanciones y tener que devolver los beneficios.

6. **Violaciones intencionales del programa**

Una Violación intencional del programa (IPV) en el programa TEA ocurre cuando una persona da información incorrecta con el fin de mantener falsamente la elegibilidad de la familia para TEA. Si lo declaran culpable de una IPV, no podrá participar en el programa por:

(a) La primera ofensa, un (1) año.

(b) La segunda ofensa, dos (2) años.

(c) Más de dos, permanentemente.

Derechos y responsabilidad de Atención de Salud

El programa Atención de salud (Health Care) reembolsa a los proveedores por los servicios médicos cubiertos que se proporcionan a individuos necesitados elegibles a través del programa Medicaid. La elegibilidad se determina en base a los ingresos, recursos, residencia en Arkansas y otros requisitos. Los servicios cubiertos también varían entre las categorías de Medicaid. El programa Arkansas Works no es un derecho estatal o federal perpetuo ni un programa de derechos garantizados y puede terminar en cualquier momento mediante la notificación previa correspondiente.

Sus derechos

1. Tiene derecho a pedir servicios de búsqueda de trabajo y formación laboral de la División de servicios laborales de Arkansas (Arkansas Division of Workforce Services), pero no es un requisito recibir Medicaid o el programa Arkansas Works.
2. Usted no tiene el derecho estatal o federal perpetuo ni derecho garantizado a Arkansas Works, y el programa puede terminar en cualquier momento mediante la notificación previa correspondiente.
3. Usted cede al DHS sus derechos para reclamar y recibir dinero de otros seguros de salud, acuerdos legales o de terceros.
4. Usted otorga a la agencia Medicaid los derechos para solicitar y recibir apoyo médico de un cónyuge o padre/madre.

Sus responsabilidades

1. **Responsabilidades generales**
   - Usted tiene la responsabilidad de notificar al Departamento de Servicios Humanos de cualquier cambio en los miembros del grupo familiar que reciben ingreso adicional, adquieren o venden propiedades (o de cualquier otro cambio en las circunstancias).
   - Usted tiene la responsabilidad de dar toda la información necesaria que pueda sobre sus circunstancias.
   - Usted tiene la responsabilidad de completar íntegramente los formularios con información verdadera a su leal saber y entender.
   - Si está recibiendo atención de salud en un centro de enfermería, centro de cuidados intermedios para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID), o bajo una exención de hogar/comunitaria, tiene la responsabilidad de tener el monto de beneficios de atención de salud que el DHS pagó en su nombre para ser recuperados de su herencia o del beneficiario de un fideicomiso después de su muerte.
   - Usted tiene la responsabilidad de cooperar con la Oficina de recaudación de pensiones alimenticias para menores (OCSE) para establecer la paternidad y obtener el sustento médico para cada niño que tenga un progenitor ausente del hogar si el programa que ha solicitado se lo pide.
2. **Advertencias de sanción**

Si obtiene beneficios de Atención de Salud (Health Care), debe seguir las siguientes normas indicadas a continuación:

- **NO** dar información falsa ni ocultar información con el fin de ser elegible para recibir beneficios.
- **NO** poner su dinero o propiedades a nombre de otra persona con el fin de recibir beneficios de Atención de Salud.
- Si usted recibe beneficios a los que no tiene derecho porque ha entregado información falsa o ha ocultado información, dicha ayuda será objeto de un proceso de recuperación por parte del DHS, y toda asistencia que reciba en el futuro podrá ser reducida para recuperar este sobrepago y podrá ser objeto de una demanda penal por fraude y multado o ser encarcelado.

Responsabilidades del Departamento

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (U.S. Department of Agriculture, USDA) prohíbe discriminar por motives de raza, color, origen nacional, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias o venganzas por una actividad anterior de derechos civiles en ningún programa o actividad realizada o financiada por USDA.

El Departamento de Servicios laborales de Arkansas y el Departamento de Servicios Humanos de Arkansas son proveedores/empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades/En virtud de los Títulos VI y VII de la Ley de derechos civiles de 1964 (Título VI) y la Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA), la Sección 504 de la Ley de rehabilitación de 1973, y la Ley de discriminación por edad de 1975, el Departamento prohíbe la discriminación en los ingresos, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidad. El Departamento debe hacer una acomodación razonable para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el Departamento deba proporcionar intérpretes del lenguaje de señas para personas que son sordas, un lugar accesible con silla de ruedas o entregar materiales impresos con letra grande. Esto también significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted participar en y entender un programa o actividad, incluido hacer cambios razonables a una actividad. Si cree que no podrá entender o participar en un programa o actividad debido a su discapacidad, por favor infórmenos sus necesidades por discapacidad con antelación si es posible.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos para comunicar la información del programa (por ej., Braille, letra grande, audio cinta, lenguaje de señas estadounidense, etc.), debería comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que son sordas, tienen dificultades de audición o problemas de habla pueden comunicarse con USDA a través del servicio federal de transmisiones Federal Relay Service a (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa podría estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para cualquier otra información sobre asuntos del Programa de asistencia nutricional suplementaria (SNAP), las personas deberían comunicarse con el teléfono de ayuda gratuito de USDA SNAP al (800) 221-5689, que también atiende en español o llamar a los teléfonos de información/teléfonos gratuitos (haga clic aquí para ver la lista de teléfonos por estado); disponible en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de queja por discriminación en un programa de USDA (AD-30127) disponible en internet en: http://www.ascr.usdRIgha.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o puede escribir una carta dirigida al USDA e incluir en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completado o una carta a USDA a más tardar:

- Enviar a: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- Fax: (202) 690-7442; o
- Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para presentar una queja por discriminación respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services, HHS) de los Estados Unidos, escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

De acuerdo a la política del Departamento de Servicios Humanos (DHS), Medicaid no puede denegarle la elegibilidad o beneficios en base a su raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias religiosas o políticas. Para reportar una discriminación de elegibilidad de Medicaid o de un proveedor, llame a la Oficina de relaciones con los empleados/Oficina de igualdad de oportunidades del Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services Office of Employee Relations/Office of Equal Opportunity) al teléfono 501-682-6003.

También puede presentar una queja por discriminación comunicándose con la Oficina de relaciones con los empleados/Oficina de igualdad de oportunidades del DHS a la dirección Office of Employee Relations/Office of Equal Opportunity, P.O. Box 1437 – Slot N250 Little Rock, AR 72203-1437 o por teléfono al (501) 682-6003 o por fax al (501) 682-8926.

Aviso de privacidad

La LEY DE PRIVACIDAD de 1974 exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe de lo siguiente: (1) si la divulgación es voluntaria u obligatoria; (2) cómo usara el DHS su número del seguro social y (3) la ley o regulación que autoriza al DHS a preguntarle su número del seguro social. Estamos autorizados para recolectar cierta información sobre su grupo familiar incluyendo el número del seguro social (SSN) de cada miembro que sea elegible. Para el Programa de asistencia nutricional suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program), esta facultad es otorgada por la Ley de alimentos y nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008 y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2001-2036. Para los programas Medicaid y TEA, esta facultad es otorgada por la legislación federal codificada en el título 42 del U.S.C. §§ 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2). Esta información podrá ser comprobada mediante programas electrónicos de cotejo de datos. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para monitorear el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información podrá ser revelada a otras agencias estatales y federales y a funcionarios policiales. Si surgiera alguna demanda en contra de su grupo familiar, la información expresada en esta solicitud, incluyendo los números del seguro social, podrán ser entregados a funcionarios estatales of federales o a agencias privadas con fines de recaudación.

Notificación importante de recuperación de patrimonio

Si recibe asistencia de Atención de Salud en un centro de cuidados de enfermería, un centro ICF/IID o en un programa de exención basado en el hogar y la comunidad, el importe total de beneficios de Atención de Salud pagados en su nombre será una deuda al DHS y podrá ser recuperado de su herencia o de un cesionario de la transferencia de una escritura de propiedad (beneficiary deed) después de su muerte. Su herencia son las propiedades que posee al momento de su muerte. DHS no exigirá ningún pago de su herencia mientras usted viva. DHS no exigirá ningún pago contra su herencia después de su muerte si su cónyuge sigue vivo o si tiene hijos dependientes menores de 21 años o hijos con discapacidades. DHS recaudara la deuda, si existiese alguna, presentando una demanda a su herencia. Es posible que el cobro no se haga si no es costo-efectivo para el DHS o sus herederos solicitan y se les concede una exención por dificultades después de su muerte. Puede existir una dificultad excesiva si la propiedad de la herencia es la única fuente de ingresos para sus herederos, si ese ingreso es limitado o si hay otras circunstancias apremiantes.

Aseguramiento de la calidad

Su caso podría ser seleccionado para una revisión de Aseguramiento de calidad (QA). Si eso ocurre, el trabajador de QA verificará su caso para ver si nos ha dado la información correcta. También verificarán que la oficina DHS del condado ha procesado su caso correctamente. Si su caso es seleccionado para una revisión de QA, el trabajar QA se comunicará con usted para una entrevista. Usted debe dar información para demostrar que sus declaraciones fueron verdaderas y correctas. El trabajador de QA podría contactar a su empleador, su banco, otras agencias, su arrendador, etc., para pedir información. Si usted no coopera durante una revisión de QA, su caso de SNAP se cerrará. No será elegible para obtener beneficios de SNAP hasta que coopere con QA o hasta febrero del año siguiente, lo que ocurra antes.

Su derecho de apelación

Si piensa que el DHS ha cometido un error, puede apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien del DHS que piensa que la acción fue incorrecta y que quiere pedir una revisión imparcial de la acción. Puede ser representado en el proceso por otra persona.

Puede solicitar una apelación en las siguientes formas:

- Personalmente: Hable con el personal de cualquier oficina DHS del condado
- Por teléfono: Puede llamar a la Oficina de apelaciones y audiencias al 501-682-8622 o puede llamar a su oficina local del condado.
- Por correo electrónico: DHS.Appeals@dhs.arkansas.gov
- Por correo postal: Arkansas Department of Human Services
  Appeals and Hearings Section
  Slot N401
  P.O. Box 1437
  Little Rock, AR 72203-1437

Cada miembro adulto del grupo familiar debe completar el cuestionario de Evaluación de drogas antes de que se pueda determinar la elegibilidad para TEA y/o Work Pays.

Estado de Arkansas
Departamento de
***SERVICIOS* PARA LA FUERZA LABORAL**

TANF
HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE DROGAS

Nombre del participante (Por favor, escriba en mayúsculas)		*Caso nº*	

A partir del 1 de enero 2016, de conformidad con la Ley 1205 de 2015, todos los adultos (mayores de 18 años) solicitantes/beneficiarios de TANF que sean elegibles para asistencia de TANF deben ser evaluados para uso ilegal de sustancias controladas. Si se sospecha que el solicitante/beneficiario usa drogas ilegales, él/ella tendrá que someterse a un test de drogas y potencialmente a un tratamiento por abuso de sustancias. Si el solicitante/beneficiario no cumple con ninguno de esos requisitos, el caso TANF se denegará/cerrará o el caso se aprobará con un beneficiario pagador designado.

Uso ilegal de sustancias controladas (drogas ilegales) significa:

- El uso de una droga que es ilegal, o
- El uso de un medicamento recetado que es una sustancia controlada y no fue recetado para usted.

Cada persona de 18 años y más en el caso de su grupo familiar debe responder las siguientes preguntas.	**Fecha de devolución**

PONGA SU FIRMA Y LA FECHA EN ESTE FORMULARIO

Entiendo que los procedimientos de evaluación de drogas según lo detallado en este formulario y responderé con sinceridad todas las preguntas indicada a continuación.

Firma del solicitante		*Fecha*	

RESPONDA CADA UNA DE LAS PREGUNTAS SIGUIENTES

❑ SÍ	❑ NO	¿Ha usado alguna droga ilegal en los últimos 30 días?
❑ SÍ	❑ NO	¿Ha perdido o le han denegado un trabajo debido a su actual uso de drogas ilegales en los últimos 30 días?

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USTED

Si usted no completa este formulario y lo envía al DHS a más tardar en la fecha de devolución indicada arriba, su solicitud será denegada. Si usted es un beneficiario, se cerrará su caso. *Le enviaremos un aviso separado si tomamos esta acción.*

- **Mientras reciba asistencia en dinero efectivo, los miembros adultos del grupo familiar podrían tener que someterse a una prueba de detección de drogas si existe una causa razonable para creer que están usando drogas ilegales.**
- **Si da positivo por uso de drogas ilegales, debe cooperar con los requisitos de pruebas de drogas y su Plan de Acción o su caso se denegará/cerrará o se procesará con un beneficiario protector designado.**

ADWS y DHS son proveedores/empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades | En virtud de los Títulos VI y VII de la Ley de derechos civiles de 1964 (Título VI y la Ley de estadounidenses con discapacidades de 1990 (ADA), la Sección 504 de la Ley de rehabilitación de 1973, la Ley de discriminación por edad de 1975, el Departamento prohíbe la discriminación en los ingresos, programas, servicios, actividades o empleo por motivos de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidad. El Departamento debe hacer una acomodación razonable para permitir que una persona con una discapacidad participe en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el Departamento deba proporcionar intérpretes del lenguaje de señas para personas que son sordas, un lugar accesible con silla de ruedas o entregar materiales impresos con letra grande. Esto también significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted participar en y entender un programa o actividad, incluido hacer cambios razonables a una actividad. Si cree que no podrá entender o participar en un programa o actividad debido a su discapacidad, por favor infórmenos sus necesidades por discapacidad con antelación si es posible. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para mayor información sobre esta política, póngase en contacto con el administrador de su oficina local.

NUESTRA MISIÓN:

Juntos mejoramos la calidad de vida de todos los residentes de Arkansas protegiendo a los vulnerables, fomentando la independencia y promoviendo una mejor salud.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTES DE ARKANSAS

El Articulo 7 de la Ley nacional de registro de votantes (NVRA) de 1993 exige que cada estado ofrezca la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública y cada recertificación, renovación y cambio de dirección. Este paquete de Registro de votante es una oportunidad para que se registre para votar o cambie su dirección de registro de votante. Solicitar registrarse para votar o rechazar registrarse para votar no afectará el monto de la asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si le gustaría recibir ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión sobre si busca o desea ayuda es suya. Usted puede rellenar el formulario de solicitud de registro de votante en privado.

Ninguna información relativa a una negativa para registrarse para votar en conexión con una solicitud se podrá usar para cualquier otro propósito aparte del registro de votante.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a: 1) registrarse para votar; 2) rechazar registrarse para votar; 3) Privacidad para decidir si registrarse o si solicitar registrarse para votar; o 4) elegir su propio partido político u otra preferencia para votar.

Puede presentar una queja a:

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

Instrucción de envío para el registro de votantes

Tiene dos opciones para enviar su formulario de Registro de votante.

1. Puede entregar el formulario de registro en persona o enviar el formulario de registro junto con su solicitud de SNAP o Medicad a su oficina DHS local del condado. La dirección de la oficina de su condado puede encontrarse en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) pueden enviarse a la oficina de DHS en el Condado de Jefferson. Si está usando uno de esos formularios, puede enviar el formulario de registro de votante con su solicitud a esa oficina. Cuando se reciba en cualquier oficina del condado, esa oficina enviará el formulario a la oficina del Secretario de Estado por usted.

2. También puede enviar el formulario de Registro de votante directamente a la Oficina del Secretario de Estado. Para enviar el formulario directamente a la Oficina del Secretario de Estado, separe el formulario de su solicitud/renovación, doble el formulario por la perforación del medio, selle la parte inferior con cinta adhesiva o una grapa y envíelo a la dirección que aparece en el formulario. Se requiere una estampilla o un sobre con estampilla para el envío.

POR FAVOR ESCRIBA CON LETRA IMPRENTA Y USE TINTA NEGRA

Rev. 1-24-19

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO VOTANTE EN ARKANSAS

Esta solicitud es para (marque todos los que se aplican a Ud.):
____ Una nueva inscripción.
____ Un cambio de nombre.
____ Un cambio de domicilio.
____ Un cambio de partido político.

Espacio para uso exclusivo de la oficina

Número de identidad asignado

1	Sr. Sra. Srta.	Apellido(s)	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo(s) nombre(s)	
2	Domicilio/ Vivienda (Vea Seccion "C" abajo) (Domicilios rurales deben ser dibujados en un mapa)		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado / Código postal
3	Dirección postal donde recibe su correo si usted no usa su domicilio.		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado / Código postal

4 Fecha de nacimiento _____/_____/_____ (Mes Día Año)

5 Número telefónico (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? ☐ Sí ☐ No

9 No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente.
☐ No. de Licencia de Conducir _____
☐ Si no tiene Licencia de Conducir provea los últimos cuatro números de su Número de Seguro Social _____
☐ No tengo Licencia de Conducir ni Número de Seguro Social.

Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márquelo.

La información que he proporcionado es veraz según mi leal saber y entender. Yo no reclamo que el derecho de votar en otro país ni en un otro 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 las leyes del estado y las leyes federales.

10
(A) ¿Es usted un/a ciudadano/a de los Estados Unidos de América y un residente del estado de Arkansas?
☐ Si ☐ No
(B) ¿Tendrá ustéd dieciocho (18) años o más de edad antes o en el día de elección?
☐ Si ☐ No
(C) ¿Está usted declarado incompetente en su actualidad mental por un tribunal con jurisdicción competente?
☐ Si ☐ No
(D) ¿Ha sido condenado de un delito grave y su condena no ha sido descargada o perdonada?
☐ Si ☐ No
Si usted marco "No" en respuesta a las preguntas A o B, no termine esta solicitud.
Si usted marco "Si" en respuesta a las preguntas C o D, no termine esta solicitud.

11
Fecha: _____/_____/_____ (Mes Día Año)
Si el solicitante es incapaz de firmar su nombre, provea el nombre, dirección y número telefónico de la persona asistiendo al solicitante:
Nombre _____ Dirección: _____
Ciudad:_____ Estado:_____ No. Telefónico:_____

Por favor complete las siguientes secciones si es que: ***REGISTRANTES POR CORREO: POR FAVOR VER SECCION D.***

- Ud. ha estado registrado previamente para votar en otro condado o estado; o
- Ud. desea cambiar su nombre o dirección en su registración

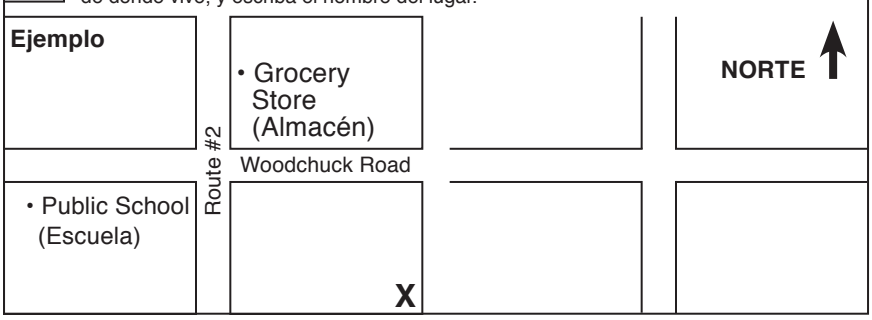
Código de Agencia (Uso oficial)

Fecha de nacimiento _____/_____/_____ **(Mes Día Año)**

A	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre anterior	Segundo(s) nombre(s) anterior(es)	
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 su domicilio con una "X".
- Use un punto para marcar escuelas, iglesias, negocios, u otros lugares conocidos cerca de donde vive, y escriba el nombre del lugar.



D

REQUISITOS PARA IDENTIFICACION

IMPORTANTE: Solicitantes tendran que verificar sus registros cuando votando en persona o por correspondencia (boleta de ausente). Usted puede verificar su registro al proporcionar un documento requerido o una tarjeta de identificación como otorgada en la Constitutión de Arkansas, Enmienda 51, Sección 13. Si usted se está registrando, por la primera vez y está mandando esta solicitud por correo, debe mandar (a) una copia de un documento de identidad actual y valido con fotografía, o (b) 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 la primera vez.

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

From (Remitente):

_____

_____

_____

First Class
Postage Required

Se requiere
estampilla de 1a.
Clase para envió
por correo

Información sobre fechas de plazo:

Para poder votar en la próxima elección, usted debe solicitar a registrarse para votar 30 dias 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 plástica, 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)
John Thurston
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.

Direcciones postales de las oficinas DHS del condado

Condado	Dirección	Ciudad	Código ZIP
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654
Benton	900 SE 13th Court	Bentonville	72712
Boone	PO Box 1096	Harrison	72602
Bradley	PO Box 509	Warren	71671
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923
Clay	PO Box 366	Piggott	72454
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301
Cross	803 Hwy 64E	Wynne	72396
Dallas	1202 W. 3rd St.	Fordyce	71742
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657
Faulkner	1000 East Siebenmorgan Road	Conway	72032
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949
Fulton	PO Box 650	Salem	72576
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913
Grant	PO Box 158	Sheridan	72150
Greene	809 Goldsmith Rd	Paragould	72450
Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71802
Hot Spring	2505 Pine Bluff St	Malvern	72104
Howard	PO Box 1740	Nashville	71852
Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501
Izard	PO Box 65	Melbourne	72556
Jackson	PO Box 610	Newport	72112
Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611
Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830
Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845
Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476
Lee	PO Box 309	Marianna	72360
Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667
Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822
Logan	#17 W. McKeen	Paris	72855
Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086
Madison	PO Box 128	Huntsville	72740
Marion	PO Box 447	Yellville	72687
Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854
Mississippi	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315
Monroe	301½ N New Orleans	Brinkley	72021
Montgomery	PO Box 445	Mount Ida	71957
Nevada	PO Box 292	Prescott	71857
Newton	PO Box 452	Jasper	72641
Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Perry	213 Houston Ave	Perryville	72126
Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Polk	PO Box 1808	Mena	71953
Pope	701 N Denver	Russellville	72801
Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Randolph	1408 Pace Rd	Pocahontas	72455
Saline	PO Box 608	Benton	72018
Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Searcy	106 School St	Marshall	72650
Sebastian	616 Garrison Ave	Ft. Smith	72901
Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	72529
St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Union	123 W 18th St.	El Dorado	71730
Van Buren	449 Ingram Street	Clinton	72031
Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
Yell	PO Box 277	Danville	72833

Si usted reside en el Condado Pulaski, revise la lista de código Zip de abajo para asegurarse de que envía o entrega su solicitud a la oficina correcta de DHS en el condado de Pulaski.

Pulaski North: 72046 (England), 72113, 72114, 72115, 72116 (Compartida con Jax), 72117, 72118, 72119, 72142 (Scott), 72190, 72231

Pulaski Jacksonville: 72023 (Cabot), 72076, 72078, 72099, 72106, 72116, 72120, 72124

Pulaski South: 72204, 72206 (Compartida con Southwest), 72016, 72053, 72126, 72135, 72201, 72201, 72202, 72203, 72205, 72207, 72212, 72223, 72227

Pulaski Southwest: 72002, 72065, 72103, 72164, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (Compartida con South)

NUESTRA MISIÓN:

Juntos mejoramos la calidad de vida de todos los residentes de Arkansas protegiendo a los vulnerables, fomentando la independencia y promoviendo una mejor salud.