

# Solicitud para Ahorros de Medicare para Beneficiarios Elegibles ARSeniors, QMB, SMB, QI-1

*Si necesita este formulario en Español, llame al 1-800-482-8988 y pida la versión en Español*

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

Por favor conteste todas las preguntas tan completa y correctamente como sea posible. Si no tiene suficiente espacio para su respuesta, adjunte otra hoja de papel con esta solicitud.

Apellido		Primer Nombre		Inicial del Segundo Nombre	Num. De Seguro Social
Número de Medicare			Numero de Retiro de Servicio Ferroviario		Num. de Reclamo de V.A
Fecha de Nacimiento	Raza	Sexo	Condado de Residencia		Número Telefónico
Domicilio: Calle			Ciudad Estado		Código Postal
Dirección de Correos (Si es diferente)			Ciudad Estado		Código Postal

¿Tiene usted 65 o mas años de edad?  Si  No

¿Esta usted:  Ciego?  Incapacitado?

Are you a U.S. Citizen?  Si  No Proporcione documentación de estatus migratorio.

Arreglos de Vivienda: (marque uno)  Dueño de Casa  Renta  Vive en casa de otra persona  Hogar de Asistencia

Es usted (marque uno):	
<input type="checkbox"/> Casado(a)	<input type="checkbox"/> Separado(a)
<input type="checkbox"/> Viudo(a)	<input type="checkbox"/> Divorciado(a)
<input type="checkbox"/> Soltero(a)	

Por favor complete la siguiente sección por parte de su esposo(a) si vive en la misma vivienda.

Apellido		Primer Nombre		Segundo nombre	Num. De Seguro Social*	Fecha de Nacimiento
Número de Medicare			Num. De Retiro de Serv. Ferroviarios		Num. De Reclamo de VA	

• El Número de Seguro Social es requerido si u esposo(a) esta solicitando beneficios.

¿Esta usted solicitando por su esposo(a) también?  Si  No Si es así, complete lo siguiente.

¿Es su esposo(a) Ciudadano de EU?  Si  No Proporcione documentación de status migratorio.

¿Tiene su esposo(a) 65 años o más?  Si  No

¿Es su esposo(a):  Ciego (a)  Disabled

### FOR OFFICE USE ONLY

Register #	Application Date	County	Category	Worker #	Key Date	OP. Initials
Mr.						
Mrs.						
Worker #	Denial Date	Reason	Category	Client Notice	Key Date	OP. Initials
Mr.						
Mrs.						

¿Tiene hijos menores de 18 (o menos de 21 en la escuela) viviendo en la casa?  Si  No

Si es así, por favor complete la siguiente información por cada niño.

Apellido del Niño	Primer Nombre del Niño	Segundo Nombre	Fecha de Nacimiento	Ingreso del Niño (Cantidad y Tipo)

**INGRESO:** ¿Tiene usted o su esposo(a) ingreso por lo siguiente?

Fuente de Ingreso	SI	NO	Fuente	Pago Bruto (antes de deducciones)	¿Con qué frecuencia?	¿Quién lo recibe?
Retiro, Seguro Social, SSI, Beneficios de Veteranos						
Empleo, trabajo, cultivo, empleo por cuenta propia (Dé todos los trabajos por cada persona enlistada)						
Manutención al menor, pensión alimenticia, beneficios de desempleo, compensación al trabajador, préstamos estudiantiles, subsidios						
Ingresos Misceláneos (trabajo de tiempo parcial, cuidado infantil, propiedad de renta, contribuciones de amigos/familiares, huéspedes, inquilinos, aseguranza, etc.)						

¿Son los alimentos, vestido, y albergue pagados o proveídos a usted sin costo alguno por alguien mas?  Si  No

**PROPIEDAD DE BIENES RAÍCES/PERSONAL:**

¿Es usted dueño de bienes raíces aparte de su casa, incluyendo propiedad de la cual usted sea co-propietario?  Si  No

Si es así, complete lo siguiente por cada bien raíz. **No enliste la casa en la que usted vive.** Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Dirección o Localización	Valor	Cantidad que se Debe

**VEHÍCULOS:**

¿Son usted o su esposo(a) dueños de un carro, camioneta, motocicleta, bote, trailer, u otro vehiculo?  Si  No

Si es así, complete la siguiente información acerca de cada vehiculo (adjunte paginas adicionales como se necesite)

Marca	Modelo	Año	Valor	Cantidad que se Debe	Dueño(s)

**BIENES:** Cheque todos los bienes de su propiedad y de su esposo(a). Incluya todas las cuentas o propiedades en las que aparezca(n) su nombre(s). Incluya verificación de fondos de valores. Adjunte páginas adicionales si es necesario.

Tipo de Bien	SI	NO	Donde son mantenidos (banco, compañía de seguros, firma corredora de bienes, etc.)?	# de Cuenta/Póliza	\$ Valor
Efectivo					
Cuenta de Cheques					
Cuenta de Ahorros					
Certificados de Depósito					
Pagarés					
Acciones					
Valores					
IRA (plan de ahorro de retiro)					
Propietario de Hipoteca					
Terreno Funeral/Cripta					
Fondo para entierro/Aseguranza					
Aseguranza de Vida					
Fondos					
Otro					

**ASEGURANZA DE SALUD:**

- ¿Tiene usted Medicare?  Si  No
- ¿Tiene su esposo(a) Medicare?  Si  No
- ¿Tiene usted otra aseguranza de cuidado de salud?  Si  No
- ¿Tiene su esposo(a) otra aseguranza de cuidado de salud?  Si  No

Si usted o su esposo(a) tienen otra aseguranza de salud además de Medicare, por favor proporcione la siguiente información y adjunte copias (frente y reverso) de Medicare y tarjetas de aseguranza.

Nombre de la Compañía de Aseguranza de Salud	Dirección	¿Quién es el Asegurado?	Tipo de Cobertura	Fecha de Vigencia	# de Póliza o Reclamo

¿Le gustaría que alguien se ponga en contacto con usted para informarle sobre como solicitar el programa de alimentos *Supplemental Nutrition Assistance Program* (SNAP)?  Si  No

**LEA LA SIGUIENTE INFORMACIÓN CUIDADOSAMENTE ANTES DE QUE USTED FIRME ESTA SOLICITUD**

- Yo entiendo que debo ayudar a establecer mi elegibilidad al proporcionar tanta información que me sea solicitada como me sea posible.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a realizar cualquier investigación concerniente a mi/mi esposo(a) como sea necesario para establecer mi elegibilidad para asistencia.
- Entiendo que a ninguna persona se le negará asistencia en base a aspectos como raza, color, sexo, edad, incapacidad, religión, origen nacional, o creencia política.
- Entiendo que puedo pedir una audiencia frente a la agencia representativa del estado si no se alcanza una decisión en un el limite de tiempo apropiado o si yo estoy en desacuerdo con la decisión alcanzada.
- Estoy de acuerdo en notificar al Departamento de Servicios Humanos en 10 días si yo y mi esposo(a) recibimos ingresos adicionales, si adquirimos, o nos deshacemos de propiedad o si ocurren otros cambios en mis circunstancias.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos a examinar todos los archivos míos, o archivos de aquellos recibiendo o habiendo recibido beneficios de Medicaid por medio mío, con la intención de investigar si alguna persona ha cometido fraude a Medicaid o no, o para uso de cualquier procedimiento legal, administrativo o judicial.
- Entiendo que yo debo proporcionar el Número de mi Seguro Social como condición de mi elegibilidad; y entiendo que ese número puede ser usado por la Agencia sin mi expreso permiso en una búsqueda de computadora para obtener información relativa a mi elegibilidad para asistencia de la Administración del Seguro Social, la División de Seguridad de Empleo, el Servicio de Ingresos Internos (IRS), y otras agencias.
- **ASIGNACIÓN DE APOYO MEDICO.** Autorizo a quien retenga información acerca de mi, ya sea médica o de otra índole a revelar esa información si se necesita para hacer un reclamo de Medicaid a DHS. Además autorizo a que se revele cualquier información a otras entidades que pueden ser responsables de mis gastos médicos. Como condición de mi elegibilidad yo cedo automáticamente mi derecho a cualquier resolución, juicio, o recompensa que pueda ser obtenida en contra de una tercera parte a DHS en toda la extensión de cualquier cantidad que es pagada por DHS de mi parte. Autorizo y peticiono que los fondos, resolución u otros pagos hechos por o de parte de terceras partes, incluyendo reclamo por agravantes, o aseguradores surgidos de un reclamo de Medicaid, sean pagados directamente a DHS. Mi solicitud para beneficios de Medicaid debe en si misma, constituir una sedición por operación de ley y debe ser considerada un gravamen estatutario de cualquier arreglo, juicio, o recompensa recibidos por mi de parte de terceros. Un tercero es cualquier persona, entidad, institución u otra fuente que pueda ser responsable por herida, enfermedad, incapacidad o muerte sostenidos por mi u otros aquí mencionados, incluyendo el patrimonio de dichos individuos. Yo cedo también todos los derechos a cualquier resolución hecha por mi o en mi lugar surgiendo de cualquier reclamo extendido de mis gastos médicos pagados por DHS, si es o no es designada una porción de dicha resolución para gastos médicos. Cualquier fondo de esa clase recibido por me deberá ser pagado a DHS. Una copia de esta autorización puede ser usada en lugar del original.
- **\*La LEY SOBRE PRIVACIDAD de 1974** exige que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) le informe: 1. si la divulgación de datos es voluntaria u obligatoria; 2. cómo usará el DHS su número de la seguridad social y 3. la ley o normativa que faculta al DHS a pedirle su número de la seguridad social. Estamos autorizados a recolectar cierta información sobre su hogar, incluido el número de la seguridad social (SSN, en ingles) de cada integrante del hogar que califique. Para el Programa Medicaid, esta facultad es otorgada por la legislación federal codificada en el código 42 U.S.C. §§ 1320b-7(a) (1) y 1320b-7(b) (2). Esta información puede ser verificada mediante programas de cotejo electrónico de datos. Usaremos esta información para determinar la elegibilidad para el programa, para supervisar el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del mismo. Esta información puede ser entregada a otras agencias estatales y federales y los organismos de policía. Si surge alguna queja contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos los números de la seguridad social, podrán ser entregados a funcionarios estatales o federales o a agencias privadas para fines de recaudación. \* **EXCEPCIÓN:** En el Programa Medicaid, la información puede entregarse sin el consentimiento escrito del beneficiario únicamente a: empleados autorizados de esta Agencia, la Administración de Seguridad Social, el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos, el abogado del beneficiario, su tutor legal u otra persona con poder de representación; u otra persona a la que el beneficiario haya pedido actuar como su representante Y a la que haya entregado información confidencial para el historial del caso que haya ayudado a establecer la elegibilidad o un tribunal que haya citado el historial del caso.

He leído a las declaraciones anteriores, y estoy de acuerdo en las provisiones. Entiendo que esta forma, es firmada sujeta a pena de perjurio. Entiendo que si recibo asistencia a la cual no tenga derecho como resultado de que yo oculte o proporcione información incorrecta, dicha asistencia será sujeta a recuperación por el Departamento de Servicios Humanos y puedo estar sujeto(a) a persecución por fraude, multado/y o encarcelado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante, Titular, o Representante. Autorizado.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante, Titular, o Representante. Autorizado.

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Número Telefónico

\_\_\_\_\_  
Titular o Representante Autorizado

\_\_\_\_\_  
Testigo (si se firma con marca)

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Domicilio del Testigo/Número de Teléfono

\_\_\_\_\_  
Firma del Empleado de la Oficina del Condado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Nombre de la Persona Que Ayudó a Completar la Forma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Esto completa el proceso de solicitud para el programa Medicare Savings. La ley federal requiere que cada estado brinde la oportunidad de inscribirse para votar con cada solicitud de ayuda pública. Las siguientes páginas del paquete son la Solicitud de inscripción de votantes de Arkansas (Arkansas Voter Registration Application). Por favor, responda la siguiente pregunta con respecto a la inscripción de votantes:

**¿Le gustaría inscribirse para votar o cambiar su registro de votante? Sí No**

Si seleccionó **Sí**, por favor complete y firme la Solicitud de inscripción de votantes adjunta. Si seleccionó **No**, entregue su inscripción al programa Medicare Savings en el Centro de Procesamiento de Acceso de Arkansas (Access Arkansas Processing Center), 1095 White Drive, Batesville, AR 72501.

# SOLICITUD PARA INSCRIPCION PARA VOTAR EN ARKANSAS

Esta solicitud es para (marque todos los que se aplican a Ud.): <input type="checkbox"/> Una nueva inscripción. <input type="checkbox"/> Un cambio de nombre. <input type="checkbox"/> Un cambio de domicilio. <input type="checkbox"/> Un cambio de partido político.		Espacio para uso exclusivo de la oficina					
		<b>Número de identidad asignado</b>					
<b>1</b>	Sr. Sra. Srta.	Apellido	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre		
	Domicilio/ Vivienda (Ver Seccion "C" abajo) (Domicilio rural debe dibujar un mapa)		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado	Código postal
<b>3</b>	Dirección donde recibe su correo si es diferente al de su domicilio particular		No. de Apto. o Lote	Ciudad/Pueblo	Condado	Estado Código postal	
<b>4</b>	Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año		<b>5</b>	Números de teléfono (opcional) Domicilio: _____ Laboral: _____		<b>6</b>	Afiliación política (opcional)
<b>7</b>	E-mail/Correo Electrónico (opcional)						
<b>8</b>	¿Ha votado alguna vez en una elección federal en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
<b>9</b>	No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente. <input type="checkbox"/> No. de licencia de conducir _____ <input type="checkbox"/> <b>Si no tiene licencia de conducir provea los últimos cuatro números de su número de Seguro Social</b> _____ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir ni número de Seguro Social.						
<b>10</b>	(A) ¿Es usted un/a ciudadano/a de los Estados Unidos de América y un residente del estado de Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (B) ¿Tendrá usted dieciocho (18) años o más de edad antes o en el día de elección? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (C) ¿Está usted declarado incompetente en la actualidad mental por un tribunal con jurisdicción competente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (D) ¿Has estado condenado de un crimen grave sin pena, sin tener su condena descargada o perdonada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted marco "No" en respuesta a las preguntas A o B, no termine esta solicitud. Si usted marco "Si" en respuesta a una o más de las preguntas C o D, no termine esta solicitud.						
<b>11</b>	Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márkuelo.  La información que he proporcionado está verdad según mi leal saber y entender. Yo no reclamo que el derecho de votar en otro país ni el estado. Si he proporcionado información falsa, yo puedo ser susceptible a una multa de hasta \$10,000 y/o el encarcelamiento de hasta 10 años según los leyes del estado y federales.  Fecha: _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año Si el solicitante es incapaz de firmar su nombre, provea el nombre, dirección y teléfono de la persona asistiendo al solicitante: Nombre _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ No. de teléfono: _____						

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

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

**Código de Agencia (Uso oficial)**

<b>A</b>	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr. Sr. II. III. IV.	Nombre	Segundo nombre(s)
	Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____ Mes                      Día                      Año				

<b>B</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.**

<b>C</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Escriba los nombres de las calles o intersecciones más cercanas a donde usted vive.</li> <li>• Marque con una "X" su domicilio.</li> <li>• Use un punto para marcar escuelas, iglesias, negocios, u otros lugares conocidos cerca de donde vive, y escriba el nombre del lugar.</li> </ul>	
<b>Ejemplo</b>	• Grocery Store (Almacén) Woodchuck Road	NORTE ↑
• School (Escuela)	X	

**REQUISITOS PARA IDENTIFICACION**

**IMPORTANTE:** Si usted se está registrando, por la primera vez y está mandando esta solicitud por correo, debe mandar una copia de un documento de identidad actual y valido con su fotografía, o una copia actual de una factura de servicio publico, estado de cuenta bancaria, cheque expedido por el gobierno, cheque de pago de sueldo, u otro documento del gobierno demostrando su nombre y dirección para evitar requisitos adicionales de identificación cuando votando por su primera vez.

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

Se requiere  
estampilla de  
1ª Clase para  
envío por  
correo

---

---

---

Remitente:

### Información sobre fechas de plazo:

Para poder votar en la próxima elección, usted debe solicitar a registrarse para votar 30 días antes de la elección. Si usted manda esta solicitud por correo, debe ser recibida estampillada por la oficina de correo por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Usted también puede presentar esta solicitud en cualquier agencia para registrar volantes por lo menos 30 días antes de la próxima elección. Si usted no presenta su solicitud antes de esa fecha, no estará registrada/o a tiempo para votar en la próxima elección. Por favor, no se demore en registrarse. Asegúrese de que su voto cuente.

Si su solicitud es aprobada y la información en ella está completa, usted será notificado de su distrito electoral por su Secretario del Condado (County Clerk).

### Para enviar por correo:

Doble la solicitud por la perforación en el medio, saque la cinta se plástico, selle en la parte de abajo, ponga una estampilla, y deposítela en el correo.

### Si tiene preguntas:

Llame a su Secretario del Condado (County Clerk)  
o a  
Secretario del Estado de Arkansas (Secretary of State)  
Mark Martin  
División de Elecciones  
1-800-482-1127

Contáctese con su Secretario del Condado (County Clerk) si usted no ha recibido confirmación de esta solicitud dentro de 2 semanas.

## INFORMACIÓN DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO ELECTORAL DE ARKANSAS

La sección 7 de la Ley Nacional de Inscripción en el Registro Electoral (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993 exige que cada estado otorgue la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública y toda recertificación, renovación y cambio de dirección. Este paquete de registro de electores representa su oportunidad de registrarse para votar o cambiar su dirección de registro electoral. Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si usted necesita ayuda para llenar esta planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral, nosotros lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted podrá llenar en privado la planilla de solicitud de inscripción en el registro electoral.

No se usará ninguna información relacionada a la negación de registrarse para votar en relación a la solicitud para ningún propósito distinto a la inscripción en el registro electoral.

Si usted considera que alguien ha interferido en su derecho a: 1) Registrarse para votar; 2) No registrarse para votar; 3) Privacidad para decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar; o 4) Elegir su propio partido político u otra preferencia política,

Puede presentar un reclamo al:

Secretario de Estado  
Room 256 State Capitol  
Little Rock, Arkansas 72201  
1-800-482-1127

### Envío de instrucciones para inscripción en el registro electoral

Usted tiene dos opciones para enviar su planilla de inscripción en el registro electoral.

1. Puede enviar la planilla de registro en persona o enviarla junto a su SNAP o solicitud de Medicaid a la oficina del DHS local de su condado. Puede encontrar la dirección de la oficina local de su condado en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) deben ser enviadas a la oficina del DHS del condado Jefferson. Si usted está usando alguna de estas planillas, podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral junto a su solicitud a dicha oficina. Al recibir las planillas en cualquier oficina del condado serán enviadas a la oficina del Secretario de Estado por usted.
2. También podrá enviar la planilla de inscripción en el registro electoral directamente a la oficina del Secretario de Estado. Para hacer esto, separe la planilla de su solicitud/renovación, doble la planilla siguiendo la guía del medio, selle el final con cinta adhesiva o con una grapa, y envíela a la dirección indicada. Para su envío se requiere una estampilla o sobre prefranqueado.

**Dirección postal de las oficinas del DHS por condados**

Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal	Condado	Dirección	Ciudad	Código Postal
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Rd	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71802	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Benton	900 SE 13 <sup>th</sup> Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72602	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	PO Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 East 2 <sup>nd</sup> St.	Booneville	72927	Searcy	106 School St	Marshall	72650
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison Ave	Ft. Smith	72901
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Cross	803 Hwy 64E	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	75229
Dallas	1202 W. 3 <sup>rd</sup> St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W 18 <sup>th</sup> St.	El Dorado	71730
Faulkner	1000 East Siebenmorgan Road	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	449 Ingram Street	Clinton	72031
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mount Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Danville	72833

**\*Si usted vive en el condado Pulaski, por favor revise la siguiente lista de códigos postales para asegurar el envío o devuelva su solicitud a la oficina correcta del DHS del condado Pulaski.**

**Pulaski Este:** 72016, 72053, 72126, 72135, 72201, 72202, 72203, 72205, 72207, 72212, 72223, 72227

**Pulaski Norte:** 72046 (England), 72113, 72114, 72115, 72117, 72118, 72119, 72142 (Scott), 72190, 72231

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

**Pulaski Sur:** 72204, 72206 (También para el Suroeste)

**Pulaski Suroeste:** 72002, 72065, 72103, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (También para el Sur)

DCO-0137 (R. 04/15)