

# ARKids First

## Solicitud por correo

Si necesita este formulario en otro formato, por ejemplo en letras grandes, póngase en contacto con la oficina DHS de su condado.

Si necesita este formulario en Español, llame al 1-800-482-8988

### 1 Información del solicitante

Usted deber ser PADRE/MADRE, TUTOR LEGAL o FAMILIAR y residir en el mismo hogar del menor(es) que recibirá los beneficios de ARKids

Número de la seguridad social*	Apellido			Nombre		Inicial del 2º nombre	
Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Condado	Dirección de correo electrónico			
Calle				Ciudad	Estado	Código ZIP	
Dirección postal (si fuera diferente)				Ciudad	Estado	Código ZIP	
Teléfono de la casa o de contacto		Teléfono de trabajo		¿Podemos llamarlo al trabajo? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No		Número de fax	

\*Número de seguridad social del padre, tutor o familiar no es obligatorio, pero ayuda a ofrecerle mejores servicios

### 2. Información del grupo familiar

Enumere todos los menores de 19 años que viven en su hogar y que quiere que sean considerados para ARKids. Por favor, entregue el número de seguridad social de cada menor. Adjunte una copia del certificado de nacimiento de cada menor que no tenga número de la Seguridad Social o que no haya nacido en Arkansas. Use hojas adicionales si fuera necesario.

Número de la seguridad social*	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Relación con usted	Ciudadano de USA (Si/No)**

\*\*No es necesario ser ciudadano estadounidense para participar en el programa. Si no es ciudadano estadounidense, adjunte documentación de otra nacionalidad.

Escriba los nombres de los padres de los menores mencionados arriba que viven en el hogar.

Número de la seguridad social*	Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Raza	Sexo	Nombres de los niños	Ciudadano de USA (Si/No)**

Enumere otros hijos de los padres mencionados arriba que viven actualmente en su hogar pero que no quiere incluir en los beneficios de ARKids. Estos menores pueden incluirse como miembros del hogar, si beneficia al solicitante.

Apellido	Nombre	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Ciudadano de USA (Si/No)

**PARA USO OFICIAL ÚNICAMENTE**

R E G	REGISTRO #	FECHA DE SOLICITUD	CONDA DO	CAT	ADULTO S	MENOR	TRABAJADO R #	SMN	ARKID IN	FECHA CLAVE	OP INT
D E N	TRABAJADOR #	FECHA DE RECHAZO	MOTIVO		SALVED AD	TIPO	CAT	CN	FECHA CLAVE		OP INT

**3. Ingresos**

¿Alguien mencionado en la página 1 recibe ingresos de las estas fuentes? Adjunte hojas de papel adicional para mayor explicación, si es necesario.

Fuente de ingresos	S	N	Fuente	Salario bruto (antes de impuestos)	¿Con que frecuencia?	¿Quien lo recibe?
Empleo, trabajo, puesto, labores agrícolas, auto-empleo (indique todos los trabajos para todos los individuos incluidos)						
Jubilación, seguridad social, SSI, beneficios para veteranos de guerra						
Pensión alimenticia, pensión para ex-cónyuge, beneficios por desempleo, indemnización laboral, préstamo estudiantil, becas						
Ingresos varios (trabajo a medio tiempo, cuidado de niños, alquiler de propiedades, contribuciones de amigos/familiares, alquiler de habitación/compañero de piso, seguros, etc.)						

¿Usted o su cónyuge trabajan para el gobierno estatal, universidad estatal, colegio universitario, escuela técnica o escuela publica de distrito de Arkansas?  
 Si  No

**2 Cuidado infantil**

¿Alguien mencionado en la página 1 de esta solicitud paga servicios de cuidado infantil para los menores incluidos en la página 1?

Si  No Si es así, ¿Cuanto paga? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**3 Cuentas médicas pendientes**

¿Alguno de los menores incluidos en la solicitud tiene gastos médicos pendientes de pago en los últimos 3 meses?

Si  No Si es así, ¿Quien? \_\_\_\_\_ ¿En qué mes(es)? \_\_\_\_\_

**4 Seguro de salud**

¿Alguno de los menores incluidos en esta solicitud tiene seguro médico de cualquier tipo en este momento?

Si  No Si es así, ¿Quien? \_\_\_\_\_ Empresa de seguros \_\_\_\_\_

Si es así, ¿el seguro se paga a través de su empleador?  Si  No

¿Algún menor incluido en esta solicitud ha tenido seguro de salud, distinto a Medicaid, en los últimos 6 meses?

Si  No Si es así, ¿Quien? \_\_\_\_\_ Empresa de seguros \_\_\_\_\_

Si es así, ¿el seguro se paga a través de su empleador?  Si  No

Por favor, explique porque ya no dispone de seguro médico. \_\_\_\_\_

## 5 Enfermedad crónica o discapacidad

¿Alguno de los menores incluidos en esta solicitud sufre enfermedad crónica o discapacidad (que requiera atención médica especial)?

Si  No Si es así, ¿Quién? \_\_\_\_\_

## 6 Elección del médico de cabecera

Indique sus 1ª, 2ª y 3ª preferencia para médico o clínica que quiera como médico de cabecera para cada uno de los menores incluidos en esta solicitud. ARKids permite que cada menor cubierto tenga solo un médico de cabecera. Llame a la línea gratuita 1-800-275-1131 para recibir asistencia en su elección. Use hojas adicionales si fuera necesario.

Nombres de los niños	Primera elección	Segunda elección	Tercera elección

## 7 Otros servicios disponibles

¿Quiere que le enviemos información para solicitar el Programa de nutrición suplementaria o SNAP?

(Antes llamado Programa de cupones de alimentos)  Si  No

¿Quiere que le enviemos información para recibir servicios de apoyo infantil gratuitos?  Si  No

### Lea atentamente antes de firmar esta solicitud

- Entiendo que debo ayudar a establecer mi elegibilidad entregando toda la información que pueda, y que en algunas situaciones debo entregar prueba de mis circunstancias.
- Autorizo al Departamento de Servicios Humanos (DHS) a obtener información de otras agencias estatales y otras fuentes para confirmar la veracidad de mis afirmaciones.
- Entiendo que el Número de la seguridad social (SSN) se usará en un programa electrónico de cotejo de datos para detectar y evitar la duplicación de participantes. El SSN también se usará en una búsqueda en el sistema de verificación de elegibilidad e ingresos del estado para comprobar salario, ingresos no ganados e información de beneficios de la Seguridad social, división de seguridad laboral y Servicio de Impuestos Internos. La información recibida puede ser comprobada mediante otros contactos cuando se descubran discrepancias con el DHS y esto puede afectar la elegibilidad o nivel de beneficios.
- Entiendo que a ninguna persona se le negarán los beneficios de ARKids por razón de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencias políticas.
- Puedo solicitar una audiencia al DHS si no se ha tomado una decisión sobre mi caso en el periodo de tiempo regular o si no estoy de acuerdo con la decisión tomada.
- Me comprometo a notificar a la oficina DHS del condado dentro de un plazo de 10 días si yo o alguno de mis dependientes dejamos de vivir en el hogar, si me mudo, o si ocurriese alguno otro cambio en mis circunstancias.
- Autorizo al DHS a examinar todos mis registros y aquellos de los reciben o han recibido beneficios de ARKids a través de mí para investigar si soy o no una persona que ha cometido fraude al programa ARKids, o para uso en todo procedimiento legal, administrativo o judicial.

**Asignación de apoyo médico.** Autorizo al poseedor de información médica o de otro tipo sobre mí a entregar la información necesaria para la solicitud de beneficios ARKids al DHS. Además autorizo la entrega de información a terceras partes que pueden ser responsables de mis gastos médicos. Como condición para ser elegible, cedo automáticamente mi derecho a todo acuerdo extrajudicial, sentencia o compensación que puede obtenerse de terceros al DHS hasta el máximo de la cantidad pagada por DHS en representación mía. Autorizo y solicito que los fondos, liquidaciones u otros pagos realizados por o en representación de terceros, incluidos ofensores o aseguradores que origine esta solicitud de beneficios ARKids, se paguen directamente al DHS. Mi solicitud de beneficios ARKids constituye en sí misma una cesión de pleno derecho y se considerará como gravamen estatutario toda liquidación, sentencia o compensación recibida por mí de terceros. Un tercero es toda persona, entidad, institución, organización u otra fuente que pueda ser responsable de lesiones, enfermedades, discapacidad o muerte sufrida por mí y otros incluidos en este documento, incluyendo los estados de dichos individuos. También cedo todos mis derechos a liquidaciones acordadas por mí o en representación mía como resultado de una demanda hasta el máximo de los gastos médicos pagados por el DHS, independientemente si se destina una parte de dicha liquidación para gastos médicos o no. Todos los fondos recibidos por mí se pagarán al DHS. Se podrá usar una copia de esta autorización en lugar del original.

**POR LA PRESENTE DECLARO BAJO PENA DE JURAMENTO FALSO QUE LA INFORMACIÓN ANTERIOR ES EXACTA Y FIDEDIGNA.** Si recibo beneficios a los que no tengo derecho porque he ocultado información o



## Direcciones postales de las oficinas DHS del condado

Condado	Dirección	Ciudad	Zip	Condado	Dirección	Ciudad	Zip	Condado	Dirección	Ciudad	Zip
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	PO Box 839	Paragould	72451	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	PO Box 813	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	72601	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	606 Pine St.	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N. Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prarie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 968	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce st.	Lewisville	71845	Pulaski North	PO Box 5791	No. Little Rock	72119
Clay-1	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski South	PO Box 2620	Little Rock	72203
Clay-2	1007 Ada St.	Corning	72422	Lee	PO Box 309	Marianna	72366	Pulaski SW	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd.	Pocahontas	72455
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-2	398 E. 2 <sup>nd</sup> St.	Booneville	72927	Searcy	350 School	Marshall	72650
Craighead	2920 McClellan Drive	Jonesboro	72401	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison #231	Ft. Smith	72901
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	108 Tn N, Prof Bldg A	DeQueen	71832
Crittenden	401 S. College Blvd.	W. Memphis	72301	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	PO Box 159	Ash Flat	72513
Cross	803 Highway 64 East	Wynne	72396	Miller	3809 Airport Plz.	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Dallas	1202 W. 3 <sup>rd</sup> St.	Fordyce	71742	Mississippi - 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E. Main	Mountain View	72560
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi - 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W. 18 <sup>th</sup> St.	El Dorado	71730
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	362 Ingram Street	Clinton	72031
Faulkner	PO Box 310	Conway	72033	Monroe-2	301 ½ N New Orlean	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Franklin	800 W.Commercial	Ozark	72949	Montgomery	PO Box 445	Mt. Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Fullton	PO Box 650	Salem	72576	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71901	Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Danville	72833

-----  
Doble por la mitad, grape o pegue los extremos, y envíe a la oficina DHS de su condado  
-----

**Dirección de respuesta**

-----  
-----  
-----

Pegue el sello aquí

Enviar por correo a la oficina DHS de su condado