

**Departamento de Servicios Humanos de Arkansas
División de Operaciones del Condado**

SOLICITUD DE ASISTENCIA DE PLANIFICACIÓN FAMILIAR

[Application for Family Planning Assistance, DCO-64]

Nombre del solicitante	Fecha de nacimiento	Raza	Número de teléfono
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Condado donde usted reside	Número de Seguro Social	SSN Verificado con la tarjeta Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
Seguro médico/de hospital Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Si tiene seguro, escriba el nombre de la compañía de seguros		

Nombre de los miembros de la unidad familiar: _____ **Número de miembros de la unidad familiar:** _____

Apellido, nombre de pila	Parentesco con el solicitante	Fecha de nacimiento	Ciudadano		Número de Seguro Social	Fuente de ingreso	Ingreso mensual
			Sí	No			

(Si necesita más espacio para escribir, use otra hoja de papel)

<p>Recursos financieros de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dinero en efectivo \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Cuentas de banco \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> (de cheque, de ahorro, de cooperativa de crédito, etc.) • Acciones, bonos, certificados de depósito (CD) \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Otros recursos (especifique) \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <hr style="border: 0; border-top: 1px solid black; margin: 5px 0;"/> <p align="right">TOTAL \$ <input style="width: 100px;" type="text"/></p>	<p>Ingresos de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingresos mensuales brutos en concepto de salario \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Menos deducciones salariales (\$90 por cada miembro de la familia empleado) \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Menos el costo de guardería/niñera (Hasta \$175 por cada niño mayor de 2 años. Hasta \$200 por cada niño menor de 2 años.) \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> A. Ingresos mensuales netos en concepto de salario \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Total mensual de ingresos no salariales \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> • Menos deducciones de ingresos no salariales (\$50 de mantenimiento de hijos) \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> B. Total mensual neto de ingresos no salariales \$ <input style="width: 80px;" type="text"/> <p align="right">INGRESOS NETOS DE LA UNIDAD FAMILIAR TOTAL (A+B) \$ <input style="width: 100px;" type="text"/></p>
---	--

Nivel de Recursos		Nivel de Ingresos			
<u>Número de miembros de la Unidad Familiar</u>	<u>Límite de recursos para necesidades médicas</u>	<u>Número de miembros de la Unidad Familiar</u>	<u>200% Nivel Federal de Pobreza</u>	<u>Número de miembros de la Unidad Familiar</u>	<u>200% Nivel Federal de Pobreza</u>
1	\$2,000	1	\$1,733.34	6	\$4,733.34
2	3,000	2	\$2,333.34	7	\$5,333.34
3	3,100	3	\$2,933.34	8	\$5,933.34
4	3,200	4	\$3,533.34	9	\$6,533.34
5	3,300	5	\$4,133.34	10	\$7,133.34
Súmele \$100 por cada persona adicional		Súmele \$600.00 por cada persona adicional			

Registration/Denial Data (No escriba en la siguiente sección: Solamente para uso de la Oficina de l DHS del Condado)

REGISTER #	APPLICATION DT	COUNTY	CAT.	ADULTS	CHILD	WORKER #	WORKER NAME	KEY DATE	OP. INT.
WORKER #	DENIAL DATE	REASON			CATEGORY		CN	KEY DATE	OP. INT.

LEA CON ATENCIÓN LA SIGUIENTE DECLARACIÓN

- Comprendo que a ninguna persona se le negarán los beneficios debido a su raza, color, edad, incapacidad, religión, país de origen, categoría de veterano o convicción política.
- Puedo pedir una audiencia al DHS (Departamento de Servicios Humanos) si no se toma una decisión en mi caso dentro del plazo de tiempo adecuado o si no estoy de acuerdo con la decisión.
- Es de mi entendimiento que los Números del Seguro Social [SSN] se emplean en un emparejamiento por computadora para prevenir la participación doble.
- Autorizo al DHS a examinar todos mis expedientes o los expedientes de aquéllos que reciben o han recibido beneficios de Medicaid a través de mi persona para investigar si alguna persona ha o no cometido fraude contra Medicaid, o para ser usados en cualquier procedimiento legal, administrativo o judicial.

CESIÓN DE GARANTÍA MÉDICA

- En caso de un reclamo de Medicaid, autorizo a cualquier persona o entidad que posea información médica o de otra índole acerca de mi persona a entregar la información necesaria a DHS. Además autorizo la entrega de cualquier información a otras partes interesadas que podrían tener que hacerse responsables de mis gastos médicos. Como requisito para calificar en el programa, automáticamente cedo al DHS mi derecho a cualquier arreglo monetario, fallo o adjudicación que se obtenga contra terceras partes por el monto total de cualquier cantidad que el DHS haya pagado a beneficio mío. Por la presente autorizo y solicito que todo recurso financiero, arreglo monetario, u otros pagos hechos por o en nombre de terceros, incluyendo a agraviadores o a aseguradores que surjan de un reclamo de Medicaid, sea pagadero directamente al DHS. Mi solicitud de beneficios de Medicaid de por sí constituye una cesión por efecto de la ley y se considerará un gravamen estatutario de cualquier arreglo monetario, fallo o adjudicación que yo reciba de terceros.
- También cedo todos mis derechos a cualquier arreglo monetario hecho por mí o en mi nombre que surja de cualquier reclamo al monto que alcancen los gastos médicos que el DHS haya pagado, sin importar si una porción de tal arreglo esté designada para gastos médicos. Cualquier fondo de este tipo que yo reciba deberá ser pagado al DHS. Se puede usar una copia de esta autorización en lugar del original.

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA DECLARACIÓN ANTERIOR ES VERDADERA Y CORRECTA. Si recibo beneficios a los que no tengo derecho debido a que presenté sólo parte de la información o porque di información incorrecta, tal asistencia estará sujeta a ser recuperada por el DHS. Cualquier ayuda que reciba en el futuro podría ser reducida para recuperar este sobrepago, y yo estaría sujeto(a) a enjuiciamiento por fraude, a una multa y/o encarcelamiento.

X

Firma del solicitante		Fecha
Firma del empleado del ADH	Número de teléfono	Fecha
Firma del empleado del DHS		Fecha

Instrucciones del formulario DCO-64sp

- Llene una solicitud de Asistencia de Planificación Familiar (DCO-64sp) con respecto a cada mujer que solicite los servicios de planificación familiar. Si la solicitante no es ciudadana de EE.UU, el empleado del ADH debe enviarla al DHS para hacerle una determinación de elegibilidad.
- Entre el nombre de la solicitante, de sus hijos naturales/adoptivos y del padre de esos hijos, si viven en la casa. Incluya solamente los ingresos y recursos de estos individuos. No incluya el de los hijastros.
- Si una menor de edad (U-18) pide estos servicios, inscribala como una familia de una sola persona, sin considerar los ingresos/recursos de los padres. Si la menor de edad (U-18) tiene hijos en la casa, incluya a los hijos, al padre de los hijos, si viven en la casa, y todos los ingresos/recursos de ellos.
- Uno de los padres puede omitir a un hijo(a) y los ingresos y recursos de él/ella si incluirle causa que el padre no sea elegible.

Procesamiento y Archivo

- Después que ha sido llenado el formulario DCO-64sp, se entrará al ACES. Si se acepta la transacción a través de la computadora, ponga sus iniciales y la fecha en el formulario, archive el expediente, y guárdelo hasta que el expediente sea destruido.