

**Departamento de Servicios Humanos de Arkansas**  
**NIÑOS CON CONDICIONES CRÓNICAS DE SALUD**  
**P.O. Box 1437 (Slot S380)**  
**Little Rock, Arkansas 72203-1437**

INFORMACIÓN NECESARIA PARA TRAMITAR SU SOLICITUD DEL PROGRAMA CHC

Estimado padre/tutor:

La solicitud para el programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud (Chronic Health Conditions, CHC) que está realizando se enviará por correo a la oficina del programa CHC en Little Rock, donde la elegibilidad se determinará según la condición médica o de desarrollo de su hijo, con base en cierta información que debe proporcionar. Lea a continuación la lista de acciones que debe tomar y la información que debe enviar por correo a la dirección de la oficina del programa CHC que se muestra en la parte superior de esta página.

1. **VERIFICACIÓN DE INGRESOS:** se le pide que verifique su ingreso bruto mensual en la solicitud. En ese momento, deberá proporcionar copias de los talonarios de cheques de un mes completo o la Declaración de ganancias (DCO-97) completada por su empleador. Este formulario le será proporcionado si el programa CHC lo exige. Escriba el nombre de su hijo y su condado de residencia en la esquina superior derecha y la dirección anterior en la parte superior antes de dárselo a su empleador. Envíelo al programa CHC, a la dirección antes mencionada.

Si usted o su cónyuge trabajan por cuenta propia, deberá proporcionar una copia de la Declaración de impuestos federales del último año, junto con los anexos. Además, es posible que se le pida que suministre otra información de ingresos más actualizada.

2. **CERTIFICADO DE NACIMIENTO:** deberá proporcionar copia del certificado de nacimiento o comprobante de ciudadanía estadounidense del niño para el que solicita los beneficios del programa CHC.
3. **SEGURO MÉDICO:** deberá proporcionar al programa CHC copia de ambos lados de la tarjeta de seguro de su hijo. Todos los servicios médicos cubiertos deberán facturarse a su compañía de seguros antes de al programa CHC. También se le pedirá que complete un formulario de Recursos de terceros (DCO-662).
  - Si su hijo no tiene cobertura, pero opta a un seguro médico a través de su empleo, el programa CHC exige documentación que indique que ha comenzado el proceso para obtener la cobertura. Si no tiene acceso a un seguro médico a través de su empleo, el programa CHC exige documentación que demuestre que usted ha comenzado el proceso para obtener cobertura conforme al Mercado de Seguros Médicos de Arkansas. Visite el sitio web en <https://myarinsurance.com/>.
4. **MEDICAID PARA SU HIJO:** debido a la limitación de fondos, el programa CHC no realizará pagos por atención médica que cubra Medicaid. Es posible que se le pida solicitar Medicaid para mantener la cobertura del programa CHC si parece que es podría ser elegible para Medicaid en cualquier categoría.
5. **NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA SU HIJO:** para fines de mantenimiento de registros, se exige un número de seguro social para todos los niños cubiertos por el programa CHC. Si ya tienen un número, el programa CHC necesitará una copia de la tarjeta de seguro social de su hijo. Si nunca han obtenido un número de seguro social, asegúrese de pedirle al trabajador social un formulario de solicitud para su hijo. Debería completar este formulario cuando llene la solicitud del programa CHC. Notifique al programa CHC el número de seguro social de su hijo tan pronto como lo reciba.
6. **REGISTRO DE VACUNAS:** el programa CHC necesitará una copia del registro de vacunas de su hijo.
7. **PUB-408 - DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE ARKANSAS AVISO DE PRÁCTICAS DE PRIVACIDAD:** firme y devuelva para nuestros archivos.

Si tiene alguna pregunta sobre el programa de Niños con Condiciones Crónicas de Salud o la información necesaria para su solicitud, llame gratis al 1-800-482-5850, extensión 2-2277 (Voz). Si necesita esta información en otro formato, como por ejemplo en letra grande o en Braille, comuníquese con su oficina del programa CHC o escriba a la dirección anterior.