

Departamento de Servicios Humanos de Arkansas

Solicitud de Cobertura de Salud

Adultos Solteros

Utilice esta solicitud para ver a cual cobertura califica a través del Departamento de Servicios Humanos (DHS).

- Medicaid, ARKids First o el Programa Arkansas Works
- Si no es elegible para cualquiera de la cobertura de arriba, su información será transferida al Mercado de Seguros de Salud Facilitado Federal para determinar su elegibilidad para los créditos de impuestos para ayudar a pagar un Plan de Salud Calificado.

¿Quién puede usar esta solicitud?

Adultos solteros quienes:

- No tengan dependientes y no puedan ser reclamados como dependientes en la declaración de impuestos de otra persona.

NOTA: Si cualquiera de las siguientes opciones aplican necesitará cumplimentar un formulario DCO-152 para asegurarse de obtener los mayores beneficios posibles:

- Estén casados o tengan hijos dependientes.
- Sean Indios Americanos o Nativos de Alaska.

Aplique más rápido en línea.

Aplique más rápido en línea a través de [Access.Arkansas.gov](https://www.access.arkansas.gov).

¿Qué necesitará para aplicar.

- Su número de Seguro Social (o número de documento si usted es un inmigrante legal).
- Empleador e información de ingreso (por ejemplo, de recibos de sueldo, formularios W-2 o declaraciones de impuestos y salarios).

¿Por qué le pedimos esta información?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otra información para que sepa a cual cobertura califica y si puede recibir ayuda para pagar por ello.

Mantendremos privada y segura toda la información que nos proporcione tal y como es requerido por la ley. Para ver la Ley de Declaración de Privacidad vaya a [Access.Arkansas.gov](https://www.access.arkansas.gov).

Obtenga ayuda con esta aplicación.

- **Teléfono:** Llame a nuestro Centro de Ayuda por el 1-855-372-1084.
- **En persona:** Para obtener más información, póngase en contacto con su oficina local del DHS del condado.
- **En Español:** Llame a nuestro centro de ayuda gratis al 1-855-372-1084.

Registro de votantes

En esta solicitud se incluye un juego con material para el registro de votantes, para facilitarle la oportunidad para que usted se registre para votar o cambiar su dirección de registro de votante. Aplicar para registrarse o rechazar registrarse a votar no afectará la cantidad de ayuda que recibirá de esta agencia.

Paso 1 – Háblenos de usted

1. Primer nombre, Segundo nombre, Apellido y Sufijo			
2. Dirección Habitación			3. Número de Apartamento o Suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código Postal	7. Condado
8. Dirección de Correo (si es diferente a la de habitación)			9. Número de Apartamento o Suite
10. Ciudad	11. Estado	12. Código Postal	13. Condado
14. Número de teléfono () -		15. Otro número de teléfono () -	
16. ¿Vive en el estado de Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		17. Si actualmente se encuentra fuera del estado, ¿tiene intenciones de regresar a Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Dirección de correo electrónico: Suministrar una dirección de correo electrónico válida nos permitirá procesar su solicitud y facilitarle actualizaciones de avisos de manera más eficiente. Suministrar una dirección de correo electrónico le permitirá recibir información sobre su cobertura de salud en tiempo real a través de su cuenta.

18. Dirección de correo electrónico:	19. No quiero suministrar una dirección de correo electrónico en este momento <input type="checkbox"/>
20. ¿Cuál es su idioma preferido o idioma escrito (si no es el Inglés)?	21. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)
22. Si es menor de 18 años, ¿está emancipado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo , ¿cómo fue emancipado? <input type="checkbox"/> Orden de un Tribunal <input type="checkbox"/> Derecho Consuetudinario	23. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino

24. Número de Seguridad Social (SSN) ____ - ____ - ____

Necesitamos esto si quiere la cobertura de salud y tiene un SSN. Utilizamos el SSN para comprobar los ingresos y otra información para ver si es elegible para la ayuda con los costos de cobertura de salud. Si necesita ayuda para obtener el SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios TTY deberán llamar al 1-800-325-0778.

25. ¿Es ciudadano estadounidense o nacional de los Estados Unidos? Sí No

26. ¿Es usted ciudadano de las Islas Marshall, Estados Federados de Micronesia o Palau? Sí No

27. **Si no es ciudadano estadounidense o nacional de los Estados Unidos:** ¿Tiene estado inmigratorio elegible? Sí No

En caso afirmativo, cumpliméntelo en su documento y escriba su número de identificación a continuación:

- a. Tipo de documento de inmigración _____ N° de Extranjero _____
- b. Número de identificación del documento _____ Fecha de Vencimiento _____
- c. ¿Vive en los Estados Unidos desde 1996? Sí No Fecha de entrada a los EE.UU. _____
- d. ¿Es usted un veterano o un miembro del servicio activo de las fuerzas armadas de los Estados Unidos? Sí No

28. **Si es Hispano/Latino, etnicidad (OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).**

Mexicano Mexicano – Americano Chicano/a Puertorriqueño Cubano Otro _____

29. **Raza (OPCIONAL – Marque todo lo que aplique).**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanco | <input type="checkbox"/> Filipino | <input type="checkbox"/> Japonés |
| <input type="checkbox"/> Guameño o Chamorro | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Coreano |
| <input type="checkbox"/> Negro/Afro Americano | <input type="checkbox"/> Otra Raza Asiática | <input type="checkbox"/> Nativo Hawaiano |
| <input type="checkbox"/> Indio Americano | <input type="checkbox"/> Samoano | <input type="checkbox"/> Islas del Pacífico |
| <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska | <input type="checkbox"/> Otros isleños del Pacífico | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| <input type="checkbox"/> Chino | | |
| <input type="checkbox"/> India asiática | | |

30. ¿Está embarazada actualmente? Sí No **En caso afirmativo**, ¿cuál es su fecha de parto? _____

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? _____

¿Ha dado a luz en los pasados 90 días? Sí No **En caso afirmativo**, ¿cuál fue la fecha de parto? _____

En caso afirmativo, ¿cuántos bebés parió? _____

31. ¿Estuvo en Cuidado de Crianza en Arkansas a la edad de 18 años o más? Sí No

En caso afirmativo, ¿estuvo inscrito en Medicaid cuando dejó el Programa de Cuidado de Crianza? Sí No

¿Está actualmente inscrito en Medicaid? Sí No

32. ¿Planea declarar impuestos federales EL PRÓXIMO AÑO? (De cualquier forma puede solicitar cobertura para la salud incluso si no declara los impuestos). Sí No

33. ¿Se espera que alguien fuera de su casa lo declare como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

34. ¿Se encuentra actualmente detenido en el Departamento de Correcciones, el Communal de Correccion, la cárcel del condado, la cárcel de la ciudad o algún correccional juvenil? Sí No

35. Si es así, ¿cuándo espera salir? _____

36. ¿Es estudiante? Sí No

ESTATUS		TIPO DE ESCUELA			
Tiempo completo	Medio tiempo	GED	Vocacional	Universidad abierta	Técnico
Graduado	Tiempo parcial	Posgrado	Equivalente Vocacional/Técnico	Licenciatura	No esta en la escuela

Paso 2 – Empleo Actual e Información de Ingresos

Empleado Si actualmente está empleado, háganos de sus ingresos. Comience con la pregunta 1.

No empleado Salte a la pregunta 9. **Autónomo** Pase a la pregunta 10.

TRABAJO ACTUAL 1:

1. Nombre y Dirección del Empleador _____

2. Número de Teléfono del Empleador _____

3. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____

Horario Semanal Cada 2 Semanas Dos veces al mes Mensual Anual

4. Promedio de horas trabajadas cada **semana**: _____ Fecha en que empezó a trabajar aquí _____
mm/dd/aaaa

TRABAJO ACTUAL 2:

5. Nombre y Dirección del Empleador _____

6. Número de Teléfono del Empleador _____

7. Salarios/propinas (antes de impuestos) \$ _____

Horario Semanal Cada 2 Semanas Dos veces al mes Mensual Anual

8. Promedio de horas trabajadas cada semana: _____ Fecha en que empezó a trabajar aquí _____
mm/dd/aaaa

9. **En el último año usted:** ¿Cambió de trabajo? ¿Dejó de trabajar? ¿Empezó a trabajar menos horas?

¿Ninguno de estos? Si dejó de trabajar ¿cuál fue la fecha en que terminó el trabajo? _____ (mm/dd/aaaa)

10. **Si es autónomo, conteste las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo b. ¿Cuánto ingreso neto (beneficios una vez que se pagan los gastos de negocio) recibirá de este empleo por cuenta propia este mes?

_____ \$ _____

11. **OTROS INGRESOS ESTE MES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad. **NOTA:** No necesita informarnos sobre la manutención de los hijos, pagos de los veteranos o Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés).

Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia	Los ingresos	La cantidad	Con que frecuencia
Ninguna			Seguridad Social			Intereses gravables		
Dividendos			Pago de becas			Interes no cuenta		
Pensiones/ Jubilación			Pensión de divorcio/ Manutención			Monto total		
Cuentas de Jubilación			Desempleado			El Ingreso Nativo de Alaska		
Ganancia de capital			Agricultura/ pesca Neto			El ingreso Indio Americano		
Ingresos foráneos			Premios/Reconocimientos			Otro Ingreso		

12. **DEDUCCIONES:** Marque todas las que aplican y diga la cantidad y frecuencia con que recibe esa cantidad. Si paga por ciertas cosas que pueden ser deducidas en una declaración federal de impuestos, díganos si ellas podrían lograr un costo más bajo de su cobertura de salud.

NOTA: No incluya un costo que ya consideró en su respuesta a autoempleo neto (Pregunta 10b).

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____
- Intereses de préstamo estudiantil \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____
- Otras Deducciones \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____
- Otras Deducciones \$ _____ ¿Cuán a menudo? _____

Paso 3 – Estado Actual de la Cobertura de Salud

1. **ESTADO DE DISCAPACIDAD:** ¿Tienes alguna discapacidad? Sí No ¿o eres ciego? Sí No
 ¿Vive en un centro médico o clínica de reposo? Sí No
En caso afirmativo, ¿qué tipo de instalación es? Residencia de Ancianos Centro de Desarrollo Humano
 Hospital del Estado de Arkansas Centro de Salud de Arkansas Centro de Atención Intermedia para los Intelectualmente Discapacitados
 ¿Tiene una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas, etc.)? Sí No
2. **FACTURAS MÉDICAS SIN PAGAR** - ¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de este mes? Sí No
 No
 ¿Necesita ayuda para pagar gastos médicos en los últimos tres meses? Sí No
 ¿Estas facturas son de un emergencia médico? Sí No
 ¿Se mantuvo el número de personas viviendo con ustedes igual que en el presente durante los últimos 3 meses?
 Sí No
 ¿Se mantuvo su ingreso familiar igual en el presente durante los últimos 3 meses? Sí No
 De no ser así, ¿cuántas personas han vivido en la casa y cuál ha sido el ingreso familiar en los últimos meses? _____
3. **¿Está inscrito en estos momentos en cobertura de salud en alguno de los siguientes?** Sí No
Si es así, marque en cual cobertura:
- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Medicaid (de otro estado) | <input type="checkbox"/> Programas de atención de salud de la administración de veteranos |
| <input type="checkbox"/> ARKids First/CHIP | <input type="checkbox"/> Seguro del empleador-COBRA |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro del empleador |
| <input type="checkbox"/> TRICARE (No marque si tiene Cuidado Directo o Línea de Deber) | <input type="checkbox"/> Otro seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Cuerpos de Paz | |

Si marcó seguro del empleador u otro seguro médico, por favor complete lo siguiente:

Nombre del seguro médico: _____ Número de póliza: _____

¿Es este un plan para el retiro? Sí No

¿Es este un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? Sí No

4. **Si está inscrito en un plan de salud, ¿se le ofrece por un trabajo?**

Marque sí incluso si la cobertura es por el trabajo de otro, como un familiar o cónyuge. Sí No

5. **¿Ha perdido cobertura en los últimos 90 días?** Sí No

De ser así, ¿cuándo terminó la cobertura? _____

¿Por qué terminó la cobertura? _____

¿Era el seguro un plan patrocinado por un grupo o un empleador? Sí No

6. **¿Usa usted tabaco?** Sí No

Paso 4 – Lea y Firme Esta Solicitud

Voy a firmar esta aplicación bajo pena de perjurio, que significa que he proporcionado verdaderas respuestas a todas las preguntas en este formulario a lo mejor de mi conocimiento. Sé que puedo estar sujeto a sanciones bajo la ley federal si deliberadamente proveo información falsa o tergiversada.

- Sé que debo informarle al Departamento de Servicios Humanos si algo cambia (y es diferente a) lo que escribí en esta aplicación. Puedo visitar Access.Arkansas.gov o llamar al 1-855-372-1084 para reportar cualquier cambio. Entiendo que un cambio en mi información pudiera afectar mi elegibilidad.
- Sé que bajo la ley federal, no está permitida la discriminación sobre la base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o incapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación llamando al 1-501-682-6003.
- Confirmando que no estoy encarcelado (detenido o en prisión).
- Confirmando que el año próximo espero presentar una declaración federal de impuestos, no reclamaré dependientes en la declaración y no podré ser reclamado como dependiente en ninguna otra declaración de ingresos de impuestos federales.
- Entiendo que el Programa Arkansas Works no es un programa federal o del estado de derecho y que puede ser terminado en cualquier momento mediante una notificación apropiada.
- Entiendo que mi información será compartida con la División de Servicios de la Fuerza Laboral de Arkansas.
- Entiendo que la participación en la División de Servicios de la Fuerza Laboral no afectará mi elegibilidad para Medicaid o para el Programa Arkansas Works.

Necesitamos la información de este formulario para comprobar su elegibilidad para Medicaid, ARKids First o al Programa Arkansas Works si usted decide aplicar. Revisaremos sus respuestas utilizando la información en nuestras bases de datos electrónicas y bases de datos del Servicio de Ingresos Internos (IRS, por sus siglas en inglés), Seguridad Nacional, Departamento de Seguridad Interior, y/o una agencia de informes al consumidor. Si la información no coincide, pediremos que nos envíe pruebas.

Renovación de la cobertura en los próximos años

Para que sea más fácil determinar mi elegibilidad para la cobertura Medicaid, ARKids First o del Programa Arkansas Works en los años futuros, estoy de acuerdo en permitir que el Departamento de Servicios Humanos utilice los datos incluyendo la información de ingresos de las declaraciones de impuestos. DHS me enviará un aviso, me permite hacer cualquier cambio y puedo optar por salir en cualquier momento.

Sí, revisar mi elegibilidad automáticamente para los siguientes: 5 años (el número máximo de años permitidos)

O para un menor número de años: 4 años 3 años 2 años 1 año No utilice información de impuestos para revisar la elegibilidad.

Si soy elegible:

Si me inscribo en Medicaid, ARKids First o en el Programa Arkansas Works, le estoy dando al Departamento de Servicios Humanos mis derechos para buscar y obtener dinero de otro seguro de salud, establecimientos legales u otros terceros.

Mi derecho a apelar:

Si creo que DHS ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa decirle a alguien en el Departamento de Servicios Humanos que creo que la acción está equivocada y solicito una revisión justa de la acción. Sé que puedo averiguar como apelar una acción contactando a DHS por el 1-501-682-8622. Sé que puedo ser representado en el proceso por alguien que no sea yo mismo. Se explicará mi elegibilidad y otra información importante.

Firmar esta aplicación: La persona que cumplimentó el Paso 1 debe firmar esta aplicación. Si usted es un Representante Autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado una copia firmada de la DCO-153, Consentimiento de un Representante Autorizado.

Firma

Fecha(mm/dd/aaaa)

Paso 5 – Presentar la Solicitud Cumplimentada

Envíe correo su aplicación firmada a:

DHS Jefferson County
P.O. Box 8848
Pine Bluff, AR 71611-8848

O envíe la aplicación por correo electrónico a: 351Jefferson@arkansas.gov
O envíe la aplicación por fax a: 1-870-534-3421.
O entregue su solicitud firmada a su oficina local del DHS.

Esto completa el proceso de solicitud para Medicaid, ARKids First y el Programa Arkansas Works. 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 dirección de registro de votante? Sí No

Si seleccionó Sí, por favor complete y firme la Solicitud de inscripción de votantes adjunta y entréguela con su solicitud de Medicaid.

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN COMO VOTANTE 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					
		Número de identidad asignado					
1	Sr. Sra. Srta.	Apellido(s)	Jr. II. III. IV.	Sr.	Nombre	Segundo(s) nombre(s)	
2	Domicilio/ Vivienda (Vea Sección "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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
9	No. de identidad - Marque la casilla que corresponda y provea el número correspondiente. <input type="checkbox"/> No. de Licencia de Conducir _____ <input type="checkbox"/> Si no tiene Licencia de Conducir provea los últimos cuatro números de su Número de Seguro Social _____ <input type="checkbox"/> No tengo Licencia de Conducir ni Número de Seguro Social.		Firma del elector—Por favor firme su nombre completo o márkuelo. 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? <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 su actualidad mental por un tribunal con jurisdicción competente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (D) ¿Ha sido condenado de un delito grave y su condena no ha sido 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 "Sí" 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.

<ul style="list-style-type: none"> • 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)
---	---------------------------------

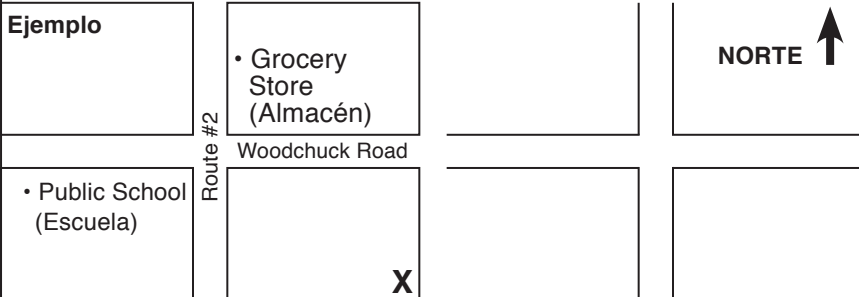
Fecha de nacimiento _____ / _____ / _____
 Mes Día Año

A	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr. II. III. IV.	Sr.	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.



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 Constitución 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

First Class
Postage Required
Se requiere
estampilla de 1a.
Clase para envío
por correo

From (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 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)
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 th 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 nd 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	72529
Dallas	1202 W. 3 rd 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 th 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)