

## **Solicitud de asistencia pública**

Departamentos de Financiación y Políticas de Atención a la Salud y de Servicios Humanos del estado de Colorado

**Retire las páginas A a V para guardar como constancia**

Tiene la opción de responder solamente aquellas preguntas pertinentes al programa que solicita.

**Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (SNAP)**- antes conocido como Ayuda para alimentos

**Las preguntas marcadas con un ■ NO se exigen para SNAP.**

- Tiene derecho a presentar hoy su solicitud. **Puede comenzar el procedimiento completando este formulario con su nombre, dirección y firma o la de un representante autorizado y entregándolo en una oficina del condado.** Nos puede entregar su solicitud personalmente, por fax o por correo electrónico, o puede hacer la solicitud a través de PEAK. **Antes de recibir SNAP será necesaria una entrevista** y es posible que le exijan el comprobante de alguna información proporcionada en la solicitud. **Los beneficios comenzarán a partir de la fecha en que la oficina del condado reciba su solicitud firmada.**
- Puede recibir SNAP en el plazo de 7 días si los bienes del grupo familiar son menores a \$100 y los ingresos no superan los \$150 por mes; O si sus costos mensuales de albergue son mayores que sus ingresos mensuales más el dinero en efectivo disponible o en el banco; O si alguno de los integrantes del hogar es un trabajador agrícola

Revisado en 07/2023

migrante o temporero y el grupo familiar tiene menos de \$100 en efectivo disponible y en el banco.

- Si no reúne las condiciones para el trámite acelerado de SNAP, los beneficios pueden comenzar en el plazo de 30 días si se presentaron todos los comprobantes solicitados de la información que presentó en su solicitud. Si se le niega la asistencia acelerada, puede solicitar una audiencia informal.

**Programas de ayuda en efectivo Las preguntas marcadas con un ♦ NO se exigen para la ayuda en efectivo.**

- **Colorado Works (CW)**, que a nivel federal se llama Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families*, TANF) – Para los grupos familiares con un hijo o una madre embarazada. Proporciona beneficios en efectivo para familias necesitadas. Con algunas excepciones, los padres deben participar en actividades laborales. Según las circunstancias de su grupo familiar, es posible que se haga una remisión a los servicios de manutención de menores (Child Support Services). Si cree que esto podría causarles problemas a usted o a sus hijos, puede solicitar justificación o motivo suficiente para renunciar a esta remisión.
- **Complemento de Colorado al Ingreso de Seguro Suplementario (*Supplemental Security Income*, SSI)** – Ofrece un complemento en efectivo adicional a las personas elegibles que no reciban la subvención total del SSI de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

- **Ayuda para los discapacitados necesitados (*Aid to the Needy Disabled, AND estatal*)**– Ofrece beneficios en efectivo para personas de 18 a 59 años que se haya determinado que estuvieron totalmente discapacitadas durante seis meses por lo menos, o personas menores de 59 años que cumplan con la definición de persona ciega.
- **Pensión por edad avanzada (*Old Age Pension, OAP*)** – Ofrece beneficios en efectivo para personas de bajos ingresos mayores de 60 años.
- **Subsidio para atención domiciliaria (*Home Care Allowance, HCA*)**- Para personas que necesitan ayuda regularmente con parte o todo su cuidado diario (como por ejemplo bañarse, vestirse, comer, ir de un lugar a otro y usar el baño). Ofrece beneficios en efectivo que se deben usar para pagar al proveedor de servicios. Se exige una evaluación funcional.

**Asistencia médica Las preguntas marcadas con un • NO se exigen para la asistencia médica.**

La asistencia médica comprende el seguro gratuito o de bajo costo de **Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado)** o el **Programa del Plan de Salud Infantil Plus (Child Health Plan Plus, CHP+)**. También incluye planes de seguro de salud privados asequibles que le ofrecen una cobertura integral por medio de **Connect for Health Colorado (el "Mercado")**. Esto incluye créditos fiscales que pueden bajar inmediatamente sus primas de cobertura de salud. También comprende asistencia para pagar sus primas de Medicare.

## **Instrucciones:**

Indique **A TODAS LAS PERSONAS** de su hogar y de su declaración federal de impuestos, incluso si no hace la solicitud para ellas. Use más papel si es necesario. Si usted no es ciudadano y tiene un patrocinador, deberá indicar la información del patrocinador en una pregunta posterior de esta solicitud.

**Si solicita beneficios y tiene un número de seguro social (Social Security Number, SSN), necesitamos esta información.** Proporcionar su SSN puede agilizar el procedimiento de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información con el fin de saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite [socialsecurity.gov](https://www.socialsecurity.gov). Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. En el caso de SNAP, indicar el SSN o la situación migratoria es opcional. Si no se indica el SSN o la situación migratoria de una persona, esa persona no recibirá beneficios. Aunque no se indique el SSN ni se presente el comprobante de la situación migratoria de la persona, debe presentar los ingresos y recursos que tenga, así como también los gastos que pague, porque esa información se usará para determinar la elegibilidad y los beneficios para los integrantes del grupo familiar que reúnan las condiciones.

## **Lo que debería saber**

Al completar y firmar la solicitud de asistencia pública del estado de Colorado y otros documentos necesarios para determinar si soy elegible para recibir beneficios de asistencia pública **Y** al aceptar los beneficios para los que reúno las condiciones, entiendo la información siguiente y acepto los requisitos siguientes:

- Debo decir la verdad; es un delito mentir en esta solicitud.
- Es posible que tenga que entregar documentos que demuestren que lo que he dicho es verdad.
- Es posible que deba informarles de cambios en la información que doy en mi solicitud. Si creo que cometieron un error, puedo pedir una apelación o una audiencia justa.
- El departamento no discriminará.
- El departamento confirmará la ciudadanía y la situación migratoria de todas las personas que soliciten beneficios.
- El departamento le informará si sus beneficios cambian.
- El departamento o el organismo federal pertinente recuperarán los beneficios que usted no debería haber recibido.

**1.** El Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud (*Health Care Policy and Financing, HCPF*) es el organismo estatal responsable de los programas de asistencia médica del estado de Colorado. El Departamento de Servicios Humanos es el organismo estatal responsable de los demás programas de asistencia pública. Los Departamentos de Servicios Humanos/Sociales del condado y los centros de asistencia médica son los organismos que reciben y tramitan las solicitudes de todos los programas de asistencia pública. En esta declaración, el término "departamento" se usa para referirse a todos los organismos.

**2.** Debo entregar al departamento todos los comprobantes y documentos necesarios antes de reunir las condiciones para recibir beneficios.

**3. La información que proporciono en la solicitud y en la entrevista de la solicitud es confidencial. No obstante, el departamento puede usar o compartir la información con otros programas que cualquiera de los integrantes de mi familia y/o grupo familiar reciba o solicite. La información solamente se puede usar con fines de tratamiento, pago, determinación de elegibilidad, otros procesos administrativos y del programa o con otros fines que autorice la ley para mi familia y/o integrantes de mi grupo familiar o para mí. Además, esta información se puede divulgar a otros organismos federales y estatales con el objeto del examen oficial, y a las fuerzas y cuerpos de seguridad con el fin de arrestar a personas fugitivas para evadir la ley. También se determinará si la información es verdadera. Si alguna información es incorrecta, se puede negar SNAP y el solicitante puede ser objeto de un proceso penal por proporcionar deliberadamente información incorrecta.**

**4. Es un delito mentir en la solicitud o recibir beneficios para los que sé que mi familia y yo no tenemos derecho y puedo ser objeto de un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa. Dar información falsa se puede castigar con una multa de hasta \$250,000 o una condena de hasta 20 años, o ambas.**

**5. Si se descubre que una persona dio información falsa deliberadamente, no podrá ser beneficiaria de SNAP ni de los programas de ayuda en efectivo durante 12 meses en el caso del primer delito, 24 meses para el segundo delito y permanentemente ante un tercer delito. Si se descubre que una persona infringió deliberadamente las normas del programa en el marco de SNAP o los programas de ayuda en efectivo, esa persona también queda descalificada de**

**los programas de ayuda en efectivo durante el mismo período de tiempo. Un tribunal también puede impedir que una persona reciba SNAP por otros dieciocho meses. Este delito está sujeto el proceso judicial en virtud de otras leyes estatales y federales. Recibir beneficios duplicados de SNAP por mentir con respecto a la identidad o el domicilio tendrá como consecuencia la descalificación durante diez (10) años con el primer delito, la descalificación por diez (10) años con el segundo delito y la descalificación permanente con el tercer delito. Si omito o proporciono información (aparte de mentir sobre la identidad o el domicilio) que dé como resultado la duplicación de los beneficios emitidos, me pueden descalificar por 12 meses con el primer delito, 24 meses con el segundo delito y permanentemente con el tercer delito. A una persona declarada culpable por un tribunal o que fue descalificada mediante una medida de excepción de infracción intencional al programa (Intentional Program Violation, IPV) por falsear su domicilio para obtener asistencia en dos estados al mismo tiempo, se le negará la asistencia de Colorado Works durante diez (10) años.**

**6. El departamento me notificará por escrito sobre cómo y cuándo informar sobre cualquier cambio al departamento.** Si soy beneficiario de programas de ayuda en efectivo, sé que debo informar a la organización que proporciona la asistencia si la información que indiqué en esta solicitud cambia antes del día 10 del mes posterior al cambio. Tengo conocimiento de que tengo 10 días calendario para informar sobre cualquier cambio si me inscribo en Health First Colorado o en el Plan de Salud Infantil Plus (CHP+). Los cambios se deben informar a la oficina local de Health First Colorado o CHP+ de mi condado. Soy responsable de pagar honorarios, primas y copagos para mí

mismo y mi familia si son necesarios para recibir los beneficios de asistencia médica. Sé que tengo 30 días calendario para informar de cualquier cambio a Connect for Health Colorado si recibo créditos fiscales anticipados para primas, copagos o deducibles reducidos, o si estoy inscrito en un plan de salud calificado. Si mi familia está inscrita en varios programas de asequibilidad de seguros, debo comunicar los cambios a cada organización en el plazo correspondiente. Entiendo que un cambio en la información podría afectar mi elegibilidad y la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.

7. Si no digo la verdad en mi solicitud o si la información se omite en la solicitud, o si no comunico los cambios al departamento, según lo dispuesto, podría perder la asistencia y podría tener que devolver al departamento los gastos correspondientes a la asistencia recibida cuando yo no reunía las condiciones Si tengo que devolver dinero al departamento, entiendo que se pueden tomar salarios, reintegros o reembolsos tributarios federales que pudiera recibir yo u otra persona incluida en esta solicitud.

8. La ley estipula que el departamento debe verificar la situación migratoria y la ciudadanía de cualquier persona que presente una solicitud. No verificarán la situación migratoria de los familiares que no soliciten beneficios. Es posible que se me exija presentar un comprobante de la documentación de inscripción como no ciudadano entregada por el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (**United States Citizen and Immigration Service**, USCIS) de todos los no ciudadanos integrantes de mi hogar que soliciten beneficios. El departamento confirmará la información con el USCIS y toda la información recibida del USCIS puede afectar mi elegibilidad y mis beneficios. La legislación federal (derecho público 97-98) me exige que informe al departamento el número de seguro



social y/o el número de inscripción de extranjero de todas las personas que soliciten asistencia pública. También debo dar el número de seguro social y/o el número de registro de extranjero para todos los patrocinadores. **Para los programas de ayuda económica para adultos (Adult Financial) y Colorado Works, el USCIS confirmará la información del patrocinador y la información que se reciba del USCIS puede afectar el reintegro del patrocinador con respecto a mi elegibilidad y beneficios. Mi patrocinador y yo podemos ser responsables de reintegrar al estado los beneficios que yo reciba.**

**9.** No tengo que ser ciudadano de Estados Unidos para solicitar ayuda. **No deje que el temor con respecto a la situación migratoria le impida solicitar beneficios para su familia.**

**10.** Si soy residente de una institución y a la vez solicito SSI y SNAP antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la solicitud será la fecha en que me dejen ir de la institución. El tiempo de tramitación comenzará a partir de la fecha en que se reciba la solicitud en la oficina de SNAP.

**11.** Información sobre la ley de privacidad: El departamento está autorizado a obtener información de la solicitud, incluidos los números de Seguro Social, y confirmará la información que pudiera afectar la elegibilidad inicial o en curso y los pagos de todas las personas indicadas en mi solicitud. **Permito que el departamento use los números de Seguro Social (SSN) y otra información de mi solicitud para solicitar y recibir información o documentos que confirmen la información incluida en mi solicitud.** Se negarán los beneficios de SNAP a las personas que no indiquen un número de seguro social, y los números de seguro social se usarán y divulgarán de la misma manera con respecto a los miembros elegibles y no elegibles.

**Eximo al departamento de toda responsabilidad por compartir esta información con otros organismos para este fin.** Por ejemplo, el departamento puede obtener y compartir información con cualquiera de los organismos siguientes: Administración del Seguro Social (SSA), Servicio de Recaudación de Impuestos (**Internal Revenue Service**), Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos (**Customs and Immigration Services**); Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado (**Colorado Department of Labor and Employment**), instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, cooperativas de ahorro y crédito, compañías de seguros, propietarios, agentes de arrendamiento, etc.); servicios de manutención de menores; empleadores; tribunales; y otros organismos federales o estatales; y en el caso de SNAP, fuerzas y cuerpos de seguridad con el fin de arrestar a personas fugitivas para evadir la ley.

**12.** Si se determina que mi grupo familiar recibe un pago excesivo por parte de SNAP, Colorado Works y/o la ayuda económica para adultos, la información de esta solicitud, incluidos los números de seguro social, se pueden enviar a organismos federales y estatales, así como también a empresas privadas de cobro de deudas para la cobranza de las reclamaciones.

**13.** Para pagarme la mayor parte de mis beneficios de asistencia pública se usa la tarjeta EBT (tarjeta de transferencia electrónica de beneficios) (o Quest). No puedo comercializar ni vender tarjetas EBT. Las únicas personas que pueden usar la tarjeta EBT de mi grupo familiar son los integrantes de mi grupo familiar, mi/s representante/s autorizado/s, y las personas fuera de mi grupo familiar que tengan mi autorización para usar mi tarjeta EBT para acceder a los beneficios para las personas de

mi grupo familiar. No puedo usar mi tarjeta EBT para acceder a mis beneficios de dinero en efectivo en lugares identificados como lugares prohibidos, entre los que se incluyen establecimientos de juegos autorizados, locales de transmisión simultánea en el estado, pistas de carreras, locales comerciales para jugar al bingo, tiendas o establecimientos en los que la principal actividad comercial sea la venta de armas de fuego, locales de venta al por menor autorizados para vender bebidas a base de malta, vinos o bebidas alcohólicas, establecimientos autorizados para vender marihuana de uso medicinal o productos con marihuana de uso medicinal, o para la venta al por menor de marihuana o productos relacionados con la marihuana, y establecimientos que ofrezcan entretenimiento dirigido a los adultos en el que los actores se desvistan o actúen desnudos como espectáculo. **El uso indebido continuo de mi tarjeta EBT en lugares prohibidos causará la suspensión de mis beneficios de dinero en efectivo en mi tarjeta EBT o mis beneficios de dinero en efectivo se cancelarán por un período de 30 días y será necesario presentar una nueva solicitud.**

14. Puedo nombrar a alguna persona o a una organización para que me represente. Para los programas SNAP, Cash y Medical Assistance (Asistencia Médica) debo hacerlo por escrito, en línea a través de mi cuenta PEAK o por correo. Para Medical Assistance (Asistencia Médica) también puedo hacerlo por teléfono. La persona u organización que designe como mi representante autorizado me puede ayudar a solicitar asistencia, obtener beneficios, y usar mis beneficios para comprar alimentos para mí. Puedo nombrar a una persona para que me ayude con cada tarea por separado, o puedo nombrar a una persona para que me ayude con todas esas tareas.

**15.** Si creo que el departamento cometió un error, puedo solicitar una audiencia imparcial. El departamento me informará por escrito sobre cómo presentar una apelación. Puedo pedir una audiencia imparcial tanto verbalmente como por escrito. Mi caso puede ser presentado por un integrante de mi grupo familiar o mi representante, como por ejemplo un asesor legal, amigo o pariente. Puedo solicitar una apelación para cualquier acción o cualquier programa salvo para el programa CHP+.

**16.** Si creo que el programa CHP+ cometió un error, puedo solicitar una apelación. CHP+ me informa sobre cómo presentar una apelación por escrito.

**17.** Colorado Works no es un programa de concesión de derechos y los beneficios no se garantizan. Para seguir siendo elegible, se me puede exigir que haga una evaluación y elabore un plan. Salvo que esté eximido, se me exigirá que participe en actividades de orientación laboral.

**18.** Como solicitante de Colorado Works, si me rehúso a colaborar con los servicios de manutención de menores al momento de hacer la solicitud o mientras recibo ayuda en efectivo por medio de Colorado Works, sin un motivo legítimo, no recibiré asistencia ni una subvención básica de ayuda en efectivo para mi familia. Si creo que cooperar me hará daño a mí o a mis hijos, puedo informar a servicios de manutención de menores y es posible que no tenga que cooperar. Las razones para no cooperar con los servicios de manutención de menores pueden ser, entre otros, el posible daño físico o emocional a un niño o niños, padre o madre o pariente cuidador; embarazo o nacimiento de un niño relacionado con incesto o violación mediante el uso de la fuerza; adopción legal ante el tribunal o que uno de los padres reciba servicios previos a la adopción; u otros motivos que se determine que sean en beneficio del niño.

Para poder colaborar con los servicios de manutención de menores, deberé completar documentación adicional relativa al niño o los niños, paternidad del niño o los niños, y presentar todos los documentos judiciales concernientes al niño o los niños.

**19.** Si soy un adulto de entre 18 y 49 años, sin hijos menores de 18 años en mi grupo familiar de SNAP, solo seré elegible para recibir beneficios de SNAP por tres meses, a menos que corresponda uno de los siguientes casos: Si trabajo en un empleo 80 horas por mes e informo las horas que trabajé a la oficina local del programa Empleo Primero (**Employment First**), o cumpla con los requisitos del programa de trabajos del gobierno (**Workfare program**) o los requisitos del programa de trabajo establecidos por la oficina de Empleo Primero. Además, puedo continuar recibiendo mis beneficios de SNAP si se determina que no puedo trabajar por problemas físicos o mentales, o si la oficina de SNAP identifica otras exenciones pertinentes. Si cumpla con alguno de estos criterios, podré continuar recibiendo SNAP mientras siga siendo elegible.

**20.** Entiendo y acepto que para recibir SNAP, ciertos integrantes del grupo familiar deberán registrarse para trabajar. Esto significa que ciertos integrantes del grupo familiar deben:

- A) Presentarse en Empleo Primero (programa de trabajo) cuando la oficina de SNAP programe una cita.
- B) Cumplir las instrucciones de Empleo Primero (programa de trabajo), entre las que se incluyen presentarse a todas las citas programadas y cumplir a cabalidad los acuerdos escritos firmados.
- C) Proporcionar información a la oficina de SNAP o a Empleo Primero (programa de trabajo) sobre los

empleos que obtengamos yo o los integrantes de mi grupo familiar mientras recibimos SNAP.

- D) Informar a la oficina de SNAP o a Empleo Primero (programa de trabajo) si yo o los integrantes de mi grupo familiar no podemos trabajar. Me pedirán que presente comprobantes, trabaje las horas asignadas por el programa de trabajos del gobierno y acuda a entrevistas de trabajo concertadas para mí o para los integrantes de mi grupo familiar. Las personas que no cumplan con los requisitos de trabajo podrán quedar descalificadas para recibir ayuda para alimentos.

**21.** Debo colaborar plenamente con el personal estatal y federal si se revisa mi caso. El departamento, o sus representantes, pueden revisar y confirmar mi información incluida en esta solicitud. Mi grupo familiar no será elegible para recibir SNAP si me niego a colaborar con la revisión de mi caso, que incluye la revisión de control de calidad.

**22.** No puedo usar los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o cigarrillos. Me pueden descalificar por usar SNAP para pagar artículos adquiridos a crédito. **Si un tribunal de justicia declara a una persona culpable de usar beneficios de SNAP para comprar o recibir ilegalmente sustancias controladas, esa persona será descalificada durante dos años con el primer delito y permanentemente con el segundo delito. Las personas que un tribunal federal, estatal o local compruebe que usaron o recibieron beneficios en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, quedarán permanentemente inhabilitadas para recibir SNAP la primera vez que cometan dicha infracción. Si un tribunal de**

**justicia comprueba que una persona es culpable de haber traficado con beneficios por un monto total de \$500 o más, esa persona quedará inhabilitada permanentemente para recibir SNAP la primera vez que cometa dicha infracción.**

**23. El tráfico de beneficios se refiere a:**

- a. Comprar, vender, robar o efectuar de cualquier otra forma un intercambio de los beneficios de SNAP emitidos y obtenidos mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (*Electronic Benefit Transfer, EBT*), números de tarjetas y números de identificación personal (personal identification number, PIN), o por cupones canjeables manuales y firma, por dinero en efectivo u otra contraprestación distinta a los alimentos que cumplen los requisitos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o confabulación con otras personas, o actuando solo; o**
- b. El intercambio de beneficios de SNAP o tarjetas EBT por armas de fuego, municiones, explosivos, o sustancias controladas; o**
- c. Un participante de SNAP, incluido el representante autorizado designado por el participante, que deliberadamente transfiera el beneficio de SNAP a otra persona que no use, o no pretenda usar, los beneficios de SNAP para el grupo familiar de SNAP al que estaban destinados los beneficios; o**
- d. La reventa de alimentos que fueron adquiridos con los beneficios de SNAP para obtener dinero en efectivo; u**
- e. Obtener un ingreso de dinero en efectivo al devolver envases de agua u otros envases que fueron**

**adquiridos con beneficios de SNAP. La compra de envases de agua está incluida dentro de los alimentos elegibles que se pueden pagar con beneficios de SNAP. Sin embargo, cuando se devuelve el envase, el depósito se debe devolver a la tarjeta EBT del usuario y no se debe entregar en efectivo al cliente.**

- f. Intentar comprar, vender, robar o afectar de cualquier otra manera un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y obtenidos por medio de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o por cupones canjeables manuales y firmas, por dinero en efectivo u otra contraprestación distinta a los alimentos que cumplen los requisitos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o confabulación con otras personas, o actuando solo.**

**24.** Si no informo y presento comprobantes de hipoteca, gastos de la vivienda, seguro de la propiedad, impuestos sobre la propiedad, pagos de manutención de menores por mandato judicial, cuidado de niños o adultos, y gastos médicos que paguen las personas de mi grupo familiar que sean adultos mayores o tengan una discapacidad, declaro que no quiero la deducción específica que se usa para determinar el monto de mi beneficio de SNAP.

**25.** Puedo solicitar SNAP además de pedir beneficios de otros programas. Mi elegibilidad para recibir beneficios de SNAP se determinará sin tener en cuenta otros programas. La oficina de SNAP tramitará todas las solicitudes de SNAP de acuerdo a los requisitos de puntualidad, notificación y audiencia imparcial de SNAP, incluso si presento solicitudes para otros programas.



**26.** Los residentes de Colorado que tengan una discapacidad que cumpla con los requisitos, como por ejemplo personas que reciban beneficios de SSI o SSDI, o residentes que tengan por lo menos 65 años de edad (o un cónyuge sobreviviente mayor de 58 años) también podrían cumplir con los requisitos para la devolución de impuestos a la propiedad/alquiler/calefacción del Departamento de Hacienda (*Department of Revenue*). Visite [www.TaxColorado.com](http://www.TaxColorado.com) y haga clic en el botón PTC que se encuentra en la parte superior de la página, o llame al 303-238-7378 para obtener información.

**27.** IEVS hace referencia al Sistema de verificación de elegibilidad por ingresos (*Income Eligibility Verification System*). El IEVS informa sobre las discrepancias entre la información que usted presenta y la información que tiene el sistema del Departamento de Trabajo, así como también los diversos sistemas de la Administración del Seguro Social. La información disponible por medio del IEVS se solicitará, utilizará y se podrá verificar por medio de contactos colaterales cuando se detecten discrepancias. Esta información puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

**28.** Informaré inmediatamente al Estado de cualquier reclamación médica o litigio judicial que tenga. Colaboraré con el Estado en el cobro de las facturas médicas que el Estado haya pagado. El Estado puede cobrar de cualquier compañía de seguros o acuerdo judicial por facturas médicas que el Estado haya pagado. Si obtengo asistencia médica y recibo dinero por las mismas facturas médicas que el Estado pagó, devolveré el dinero al Estado. Cedo al Estado todos los derechos al pago de gastos y tratamiento médicos. También cedo mi derecho a apelar una denegación de beneficios por otra parte responsable del pago de los beneficios al Estado.

**29.** La legislación federal y estatal de Colorado exige que el Departamento de Financiación y Política de Atención a la Salud (HCPF) recupere todos los beneficios de asistencia médica, inclusive los pagos de capitación, pagados a favor de usuarios de Health First Colorado del patrimonio de usuarios fallecidos de Health First Colorado que estaban internados permanentemente en instituciones. En el caso de los usuarios de Health First Colorado que tenían más de 55 años en el momento de recibir los beneficios, el Departamento recupera los pagos de servicios de centros de enfermería especializada, servicios domiciliarios y comunitarios, y servicios hospitalarios y de prescripción de medicamentos relacionados. Existen ciertas excepciones a la recuperación de costos del patrimonio. Para obtener más información, comuníquese con su condado y solicite el folleto "Programa de recuperación de los costos de asistencia médica del patrimonio".

**30.** Entiendo que si recibo ayuda en efectivo mediante Colorado Works, debo asignar los derechos de toda manutención de menores actual y pasada adeudada en virtud de una orden existente al Estado, junto con cualquier manutención médica, para reembolsar a Medicaid los costos pagados para mi familia. Si actualmente recibo manutención de menores, médica o conyugal de forma directa a la vez que recibo ayuda en efectivo, la entregaré a la unidad de manutención de menores (**child support unit**, CSU). Con respecto a Health First Colorado, sé que me pedirán que coopere con la agencia que recauda la manutención médica de un progenitor ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, puedo informar a la manutención de menores y es posible que no tenga que cooperar. Si la CSU recauda la manutención actual de menores al mismo tiempo que recibo Colorado Works,

puedo recibir ese dinero a través del programa Pass-Through. Una vez que haya suspendido Colorado Works, la CSU continuará recaudando y enviándome toda la manutención infantil, médica y conyugal actual hasta que le diga a la CSU por escrito que cierre mi caso.

## **Política de no discriminación de CDHS**

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de la raza, el color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish\\_Form\\_508\\_Compliant\\_6\\_8\\_12\\_0.pdf](http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf). y en cualquier oficina del

USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en:

[http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## **Política de no discriminación de la asistencia médica**

El Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud de Colorado (HCPF) y Connect for Health Colorado no discriminan en función de raza, color, expresión y origen étnico o nacional, estado civil, religión, credo, ideologías políticas, ni discapacidad en ningún programa, servicio o actividad. Para obtener más información sobre la política del Departamento, solicitar ayuda y servicios gratuitos por discapacidad y/o lenguaje de señas, o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: 504/Coordinador ADA, 1570 Grant St., Denver, CO 80203, teléfono: 303-866-6010, Fax: 303-866-2828, retransmisión estatal: 711, correo electrónico: [hcpf504ada@state.co.us](mailto:hcpf504ada@state.co.us). Para obtener información sobre la política de Connect for Health Colorado, ayuda y servicios o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: General Counsel, 3773 Cherry Creek N. Dr., Suite 1005, teléfono: 303-590-9640, Fax: 303-322-4217. Las quejas también se pueden presentar ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (*U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights*) en <http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.

Por otros programas: Para obtener información sobre las políticas del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Colorado, para solicitar ayuda y servicios gratuitos por discapacidad y/o lenguaje de señas, o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: 504/Coordinador ADA, 1575 Sherman St Denver, CO 80203, teléfono: 303-866-7129, Fax: 303-866-6080, retransmisión estatal: 711, correo electrónico: [CDHSCR@state.co.us](mailto:CDHSCR@state.co.us). Para obtener más información, visite [www.colorado.gov/cdhs](http://www.colorado.gov/cdhs).

Las quejas sobre derechos civiles también se pueden presentar ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través de la Oficina del Portal de quejas de derechos civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en [https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint\\_frontpage.jsf](https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint_frontpage.jsf) o por correo electrónico, teléfono o fax en: 1961 Stout Street Room 08-148 Denver, CO 80294, teléfono: 800-368-1019, Fax: 202-619-3818, TDD: 800-537-7697. Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html>.

**Tengo a mi disposición servicios e información sobre violencia doméstica.** Si alguna vez creo que estoy en peligro inmediato debo llamar al 911. Si quisiera recibir información relativa a la seguridad y los servicios en Colorado, llamaré a la Coalición contra la Violencia Doméstica de Colorado (Colorado Coalition Against Domestic Violence) al 303-831-9632 o al número gratuito 1-888-778-7091. También puedo encontrar la ubicación de los servicios que me queden cerca en [www.colorado.gov/cdhs/dvp](http://www.colorado.gov/cdhs/dvp). La línea de ayuda nacional para víctimas de violencia doméstica (National Domestic Violence Hotline) al 1-800-799-SAFE (7233) o TTY 1-800-787-3224 o [www.thehotline.org](http://www.thehotline.org) también puede proporcionar información. Si soy un sobreviviente de violencia doméstica, agresión o acoso sexual, el Programa de confidencialidad de domicilio (Address Confidentiality Program, ACP) puede proporcionarme una dirección legal sustituta para usar con los organismos gubernamentales locales y estatales en vez de mi dirección real. Puedo averiguar más sobre el ACP en [acp.colorado.gov](http://acp.colorado.gov). Si necesito o recibo cualquiera de estos servicios, debo informar a mi trabajador social del departamento.

## VERIFICACIÓN DE LA INFORMACIÓN

Proporcione la mayor cantidad de información posible a continuación. Todas las facturas y los comprobantes de información deben ser actuales. Le diremos si necesitamos más información al momento de tramitar su solicitud o al momento de la entrevista. *Si tiene un patrocinador, es posible que tenga que proporcionar un comprobante de los ingresos y recursos de su patrocinador.*

**1. COMPROBANTE DE TODOS LOS INGRESOS QUE RECIBIÓ USTED U OTROS MIEMBROS DE SU GRUPO FAMILIAR** Si únicamente solicita asistencia médica, es posible que deba presentar un comprobante de ingresos. Por ingresos se entiende cualquier cantidad de dinero que recibe su hogar. Los comprobantes de ingresos pueden incluir, entre otros:

- Salarios/propinas Jubilación/pensión
- Regalos/ayudas/contribuciones
- Empleo autónomo
- Beneficios para veteranos
- Intereses de ahorros, certificados de depósito, etc.
- Manutención de menores
- Asignación para militares
- Préstamo/beca educativa
- Desempleo
- Ingresos por alquiler
- Seguro social

- Huésped/pensionista
- Pensión alimenticia/manutención de menores
- Dinero en efectivo de Colorado Works

## **2. NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL (SSN)**

Se debe proporcionar un SSN, o prueba de haber solicitado un SSN, para cada miembro del hogar que solicite beneficios. No es necesario incluir un SSN para los miembros del hogar que no solicitan beneficios o aquellos que no tienen un número de Seguro Social porque no califican para uno, o porque se oponen a tener uno por motivos religiosos.

## **3. COMPROBANTE DE EDAD E IDENTIDAD**

Es posible que se le pida un documento de identidad de todos los miembros del grupo familiar que soliciten beneficios:

- Certificado de nacimiento Identificación para los beneficios de salud
- Fe de bautismo Identificación laboral
- Pasaporte de EE. UU. Otros documentos
- Licencia de conducir
- Tarjetas de identificación para ciudadanos de EE. UU. (I-179 o I-197)
- Certificado de ciudadanía de EE. UU. (N-560 o NH-561)
- Certificado de naturalización de EE. UU. (N-550 o NH-570)



- Certificado de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de EE. UU. (Formularios del Departamento de Estado FS-545 o DS-1350)

#### **4. COMPROBANTE DE CIUDADANÍA Y RESIDENCIA**

Es *posible* que le exijan que proporcione un comprobante de ciudadanía y residencia.

Si usted es un ciudadano de EE. UU., es posible que le exijan que proporcione un comprobante, como por ejemplo:

- Certificado de nacimiento
- Identificación para los beneficios de salud
- Declaración del usuario
- Identificación laboral
- Pasaporte de EE. UU.
- Fe de bautismo
- Licencia de conducir
- Formularios de los Servicios de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (*United States Citizenship and Immigration Services, USCIS*), como por ejemplo:
  - Tarjetas de identificación para ciudadanos de EE. UU. (I-179 o I-197)
  - Certificado de ciudadanía de EE. UU. (N-560 o NH-561)
  - Certificado de naturalización de EE. UU. (N-550 o NH-570)

- Certificado de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de EE. UU. (Formularios del Departamento de Estado FS-545 o DS-1350)

Si usted es un no ciudadano legal, es posible que le exijan que proporcione un comprobante de su situación, como por ejemplo:

- Documentos del USCIS
- Tarjeta de extranjero residente I-551
- Registro de llegada/partida I-94
- Documento de autorización de empleo I-688B o I-766
- Una carta del USCIS que indique el estado de una persona

## **5. COMPROBANTE DE RECURSOS. (No es necesario para los programas de Colorado Works)**

Es *posible* que le exijan que proporcione un comprobante de recursos. Los comprobantes de recursos comprenden, entre otros, los siguientes tipos:

- Vehículos
- Fondos fiduciarios
- Cuenta de cheques/de ahorros
- Bienes inmuebles
- Cuentas de seguros de vida
- Acciones y bonos
- Seguro de entierro

- Plan de jubilación
- Propiedad en la que no vive

## **6. COMPROBANTE DE GASTOS**

Es *posible* que le exijan que proporcione un comprobante de gastos. Los comprobantes de gastos comprenden, entre otros, los siguientes tipos:

- Alquiler o hipoteca
- Servicios públicos
- Servicios médicos
- Pagos de manutención de menores
- Pagos de cuidado de personas a cargo (adultos o niños)

## **7. RÉGIMEN DE CONVIVENCIA (Solo para SNAP)**

Si vive con otras personas en la misma casa, una explicación de su régimen de convivencia será útil. La explicación debe incluir quiénes compran y preparan la comida juntos y cómo se pagan los gastos.

## **8. INFORMACIÓN SOBRE LA MANUTENCIÓN DE MENORES (Solo para SNAP y Colorado Works)**

Si uno de los padres de su(s) hijo(s) no vive en su casa, debe llevar copias de todas las órdenes judiciales. Estas órdenes judiciales comprenden las órdenes de divorcio, manutención de menores o determinación de la paternidad. Además de los números de seguro social de usted y de sus hijos, proporcione el número de seguro social del padre/madre o los padres/madres ausentes, si están disponibles.



## **Solicitud de asistencia pública**

Departamentos de Financiación y Políticas de Atención a la Salud y de Servicios Humanos del estado de Colorado

**Marque la casilla de cada programa que quiera solicitar.**

**Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (SNAP)**- *antes conocido como Ayuda para alimentos*

Las preguntas marcadas con un ■ **NO se exigen para SNAP.**

**Programas de ayuda en efectivo**

**Colorado Works-** que a nivel federal se llama Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*)

**Ayuda económica para adultos-** Incluyen Complementos de Colorado al SSI (*Colorado Supplement to SSI*), ayuda para discapacitados necesitados (AND estatal), pensión por edad avanzada (OAP) y subsidio para atención domiciliaria (HCA)

Las preguntas marcadas con un ◆ **NO se exigen para la ayuda para efectivo.**

**Asistencia médica-** Incluye Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado), el Plan de salud infantil *Plus* (CHP+), créditos fiscales y reducciones por reparto de costos

**Las preguntas marcadas con un ● NO se exigen para la asistencia médica.**

Su nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)

\_\_\_\_\_

Apellido de soltera \_\_\_\_\_

Números de Seguro Social<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Dirección del domicilio (número, calle) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Número de teléfono \_\_\_\_\_

Dirección postal (si es distinta) \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_ Código postal \_\_\_\_\_

Otro número de teléfono \_\_\_\_\_

¿Habla y lee en inglés?  Sí  No  Si respondió no, ¿qué idioma habla? \_\_\_\_\_

¿Es usted una persona sin hogar?  Sí  No

■ ¿Vive usted en Colorado?  Sí  No

¿Vive actualmente en un hogar de ancianos?  Sí  No

<sup>1</sup> Si solicita algún programa y tiene un SSN, necesitamos esta información. Incluso si no solicita beneficios, darnos su SSN nos ayudará a tramitar rápidamente su solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para constatar para qué reúnen las condiciones usted y su grupo familiar.

**Declaro, bajo pena de perjurio, que he examinado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, mis respuestas son correctas, incluida la información sobre la composición del grupo familiar, la ciudadanía y la no ciudadanía. He detallado todos los montos y fuentes de ingreso y las propiedades que recibo/tengo. Tengo derecho a declarar un representante autorizado. Si declaro un representante autorizado, al firmar a continuación permito que esta persona firme mi solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y me represente en todos los asuntos futuros con esta agencia. Leí, comprendo y estoy de acuerdo con la sección “Lo que debería saber”.**

**Su firma** \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado, custodio, tutor \_\_\_\_\_

■● Firma del representante autorizado \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

■● Firma del cónyuge/solicitante en conjunto (opcional)

\_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado, custodio, tutor: \_\_\_\_\_

■● Firma del representante autorizado \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y teléfono de la persona que lo ayudó a llenar esta solicitud \_\_\_\_\_

Podemos enviar enlaces que le permitan ver los avisos electrónicos sobre su caso. Puede elegir más de una opción, pero si no elige ninguna, recibirá avisos impresos por correo normal. Yo preferiría:

Avisos impresos  Un correo electrónico con un enlace para ver sus avisos enviado a \_\_\_\_\_@\_\_\_\_\_

### Datos demográficos del grupo familiar

Nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)  
\_\_\_\_\_

Relación con usted LA PERSONA

Fecha de nacimiento Se indica en la página 2

■ Masc. /Fem. (M/F) \_\_\_\_\_

¿Qué programa solicita esta persona? Marque todo lo que corresponda.

- SNAP
- Programas de efectivo
- Asistencia médica
- No solicita beneficios

■ Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo \_\_\_\_\_

● **¿Hispano o latino?**<sup>1</sup>

Sí

No

● **Raza**<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

■● **Número de seguro social** <sup>2</sup> Se indica en la página 2

**Ciudadano de EE. UU. o nacionalidad estadounidense**<sup>3</sup>

Sí

No

Número de certificado: \_\_\_\_\_

**Nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)**

\_\_\_\_\_

**Relación con usted** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_/\_\_/\_\_

■ **Masc. /Fem. (M/F)** \_\_\_\_\_

**¿Qué programa solicita esta persona? Marque todo lo que corresponda.**

SNAP

Programas de efectivo

Asistencia médica

No solicita beneficios

■ **Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo** \_\_\_\_\_



● ¿Hispano o latino?<sup>1</sup>

Sí

No

● Raza<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

■● Número de seguro social<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

Ciudadano de EE. UU. o nacionalidad estadounidense<sup>3</sup>

Sí

No

Número de certificado: \_\_\_\_\_

Nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)

\_\_\_\_\_

Relación con usted \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento \_\_/\_\_/\_\_

■ Masc. /Fem. (M/F) \_\_\_\_\_

¿Qué programa solicita esta persona? Marque todo lo que corresponda.

SNAP

Programas de efectivo

Asistencia médica

No solicita beneficios

■ Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo \_\_\_\_\_

● ¿Hispano o latino?<sup>1</sup>

Sí

No

● Raza<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

■● Número de seguro social<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Ciudadano de EE. UU. o nacionalidad estadounidense<sup>3</sup>**

Sí

No

Número de certificado: \_\_\_\_\_

**Nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)**

\_\_\_\_\_

**Relación con usted** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

■ **Masc. /Fem. (M/F)** \_\_\_\_\_

**¿Qué programa solicita esta persona? Marque todo lo que corresponda.**

SNAP

Programas de efectivo

Asistencia médica

No solicita beneficios

■ **Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo** \_\_\_\_\_

● **¿Hispano o latino?<sup>1</sup>**

Sí

No

● Raza<sup>1</sup> \_\_\_\_\_

■● Número de seguro social<sup>2</sup> \_\_\_\_\_

**Ciudadano de EE. UU. o nacionalidad estadounidense<sup>3</sup>**

Sí

No

Número de certificado: \_\_\_\_\_

**Nombre legal (1.º nombre, in. 2.º nombre, apellido)**

\_\_\_\_\_

**Relación con usted** \_\_\_\_\_

**Fecha de nacimiento** \_\_/\_\_/\_\_

■ **Masc. /Fem. (M/F)** \_\_\_\_\_

**¿Qué programa solicita esta persona? Marque todo lo que corresponda.**

SNAP

Programas de efectivo

Asistencia médica

No solicita beneficios

■ **Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo** \_\_\_\_\_

● **¿Hispano o latino?<sup>1</sup>**

Sí

No

● **Raza<sup>1</sup>** \_\_\_\_\_

■● **Número de seguro social<sup>2</sup>** \_\_\_\_\_

**Ciudadano de EE. UU. o nacionalidad estadounidense<sup>3</sup>**

Sí

No

Número de certificado: \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> La información sobre raza y origen étnico es opcional y no afectará la elegibilidad; se recaba para garantizar que se brinden beneficios a todos los solicitantes elegibles sin importar su raza/color/país de origen. **Las opciones de raza comprenden:** Indígena americana/Nativa de Alaska- **AI**; Asiática - **A**; Negra/Afroamericana- **N**; Nativa de Hawái/ Otras islas del Pacífico- **NH**; Blanca- **W**

<sup>2</sup> Si solicita algún programa y tiene un SSN, necesitamos esta información. Incluso si no solicita beneficios, darnos su SSN nos ayudará a tramitar rápidamente su solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para constatar para qué reúnen las condiciones usted y su grupo familiar.

<sup>3</sup> Para los hogares que únicamente soliciten asistencia médica, los miembros del hogar que no la soliciten no tienen que responder las preguntas sobre ciudadanía. Si solicita asistencia médica y es ciudadano naturalizado o derivado, indique su número de certificado.

**¿Alguien del hogar se considera un huésped o un pensionista (le alquila una habitación a usted)?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

● Nombre \_\_\_\_\_

Monto que se paga de alquiler \$ \_\_\_\_\_

● ¿Las comidas están incluidas en el alquiler?  Sí  No

● Nombre \_\_\_\_\_

Monto que se paga de alquiler \$ \_\_\_\_\_

● ¿Las comidas están incluidas en el alquiler?  Sí  No

**¿Algún integrante de su grupo familiar está temporalmente fuera del hogar en algún tipo de centro o institución?**

Sí  No

*Si marcó sí, detalle abajo. Algunos ejemplos de tipos de instituciones se indican en la parte inferior de la tabla*

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

● Nombre del centro \_\_\_\_\_

● Tipo de centro \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en espera de la definición de las imputaciones?  Sí  No

● ¿Se ofrecen comidas?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de ingreso \_\_\_\_\_

● Nombre del centro \_\_\_\_\_

● Tipo de centro \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en espera de la definición de las imputaciones?  Sí  No

● ¿Se ofrecen comidas?  Sí  No

*Ejemplos: Hogar de ancianos • Hospital • Institución de salud mental • ● Encarcelamiento*

## Información sobre el trámite acelerado de SNAP

*Aun si está atrasado en el pago de las facturas, díganos la cantidad que debe pagar cuando responda a las preguntas sobre sus gastos.*

**Incluido usted, ¿para cuántas personas de su hogar compra y prepara comida? \_\_\_\_\_**

**¿Alguien en el hogar es trabajador agrícola migrante o de temporada?**

Sí  No

**Monto total de dinero que mi grupo familiar prevé recibir este mes (antes de las deducciones) \$\_\_\_\_\_**

**Dinero en efectivo disponible y dinero en su cuenta de cheques/cuenta de ahorros \$\_\_\_\_\_**

**Hipoteca mensual \$\_\_\_\_\_**

**Alquiler mensual \$\_\_\_\_\_**

**• ¿Tiene alguno de estos servicios públicos? Si es así, ¿costo por mes?**

Electricidad  \$\_\_\_\_\_ Agua  \$\_\_\_\_\_

Teléfono  \$\_\_\_\_\_ Recolección de basura  \$\_\_\_\_\_

Alcantarillado  \$\_\_\_\_\_ Otro  \$\_\_\_\_\_

**• ¿Alguna persona del hogar obtuvo beneficios de SNAP o en efectivo en otro estado en los últimos 30 días?**

Sí  No

**■ Si su solicitud es para Colorado Works, ¿recibió beneficios de algún otro estado desde 1996?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle a continuación

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Fecha de recepción \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_

Condado \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_

**Tarjeta EBT**

**● ¿La persona que llena esta solicitud necesita una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT)?**

Sí  No

**● ¿Cómo desea la persona que rellena esta solicitud recibir una tarjeta EBT?**

Por correo postal  En persona en la oficina local

**REGÍSTRESE PARA VOTAR AQUÍ**

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría inscribirse para votar aquí hoy? Marque SÍ si desea solicitar la

inscripción para votar o actualizar su información de inscripción electoral. Si marca la casilla NO o no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no solicitar la inscripción para votar ni actualizar su información de inscripción electoral. Marcar SÍ, NO o dejar esta pregunta en blanco no afectará sus beneficios SÍ No

## **AVISO DE DERECHOS**

**Ayuda:** Si desea ayuda para llenar su solicitud de inscripción electoral, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede llenar la solicitud de inscripción electoral en privado.

**Beneficios:** Si solicita asistencia pública de este organismo, el hecho de solicitar la inscripción o de negarse a inscribirse para votar no afectará el monto de la asistencia que recibirá de este organismo.

**Privacidad:** Su decisión de no inscribirse o actualizar su inscripción y el lugar donde solicitó inscribirse o actualizar su inscripción electoral son confidenciales y solo pueden usarse para fines de inscripción electoral.

### **Hijos a cargo**

■ **¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años, y usted es la persona principal que cuida de ese hijo?**

SÍ No

●■ **¿El padre o madre de alguno de los menores que viven en el hogar vive fuera del hogar?**

SÍ No



**Si respondió sí, ¿intentó obtener ayuda para gastos médicos del padre del menor que vive fuera del hogar?**

Sí  No

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

¿Para qué menor? \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

¿Para qué menor? \_\_\_\_\_

Nombre del padre/madre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

¿Para qué menor? \_\_\_\_\_

Me gustaría solicitar justificación o motivo suficiente para obtener la ayuda de los servicios de manutención de menores que permite la medida de excepción de la opción de violencia doméstica (según se describe en la sección "Lo que debo saber"

Sí  No

**El programa de acogida**

■ **¿Alguien en el hogar que solicita Asistencia Médica o los beneficios de Colorado Works se encuentra en un programa de acogida ahora o en el pasado?**

Sí  No  Si la respuesta es sí, indíquelo a continuación

Nombre \_\_\_\_\_

Edad actual \_\_\_\_\_

Fechas en las que estuvo en un programa de acogida

\_\_\_\_\_

Si ya no está en un programa de acogida, la edad en la que se fue, si lo sabe. \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Edad actual \_\_\_\_\_

Fechas en las que estuvo en un programa de acogida

\_\_\_\_\_

Si ya no está en un programa de acogida, la edad en la que se fue, si lo sabe. \_\_\_\_\_

**◆■ ¿Alguien en el hogar que solicita asistencia médica recibió asistencia médica en un programa de acogida anterior cuando cumplió 18 años mientras vivía en un estado distinto de Colorado y cumplió 18 años el 1 de enero de 2023 o después?**

Sí  No  Si la respuesta es sí, indique el estado en el que vivía cuando dejó de estar en un programa de acogida:

Nombre utilizado en un programa de acogida fuera del estado (si es diferente): \_\_\_\_\_

Fecha en que dejó el programa de acogida, si la sabe \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Fue adoptado?  Sí  No

Si fue adoptado, ¿regresó al programa de acogida después de la adopción?

Sí  No  Si la respuesta es sí, cuando: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Fecha en la que se convirtió en residente de Colorado

\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?

Sí  No  Si la respuesta es sí, qué meses: \_\_\_\_\_

**Los solicitantes actuales o anteriores del programa de acogida que solicitan únicamente asistencia médica no necesitan completar el resto de esta solicitud y pueden TERMINAR AQUÍ.**

### **Planificación familiar**

◆■ ¿Alguna persona del hogar desea solicitar los beneficios de planificación familiar?  Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

La planificación familiar da cuidados de salud y asesoría para la prevención, retraso o planificación del embarazo.

Nombre/s: \_\_\_\_\_

### **Información sobre el embarazo**

■¿Alguna persona en el hogar está embarazada?

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha probable de parto: \_\_\_\_\_

Cantidad de bebés esperados: \_\_\_\_\_

● Nombre del padre, si se conoce: \_\_\_\_\_

¿Le gustaría recurrir a una justificación o motivo suficiente para recibir ayuda de los servicios de manutención infantil?

●  Sí  No

### **Información sobre discapacidad**

**¿Alguien en su hogar que solicita beneficios tiene una discapacidad?**

Sí  No  Nombre: \_\_\_\_\_

■ Si respondió sí, ¿esta persona necesita ayuda con las actividades de su propio cuidado (bañarse, vestirse, comer, usar el baño, etc.)?

Sí  No

■ ¿Alguien que solicita asistencia médica tiene una afección médica o de desarrollo que haya durado o se espera que dure más de 12 meses?

Sí  No  Nombre: \_\_\_\_\_

■ ¿Usted o alguna persona del hogar solicitó Ingresos de Seguro Suplementario (SSI) u otros beneficios del Seguro Social?

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del Programa

SSI

\_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado de la solicitud

Pendiente

Aprobada

Rechazada

Apelada

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre del Programa

SSI

\_\_\_\_\_

Fecha de la solicitud \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Estado de la solicitud

Pendiente

Aprobada

Rechazada

Apelada

Si no es así, ¿alguna persona discapacitada alguna vez recibió SSI o SSDI?

Sí  No

Si respondió sí, ¿cuándo finalizó el SSI o SSDI? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

## Información de no ciudadanos

¿Alguna persona que solicite beneficios no es ciudadano?

Sí  No

Si respondió sí, le pueden pedir que presente una copia de su tarjeta del Servicio de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (USCIS).

### No ciudadano 1

Nombre del no ciudadano 1: \_\_\_\_\_

Situación del no ciudadano: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_

Número de documento/tarjeta/pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del documento: \_\_\_\_\_

País de emisión: \_\_\_\_\_

◆■ ¿El cónyuge o padre/madre del no ciudadano es un excombatiente o miembro de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en servicio activo?

Sí  No

◆■ ¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996?

Sí  No

### No ciudadano 2

Nombre del no ciudadano 2: \_\_\_\_\_

Situación del no ciudadano: \_\_\_\_\_

Tipo de documento: \_\_\_\_\_

Número de documento/tarjeta/pasaporte: \_\_\_\_\_

Fecha de vencimiento del documento: \_\_\_\_\_

País de emisión: \_\_\_\_\_

◆■ ¿El cónyuge o padre/madre del no ciudadano es un excombatiente o miembro de las Fuerzas Armadas de Estados Unidos en servicio activo?

Sí  No

◆■ ¿Esta persona ha vivido en los EE. UU. desde 1996?

Sí  No

◆■ **¿Alguna persona del hogar desea solicitar los beneficios de Medicaid de Emergencia y beneficios de reproducción?**

Sí  No *Si marcó sí, detalle abajo*

Los solicitantes que no sean ciudadanos estadounidenses o residentes legales durante al menos 5 años no pueden recibir los beneficios completos de Medicaid, pero pueden calificar para Medicaid de emergencia y/o los beneficios reproductivos. Medicaid de emergencia y los beneficios reproductivos pueden cubrir las emergencias que ponen en peligro la vida, el parto para las mujeres embarazadas y el control de la natalidad.

Nombre/s: \_\_\_\_\_

**¿Algunos de los no ciudadanos indicados antes está patrocinado para permanecer en este país?**

Sí  No *Si la respuesta es no, omite esta sección.*

**Patrocinador (agregue más páginas si hay más de un patrocinador)**

¿La persona patrocinada ha sido abandonada, maltratada o abusada por su patrocinador?

Sí  No

Si únicamente solicita asistencia médica y respondió que sí, no tiene que responder más preguntas del patrocinador.

¿Está embarazada o tiene 20 años o menos?

Sí  No

Si únicamente solicita asistencia médica y respondió que sí, no tiene que responder más preguntas del patrocinador.

¿Quién es patrocinado? \_\_\_\_\_

Nombre del patrocinador: \_\_\_\_\_

Nombre del cónyuge del patrocinador: \_\_\_\_\_

Número de seguro social del patrocinador \_\_\_\_\_

● Número de seguro social del cónyuge del patrocinador \_\_\_\_\_

Dirección del patrocinador: \_\_\_\_\_

Número total de personas en el grupo familiar del patrocinador  
\_\_\_\_\_

¿La persona patrocinada vive con el patrocinador?  Sí  No

¿El patrocinador proporciona pensión completa gratuita a la persona patrocinada?  Sí  No



¿La persona patrocinada recibe algún tipo de manutención del patrocinador?  Sí  No

¿La persona patrocinada fue abandonada, maltratada o sufrió abuso por parte de su patrocinador?  Sí  No

### **Ingreso devengado**

**¿Alguna persona trabaja o alguien está comenzando un nuevo empleo?**

Sí  No *Si marcó sí, detalle a continuación*

**Empleo 1:** Nombre de la persona que está o estará trabajando:

\_\_\_\_\_

Nombre del empleador y número de teléfono:

\_\_\_\_\_

Salarios/propinas mensuales (antes de impuestos): \_\_\_\_\_

Jornal por hora: \_\_\_\_\_

Horario promedio trabajado cada semana: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se paga a esta persona?  Por hora

Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes

Mensualmente  Anualmente  Diariamente

¿Este empleo se considera temporal y se prevé que dure menos de 3 meses?  Sí  No

◆ ¿Este ingreso proviene de?  Empleo temporal  Empleo basado en comisiones (incluidos trabajos con propinas)

**Empleo 2:** Nombre de la persona que está o estará trabajando:

\_\_\_\_\_

Nombre del empleador y número de teléfono:

\_\_\_\_\_

Salarios/propinas mensuales (antes de impuestos): \_\_\_\_\_

Jornal por hora: \_\_\_\_\_

Horario promedio trabajado cada semana: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se paga a esta persona?  Por hora  Por semana  Cada 2 semanas  Dos veces al mes  Mensualmente  Anualmente  Diariamente

¿Este empleo se considera temporal y se prevé que dure menos de 3 meses?  Sí  No

◆ ¿Este ingreso proviene de?  Empleo temporal  Empleo basado en comisiones (incluidos trabajos con propinas)

**¿Alguna persona del hogar se considera trabajador autónomo? Esto incluye, entre otros, ganar dinero por cuidar niños, vender artículos como maquillaje o utensilios de cocina, vender artículos por Internet o vender productos alimenticios caseros/de cosecha propia?**

Sí  No *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre de la persona que es trabajador autónomo:

---

Razón social (si corresponde): \_\_\_\_\_

Ingreso bruto de un mes \$ \_\_\_\_\_

Mes de este ingreso: \_\_\_\_\_

Tipo de trabajo autónomo:  Único propietario  SRL

Corp-S  Contratista independiente

Servicios públicos pagados por la empresa: \$ \_\_\_\_\_

Impuestos comerciales pagados: \$ \_\_\_\_\_

Intereses pagados por la empresa: \$ \_\_\_\_\_

Costos brutos de la mano de obra de la empresa: \$ \_\_\_\_\_

Costo de la mercadería: \$ \_\_\_\_\_

Otro costo de la empresa: \_\_\_\_\_ Tipo: \$ \_\_\_\_\_

Otro costo de la empresa: \_\_\_\_\_ Tipo: \$ \_\_\_\_\_

Otro costo de la empresa: \_\_\_\_\_ Tipo: \$ \_\_\_\_\_

Ingreso neto total (Deduzca sus gastos del ingreso bruto):

\_\_\_\_\_

**¿Alguien del hogar ha renunciado a un empleo, perdido un empleo o reducido su horario laboral en los últimos 60 días?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre de la persona: \_\_\_\_\_

Nombre del empleador y número de teléfono:

\_\_\_\_\_

Fecha de comienzo del empleo: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización del empleo: \_\_\_\_\_

Salarios/propinas mensuales (antes de impuestos): \_\_\_\_\_

Fecha y monto del último pago de nómina: \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia se pagaba a esta persona?

Mensualmente  Anualmente  Por hora  Semanalmente  
 Cada dos semanas  Dos veces al mes

## Ingreso no devengado/otro ingreso

¿Alguna persona tiene otros tipos de ingresos?

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo. Algunos ejemplos de otros tipos de ingresos se indican en la parte inferior de la tabla

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de moneda/ingreso \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de moneda/ingreso \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de moneda/ingreso \_\_\_\_\_

Monto mensual \_\_\_\_\_

*Si únicamente solicita asistencia médica, no incluya los ingresos de SSI, beneficios para veteranos, compensación laboral y donaciones. Algunos ejemplos son: Prestaciones de desempleo • SSI • Beneficios para veteranos*

*• Beneficios para viudos • Indemn. laboral • Retiro ferroviario •*

*••Manutención infantil • Pensiones de supervivencia •*

*Dividendos/intereses • Ingreso de alquiler • Dinero de un*

*huésped•Prestaciones por discapacidad • Jubilación/pensión •*

*SSDI • Pensión alimenticia • Ingresos en especie (trabajo por el*

*alquiler) • Beneficios del Seguro Social • Asistencia pública •*

*Donaciones de plasma •*

*Regalos • Préstamos • Pagos por cuidado tutelar • Beneficios tribales*

**¿Alguna de las personas solicitantes recibió (o espera recibir) el pago de un importe global?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle a continuación

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha en que se recibió \_\_\_\_\_

Tipo de importe global \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha en que se recibió \_\_\_\_\_

Tipo de importe global \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

*Ejemplos: Acuerdo extrajudicial • Pago del seguro • Pago del Seguro Social, SSI, SSDI • Veteranos • Herencia • Devolución de anualidad • Pago del seguro de vida • Ganancias de la lotería/ juegos de azar*

**• ¿Alguna persona en el hogar está en huelga?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_

Fecha de comienzo de la huelga: \_\_\_\_\_

Fecha del último cheque de pago: \_\_\_\_\_

Monto del último cheque de pago: \_\_\_\_\_

**Información sobre gastos** *Aun si está atrasado, díganos cuánto debe pagar cuando responda las preguntas sobre sus gastos.*

### **Alquiler**

• **¿Alguien paga alquiler, seguro de alquiler o gastos adicionales de alquiler (mascotas, lavadora/secadora, cuotas de condominio o mantenimiento, etc.)? Indique por separado cada uno de los gastos de alquiler o de las cuotas relacionadas con el alquiler.**

Sí  No  Si marcó sí, detalle a continuación.

Tipo de gasto (alquiler/cuota) \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Tipo de gasto (alquiler/cuota) \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Tipo de gasto (alquiler/cuota) \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

• **¿Los servicios públicos están incluidos en el alquiler o se facturan por separado?**  Los servicios públicos están incluidos  Los servicios públicos se facturan por separado

• **¿Algún responsable del alquiler recibe ayuda en virtud de la sección 8 o del programa de viviendas sociales?**  
 Sección 8  Vivienda social

### ***Hipoteca***

• **¿Alguien paga una hipoteca, seguro de vivienda, impuestos sobre la propiedad o cuotas de la Asociación de Propietarios (*Homeowner's Association*, HOA)?**  
**Indique por separado cada uno de los gastos de hipoteca o relacionado con la hipoteca.**

Sí  No *Si respondió sí, indique abajo*

Tipo de gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Tipo de gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Tipo de gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Mes del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

- **¿Algún responsable de la hipoteca recibe ayuda en virtud de la sección 8 o de vivienda social?**  Sección 8  
 Vivienda social

### ***Servicios públicos***

- **¿Cómo calefacciona y refresca su hogar?**  
Electricidad  Gas  Leña  Propano   
Enfriador por evaporación  Otro (*indique el tipo*)  \_\_\_\_\_

- **¿Ha recibido LEAP (ayuda para la energía) en este domicilio en los últimos 12 meses?**  Sí  No



## Otros gastos

• ¿Alguien paga servicios de cuidado diurno de niños o adultos, manutención de menores por obligación legal, deudas atrasadas de manutención de menores, gastos médicos<sup>1</sup>, ■ intereses de préstamo estudiantil y/o pensión alimenticia?

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Monto del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Monto obligatorio conforme a la ley \$ \_\_\_\_\_

Gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Monto del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Monto obligatorio conforme a la ley \$ \_\_\_\_\_

Gasto \_\_\_\_\_

Quién paga \_\_\_\_\_

¿Esta persona está en el hogar?  Sí  No

¿Para quién es el gasto? \_\_\_\_\_

Monto del gasto \_\_\_\_\_

Monto pagado \$ \_\_\_\_\_

Monto obligatorio conforme a la ley \$ \_\_\_\_\_

*<sup>1</sup> En el caso de SNAP, los gastos médicos solo se permiten para personas mayores de 60 años y personas con discapacidades. Algunos ejemplos de gastos médicos permitidos son recetas, gastos médicos/dentales/de la vista, copagos, primas de seguro y atención de pacientes hospitalizados. Los montos reembolsados por un tercero no están permitidos.*

### **Información sobre los estudiantes<sup>1</sup>**

**¿Alguien de la familia asiste a la escuela secundaria, de formación profesional, escuela vocacional o universidad?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre \_\_\_\_\_

● Nombre del centro educativo \_\_\_\_\_

● Último año terminado \_\_\_\_\_

● Fecha de inicio \_\_\_\_\_

● Fecha esperada de egreso \_\_\_\_\_

¿Estudiante de jornada completa?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_

● Nombre del centro educativo \_\_\_\_\_

- Último año terminado \_\_\_\_\_
- Fecha de inicio \_\_\_\_\_
- Fecha esperada de egreso \_\_\_\_\_

¿Estudiante de jornada completa? Sí No

¿Alguien recibe ayuda económica (subvenciones o becas), ingresos por estudio y trabajo o ingresos por la ley de asistencia educativa para excombatientes? Sí No *Si marcó sí, detalle abajo*

¿Quién? \_\_\_\_\_

■¿Cuál es el monto (\$) de subvenciones, becas, y/o estudio y trabajo que usó para los gastos de subsistencia<sup>2</sup> este mes?  
\$ \_\_\_\_\_

■¿Cuál es la base imponible (\$) de subvenciones, becas, y/o estudio y trabajo que esta persona recibió por el año? \$ \_\_\_\_\_

- Si necesita asistencia médica, le hará falta esta información.

<sup>1</sup> *En el caso de SNAP, la información del estudiante solo se exige a personas de 18 a 49 años, salvo que la persona menor de 18 años sea jefe de familia.*

<sup>2</sup>*Ejemplos de gastos de subsistencia: Comida • Vestimenta • Vivienda • Transporte • Costos de servicios públicos • Seguro • Otro*

**Recursos COLORADO WORKS NO EXIGE INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS**

**Únicamente para solicitantes de asistencia médica: las siguientes secciones de recursos no son necesarias para**

**aqueellos que no tienen más de 65 años, son ciegos o están discapacitados.**

**¿Alguien de la familia tiene recursos<sup>1</sup>, incluidos aquellos que comparte con otra persona?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de recurso \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad financiera \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Valor actual \$ \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de recurso \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad financiera \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Valor actual \$ \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Tipo de recurso \_\_\_\_\_

Nombre de la entidad financiera \_\_\_\_\_

Número de cuenta \_\_\_\_\_

Valor actual \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> *Ejemplos: Dinero en efectivo disponible, cuentas corrientes y de ahorros, acciones, bonos, fondos de inversión, 401K, cuentas de retiro individual (IRA),*

*fideicomisos, certificados de depósito, anualidades, fondos para la universidad, cuentas PASS, IDA, pagarés, cuentas para educación*

■ **¿Alguien posee un vehículo, incluidos autos, camiones, motocicletas, remolques, botes, motos de nieve y otros vehículos recreativos?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre \_\_\_\_\_

Año, marca y modelo \_\_\_\_\_

Valor actual \$ \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Año, marca y modelo \_\_\_\_\_

Valor actual \$ \_\_\_\_\_

¿**Alguien tiene pólizas de seguro de vida o pólizas de seguro funerario?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Quién \_\_\_\_\_

Empresa y número de póliza \_\_\_\_\_

Tipo

Póliza de seguro funerario

Póliza de seguros

¿Revocable o irrevocable?

Revocable

Irrevocable

Valor \$ \_\_\_\_\_

Quién \_\_\_\_\_

Empresa y número de póliza \_\_\_\_\_

Tipo

Póliza de seguro funerario

Póliza de seguros

¿Revocable o irrevocable?

Revocable

Irrevocable

Valor \$ \_\_\_\_\_

**¿Alguna persona del hogar tiene alguna propiedad (incluida su casa)?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre/dueño de la propiedad \_\_\_\_\_

Tipo de propiedad \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad \_\_\_\_\_

Valor \$ \_\_\_\_\_

Uso principal de esta propiedad (elija uno)

Domicilio principal  Ingreso por alquiler

Comercio/empleo autónomo  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre/dueño de la propiedad \_\_\_\_\_

Tipo de propiedad \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad \_\_\_\_\_

Valor \$ \_\_\_\_\_

Uso principal de esta propiedad (elija uno)  
 Domicilio principal  Ingreso por alquiler   
Comercio/empleo autónomo  Otro: \_\_\_\_\_

**¿Alguna persona del hogar vendió, transfirió o regaló dinero en efectivo, propiedades u otros bienes en los últimos cinco años?<sup>1</sup>**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de transferencia \_\_\_\_\_

¿Qué bien? \_\_\_\_\_

Monto recibido \$ \_\_\_\_\_

Valor comercial normal \$ \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Fecha de transferencia \_\_\_\_\_

¿Qué bien? \_\_\_\_\_

Monto recibido \$ \_\_\_\_\_

Valor comercial normal \$ \_\_\_\_\_

<sup>1</sup> Si usted solamente solicita ayuda para alimentos, solo debe declarar por los últimos 3 meses. Para AND, OAP, HCA y CS-SSI, solo debe declarar por los últimos 36 meses (3 años).

## Antecedentes judiciales

### ESTAS PREGUNTAS SOLO SE EXIGEN PARA SNAP, COLORADO WORKS Y AYUDA ECONÓMICA PARA ADULTOS

Si solicita asistencia médica, pase a la sección siguiente.

1. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable, o fue descalificado por recibir de un modo fraudulento beneficios duplicados de SNAP en algún estado después del 22/sep./1996?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

2. ¿Usted o algún integrante del hogar se está ocultando o huyendo de la justicia para evitar un proceso judicial o ser detenido, o irá a la cárcel por un delito grave, intento de delito grave, o violación de libertad condicional o período de prueba?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

3. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable de un delito mayor según la legislación federal o estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia de uso controlado (delito grave relacionado con drogas) o por un delito mientras estaba bajo la influencia de una sustancia controlada después del 22/ago./1996?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

4. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable, o descalificado, por comprar o vender, o intentar comprar o vender, beneficios de SNAP por más de \$500 después del 22/sep./1996?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No



5. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable de negociar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones, explosivos o drogas después del 22/sep./1996?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

6. ¿Usted o algún integrante de su hogar que solicita asistencia alguna vez fue descalificado por cometer infracción intencional al programa o fue declarado culpable de fraude a la asistencia pública en un juicio penal?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

7. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable de agresión sexual con agravantes, asesinato, explotación sexual y maltrato de niños, agresión sexual como se define en la Ley de Violencia Contra las Mujeres de 1994 (**Violence Against Women Act of 1994**) o una ley estatal similar, y tampoco da cumplimiento a las condiciones de su condena?

Sí Quién: \_\_\_\_\_ No

**SI SOLAMENTE SOLICITA SNAP, PUEDE DETENERSE AQUÍ.**

**¿Alguna persona del hogar ha estado en el ejército?**

Sí  No  Si respondió sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Si necesitara ayuda para pagar los costos de sus entierro/sepelio, preferiría:**  Cremación  Sepelio  
 No tiene preferencia

**SI SOLAMENTE SOLICITA AYUDA ECONÓMICA PARA ADULTOS, PUEDE DETENERSE AQUÍ.**

**Declaración jurada de presencia legal** Esta sección únicamente es obligatoria para las personas que solicitan Colorado Works.



## DECLARACIÓN JURADA

por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado como comprobante de presencia legal en los Estados

Yo, \_\_\_\_\_, juro o declaro bajo pena de perjurio en virtud de la legislación del estado de Colorado que:

Marque solo una casilla

- Soy ciudadano estadounidense, o**
- No soy ciudadano estadounidense pero soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o**
- No soy ciudadano estadounidense ni residente permanente legal pero mi presencia en los Estados Unidos es legal conforme a la legislación federal.**

Entiendo que la legislación exige esta declaración jurada porque yo solicité un beneficio público. Entiendo que las leyes estatales me exigen presentar comprobantes de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además admito que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es punible según las leyes penales de Colorado como perjurio de segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito penal independiente cada vez que se reciba un beneficio público sobre una base fraudulenta.

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_



## DECLARACIÓN JURADA

por el Departamento de Servicios Humanos de Colorado como comprobante de presencia legal en los Estados

Yo, \_\_\_\_\_, juro o declaro bajo pena de perjurio en virtud de la legislación del estado de Colorado que:

Marque solo una casilla

- Soy ciudadano estadounidense, o**
- No soy ciudadano estadounidense pero soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o**
- No soy ciudadano estadounidense ni residente permanente legal pero mi presencia en los Estados Unidos es legal conforme a la legislación federal.**

Entiendo que la legislación exige esta declaración jurada porque yo solicité un beneficio público. Entiendo que las leyes estatales me exigen presentar comprobantes de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además admito que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es punible según las leyes penales de Colorado como perjurio de segundo grado bajo el Estatuto Revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito penal independiente cada vez que se reciba un beneficio público sobre una base fraudulenta

Firma: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

**SI SOLAMENTE SOLICITA COLORADO WORKS, PUEDE DETENERSE AQUÍ.**

**Cobertura médica retroactiva**

**¿Alguien que solicita asistencia médica necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?**

Sí  No

Quién \_\_\_\_\_

Mes(es) \_\_\_\_\_

Ingresos del grupo familiar en ese mes/esos meses \_\_\_\_\_

Quién \_\_\_\_\_

Mes(es) \_\_\_\_\_

Ingresos del grupo familiar en ese mes/esos meses \_\_\_\_\_

**Información del contribuyente.**

**Instrucciones:** Complete para usted mismo, su cónyuge/pareja y los niños que vivan con usted y/o cualquier persona que esté incluida en la misma declaración de impuestos federal, si presenta una. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aun así debe agregar a los familiares que vivan con usted. Use más papel si es necesario.

**¿Planea presentar una declaración de impuestos federal EL AÑO PRÓXIMO?**

Sí  No *Si marcó sí, detalle abajo*

¿La presenta en conjunto con un cónyuge?  Sí  No

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Se declaran personas a cargo?  Sí  No

Nombre de la/s persona/s a cargo: \_\_\_\_\_

¿Prevé que lo declaren como persona a cargo en la declaración de impuestos de otra persona que no vive en su domicilio?  Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

¿Lo declaran como persona a cargo?  Sí  No

Nombre de la persona que lo declara como persona a cargo: \_\_\_\_\_

¿Esta persona está indicada en la solicitud?  Sí  No

¿Esta persona es un padre o madre que no tiene la custodia?  Sí  No

Si indicó que es un contribuyente y que está casado y presenta formularios fiscales separados, ¿se aplican a su caso circunstancias excepcionales (que ha sido víctima de violencia domestica)?  Sí  No

**¿Alguna otra persona del hogar planea presentar una declaración de impuestos federal EL AÑO PRÓXIMO?**

Sí  No  Nombre: \_\_\_\_\_

¿La presenta en conjunto con un cónyuge?  Sí  No

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Se declaran personas a cargo?  Sí  No

Nombre de la/s persona/s a cargo: \_\_\_\_\_

¿Prevé que lo declaren como persona a cargo en la declaración de impuestos de otra persona que no vive en su domicilio?  Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

¿Lo declaran como persona a cargo?  Sí  No

Nombre de la persona que los declara como personas a cargo: \_\_\_\_\_

¿Esta persona está indicada en la solicitud?  Sí  No

¿Esta persona es un padre o madre que no tiene la custodia?  Sí  No

Si indicaron que son contribuyentes y que están casados, y presentan formularios fiscales separados, ¿se aplican a su caso circunstancias excepcionales (que haya sido víctima de violencia domestica)?  Sí  No

**¿Alguna otra persona del hogar planea presentar una declaración de impuestos federal EL AÑO PRÓXIMO?**

Sí  No  Nombre: \_\_\_\_\_

¿La presenta en conjunto con un cónyuge?  Sí  No

Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Se declaran personas a cargo?  Sí  No

Nombre de la/s persona/s a cargo: \_\_\_\_\_

¿Espera que lo declaren como persona a cargo en la declaración de impuestos de otra persona que no vive en su domicilio?  Sí  No  Si marcó sí, detalle a continuación:

¿Lo declaran como persona a cargo?  Sí  No

Nombre de la persona que los declara como personas a cargo: \_\_\_\_\_

¿Esta persona está indicada en la solicitud?  Sí  No

¿Esta persona es un padre o madre que no tiene la custodia?  Sí  No

Si indicó que es un contribuyente y que está casado y presenta formularios fiscales separados, ¿se aplican a su caso circunstancias excepcionales (que ha sido víctima de violencia domestica)?  Sí  No

### **Cobertura del seguro de salud**

¿Alguien de su hogar cumple los requisitos o tiene cobertura/seguro de salud?<sup>1</sup>

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura \_\_\_\_\_

¿Esta persona está inscrita?

Elegible  Inscrita

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura \_\_\_\_\_

¿Esta persona está inscrita?

Elegible  Inscrita

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura \_\_\_\_\_

¿Esta persona está inscrita?

Elegible  Inscrita

Nombre/s: \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura \_\_\_\_\_

Fecha de cobertura \_\_\_\_\_

¿Esta persona está inscrita?

Elegible  Inscrita

<sup>1</sup> *Tipos de cobertura: Medicare • TRICARE • VA Health Care • Peace Corps • COBRA • Plan de salud para jubilados • Cobertura de salud patrocinada por el empleador actual • Seguro del retiro ferroviario*

**Si indicó que alguien de su hogar está inscrito en TRICARE, Peace Corps, el programa VA Health Care u otro programa de beneficios sanitarios estatal o federal, complete la tabla a continuación.**

Tipo/nombre del programa: \_\_\_\_\_

¿Quién está inscrito actualmente en esta cobertura de salud? \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguros: \_\_\_\_\_

Número de póliza: \_\_\_\_\_

**Si indicó que alguna persona de su hogar tiene acceso a la cobertura de salud de un empleo, complete la tabla a continuación. Esto incluye si la cobertura es del empleo de alguna otra persona, como uno de los padres o un cónyuge O si tiene COBRA o un plan de salud para jubilados.**



Nombre del empleador: \_\_\_\_\_

Número de identificación del empleador: \_\_\_\_\_

Dirección del empleador: \_\_\_\_\_

Teléfono del empleador: \_\_\_\_\_

¿Con quién nos podemos comunicar con respecto a su cobertura? \_\_\_\_\_

Fecha en que podría comenzar su cobertura: \_\_\_\_\_

Fecha en que perdió la cobertura: \_\_\_\_\_

¿Quién más en el grupo familiar tenía acceso a esta cobertura?  
\_\_\_\_\_

¿Quién más en el grupo familiar estaba inscrito a esta cobertura? \_\_\_\_\_

Cuanto necesitaría pagar en primas: \$\_\_\_\_\_  No sé

¿Con qué frecuencia las pagaría?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente

¿Tiene acceso a un plan de salud solo para el empleado que cumpla con la norma de valor mínimo<sup>1</sup> del plan de salud?  Sí  No

Si respondió sí, ¿cuál es el nombre del plan de menor costo que cumpla con la norma de valor mínimo que se ofrece solamente al empleado? \_\_\_\_\_

No sé  Ningún plan cumple con la norma de valor mínimo

<sup>1</sup> Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple con la "norma de valor mínimo" si el empleador paga el 60 % de los beneficios aprobados del plan de salud. Usted pagaría el 40 %.

**Si usted o alguna persona de su grupo familiar está inscrito en Medicare, complete la tabla a continuación. Para la cobertura de la Parte C, complete si tendrá derecho o se inscribirá en el mes en que le gustaría comprar el seguro de salud privado.**

#### Medicare Parte A

¿Tiene derecho o recibe la Parte A?  Sí  No

¿Cuándo comenzó la Parte A? \_\_\_\_\_

¿Actualmente está inscrito?  Sí  No

¿Quién paga su prima de la Parte A? \_\_\_\_\_

¿Su prima de la Parte A es gratuita?  Sí  No

#### Medicare Parte B

¿Tiene derecho o recibe la Parte B?  Sí  No

¿Cuándo comenzó la Parte B? \_\_\_\_\_

¿Cuánto cuesta su prima de la Parte B? \$ \_\_\_\_\_

¿Quién paga su prima de la Parte B? \_\_\_\_\_

#### Medicare Parte C

¿Tiene derecho o recibe la Parte C (Medicare Advantage)?  
 Sí  No

¿Cuándo comenzó la Parte C? \_\_\_\_\_

## Medicare Parte D

¿Tiene derecho o recibe la Parte D?  Sí  No

¿Cuándo comenzó la Parte D? \_\_\_\_\_

¿Cuánto cuesta su prima de la Parte D? \$ \_\_\_\_\_

¿Quién paga su prima de la Parte D? \_\_\_\_\_

**¿Alguna persona de su hogar está recibiendo tratamiento por una lesión que usted reclamó o podría reclamar legalmente?**  Sí  No

**Nombre:** \_\_\_\_\_

**Las personas mayores de 18 años pueden recibir su propio correo sobre su cobertura de salud en otra dirección. ¿Las personas mayores de 18 años desean recibir su propio correo?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_

## **Cambio previsto en los ingresos**

**¿El ingreso de su grupo familiar cambia de un mes a otro?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre \_\_\_\_\_

Ingreso anual de su empleo y nombre de su empleador  
\$ \_\_\_\_\_

¿El ingreso anual será el mismo o menor en el próximo año civil?  Sí  No

Nombre \_\_\_\_\_

Ingreso anual de su empleo y nombre de su empleador  
\$ \_\_\_\_\_

¿El ingreso anual será el mismo o menor en el próximo año civil?  Sí  No

### **Razones de las diferencias de ingresos**

**Después de que presente su solicitud, verificaremos sus ingresos. Díganos si pasó algo de lo siguiente en los últimos meses para ayudarnos con el proceso de verificación:**

Nombre \_\_\_\_\_

¿Qué pasó?

Dejó de trabajar en un empleo  Cambió el horario en un empleo  Cambio en el empleo  Casamiento, separación legal o divorcio  Otro

Nombre \_\_\_\_\_

¿Qué pasó?

Dejó de trabajar en un empleo  Cambió el horario en un empleo  Cambio en el empleo  Casamiento, separación legal o divorcio  Otro

**¿Alguna persona de su grupo familiar tiene deducciones por el empleo o no relacionadas con el empleo? Marque todo lo que corresponda. Indique el monto y con qué frecuencia lo paga. Informarnos sobre estas deducciones podría reducir el costo de su seguro de salud. No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta anterior con respecto a los ingresos laborales y las ganancias netas del empleo autónomo.**

**¿Las deducciones cambian de un mes a otro?  Sí  No**

*Si respondió sí, llene el monto actual y el monto anual real*

Tipo de deducción y frecuencia

Tipo \_\_\_\_\_

Solamente una vez  Semanalmente  Cada 2 semanas   
Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente

Monto actual \$ \_\_\_\_\_

Monto anual real \$ \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Solamente una vez  Semanalmente  Cada 2 semanas   
Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente

Monto actual \$ \_\_\_\_\_

Monto anual real \$ \_\_\_\_\_

Tipo \_\_\_\_\_

Solamente una vez  Semanalmente  Cada 2 semanas   
Dos veces por mes  Mensualmente  Anualmente

Monto actual \$ \_\_\_\_\_

Monto anual real \$ \_\_\_\_\_

*Ejemplo: • Pago de pensión alimenticia • Pérdidas de capital • Multa por retiro anticipado de ahorros • Intereses del préstamo estudiantil • Actividades de producción doméstica • Reembolso de gastos • Deducción de la HSA • Gastos de traslado • Contribución aportada a su IRA tradicional • Ciertos gastos comerciales de reservistas, artistas o funcionarios del gobierno con cobro*

**¿Alguna persona de su grupo familiar tuvo ingresos y deducciones de un empleo anterior, empleo autónomo o de otra fuente durante el año de cobertura que no estén indicados como ingresos actuales que usted deba incluir en su declaración de impuestos?**

Sí  No

*Si respondió sí, díganos el monto del ingreso anterior y las deducciones. No incluya ingresos ni deducciones actuales ni futuras.*

*Monto del ingreso anterior: \$ \_\_\_\_\_*

*Monto de las deducciones anteriores: \$ \_\_\_\_\_*

### **Información sobre indígenas americanos o nativos de Alaska**

Los indígenas americanos y los nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service, IHS), programas de salud tribales, programas de salud para indígenas urbanos o mediante la remisión de uno de estos programas. Es posible que tampoco tengan que pagar reparto de costos y pueden

tener períodos especiales de inscripción mensuales. Responda las preguntas siguientes para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible. Es posible que cierto dinero obtenido no se cuente como ingresos para reunir las condiciones de los programas de asequibilidad de seguros. Indique los ingresos que incluyan dinero de estas fuentes:

- *Pagos por capital de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, contratos de alquiler o regalías*
- *Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, contratos de alquiler o regalías de la tierra designada como fideicomiso indígena por el Departamento de Interior (Department of Interior) (incluidas reservas indígenas y reservas indígenas anteriores)*
- *Dinero de la venta de cosas que tengan importancia cultural*

**¿Alguna persona de su hogar es un indígena americano o un nativo de Alaska?**

Sí  No  Si marcó sí, detalle abajo

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la tribu \_\_\_\_\_

Estado de la tribu \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso recibido \_\_\_\_\_

Frecuencia y monto \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nombre de la tribu \_\_\_\_\_

Estado de la tribu \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso recibido \_\_\_\_\_

Frecuencia y monto \_\_\_\_\_

**¿Alguien del grupo familiar recibió alguna vez un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, un programa de salud tribal, programa de salud para indígenas urbanos o mediante la remisión de uno de estos programas?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

**Si nadie recibió, ¿quién del grupo familiar es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, programas de salud tribales, programa de salud indígena urbano o mediante la remisión de uno de estos programas?**

Sí  No  *Si marcó sí, detalle abajo*

Nombre: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

### **Autorización para convalidar los ingresos**

Como parte del procedimiento de elegibilidad, debemos verificar la información que usted nos proporcionó para esta solicitud. Si marca la casilla de abajo, indica que Connect for Health Colorado NO tiene autorización para verificar la



información de los ingresos de las declaraciones fiscales. Si no permite el uso de estos datos, entiende que Connect for Health Colorado le enviará una carta solicitando que presente comprobantes de la información de su grupo familiar, incluidos sus ingresos anuales. **Si no presenta los comprobantes solicitados de la información de la declaración de impuestos en el plazo de 90 días de la solicitud, se determinará que no es elegible para créditos fiscales anticipados para primas/reducciones por reparto de costos (APTC/CSR).**

**NO autorizo a Connect for Health Colorado a convalidar mis datos de ingresos contra fuentes federales.**

## **INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA ASISTENCIA MÉDICA**

**Puede elegir un representante autorizado solamente para asistencia médica.** Un representante autorizado es una persona u organización confiable que usted elige para que lo ayude con su solicitud. Necesitamos su autorización para que su representante autorizado hable con nosotros sobre esta solicitud, vea su información y actúe en su nombre en todos los asuntos relacionados con cobertura de salud. Si alguna vez desea cambiar a su representante autorizado, o ya no quiere un representante autorizado, póngase en contacto con Health First Colorado y CHP+ o Connect for Health Colorado.

Su representante autorizado es:  Una persona  Una organización: \_\_\_\_\_

Nombre de la persona autorizada/organización:  
\_\_\_\_\_

Número de identificación de la empresa/organización (si corresponde); \_\_\_\_\_

Dirección de la persona autorizada/organización:

\_\_\_\_\_

Para entregar a (si corresponde): \_\_\_\_\_

Ciudad, estado, código postal, país:

\_\_\_\_\_

Número de teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico: \_\_\_\_\_

¿Quiere que su representante autorizado reciba copia de sus avisos/comunicaciones?  Sí  No

Al firmar, permite que su representante autorizado firme su solicitud, reciba información sobre la solicitud y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta entidad y/o Connect for Health Colorado.

Firma del solicitante \_\_\_\_\_

Fecha: (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Al firmar, acepto cumplir con todas las responsabilidades dentro del marco de acción de la representación autorizada que la persona que represento debe cumplir. Acepto mantener la confidencialidad de toda la información respecto al solicitante o usuario proporcionada por la entidad o Connect for Health Colorado de conformidad con la legislación estatal, federal, y todas las demás leyes vigentes.

Si un representante autorizado es una organización, se exige la firma de un contacto de la organización que puede ser un proveedor, integrante del personal o voluntario de la organización.

Como proveedor, integrante del personal o voluntario de una organización que actúa como representante autorizado, declaro que cumpliré con las normas de 42 CFR §431, Subparte F y con 45 CFR §155.260(f) y 42 CFR §447.10, así como también con todas las demás leyes estatales y federales pertinentes con respecto a conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

Si le han otorgado la autoridad legal para actuar como representante autorizado en nombre del solicitante o usuario por otras vías distintas a la asignación por medio de esta hoja de trabajo, deberá ratificar que tiene esa autoridad y presentar los documentos correspondientes que verifiquen que tiene dicha autoridad.

Yo, ratifico que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o usuario. (Cuando envíe esta solicitud, presente también una copia de los siguientes documentos: un poder notarial, un mandato judicial que establezca la custodia u otro documento legal que estipule explícitamente que usted puede actuar legalmente en nombre del solicitante o usuario).

Firma del representante autorizado/contacto de la organización \_\_\_\_\_

Fecha: (mm/dd/aaaa) \_\_\_\_\_

Revisado en 07/2023