

## Formulario de Health First Colorado para jóvenes que estuvieron en crianza temporal fuera del estado

¿Recibía usted asistencia médica por haber estado en crianza temporal cuando cumplió 18 años mientras vivía en un estado distinto de Colorado y cumplió 18 años el 1 de enero de 2023 o después de esa fecha?

Sí     No

Si respondió "Sí", llene el resto de este formulario. No es necesario que llene toda la solicitud para asistencia médica a menos que su solicitud incluya a otros miembros de su hogar. Si está presentando una solicitud con otros miembros de su hogar, incluya este formulario con la solicitud.

Si respondió "No", no llene este formulario, llene una solicitud completa de Asistencia médica.

Nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aa)	Género <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	
Número de teléfono	Número de teléfono celular	Número de Seguro Social	
Dirección (Número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal (si es diferente) (Número, calle)	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico			
<p>1. ¿Cuál era su nombre mientras estaba en crianza temporal fuera de Colorado? Indique todos los nombres que ha usado anteriormente. _____</p> <p>2. ¿En qué estado de EE. UU. estaba en crianza temporal cuando cumplió los 18 años? _____</p> <p>3. ¿Cuántos años tenía cuando dejó de estar en crianza temporal? _____</p> <p>4. Si la sabe, ¿en qué fecha dejó de estar en crianza temporal? _____</p> <p>5. ¿Cuál es la fecha más reciente en la que se convirtió en residente de Colorado? _____</p> <p>6. ¿Lo adoptaron?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>    a. Si lo adoptaron, ¿volvió a estar en crianza temporal después de la adopción?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>    b. Si respondió "Sí", ¿cuándo? _____</p> <p>7. ¿Necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    Si respondió "Sí", ¿qué mes(es)? _____</p>			
Declaro bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Colorado que las respuestas que he dado en esta solicitud son verdaderas y correctas a mi leal saber y entender.			
Firma		Fecha	
<input type="checkbox"/> Al marcar esta casilla, estoy de acuerdo en que mis datos se utilicen y recolecten con el fin de determinar la elegibilidad para la asistencia médica y el seguro de salud a partir de fuentes de datos, incluida la información de declaraciones de impuestos federales que yo pueda proporcionar. Doy mi consentimiento para permitir la recopilación de información sobre mí de fuentes de datos para esta solicitud.			

Cuando haya completado este formulario, entréguelo personalmente en la oficina de servicios sociales de su condado o envíelo por fax o por correo postal a dicha oficina. También puede presentar su solicitud por teléfono llamando a la oficina local de servicios sociales de su condado. Puede encontrar la oficina más cercana en línea: <https://cdhs.colorado.gov/our-partners/counties/contact-your-county-human-services-department>.

Si se muda fuera del estado, es posible que sea elegible para recibir los beneficios médicos en su nuevo estado, pero tendrá que solicitar estos beneficios en el nuevo estado.

Este formulario es para recibir beneficios a través del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica. La información que proporcione en él es privada y confidencial. El Departamento la necesita para identificarle y para proporcionar beneficios. Solamente compartimos su información con otras agencias locales, federales y estatales; con contratistas, planes de salud y programas cuando la ley nos lo exige y para determinar si usted es elegible.

Usted debe responder todas las preguntas de este formulario. Si a su formulario le falta algo que necesitamos, trataremos de comunicarnos con usted para obtenerlo. Si usted no lo proporciona, es probable que no podamos averiguar si usted es elegible. Su solicitud para obtener beneficios se puede negar si usted no proporciona toda la información que necesitamos.

### **Qué debo saber - Derechos y responsabilidades**

- Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Eso significa que di respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. También entiendo que puedo recibir penalizaciones según la ley federal si doy información falsa o no verdadera.
- Avisaré inmediatamente al estado sobre cualquier reclamación o demanda médica que tenga. Cooperaré con el estado en el cobro de las facturas médicas que el estado haya pagado. El estado puede cobrarle a cualquier compañía de seguros o a un acuerdo judicial las facturas médicas que el estado haya pagado. Si tengo la cobertura de Health First Colorado y recibo dinero por las mismas facturas médicas que el estado ha pagado, le daré el dinero al estado. Le asigno al estado todos los derechos a recibir el pago de los gastos y tratamientos médicos.
- Sé que soy responsable de mantener mis datos actualizados. Entiendo que debo reportar cualquier cambio en la información que he proporcionado en un plazo de 10 días después del cambio. Entiendo que los cambios que reporte podrían afectar si alguien en mi hogar es elegible para recibir cobertura de cuidados de salud. Puedo informar sobre los cambios en línea en [CO.gov/PEAK](https://www.co.gov/PEAK) o por medio de la oficina u organización de mi condado que me ayuda.
- La información que el Departamento recolecta y procesa se usará para decidir si yo y los miembros de mi hogar somos elegibles para recibir cobertura de cuidados de salud. La autoridad del Departamento para recolectar, procesar y verificar mi información proviene de la Ley de Protección al Paciente y del Cuidado de Salud a Bajo Precio y de la Ley de Seguridad Social. Entiendo que si no soy elegible para Medicaid ni para Child Health Plan Plus, el Departamento compartirá mi información con Connect for Health Colorado para que ellos determinen si soy elegible.
- Sé que según las leyes federales y estatales no se permite la discriminación por motivos de raza, color, origen étnico o nacional, ascendencia, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, credo, creencias políticas, discapacidad o estado civil. Puedo presentar una queja por discriminación al visitar: <https://hcpf.colorado.gov/nondiscrimination-policy> y <https://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html>.
- Si creo que Health First Colorado/Child Health Plan Plus (CHP+) ha cometido un error, puedo apelar la decisión. Apelar significa que le informo a una oficina del condado o del estado que no estoy de acuerdo con la decisión y que quiero una audiencia. Tengo derecho a representarme a mí mismo en mi audiencia de apelación. También puedo elegir a un abogado, familiar, amigo o a cualquier otra persona para que actúe como mi representante autorizado. El Departamento me informará por escrito (Aviso de acción) cómo presentar una apelación.

## **Declaración de privacidad**

Connect for Health Colorado (“el Mercado de seguros de salud”) y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica mantendrán privada la información que usted proporcione según lo exige la ley. Sin embargo, si usted opta por solicitar asistencia, el Mercado de seguros de salud y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica pueden utilizar o compartir la información de su hogar con otro(s) programa(s). La información solamente se puede usar para fines relacionados con cobertura del seguro, tratamiento, pago, determinación de elegibilidad y para otro programa y operaciones administrativas u otros fines permitidos por la ley.

Los programas de asistencia verificarán sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases de datos de agencias asociadas. Si la información no coincide, le podríamos pedir que nos envíe pruebas.

Le pediremos que proporcione solo la información mínima necesaria para determinar su elegibilidad para recibir asistencia y opciones de planes de salud, según corresponda. Como parte del proceso, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado y luego le proporcionaremos la información al plan de salud que usted seleccione para que ellos puedan inscribir en un plan de salud calificado o en un programa de seguros de bajo costo a quienes sean elegibles.

El Mercado de seguros de salud compartirá la información demográfica sobre raza y grupo étnico con las compañías de seguros de salud solo con el fin de determinar su elegibilidad para recibir beneficios que les corresponden a ciertos grupos étnicos.

Las compañías de seguros de salud ya no pueden negarle la cobertura en base a su estado de salud. Si usted busca asistencia, es posible que le hagamos preguntas de verificación sobre su historial médico para poder determinar para qué programas de asistencia es elegible. Esta información no se usa para determinar las tarifas de su seguro. No se les harán preguntas sobre la ciudadanía o el estatus migratorio a los miembros de su hogar que no deseen obtener un seguro.

Importante: El Mercado de seguros de salud y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica están autorizados a recolectar la información de la solicitud, incluidos los números de Seguro Social, y confirmarán la información que pueda afectar la elegibilidad inicial o continua de todas las personas mencionadas en su solicitud. Usted les permite al Mercado de seguros de salud y al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica utilizar los números de Seguro Social y otra información de su solicitud para pedir y recibir información o registros para confirmar la información de su solicitud; si usted presenta su solicitud ante los otros programas de asistencia pública, es probable que el Departamento de Servicios Humanos también utilice esta información. Usted exime de toda responsabilidad al Mercado de seguros de salud y al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica por compartir esta información con otras agencias para este propósito. Por ejemplo, el Mercado de seguros de salud y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica pueden recibir información de cualquiera de las siguientes agencias o pueden compartir dicha información con cualquiera de ellas: La Administración del Seguro Social; el Servicio de Impuestos Internos; los Servicios de Aduanas y de Inmigración de los Estados Unidos; el Departamento de Seguridad Nacional; los Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; el Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado; las instituciones financieras (bancos, asociaciones de ahorro y préstamos, cooperativas de crédito, compañías de seguros, etc.); las agencias para el cumplimiento de la manutención infantil; los empleadores; los tribunales; y otras agencias federales o estatales. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para un seguro de salud o para ayudar a pagar un seguro de salud y para ofrecerle el mejor servicio posible si usted decide presentar la solicitud.

El Mercado de seguros de salud y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica también usarán la información que usted proporcione como parte de la operación continua de ambas agencias, incluidas las actividades tales como informar y administrar los programas de seguros de bajo costo para personas elegibles, realizar una supervisión y actividades de control de calidad, combatir el fraude y responder a cualquier inquietud sobre la seguridad o confidencialidad de la información. Usaremos la información que usted proporcione solo para fines comerciales internos y no la venderemos ni la intercambiaremos.

Usted tiene derecho a ver cierta información que tenemos sobre usted. Es probable que también tenga derecho a que esta información se corrija si tenemos alguna información incorrecta en los registros.

Protección de sus datos: Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica cuentan con importantes medidas de protección para garantizar la privacidad de su información personal.

Para ver la política de privacidad completa de Connect for Health Colorado, visite:

[connectforhealthco.com/es/politica-de-privacidad/](https://connectforhealthco.com/es/politica-de-privacidad/)

Para ver la política de privacidad completa del Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica, visite: [https://hcpf.colorado.gov/health-insurance-portability-and-](https://hcpf.colorado.gov/health-insurance-portability-and-accountability-act-hipaa-0)

[accountability-act-hipaa-0](https://hcpf.colorado.gov/health-insurance-portability-and-accountability-act-hipaa-0)