

Hoja de trabajo J

Requisitos laborales



Está aplicando a Health First Colorado (programa Medicaid de Colorado). Algunos miembros de Health First Colorado deben cumplir requisitos laborales específicos, también conocidos como requisitos de participación comunitaria, para recibir o mantener su cobertura.

Esta hoja de trabajo nos indica si usted necesita completar requisitos laborales. **Por favor responda todas las preguntas de esta hoja de trabajo.** Si necesita agregar más información, haga una copia de esta hoja de trabajo.

Sección 1: Cuéntenos sobre usted

Cuidadores

1. ¿Es usted responsable del cuidado de un niño menor de 13 años? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Es usted responsable del cuidado de una persona que tiene una discapacidad? ☐ Sí ☐ No

Personas embarazadas

3. ¿Está embarazada actualmente o lo ha estado en los últimos 12 meses? ☐ Sí ☒ No

Personas con discapacidades o condiciones médicas

4. ¿Recibe ingresos del Seguro de Ingreso Suplementario (SSI) y/o de la Administración de Seguro Social (SSA), como el Seguro Social por Incapacidad (SSDI) o la Jubilación del Seguro Social (SSR)? ☐ Sí ☐ No
5. ¿Es usted un veterano con una discapacidad relacionada con el servicio que el Departamento de Asuntos de Veteranos de los Estados Unidos ha determinado que es total y permanente? ☐ Sí ☐ No
6. ¿Tiene alguna discapacidad física o intelectual, afección de salud mental u otra necesidad médica especial que le dificulte o le impida trabajar? ☐ Sí ☐ No
7. ¿Es usted una persona frágil desde el punto de vista médico? Una persona frágil desde el punto de vista médico tiene necesidades de salud importantes, como una discapacidad, un problema grave de salud mental, un trastorno por consumo de sustancias u otra condición médica compleja que limita su funcionamiento diario o requiere atención médica continua.
☐ Sí ☐ No
8. ¿Es usted ciego? ☐ Sí ☐ No
9. ¿Está en tratamiento o rehabilitación por un trastorno de salud mental o por consumo de sustancias? ☐ Sí ☐ No

Personas excluidas especificadas

10. ¿Tiene 18 años o menos? ☐ Sí ☐ No
11. ¿Tiene 65 años o más? ☐ Sí ☐ No
12. ¿Reúne los requisitos para Medicare Parte A o Parte B? ☐ Sí ☐ No
13. ¿Vive en una cárcel, prisión u otro centro penitenciario actualmente o lo ha hecho en los últimos tres meses? ☐ Sí ☐ No
14. ¿Vive actualmente o ha vivido en los últimos tres meses en un hospital, asilo de ancianos u otro centro de cuidados a largo plazo?
☐ Sí ☐ No
15. ¿Recibe servicios de cuidados a largo plazo (por ejemplo, en un asilo de ancianos o a través de cuidados a domicilio)? ☐ Sí ☐ No
16. ¿Es usted miembro de una tribu indígena americana o nativa de Alaska reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No
17. ¿Ha aplicado o ya está recibiendo beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) o de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) de Colorado? ☐ Sí ☐ No

Exenciones por dificultades económicas a corto plazo

18. ¿Está actualmente hospitalizado o recibiendo atención psiquiátrica o médica como paciente interno? ☐ Sí ☐ No
19. ¿Está afectado por un desastre natural declarado, una emergencia o vive en una zona con un alto índice de desempleo? ☐ Sí ☐ No
20. ¿Está viajando para recibir tratamiento médicamente necesario para usted o un dependiente con una condición grave? ☐ Sí ☐ No



Hoja de trabajo J

Requisitos laborales (cont.)

Sección 2: Requisitos laborales

1a. Si está aplicando para cobertura de Health First Colorado por primera vez, ¿pasó al menos 80 horas en el mes calendario antes de presentar su solicitud, trabajando, asistiendo a la escuela, entrenándose laboralmente, participando en un programa de trabajo, voluntariado, o en una combinación de estas actividades? ☐ Sí ☐ No

1b. Si está renovando su cobertura de Health First Colorado, ¿pasó al menos 80 horas en uno de los seis meses calendario anteriores, trabajando, asistiendo a la escuela, entrenándose laboralmente, participando en un programa de trabajo, voluntariado, o en una combinación de estas actividades? ☐ Sí ☐ No

Para 1a o 1b, si respondió **Sí**, proporcione los detalles en la tabla a continuación. Si **no**, omita esta sección y pase a la sección de "Firma".

Título del puesto (Ver ejemplo)	Tipo de negocio	Fechas en las que trabajó (mes/día/año)		Horas por día	Días por semana	Tarifa de pago (por hora, día, semana, mes, o año)	
		Desde	Hasta				
<i>Ejemplo: Cocinero</i>	<i>Restaurante</i>	<i>1 de noviembre de 2025</i>	<i>30 de noviembre de 2025</i>	<i>8</i>	<i>5</i>	<i>\$7.00</i>	<i>hora</i>

Nombre de la escuela, entrenamiento laboral, programa de trabajo, programa de voluntariado (Ver ejemplo)	Tipo de escuela, entrenamiento laboral, programa de trabajo, programa de voluntariado	Fechas cubiertas (mes/día/año)		Horas al mes
		Desde	Hasta	
<i>Ejemplo: Humane Colorado</i>	<i>Programa de voluntariado</i>	<i>1 de noviembre 2025</i>	<i>30 de noviembre 2025</i>	<i>40</i>

Si respondió "Sí" a alguna de las preguntas de esta hoja de trabajo, es posible que reciba una carta en la que se le solicite una prueba de la información que ha proporcionado. Por favor responda a todas las cartas que le enviemos dentro del plazo indicado en la carta.

Firma

Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he proporcionado en este formulario es verdadera y completa según mi leal saber y entender. Entiendo que se me puede solicitar que proporcione documentación o verificación de las horas o la exención reclamada, y que el incumplimiento del número de horas requeridas (o para calificar p para una exención) puede afectar mis beneficios de Health First Colorado.

Nombre del solicitante en letra de imprenta

Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)
-----------------------	--------------------

Draft