



Número de caso:

**Es hora de renovar su cobertura médica. Necesitamos ver si usted y los miembros de su hogar aún son elegibles para Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) o Child Health Plan Plus (CHP+). Debe tomar medidas o puede perder sus beneficios.**

### ¿Cómo puedo enviar mi renovación?

- **En internet:** Diríjase a [CO.gov/PEAK](http://CO.gov/PEAK). Inicie sesión en su cuenta. Haga clic en "Manejar mis beneficios." Luego seleccione "Renovar beneficios." Si no tiene una cuenta, puede crear una en cualquier momento. Siga las instrucciones en [CO.gov/PEAK](http://CO.gov/PEAK) para crear una cuenta.
- **Aplicación móvil:** Descargue la aplicación Health First Colorado e inicie sesión con su cuenta PEAK o cree una cuenta en la aplicación móvil para completar y firmar electrónicamente el formulario de renovación. Utilice esta aplicación para:
  - Ver si su cobertura está activa
  - Completar su renovación anual
  - Conocer su cobertura de salud
  - Actualizar su información
  - Buscar proveedores
  - Ver su tarjeta de identificación de miembro



¡Inscríbese para recibir información útil sobre sus beneficios de Health First Colorado por texto! Envíe "JOIN" a 66596. Podrían aplicarse tarifas por mensajes y transmisión de datos.

- **Papel:** Envíe la página de firma y las páginas actualizadas del formulario de renovación por correo postal, fax o llévelas a su oficina local de condado:
- **Fax:**
- **Llame al:** en /Retransmisión estatal: 711 y dígame que está llamando para renovar su cobertura médica.



Número de caso:

### ¿Cómo completo este formulario?

- Revise la información actual que tenemos para todos los miembros de su hogar. Debe tomar medidas independientemente de si tiene o no cambios que informar.
- Si tiene cambios en su información: Proporcione actualizaciones, firme la página de firma del formulario de renovación y devuelva el formulario completo antes del .
  - **Para mantener su cobertura de salud, se le requiere que informe los cambios.** Si tiene cambios y no los reporta, es posible que tenga que devolver los pagos médicos pagados por Health First Colorado o CHP+.
- Si no tiene cambios en su información: Firme y devuelva la página de firma del formulario de renovación antes del . **Si no devuelve el formulario antes de la fecha límite, puede perder su cobertura de atención médica.**

---

### ¿Qué sucede después?

- Haremos la verificación para determinar si usted y su hogar aún son elegibles para Health First Colorado o CHP+.
- Nos comunicaremos con usted si necesitamos algo más de su parte para ayudarnos a tomar nuestra decisión, incluidas cartas solicitando información o verificaciones sobre los cambios informados. Por favor asegúrese de completar todas las solicitudes de información que enviemos.
- Después del , le enviaremos otra carta para indicarle si aún es elegible para Health First Colorado o CHP+.

## Qué debo saber - Derechos y Responsabilidades

- Estoy firmando este formulario de renovación bajo pena de perjurio. Eso significa que he dado respuestas verdaderas a todas las preguntas en este formulario a mi leal saber y entender. También entiendo que puedo recibir penalidades bajo la ley federal si doy información falsa o no verdadera.
- Las leyes federales y las del estado de Colorado requieren que el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica recupere todos los beneficios de asistencia médica, incluidos los pagos por capitación, pagados a nombre de clientes de Health First Colorado de los patrimonios de clientes difuntos de Health First Colorado que estaban internados permanentemente en una institución. Para los clientes de Health First Colorado que tenían más de 55 años cuando los beneficios se proporcionaron, el Departamento recupera los pagos por servicios de centros para ancianos, servicios a domicilio y comunitarios, y servicios conexos de hospital y medicinas por receta. Hay ciertas exenciones a la recuperación de patrimonio. Por favor, comuníquese con su condado o [coestaterecovery@hms.com](mailto:coestaterecovery@hms.com) para más información.
- Sé que soy responsable de mantener mi información actualizada. Entiendo que debo reportar cualquier cambio a la información que he suministrado en los 10 días siguientes al cambio. Entiendo que los cambios que reporte pueden determinar si alguien en mi hogar es elegible para recibir cobertura de salud. Puedo reportar cambios en Internet en [CO.gov/PEAK](http://CO.gov/PEAK) o en la oficina de mi condado u organización que me ayuda.
- Entiendo que el Departamento está autorizado para recoger y procesar la información de mi hogar y confirmar esa información con bases de datos federales que verifican información. Todos en mi formulario me han dado permiso para compartir y presentar su información y para recibir comunicaciones sobre su elegibilidad y su inscripción.
- La información que el Departamento recopila y procesa se utilizará para decidir si yo y los miembros de mi hogar calificamos para la cobertura de atención médica. La autoridad del Departamento para recoger, procesar y verificar mi información proviene de la Ley de Protección de Pacientes y Cuidado de Salud A Bajo Precio y de la Ley de Seguro Social. Entiendo que si no soy elegible para Medicaid o Child Health Plan Plus, el Departamento compartirá mi información con Connect for Health Colorado para ver si soy elegible.
- Sé que bajo la ley federal y la ley del estado, no se permite la discriminación por 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 denuncia de discriminación visitando: <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 digo a una oficina del condado o del estado que no estoy de acuerdo con una decisión y quiero una audiencia. Tengo el derecho de representarme en mi audiencia de apelación. También puedo escoger a un abogado, familiar, amigo o cualquier otra persona para que actúe como mi representante autorizado. El Departamento me dirá por escrito (Notificación de Acción) cómo hacer una apelación.

**Página de firma del formulario de renovación**

Health First Colorado/CHP+

Número de caso:

**Lea y firme este anexo (Esta página DEBE devolverse)**

Antes de firmar, por favor consulte “Qué debo saber: derechos y responsabilidades.”

**Marque la casilla que corresponda:**

- He leído todas las partes del Formulario de renovación y derechos y responsabilidades de Health First Colorado/CHP+. Toda la información en el Formulario de Renovación es correcta. **No necesito hacer ningún cambio ni corrección** a la información.
- He leído todas las partes del Formulario de renovación y derechos y responsabilidades de Health First Colorado/CHP+. **Necesito hacer cambios o correcciones** a la información. Devolveré el Formulario de Renovación con los cambios y correcciones.

**Firma de persona de contacto en el hogar o Representante Autorizado**

**Fecha (MM/DD/AAAA):**

 /  / 

- Marque aquí si un representante autorizado firmó.

Si quiere agregar, cambiar o actualizar a un representante autorizado, llene el formulario que vino con esta carta.

- Marque aquí si quiere un representante autorizado.

Si su hogar necesita **cambiar su número de teléfono principal**, por favor actualícelo aquí

<b>Número de teléfono principal</b> (Actualmente en archivo)		
<b>Número de teléfono principal</b> (Nuevo)	( <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> ) <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Casa

**Formulario de organización o representante autorizado - Sección del solicitante**

Health First Colorado/CHP+

Número de caso:

**Llene este anexo si necesita ayuda para llenar el Formulario de Renovación.**

Un Representante Autorizado es una persona u organización de confianza que usted elige para ayudarlo con su Formulario de Renovación. Necesitamos su permiso para que su representante autorizado pueda hablar con nosotros sobre el formulario de renovación, ver su información y actuar en su nombre en todos los asuntos relacionados con su cobertura de salud. Si ya no quiere un representante autorizado, puede ir en Internet a [CO.gov/PEAK](http://CO.gov/PEAK), o comunicarse con la oficina u organización de su condado, o llenar el formulario a continuación.

**Si tiene un representante autorizado ahora, por favor responda estas preguntas.**

Vemos que eligió a esta persona como su representante autorizado:

- ¿Aún desea que esta persona sea su representante autorizado?  SÍ  NO
- Si la respuesta es "SÍ", ¿ha cambiado la información de esa persona?  SÍ  NO

**Si quiere agregar, cambiar o actualizar la información de un representante autorizado, escriba la nueva información abajo:**

Nombre del representante autorizado  Segundo nombre del representante autorizado  Apellido del representante autorizado

Nombre de la organización/compañía (si es aplicable)  Identificación de la organización/compañía (si es aplicable)

Dirección del representante autorizado (déjela en blanco si no tiene una)  Apartamento/Suite #

Ciudad  Estado  Código postal  Condado

Dirección de correo electrónico  Número de teléfono  -  Extensión telefónica

**¿Quiere que su nuevo representante autorizado reciba copias de avisos/comunicaciones?**  SÍ  NO

Al firmar, usted permite al representante autorizado firmar su Formulario de Renovación, obtener información sobre este Formulario de Renovación y actuar por usted en todos los asuntos futuros con esta agencia.

**Firma del solicitante**

**Fecha (MM/DD/AAAA):**

/  /

**Pida al representante autorizado que llene esta sección si usted agregó o cambió a su representante autorizado.**

Al firmar, acepto cumplir con todas las responsabilidades dentro del alcance de la representación autorizada que el individuo que represento debe cumplir, que es distinto a tener autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente. Acepto mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante o cliente suministrada por la agencia en cumplimiento de las leyes del estado, las leyes federales y todas otras leyes aplicables. Si un representante autorizado es una organización, se requiere la firma de un contacto de organización que sea un proveedor, un miembro del personal o un voluntario de la organización. Como proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización que es un representante autorizado, afirmo que observaré las regulaciones en 42 CFR §431, Subparte F y a 45 CFR §155.260(f), y 42 CFR §447.10, así como toda otra ley estatal y federal concerniente a conflictos de interés y confidencialidad de la información.

**Firma del representante autorizado/contacto organizacional**

**Fecha (MM/DD/AAAA):**

 /  / 

Si usted ha recibido la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente usando otros medios que no sean la asignación como representante autorizado mediante este formulario, como la capacidad de tomar decisiones médicas o financieras, deberá afirmar que usted tiene esa autoridad y proporcionar los documentos apropiados que verifiquen que usted tiene esa autoridad.

- Al marcar esta casilla, afirmo que tengo autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o cliente. (Por favor, suministre una copia de los siguientes documentos con este formulario cuando se presente: un poder, una orden judicial estableciendo tutoría legal u otro documento legal que declare explícitamente que usted puede actuar legalmente en nombre del solicitante o cliente).

**1. ¿Es todavía integrante del hogar?**

SÍ  NO

If "NO," por favor, proporcione la fecha en que abandonó el hogar (MM/DD/AAAA):

/  /

**Si marcó "NO" arriba, por favor omita las preguntas restantes para esta persona.**

**2. Si esta persona tiene cambios en su nombre, por favor actualice lo siguiente:**

Nombre Completo (Actualmente en archivo)	Fecha de nacimiento	¿Cuál es su nuevo primer nombre?	¿Cuál es su nuevo segundo nombre?	¿Cuál es su nuevo apellido?

**¿En qué fecha cambió este nombre? (MM/DD/AAAA)**

/  /

**3. Si la relación de esta persona con ha cambiado, por favor actualice lo siguiente:**

Relación con (Actualmente en archivo)	¿Cuál es la nueva relación con ?	¿En qué fecha cambió esta relación? (MM/DD/AAAA)

**4. Si esta persona tiene cambios en su dirección postal, por favor actualice lo siguiente:**

**Si se ha mudado a una nueva dirección, por favor actualice también los gastos de refugio para null null.**

Dirección (actualmente en archivo)	XX

Dirección calle:

Apartamento #

Ciudad:

Estado

Código Postal

¿En qué fecha cambió esta dirección? (MM/DD/AAAA)

/  /

**5. Si esta persona tiene cambios en su dirección de correo, por favor actualice lo siguiente:**

Dirección de correo (actualmente en archivo)	XX

**¿IGUAL QUE LA DIRECCIÓN NUEVA?**

SÍ  NO

Dirección calle:

Apartamento #

Ciudad:

Estado

Código Postal

¿En qué fecha cambió esta dirección? (MM/DD/AAAA)

/  /

6. La ayuda con los costos médicos pasados puede estar disponible durante los 3 meses anteriores al mes en que presenta esta renovación. Si **necesita ayuda para pagar la atención médica que recibió cuando no tenía cobertura**, ¿cuándo recibió la atención?

Mes uno: (MM/AAAA)	□□ / □□□□	Mes dos: (MM/AAAA)	□□ / □□□□	Mes tres: (MM/AAAA)	□□ / □□□□
-----------------------	-----------	-----------------------	-----------	------------------------	-----------

7. Si esta persona está actualmente **embarazada**, por favor actualice lo siguiente:

¿Cuándo empezó este embarazo? (MM/DD/AAAA)      Fecha de parto prevista el (MM/DD/AAAA):      Número esperado de bebés:

□□ / □□ / □□□□      □□ / □□ / □□□□      □

8. Si esta persona tiene **cambios en su estado civil**, por favor actualice lo siguiente:

<b>Estado civil registrado</b>	Desde el    el estado civil de esta persona es
<b>Estado civil actualizado</b> (MM/DD/AAAA)	Desde el □□ / □□ / □□□□ el estado civil de esta persona es <input style="width: 150px;" type="text"/>

9. Si esta persona tiene **cambios en su estado militar**, por favor actualice lo siguiente:

<b>Estado militar registrado</b>	El estado militar de esta persona es , desde el y hasta el
<b>Estado militar actualizado</b> (MM/DD/AAAA)	El estado militar de esta persona es <input style="width: 150px;" type="text"/> desde el □□ / □□ / □□□□ y hasta el □□ / □□ / □□□□



**10. Si esta persona tiene cambios en un trabajo** actualmente registrado, por favor actualice lo siguiente:

<b>Trabajo #1</b> (actualmente en archivo):		
Tipo de ingresos:	Cantidad	Frecuencia de pago:
XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
¿Todavía trabaja allí? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió "NO", ¿cuándo fue su último día? <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/> (MM/DD/AAAA)		¿Cuál es la frecuencia de pago actual? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otros: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Monto bruto del cheque de pago más reciente \$ <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha del cheque de pago más reciente (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		
¿Es un trabajo de temporada? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada? \$ <input style="width: 100%;" type="text"/>		¿Este trabajo comenzó a o dejó de pagarles comisiones o propinas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

11. Si esta persona tiene **cambios en un trabajo por cuenta propia** actualmente registrado, por favor actualice lo siguiente:

<b>Trabajo por cuenta propia #1</b> (actualmente en archivo):		
<b>Tipo de ingresos:</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Frecuencia de pago:</b>
XX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX
¿Todavía trabaja allí? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si respondió "NO", ¿cuándo fue su último día? (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		¿Cuál es la frecuencia de pago actual? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Otros: <input style="width: 100%;" type="text"/>
Monto bruto del cheque de pago más reciente \$ <input style="width: 100%;" type="text"/> Fecha del cheque de pago más reciente (MM/DD/AAAA) <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>		

**12. Si esta persona tiene un nuevo trabajo, por favor agregue lo siguiente:**

**Nuevo trabajo #1:**

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas  
 Mensualmente     Otros:

Tipo de ingresos que gana:  Salario/Propinas/Salarios por hora  
 Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?  SÍ     NO

¿Es un trabajo de temporada?  SÍ     NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada? \$

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ     NO

**Nuevo trabajo #2:**

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas  
 Mensualmente     Otros:

Tipo de ingresos que gana:  Salario/Propinas/Salarios por hora  
 Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?  SÍ     NO

¿Es un trabajo de temporada?  SÍ     NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada? \$

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ     NO

**13. Si esta persona tiene una nueva fuente de ingresos de trabajo por cuenta propia, por favor agregue lo siguiente:**

Nuevo trabajo por cuenta propia #1:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ  NO

**Por favor, envíe un comprobante de ingresos del trabajo por cuenta propia para este mes o el mes pasado con este formulario, como una copia de un estado de pérdidas y ganancias, un libro de contabilidad comercial, un contrato o un estado de cuenta bancario. Asegúrese de enviar los gastos de trabajo por cuenta propia para que podamos evaluar la ganancia neta.**

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas

Mensualmente     Otros:

Nuevo trabajo por cuenta propia #2:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ  NO

**Por favor, envíe un comprobante de ingresos del trabajo por cuenta propia para este mes o el mes pasado con este formulario, como una copia de un estado de pérdidas y ganancias, un libro de contabilidad comercial, un contrato o un estado de cuenta bancario. Asegúrese de enviar los gastos de trabajo por cuenta propia para que podamos evaluar la ganancia neta.**

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas

Mensualmente     Otros:

14. Si esta persona tiene **cambios en una fuente de ingresos no derivados del trabajo** (ingresos no laborales, como manutención de menores o Seguro Social) actualmente en archivo, por favor, actualice lo siguiente.

**Por favor envíe pruebas de los cambios a los ingresos no salariales.**

**Ingresos no derivados del trabajo** (actualmente en archivo)

Ingresos	Cantidad	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso?	¿Con qué frecuencia se recibe ahora? (por ejemplo, <u>ya no se recibe</u> , semanalmente, cada 2 semanas, mensualmente, etc.)	¿Cuándo fue que recibió por última vez estos ingresos? (MM/DD/AAAA)	¿Cuánto recibió (monto bruto)?
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$
XXXXXXXXXXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX	XXXXXXXXXX		<input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	\$

15. Si esta persona tiene una **nueva fuente de ingresos no derivados del trabajo**, por favor, agregue lo siguiente. **Por favor, envíe comprobantes de los cambios si agrega ingresos no derivados del trabajo.**

<p><u>Ingresos nuevos no ganados #1:</u></p> <p>Tipo de ingresos:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social    <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y manutención conyugal    <input type="checkbox"/> Alojamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleo    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>		<p>Monto Bruto: \$ <input type="text"/></p> <p>¿Cuándo empezó a recibir estos ingresos? (MM/DD/AAAA)</p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>¿Con qué frecuencia se recibe?</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez    <input type="checkbox"/> Cada semana    <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>
<p><u>Ingresos nuevos no ganados #2:</u></p> <p>Tipo de ingresos:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social    <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y manutención conyugal    <input type="checkbox"/> Alojamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleo    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>		<p>Monto Bruto: \$ <input type="text"/></p> <p>¿Cuándo empezó a recibir estos ingresos? (MM/DD/AAAA)</p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p> <p>¿Con qué frecuencia se recibe?</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez    <input type="checkbox"/> Cada semana    <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>

16. Si esta persona tiene **cambios en la información a continuación**, por favor actualice lo siguiente:

	En archivo	Valor nuevo
¿Está solicitando Health First Colorado?	XXXXXXX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Declara impuestos federales?	XXXXXXX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Vive con ambos padres, pero los padres no esperan presentar una declaración de impuestos conjunta?	XXXXXXX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Espera ser reclamado por un padre que no tiene la custodia (el padre con que el menor <b>no</b> vive la mayoría de las noches)?	XXXXXXX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
¿Espera ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	XXXXXXX	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

17. Si esta persona tiene **cambios a su estado migratorio** actualmente registrado, por favor actualice lo siguiente:

Estado migratorio (actualmente en archivo)	Si cambia, ¿cuál es su nuevo estado migratorio?
XX	
Si cambió, ingrese la <b>Fecha de cambio</b> (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

18. Si esta persona tiene **cambios en su proveedor de seguro médico (que no sea Medicaid)** actualmente registrados, por favor actualice lo siguiente:

Otro proveedor de seguro médico (actualmente en archivo)	Si cambió, ¿cuál es su nuevo proveedor de seguro médico?
XX	
Si cambió, ingrese su <b>Fecha de inicio de cobertura</b> (MM/DD/AAAA): <input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/>	

19. ¿Esta persona es ahora un **estudiante de tiempo completo**?  SÍ  NO

**Si tiene una nueva persona en su hogar, por favor complete las preguntas restantes:**

Nombre:  Segundo Nombre  Apellido

Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA):  /  /      Fecha en que la persona nueva llegó al hogar (MM/DD/AAAA):  /  /     ¿Cuál es el parentesco de esta persona con usted? Esta persona es mi:

Género:  Hombre  Mujer  Otras Estado civil: Desde el  /  /     el estado civil de esta persona es

1. ¿Esta nueva persona en su hogar desea solicitar cobertura de salud?  SÍ  NO

a. Si la respuesta es negativa, ¿tiene otra cobertura de salud?  SÍ  NO

2. La ayuda con los costos médicos pasados puede estar disponible durante los 3 meses anteriores al mes en que solicita cobertura de salud. Si **necesitan ayuda para pagar la atención médica que recibieron cuando no tenían cobertura**, ¿cuándo recibieron la atención?

Mes uno: (MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes dos: (MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Mes tres: (MM/AAAA)	<input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
-----------------------	---	-----------------------	---	------------------------	---

3. Si **solicitan Health First Colorado o Child Health Plan Plus (CHP+) y tienen un SSN**, necesitamos esta información.

- Si proporciona su SSN, nos ayudará a procesar rápidamente su solicitud de cobertura médica. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver para a qué tipo de cobertura médica pueden calificar. No es necesario que proporcione el estado migratorio o el número de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que no solicitan cobertura médica.

**Si tienen un SSN o identificación de contribuyente**, por favor indíquelo a continuación:

SSN  Número de identificación fiscal     -   -

**4. Si no tienen un SSN y están solicitando cobertura médica, díganos por qué no tienen un SSN.**

- Si no son elegibles para recibir un SSN, ¿tienen un Número de Identificación de Contribuyente (TIN), como un Número de Identificación de Contribuyente Individual (ITIN) o un Número de Identificación de Contribuyente de Adopción (ATIN)? Si es así, ingréselo a continuación.
- Si no tienen un número de Seguro Social, por favor visite <http://www.ssa.gov/ssnumber> para obtener información sobre cómo solicitar un número de Seguro Social. También puede llamar a la Administración del Seguro Social al **1-800-772-1213** (TTY 1-800-325-0778).

**Si no tiene un SSN, por favor díganos por qué:**

- Ha solicitado SSN
- Solo es elegible para recibir un SSN por una razón válida que no sea laboral
- No es elegible para recibir un SSN
- Se niega a obtenerlo debido a una objeción religiosa bien establecida

5. ¿Esta persona presenta una declaración de impuestos federales?

SÍ  NO

6. Esta persona vive con ambos padres, ¿pero los padres no esperan presentar una declaración de impuestos conjunta?

SÍ  NO

7. ¿Espera esta persona ser reclamada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?

SÍ  NO

8. ¿Esta persona tiene una enfermedad médica, física, mental o de desarrollo que ha durado, o se espera que dure, más de 12 meses, incluso la invalidez?

SÍ  NO

9. ¿Esta persona espera ser reclamada por un padre sin custodia (el padre con el que **no** vive el niño la mayoría de las noches)

SÍ  NO

10. ¿Esta persona tiene una condición médica, física, mental o del desarrollo que le haga necesitar ayuda con regularidad con algunas o todas sus actividades de cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer, ir al baño)?

SÍ  NO

11. ¿Esta persona necesita trasladarse a una residencia para personas mayores, cuidado intensivo, un hospital, un hogar grupal, una institución de salud mental o centro de atención médica de largo plazo dentro de los siguientes 30 días, o necesita atención médica en casa para poder permanecer en su hogar?

SÍ  NO



**12. Si esta persona tiene un nuevo trabajo, por favor agregue lo siguiente:**

Nuevo trabajo #1:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas  
 Mensualmente     Otros:

---

Tipo de ingresos que gana:  Salario/Propinas/Salarios por hora  
 Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?  SÍ     NO

¿Es un trabajo de temporada?  SÍ     NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada? \$

---

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ     NO

Nuevo trabajo #2:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas  
 Mensualmente     Otros:

---

Tipo de ingresos que gana:  Salario/Propinas/Salarios por hora  
 Otras:

¿Es este un trabajo que paga comisiones o propinas?  SÍ     NO

¿Es un trabajo de temporada?  SÍ     NO

Si la respuesta es "SÍ", ¿cuál es el ingreso bruto anual para este trabajo de temporada? \$

---

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ     NO

**13. Si esta persona tiene una nueva fuente de ingresos de trabajo por cuenta propia, por favor, agregue lo siguiente:**

Nuevo trabajo por cuenta propia #1:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ  NO

**Por favor, envíe un comprobante de ingresos del trabajo por cuenta propia para este mes o el mes pasado con este formulario, como una copia de un estado de pérdidas y ganancias, un libro de contabilidad comercial, un contrato o un estado de cuenta bancario. Asegúrese de enviar los gastos de trabajo por cuenta propia para que podamos evaluar la ganancia neta.**

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas

Mensualmente     Otros:

Nuevo trabajo por cuenta propia #2:

Empleador:

Fecha de inicio (MM/DD/AAAA):  /  /

¿Cuándo recibieron su **primer** cheque de pago? (MM/DD/AAAA)  /  /

¿Cuál fue el monto bruto de su **más reciente** cheque de pago? \$

¿Esperan que el monto de este cheque de pago se mantenga aproximadamente igual durante el próximo año?  SÍ  NO

**Por favor, envíe un comprobante de ingresos del trabajo por cuenta propia para este mes o el mes pasado con este formulario, como una copia de un estado de pérdidas y ganancias, un libro de contabilidad comercial, un contrato o un estado de cuenta bancario. Asegúrese de enviar los gastos de trabajo por cuenta propia para que podamos evaluar la ganancia neta.**

¿Cuál es la frecuencia de pago?

Una vez     Cada semana     Cada 2 semanas

Mensualmente     Otros:

**14. Si esta persona tiene una nueva fuente de ingresos no derivados del trabajo, agregue lo siguiente. Por favor, envíe comprobantes de los cambios si agrega ingresos no derivados del trabajo.**

<p><u>Ingresos nuevos no ganados #1:</u></p> <p>Tipo de ingresos:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social    <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y manutención conyugal    <input type="checkbox"/> Alojamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleo    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>	<p>Monto Bruto:</p> <p>\$ <input type="text"/></p> <p>¿Con qué frecuencia se recibe?</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez    <input type="checkbox"/> Cada semana    <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>	<p>¿Cuándo empezó a recibir estos ingresos? (MM/DD/AAAA)</p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>
<p><u>Ingresos nuevos no ganados #2:</u></p> <p>Tipo de ingresos:</p> <p><input type="checkbox"/> Seguro Social    <input type="checkbox"/> Pensión alimenticia y manutención conyugal    <input type="checkbox"/> Alojamiento</p> <p><input type="checkbox"/> Desempleo    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>	<p>Monto Bruto:</p> <p>\$ <input type="text"/></p> <p>¿Con qué frecuencia se recibe?</p> <p><input type="checkbox"/> Una vez    <input type="checkbox"/> Cada semana    <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas</p> <p><input type="checkbox"/> Mensualmente    <input type="checkbox"/> Otros: <input type="text"/></p>	<p>¿Cuándo empezó a recibir estos ingresos? (MM/DD/AAAA)</p> <p><input type="text"/> / <input type="text"/> / <input type="text"/></p>

