



07/30/2018

Hsobm Ucfqofu  
PO BOX 4416  
PARKER CO 80134-1450

Assistance Programs  
PO BOX 924  
KIOWA CO 80117-0924  
(303) 621-3206

**Número de caso:** 1B8QSM0

## Solicitud de información adicional

Estimado(a) Hsobm Ucfqofu:

Necesitamos información adicional para tomar una decisión sobre los beneficios de su hogar. **Envíe la siguiente información antes de la fecha de vencimiento indicada** o sus beneficios pueden ser denegados o terminados. Si esto sucede, recibirá otra carta indicándole cuáles beneficios fueron denegados, cuándo terminan sus beneficios actuales y qué puede hacer para apelar.

### Información que necesitamos

Envíe la información solicitada de cada persona indicada en la tabla. Para obtener instrucciones sobre cómo enviar esta información, consulte la siguiente sección, "**Dónde enviar la información.**"

Para elegir el tipo correcto de prueba que debe enviar para cada solicitud, primero consulte si hay una nota en la sección "Notas" debajo de la información solicitada. Si no hay una nota y usted no está seguro(a) del tipo de documento solicitado, llámenos para pedirnos más información.

### Información necesaria para Hsobm Y Ucfqofu

| Información que debe enviar  | Fecha de vencimiento para cada programa: Envíe una copia antes de la fecha de vencimiento más próxima indicada. |
|--|---|
| Documentos de impuestos, estado de pérdidas y ganancias u otro comprobante del negocio en el que trabaja por cuenta propia.<br><b>Notas para Food Assistance:</b><br><b>Notas para Medical Assistance:</b> | <b>06/10/2019</b> para Food Assistance<br><b>08/14/2018</b> para Medical Assistance                             |
| Comprobante de efectivo o de una propiedad que pueda ser fácilmente cambiada por efectivo. (Ejemplos: estados  | <b>08/14/2018</b> para Medical Assistance   |

Continúa en la página siguiente

Seguido: Información necesaria para **Hsobm Y Ucfqofu**

**Información que debe enviar**

**Fecha de vencimiento para cada programa: Envíe una copia antes de la fecha de vencimiento más próxima indicada.**

de cuentas bancarios, cuentas de inversiones, reembolso de impuestos sobre la renta, declaración que diga cuántos ahorros en efectivo tiene). Si es de propiedad conjunta, la comprobante debe mostrar a todos los propietarios.

**Notas para Medical Assistance:**

Para los Medical Assistance programs que requieren información sobre sus recursos, como verificaciones de cuentas bancarias, podemos obtener dicha información directamente de las instituciones financieras.

**Si está aplicando únicamente al Health First Colorado Medicaid Buy-In Program for Working Adults with Disabilities:** si tiene menos de 65 años, tiene una discapacidad, trabaja actualmente y quiere aplicar solamente para este programa, no tiene que enviar documentos sobre el valor de su propiedad o de cuentas, incluso si fueron solicitados en la sección de arriba. Envíe toda la otra información solicitada.

---

**Dónde enviar la información**

Envíe solo copias, no documentos originales. Escriba el número de identificación de su caso en cada página de cada documento que envíe o cargue. En la primera página de esta carta encuentra su número de caso.

Elija una de las siguientes maneras para enviar su información:

1. Visite [CO.gov/PEAK](http://CO.gov/PEAK) para cargar su información. Si no tiene una cuenta, puede crear una.
2. Correo o entrega en mano:

Assistance Programs  
PO BOX 924  
KIOWA CO 80117-0924

---

**Si tiene preguntas o necesita ayuda**

Llámenos al (303) 621-3206 si necesita ayuda o no puede entregar los documentos antes de la fecha de vencimiento. Es posible que podamos darle más tiempo si tiene problemas para obtener los documentos que le pedimos.

Cordialmente,

Assistance Programs  
(303) 621-3206

# Ayuda en su idioma

**Food Assistance:** (303) 621-3206

**Health First Colorado/CHP+:** 1-800-221-3943 (State Relay: 711)

|                   |   |
|-------------------|---|
| <b>Español</b>    | ATENCIÓN: Si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística.                 |
| <b>Tiếng Việt</b> | CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn.                              |
| <b>繁體中文</b>       | 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。   |
| <b>한국어</b>        | 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다.  |
| <b>Русский</b>    | ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода.                          |
| <b>አማርኛ</b>       | ማሳሰቢያ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም አገልግሎት ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያገዝዎት ተዘጋጅተዋል።  |
| <b>العربية</b>    | ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان.                                   |
| <b>Deutsch</b>    | ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung.       |
| <b>Français</b>   | ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement.             |
| <b>नेपाली</b>     | ध्यान दिनुहोस्: तपाईंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाईंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छ।        |
| <b>Tagalog</b>    | PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. |
| <b>日本語</b>        | 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。  |
| <b>Oroomiffa</b>  | XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama.              |
| <b>فارسی</b>      | توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد.                         |
| <b>Polski</b>     | UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej.                                  |