Solicitud de asistencia pública

Departamentos de Financiación y Políticas de Atención a la Salud y de Servicios Humanos del estado de Colorado (*State fo Colorado Departments of Health Care Policy and Financing and Human Services*)

Retire las páginas A-F para guardar como constancia.

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

Ayuda para alimentos - *Se conoce a nivel federal como Programa de asistencia de nutrición suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP)*

(Las preguntas marcadas con un ■ NO se exigen para la ayuda para alimentos).

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 devolviéndolo a una oficina del condado.** Nos puede entregar su solicitud personalmente, por fax, por correo electrónico, o puede hacer la solicitud a través de PEAK. **Antes de recibir ayuda para alimentos 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 ayuda para alimentos en el plazo de 7 días si los bienes de la familia 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 migrante o temporero y el grupo familiar tiene menos de $100 en efectivo disponible y en el banco.

Si no reúne las condiciones para la ayuda para alimentos acelerada, los beneficios pueden comenzar en un plazo de 30 días si se presentaron todos los comprobantes solicitados de la información proporcionada en su solicitud. Si se le niega la ayuda 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 familias 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 familia, se puede remitir a los servicios de manutención de menores (*Child Support Services*) en función de las circunstancias de su familia. 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 SSI (*Seguridad de Ingreso Suplementario, Supplemental Security Income*) – 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 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 ayuda para pagar sus primas de Medicare.

Instrucciones:

Indique A TODAS LAS PERSONAS de su hogar y en 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. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. En el caso de la ayuda para alimentos, presentar el SSN o el estado inmigratorio es opcional. Si no se indica el SSN o el estado inmigratorio de una persona, esa persona no recibirá beneficios. Aunque no se indique el SSN ni se presente el comprobante del estado inmigratorio 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 de la familia 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 el estado inmigratorio de todas las personas que soliciten beneficios.
- El departamento le informará si sus beneficios cambian.
- El departamento o el organismo federal pertinente retirará los beneficios que usted no debería haber recibido.

1. El Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud (HCPF) es el organismo estatal responsable de los programas de asistencia médica del estado de Colorado. El Departamento de Servicios Humanos (DHS) 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 y 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 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 la ayuda para alimentos y el solicitante puede ser objeto de un proceso penal por proporcionar deliberadamente información incorrecta.

4. Es 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 sancionar 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 recibir ayuda para alimentos y/o Colorado Works/TANF durante 12 meses con el primer delito, 24 meses con el segundo delito, y permanentemente con el tercer delito. Un tribunal también le puede suspender la ayuda para alimentos a una persona por otros dieciocho meses. Este delito está sujeto al proceso judicial en virtud de otras leyes estatales y federales. Recibir beneficios duplicados de ayuda para alimentos 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 lleve a 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 recibo ayuda económica, sé que debo informar a la organización que proporciona la ayuda si cambia la información que indiqué en esta solicitud. Tengo conocimiento de que tengo 10 días calendario para informar sobre cualquier cambio si me inscribo en Health First Colorado o 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 ayuda, y podría tener que devolver al departamento los gastos correspondientes a la ayuda 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 el estado inmigratorio y la ciudadanía de cualquier persona que presente una solicitud. No verificarán el estado inmigratorio de los familiares que no soliciten beneficios. Es posible que se me exija presentar 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*) a 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 del Seguro Social y/o el número de inscripción de extranjero de todas las personas que soliciten asistencia pública. También debo dar el número del 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 mí elegibilidad y beneficios. Mi patrocinador y yo podemos ser responsables de reintegrar al**

estado por los beneficios que yo reciba.

9. Lo siguiente se aplica a todos los no ciudadanos habilitados que soliciten ayuda económica para adultos y/o Colorado Works: Como condición de mi elegibilidad para programas de ayuda económica, acepto que, durante el tiempo que reciba dicha ayuda, yo no firmaré una declaración jurada de apoyo para patrocinar a un no ciudadano que busque permiso para ingresar o permanecer en los Estados Unidos. Entiendo que una declaración jurada de apoyo firmada antes del 1 de julio de 1997, no afecta **mi elegibilidad** para recibir asistencia. Si no acepto, ya no seré elegible para recibir ayuda económica del estado de Colorado.

10. No tengo que ser ciudadano de Estados Unidos para solicitar ayuda. **No deje que el temor con respecto al estado inmigratorio le impida solicitar beneficios para su familia.**

11. Si soy residente de una institución y a la vez solicito SSI y ayuda para alimentos 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 proceso comenzará a partir de la fecha en que se reciba la solicitud en la oficina de ayuda para alimentos.

12. Información sobre la ley de confidencialidad: El departamento está autorizado a obtener información de la solicitud, incluidos los números del 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 al departamento usar los números del 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 negará la ayuda para alimentos a las personas que no indiquen un número de Seguro Social, y los números del 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 (*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 la ayuda para alimentos, fuerzas y cuerpos de seguridad con el fin de arrestar a personas fugitivas para evadir la ley.

13. Si mi grupo familiar recibe un pago excesivo por parte de la ayuda para alimentos, Colorado Works y/o ayuda económica para adultos, la información de esta solicitud, inclusive los números del Seguro Social, se pueden enviar a organismos federales y estatales, así como también empresas privadas de cobro de deudas para la cobranza de las reclamaciones.

14. 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 EBT de mi grupo familiar son los integrantes de mi familia, mi/s representante/s autorizado/s, y las personas fuera de mi familia 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 para acceder a mis beneficios de dinero en efectivo en lugares identificados como lugares prohibidos, entre los que se incluyen establecimientos de apuestas 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 a vender marihuana de uso medicinal o productos de infusión de marihuana de uso medicinal, o venta al por menor de marihuana o productos relacionados con la marihuana, establecimientos que ofrezcan entretenimiento para adultos en los 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 y/o mis beneficios de dinero en efectivo se cancelarán por un período de 30 días y será necesario presentar una nueva solicitud.**

15. Puedo nombrar a alguna persona o una organización para que sea mi representante. Debo hacerlo por escrito. La persona y/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 estas tareas.

16. Si creo que el departamento cometió un error, puedo solicitar una audiencia justa. El departamento me informará por escrito sobre cómo presentar una apelación. Puedo pedir una audiencia justa 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+.

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

18. Colorado Works no es un programa de concesión de derechos y los beneficios no se garantizan. Cada condado tiene la autoridad de determinar los requisitos de elegibilidad y los niveles de beneficios. 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.

19. Como solicitante de Colorado Works, si no colaboro 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. Un motivo legítimo para no colaborar con los servicios de manutención de menores puede 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.

20. Si soy un adulto que tengo entre 18 y 49 años, sin hijos menores de 18 años en mi casa que recibe ayuda para alimentos, solo seré elegible para recibir beneficios de ayuda para alimentos por tres meses, a menos que corresponda uno de los siguientes: 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 cumplo 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 ayuda para alimentos si se determina que no puedo trabajar por problemas físicos o mentales, o si la oficina de ayuda para alimentos identifica otras exenciones aplicables. Si cumplo con alguno de estos criterios, podré continuar recibiendo ayuda para alimentos mientras siga siendo elegible.

21. Entiendo y acepto que para recibir ayuda para alimentos, 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 ayuda para alimentos 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 con los acuerdos escritos firmados. C) Proporcionar información a la oficina de ayuda para alimentos o al programa Empleo Primero (programa de trabajo) sobre los empleos que obtenga yo o los integrantes de mi grupo familiar mientras recibimos ayuda para alimentos. D) Informar a la oficina

de ayuda para alimentos o al programa 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, 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 se pueden descalificar para recibir ayuda para alimentos.

22. 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 ayuda para alimentos si me niego a colaborar con la revisión de mi caso, que incluye la revisión de control de calidad.

23. No puedo usar los beneficios de ayuda para alimentos para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o cigarrillos. Me pueden descalificar por usar la ayuda para alimentos para pagar artículos adquiridos a crédito. Si un tribunal de justicia declara a una persona culpable de usar beneficios de ayuda para alimentos para comprar ilegalmente o recibir 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 ayuda para alimentos 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 ayuda para alimentos la primera vez que cometa dicha infracción.

24. El tráfico de beneficios se refiere a:

a. Comprar, vender, robar o efectuar de cualquier otra forma un intercambio de los beneficios de ayuda para alimentos 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 connivencia con otras personas, o actuando solo; o,

b. El intercambio de beneficios de ayuda para alimentos o tarjetas EBT por armas de fuego, municiones, explosivos, o sustancias controladas; o

c. Un participante del programa de ayuda para alimentos, incluido el representante autorizado designado por el participante, que deliberadamente transfiera el beneficio de ayuda para alimentos a otra persona que no use, o no pretenda usar los beneficios de ayuda para alimentos para el grupo familiar de ayuda para alimentos para el cual están proyectados los beneficios; o

d. La reventa de alimentos que fueron adquiridos con los beneficios de ayuda para alimentos para obtener dinero en efectivo; u

e. Obtener un ingreso de dinero al devolver agua u otros envases que fueron adquiridos con beneficios de ayuda para alimentos. La compra de envases de agua está incluida dentro de los alimentos elegibles que se pueden pagar con beneficios de ayuda para alimentos. 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 connivencia con otras personas, o actuando solo.

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

26. Puede pedir ayuda para alimentos además de solicitar beneficios de otros programas. Mi elegibilidad para recibir beneficios de ayuda para alimentos se determinará sin tener en cuenta otros programas. La oficina de ayuda para alimentos tramitará todas las solicitudes de ayuda para alimentos de acuerdo a los requisitos de puntualidad, notificación y audiencia justa, incluso si presento solicitudes para otros programas.

27. Los residentes de Colorado que tengan una discapacidad que cumpla con los requisitos, como por ejemplo personas que reciban SSI o beneficios de 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 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.

28. 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 contacto colaterales cuando se detecten discrepancias. Esta información puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.

29. 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 negativa de beneficios por otra parte responsable del pago de los beneficios al Estado.

30. 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 usuarios de Health First Colorado que tenían más de 55 años cuando se prestaron 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. Para obtener más información, comuníquese con su condado y solicite el folleto "Programa de recuperación de costos de asistencia médica"

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. 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.

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

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. 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. Para obtener más información, visite 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 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. 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 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. Si necesito o recibo cualquiera de estos servicios, debo informar a mi trabajador social del departamento.

Solicitud de asistencia pública

Departamentos de Financiación y Políticas de Atención a la Salud y de Servicios Humanos del estado de Colorado (*State of Colorado Departments of Health Care Policy and Financing and Human Services*)

Marque la casilla de cada programa que quiera solicitar.

❑ **Ayuda para alimentos** - Se conoce a nivel federal como Programa de asistencia de nutrición suplementaria (SNAP)
Las preguntas marcadas con un ■ NO se exigen para la ayuda para alimentos.

❑ **Programas de ayuda en efectivo**
❑ Colorado Works- que a nivel federal se llama Asistencia Temporal para Familias Necesitadas
❑ Adult Financial- Incluyen Complementos de Colorado al SSI, ayuda para discapacitados necesitados (AND estatal), Pensión por vejez (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 (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Apellido de soltera	Números del Seguro Social[1]		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? ❑Si 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❑

[1] 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 saber 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 designar un representante autorizado. Si designo un representante autorizado, al firmar más abajo, permito a esta persona firmar mi solicitud, obtener información oficial sobre esta solicitud, y actuar en mi nombre en todos los asuntos que tenga en el futuro con esta entidad. Leí, comprendo y estoy de acuerdo con "Lo que debería saber".

Su firma	Fecha	■● Firma del cónyuge/co-solicitantes, si solicitan (opcional)	Fecha
Nombre en letra de imprenta del representante autorizado, custodio, tutor		Nombre en letra de imprenta del representante autorizado, custodio, tutor:	
■●Firma del representante autorizado	Fecha	■●Firma del representante autorizado	Fecha
Nombre, dirección y teléfono de la persona que ayudó a llenar la 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_____@_____
(En el caso de asistencia médica, si desea recibir avisos por vía electrónica, consulte el folleto instructivo en Colorado.gov/HCPF/Apply o ConnectforHealthCO.com/About-Us/Customer-Resources)

Datos demográficos del grupo familiar

Nombre legal (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Relación con usted	Fecha de nacimiento	■Masculino/ Femenino (M/F)	¿Esta persona quiere beneficios?	■Casado, unión civil, pareja de hecho, soltero, divorciado, separado, viudo	● ¿Hispano o latino?[1]	● Raza[1]	■● Número del Seguro Social[2]	Ciudadano de EE. UU. o nacional de EE. UU.
	LA PERSONA	Página 1		❑Sí ❑No		❑Sí ❑No		Página 1	❑Sí ❑No
		/ /		❑Sí ❑No		❑Sí ❑No			❑Sí ❑No
		/ /		❑Sí ❑No		❑Sí ❑No			❑Sí ❑No
		/ /		❑Sí ❑No		❑Sí ❑No			❑Sí ❑No
		/ /		❑Sí ❑No		❑Sí ❑No			❑Sí ❑No

[1] La información sobre la raza y la etnia es opcional, y no afectará la elegibilidad; se recaba para garantizar que se proporcionen los beneficios a todos los solicitantes elegibles independientemente de la raza/color/país de origen **Las opciones de raza comprenden**:
Indígena americano/nativo de Alaska**- AI;** Asiático - **A**; Negro/afroamericano o- **B**; Nativo de Hawai/De otra isla del Pacífico- **NH**; Blanco- **W**

[2] 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 saber para qué reúnen las condiciones usted y su grupo familiar.

¿Alguien del hogar se considera un huésped o un pensionista?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*	
Nombre	Monto que se paga de alquiler	¿Las comidas están incluidas en el alquiler?
	$	❑Sí No❑
	$	❑Sí No❑

¿Algún integrante de su grupo familiar está temporalmente fuera del hogar en algún tipo de centro o institución?			❑Sí No❑	*Si respondió sí, indique a continuación. 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?	¿Se ofrecen comidas?
				❑Sí No❑	❑Sí No❑
				❑Sí No❑	❑Sí No❑

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

Información para emergencias

Incluido usted, ¿para cuántas personas de su hogar compra y prepara comida?		¿Alguien del hogar es un trabajador agrícola migrante o temporero?	❑ Sí No ❑
Monto total de dinero que mi grupo prevé recibir este mes (antes de las deducciones)	$	Dinero en efectivo disponible y dinero en su cuenta corriente/cuenta de ahorros	$
Monto que paga por alquiler o hipoteca	$	Seguro de la casa/impuestos a la propiedad/cuota de asociación de propietarios (*Homeowner's Association, HOA*)	$
Servicios públicos que paga (marque todo lo que corresponda)	Calefacción/Refrigeración❑ $_ Electricidad ❑ $_ Agua ❑ $_ Teléfono ❑ $ Basura ❑ $ Alcantarillado ❑ $ Otros❑ $_		

●¿Alguna persona del hogar obtuvo alimentos o beneficios en efectivo en otro estado en los últimos 30 días?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*
■ **Si su solicitud es para Colorado Works, ¿recibió beneficios de algún otro estado desde 1996?**	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*

Nombre/s:	Fecha de recepción	Ciudad	Condado	Estado

Hijos dependientes

■**¿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 niños del hogar vive fuera del hogar?**	❑Sí ❑No	Si respondió sí, ¿intentó obtener ayuda para gastos médicos del padre del niño que vive fuera del hogar?	❑Sí ❑No

Nombre del padre/madre	Dirección	Teléfono	¿Para qué niño?

Me gustaría solicitar justificación o motivo suficiente de la solicitud de asistencia de servicios de manutención admisible en virtud de la medida de excepción de la opción de violencia doméstica (según se describe en la sección "Lo que debo saber") ❑Sí No❑

♦■**¿Alguna persona del hogar está actualmente o ha estado alguna vez en cuidado tutelar?**	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*

Nombre	Edad	Fechas en que estuvo en cuidado tutelar

Información del embarazo

■ **¿Alguna persona en el hogar está embarazada?**	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*

Nombre:	Fecha probable de parto:	Cantidad de bebés esperados:

●Nombre del padre, si se conoce:

●¿Le gustaría solicitar justificación o motivo suficiente de la solicitud de asistencia de servicios de manutención infantil? ❑Sí No❑

Información sobre discapacidad

¿Alguna persona de su hogar 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❑
■ ¿Alguna persona tiene una enfermedad o trastorno del desarrollo que haya durado, o se prevé que dure más de 12 meses?		❑Sí No❑ Nombre:

■ **¿Usted o alguna persona del hogar solicitó Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) u otros beneficios del Seguro Social?**	❑Sí ❑No *Si respondió sí, indique a continuación*	

Nombre		¿Qué programa?	❑SSI ❑_	Fecha de solicitud	_ / /	Estado de la solicitud	❑Pendiente ❑Aprobada ❑Rechazada ❑Apelada
Nombre		¿Qué programa?	❑SSI ❑_	Fecha de 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, ¿cuando 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:		Estado de no ciudadano:	
Número de extranjero o I-94:		Número de pasaporte/tarjeta:	
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:		Estado de no ciudadano:	
Número de extranjero o I-94:		Número de pasaporte/tarjeta:	
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

¿Algunos de los no ciudadanos indicados antes está patrocinado para permanecer en este país?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*

Patrocinador (agregue más páginas si hay más de un patrocinador)			
¿Quién es patrocinado?			
Nombre del patrocinador:		Nombre del cónyuge del patrocinador:	
Número del Seguro Social del patrocinador		● Número del 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 respondió sí, indique 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 por 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 por 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, utensilios de cocina, vender artículos por Internet o vender productos alimenticios caseros/de cosecha propia?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*

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: ❑ Unico 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 tipo de costos de la empresa: $_____	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 30 días?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*

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 por mes

Ingreso no devengado/otro ingreso

¿Alguna persona tiene otros tipos de ingresos?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación: Algunos ejemplos de otros tipos de ingresos se indican en la parte inferior de la tabla*	
Nombre	Tipo de moneda/ingreso	Monto mensual

Algunos ejemplos son: Prestaciones de desempleo • SSI • Beneficios para veteranos • beneficios para viudos • Indemn. laboral • Retiro ferroviario • ●Manutención infantil• Pensiones de supervivencia • Dividendos/interés • 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 respondió sí, indique a continuación. Algunos ejemplos de tipos de importes globales se indican en la parte inferior de la tabla*		
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?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*
Nombre:	Fecha de comienzo de la huelga:
Fecha del último cheque:	Monto del último pago de nómina:

Gastos

● **¿Alguien paga servicios de cuidado de día para niños o adultos, manutención infantil por mandato legal, atraso de manutención infantil, gastos médicos[1] ■intereses del préstamo estudiantil y/o pensión alimenticia?**				❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*		
Gasto	Quién paga	¿La persona está fuera del hogar?	¿Para quién es el gasto?	Monto del gasto	Monto pagado	Monto obligatorio conforme a la ley
		❑Sí No❑			$	$
		❑Sí No❑			$	$
		❑Sí No❑			$	$

En el caso de la ayuda para alimentos, los gastos médicos solo se permiten para personas discapacitadas y/o mayores de 60 años. Algunos ejemplos de gastos médicos son recetas, gastos médicos/dentales/de la vista, copagos, primas de seguro y atención de pacientes hospitalizados. Los montos reembolsados por un tercero no se pueden reclamar.

Información sobre estudiantes

¿Alguien del hogar asiste a la escuela secundaria, profesional, de formación profesional, escuela vocacional o universidad?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*	*En el caso de la ayuda para alimentos, 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.*			
Nombre	●Nombre del centro educativo	●Último año terminado	●Fecha de inicio	●Fecha prevista de graduación	¿Es usted un estudiante con plena dedicación?
					❑Sí No❑
					❑Sí No❑

¿Alguien del hogar recibe ayuda económica (subvenciones o becas), ingresos por estudio del trabajo o ingresos por la ley de asistencia educativa para ex militares?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*
Quién:	

■¿Cuál es el monto ($) de subvenciones, becas, y/o estudio del trabajo que usó para los gastos de subsistencia este mes? $_____

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

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

Ejemplos de gastos de subsistencia: Comida • Vestimenta • Vivienda • Transporte • Costos de servicios públicos • Seguro • Otro

Recursos

COLORADO WORKS NO EXIGE INFORMACIÓN SOBRE RECURSOS

¿Alguien del hogar tiene recursos, inclusive los que comparte con otra persona?	❑Sí No❑	*Si respondió sí, indique a continuación. Algunos ejemplos de tipos de recursos se indican en la parte inferior de la tabla.*		
Nombre	Tipo de recursos	Nombre de la entidad financiera	Número de cuenta	Valor actual
				$
				$

Ejemplos: Dinero e*n efectivo disponible • Cuentas corrientes y de ahorros • Acciones • Bonos • Fondos de inversión • 401Ks • IRAs • Fideicomisos • CD • 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 respondió sí, indique a continuación*
Nombre	Año, marca y modelo	Valor actual
		$
		$

¿Alguien tiene pólizas de seguro de vida o pólizas de seguro funerario?		❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*		
Quién	Empresa y número de póliza	Tipo	¿Revocable o irrevocable?	Valor
		❑Póliza de seguro funerario ❑Póliza de seguro	❑Revocable ❑Irrevocable	$
		❑Póliza de seguro funerario ❑Póliza de seguro	❑Revocable ❑Irrevocable	$

¿Alguna persona del hogar tiene alguna propiedad (incluida su casa)?			❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*	
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:
			$	❑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? [1]			❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*	
Nombre	Fecha de transferencia	¿Qué bien?	Monto recibido	Valor comercial normal
			$	$
			$	$

1Si 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 AYUDA PARA ALIMENTOS, 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 ayuda para alimentos en algún estado después del 22/sep./1996?	❑Sí No❑ Quién:
2. ¿Usted o algún integrante del hogar se está ocultando o huyendo de la justicia para evitar un proceso judicial, ser detenido o ir a la cárcel, por un delito grave o intento de delito grave, o violación de libertad condicional o período de prueba?	❑Sí No❑ Quién:
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 de uso controlado después del 22/ago./1996?	❑Sí No❑ Quién:
4. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable, o descalificado, por comprar o vender, o intentar comprar o vender, beneficios de ayuda para alimentos por más de $500 después del 22/sep./1996?	❑Sí No❑ Quién:
5. ¿Usted o algún integrante de su hogar fue declarado culpable de negociar beneficios de ayuda para alimentos por armas de fuego, municiones, explosivos o drogas después del 22/sep./1996?	❑Sí No❑ Quién:
6. ¿Usted o algún integrante de su hogar que solicita asistencia alguna vez fue descalificado por cometer una infracción intencional al programa o fue declarado culpable de fraude a la asistencia pública en un juicio penal?	❑Sí No❑ Quién:
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 No❑ Quién:

SI SOLAMENTE SOLICITA AYUDA PARA ALIMENTOS 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 exequias/sepelio, preferiría: ❑Cremación ❑Sepelio ❑No tiene preferencia

Declaración jurada de presencia legal

●DECLARACIÓN JURADA
Por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Colorado como comprobante de presencia legal en los Estados Unidos
Yo,_____,juro o declaro bajo pena de perjurio en virtud de la legislación del estado de Colorado que:

Marque solamente 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 reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es punible por las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado conforme al Estatuto 18-8-503 modificado de Colorado y constituirá un delito penal independiente cada vez que se reciba un beneficio público de modo fraudulento.

Firma: Fecha:

●DECLARACIÓN JURADA
Por el Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Colorado como comprobante de presencia legal en los Estados Unidos
Yo,_____,juro o declaro bajo pena de perjurio en virtud de la legislación del estado de Colorado que:

Marque solamente 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 reconozco que hacer una declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada es punible por las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado conforme al Estatuto 18-8-503 modificado de Colorado y constituirá un delito penal independiente cada vez que se reciba un beneficio público de modo fraudulento.

Firma: Fecha:

SI SOLAMENTE SOLICITA COLORADO WORKS O AYUDA ECONÓMICA PARA ADULTOS PUEDE DETENERSE AQUÍ.

Cobertura médica retroactiva

¿Alguna persona desea 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

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 fiscal, si presenta una. Si no presenta una declaración fiscal, recuerde que aún así debe agregar a los familiares que vivan con usted. Use más papel si es necesario.

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales EL AÑO PRÓXIMO?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación*		
¿La presenta en conjunto con un cónyuge?	❑Sí No❑	Nombre del cónyuge:	
¿Se reclaman dependientes?	❑Sí No❑	Nombre del (de los) dependiente(s):	
¿Prevé ser reclamado como dependiente en la declaración fiscal de otra persona que no vive en su domicilio? ❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*			
¿Se reclama como dependiente?	*❑Sí No❑*	*Nombre de la persona que lo reclama:*	
¿Esta persona está indicada en la solicitud?	*❑Sí No❑*	*¿Esta persona es un padre que no tiene la custodia?*	*❑Sí No❑*
Si indicó que usted es un contribuyente y que está casado, ¿presenta formularios fiscales separados, se aplican a su caso circunstancias excepcionales (que ha sido víctima de violencia doméstica)? ❑Sí No❑			

¿Alguna otra persona del hogar planea presentar una declaración de impuestos federales EL AÑO PRÓXIMO?	❑Sí No❑	Nombre:
¿La presenta en conjunto con un cónyuge?	❑Sí No❑	Nombre del cónyuge:
¿Se reclaman dependientes?	❑Sí No❑	Nombre del (de los) dependiente(s):

¿Prevé ser reclamado como dependiente en la declaración fiscal de otra persona que no vive en su domicilio? ❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*			
¿Se reclama como dependiente?	*❑Sí No❑*	*Nombre de la persona que los reclama:*	
¿Esta persona está indicada en la solicitud?	*❑Sí No❑*	*¿Esta persona es un padre que no tiene la custodia?*	*❑Sí No❑*
Si indicó que usted es un contribuyente y que está casado, ¿presenta formularios fiscales separados, se aplican a su caso circunstancias excepcionales (que ha sido víctima de violencia doméstica)? ❑Sí No❑			

¿Alguna otra persona del hogar planea presentar una declaración de impuestos federales EL AÑO PRÓXIMO?		❑Sí No❑	Nombre:
¿La presenta en conjunto con un cónyuge?	❑Sí No❑	Nombre del cónyuge:	
¿Se reclaman dependientes?	❑Sí No❑	Nombre del (de los) dependiente(s):	
¿Prevé ser reclamado como dependiente en la declaración fiscal de otra persona que no vive en su domicilio? ❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*			
¿Se reclama como dependiente?	*❑Sí No❑*	*Nombre de la persona que los reclama:*	
¿Esta persona está indicada en la solicitud?	*❑Sí No❑*	*¿Esta persona es un padre que no tiene la custodia?*	*❑Sí No❑*
Si indicó que es un contribuyente y que está casado, ¿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?			❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*
Nombre/s:	Tipo de cobertura	Fecha de cobertura	¿Esta persona está inscrita?
			❑Eligible ❑Inscrito
			❑Eligible ❑Inscrito
			❑Eligible ❑Inscrito
			❑Eligible ❑Inscrito

[1] *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 en 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[1] 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	
1 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 tiene derecho o se inscribirá en el mes en que le gustaría comprar el seguro de salud privado.			
Medicare Parte A	Medicare Parte B	Medicare Parte C	Medicare Parte D
¿Tiene derecho o recibe la Parte A? ❑Sí No❑	¿Tiene derecho o recibe la Parte B? ❑Sí No❑	¿Tiene derecho o recibe la Parte C (Medicare Advantage) ❑Sí No❑	¿Tiene derecho o recibe la Parte D? ❑Sí No❑
¿Cuando comenzó la Parte A?	¿Cuando comenzó la Parte B?	¿Cuando comenzó la Parte C?	¿Cuando comenzó la Parte D?
¿Actualmente está inscrito? ❑Sí No❑	Cuánto cuesta su prima de la Parte B:$_		Cuánto cuesta su prima de la Parte D $_____
¿Quién paga su prima de la Parte A? _____	¿Quién paga su prima de la Parte B? _____		¿Quién paga su prima de la Parte D?
¿Su prima de la Parte A es gratuita? ❑Sí No❑			

¿Se está tratando a alguna persona de su hogar 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?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*

Nombre	Dirección

Cambio previsto en los ingresos

¿El ingreso de su grupo familiar cambia de un mes a otro?	❑Sí No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*	
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❑
	$	❑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?
	❑Dejé de trabajar en un empleo ❑Cambió el horario en un empleo ❑Cambio en el empleo ❑Casamiento, separación legal o divorcio ❑Otro
	❑Dejé de trabajar en un empleo ❑Cambió el horario de 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		Monto actual	Monto anual real
Tipo_____ ❑Solamente una vez ❑Semanalmente ❑Cada 2 semanas ❑Dos veces por mes ❑Mensualmente ❑Anualmente		$	$
Tipo_____ ❑Solamente una vez ❑Semanalmente ❑Cada 2 semanas ❑Dos veces por mes ❑Mensualmente ❑Anualmente		$	$
Tipo_____ ❑Solamente una vez ❑Semanalmente ❑Cada 2 semanas ❑Dos veces por mes ❑Mensualmente ❑Anualmente		$	$

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 esté indicada como ingresos actuales que usted deba incluir en su declaración fiscal?	❑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 Sevice, IHS*), programas de salud tribales, programa de salud indígena urbano, 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) (inclusive 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 respondió sí, indique a continuación:*

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, programas de salud tribales, programa de salud indígena urbano, o mediante la remisión de uno de estos programas?	❑Si No❑ *Si respondió sí, indique a continuación:*
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 respondió sí, indique a continuación:*
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 & CHP+ o Connect for Health Colorado.

Su representante autorizado es: ❑ una persona ❑ organización:	
Persona autorizada/nombre de la organización:	
Empresa/Número de ID de la 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 provista 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)