Solicitud de Asistencia Pública

El Departamento de Políticas y Financiamiento de Atencion Medica y el Departamento de Servicios Humanos del Estado de Colorado

Marque los programas que desea solicitar

Alimento	**Asistencia Alimenticia -** Le ayuda a comprar alimentos. Usted tiene derecho a entregar su solicitud hoy. Complete la solicitud con su nombre, dirección y firma entreguela en la oficina más cercana a su hogar. Una entrevista es necesaria. Si usted no es ciudadano de los EE.UU., puede aplicar para las personas en su hogar que son ciudadanos. Sus beneficios comienzan en la fecha que la oficina recibe su solicitud firmada. Una decisión será tomada lo más pronto posible, pero no tomará más de 30 días de la fecha que la oficina recibió su solicitud firmada. Si la asistencia urgente es negada, puede solicitar una conferencia informal.	
Programas en	**Colorado Works –** Para hogares con un niño o mujeres embarazadas sin niños. Provee Ayuda monetaria a familias necesitadas. Los padres deberan participar en actividades laborales, con algunas excepciones.	
	Suplemento de Colorado a SSI - Provee asistencia monetaria para personas que no reciben la cantidad máxima de SSI.	
	Ayuda a los Necesitados Incapacitados (AND del Estado) y Ayuda para Ciegos (AB del Estado) - Para personas de 18 a 59 años que estan totalmente incapacitadas un mínimo de seis meses o personas menores de 59 años que satisfacen la definición de ceguez Provee beneficios monetarios y no incluye beneficios médicos.	
	Pensión de vejez (OAP) - Para personas mayores de 60 años con bajos ingresos. Provee beneficios monetarios e incluye asistencia médica.	
	Ayuda domiciliaria - Para personas que necesitan ayuda a largo plazo con algunas o todas sus actividades diarias (tales como bañarse, vestirse, comer, moverse y usar el baño). Provee beneficios monetarios para pagar al proveedor. Se requiere una evaluación funcional y médica.	
Programas de Asistencia Médica	**Asistencia Médica para Familias (FM) y Child Health *Plan* Plus (CHP +) -** Para niños menores de 19 años, familias, y mujeres embarazadas. Podrá disponer de cobertura temporal inmediata para niños y mujeres embarazadas a través del Programa de presunción de elegibilidad (Presumpive Eligibility Program).	
	Servicios de Asistencia a Largo Plazo (Long Term Care, LTC), como Atención en Residencias para Personas de Edad Avanzada y Excepción para-Servicios en el Hogar y la Communidad (Home and Community-Based Services, HCBS) para Adultos y Niños- Para personas que necesitan ayuda para pagar servicios recibidos en sus casas o en instituciones médicas por más de 30 días. Se requiere una evaluación funcional y médica.	
	• **Subsidio para Necesidades Personales (PNA) -** Para personas que residen en residencias de edad avanzada, que reciben menos de $50 por mes para necesidades personales--no más de $50 por mes.	
	Programas de Ahorro de Medicare (Medicare Savings Program, MSP) - Para personas que necesitan ayuda para pagar parte de los costos de Medicare, como cuotas, deducibles y coseguros.	
	Asistencia Médica para Adultos (AM) - Para personas discapacitadas, ciegas, o para personas de 19 años de edad o mas.	
	Subvención de Bajos Ingresos (LIS) - Para las personas que necesitan ayuda para pagar algunos de sus costos de recetas médicas de Medicare Parte D, tales como las primas de seguro, deducibles y coseguros. Antes de aplicar para este programa, por favor llame al 1-800-772-1213 para informarse si usted ya está inscrito.	

Use otra hoja de papel, si no hay espacio suficiente para sus respuestas en esta solicitud.

Su Nombre	Inicial del Segundo nombre	Apellido Completo			Número de Seguro Social*
Dirección Física (número, calle)		Ciudad	Estado	Código Postal	Número Telefónico
Dirección de correo postal (si es diferente a la dirección física)		Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono para Mensaje
Nombre de la Institución / Dirección (residencia de ancianos, o hogar de asistencia)					Teléfono de la Institución
Dirección de correo electrónico	Se encuentra sin hogar?	Reside en Colorado?			¿Quiere una entrevista telefónica?
	☐Sí No❑	☐Sí No❑			☐Sí No❑

* No es obligatorio si usted no esta solicitando ayuda para los programas de Asistencia Médica.

Bajo pena de perjurio, yo declaro que he examinado esta solicitud y a mi mejor saber y conocimiento **las respuestas son correctas, incluyendo los miembros del hogar, ciudadanía, información sobre estado migratorio, y que he incluido las cantidades y fuentes de ingresos y propiedades que recibo o tengo. Yo entiendo y estoy de acuerdo con la información en la sección " Qué debo saber".**

Firma	Fecha	Esposos / Firma del co-solicitante, si esta solicitando asitencia (no es necesario para la Asistencia Alimenticia)	Fecha
Representante autorizado, albacea,tutor,otro contacto: (en letras de molde)	Fecha	Dirección / número de teléfono de la persona que ayudó a completar la aplicación	Fecha

Instrucciones: Diganos sobre todas las personas que viven en su hogar, aunque usted no este solicitando asistencia para ellos. (Para asistencia médica de adultos, LTC, y MSP, asegúrese de incluir información sobre el solicitante que vive fuera del hogar e información sobre el cónyuge.)

¿Cuál es la relación de esta persona con usted?	**Nombre (Primero, Segundo, Apellido)**	**Fecha (MM / DD / AA) y Estado de Nacimiento**	***Masculino/Femenino** (M/F)	**¿Esta persona quiere beneficios?**	*** Casado, soltero, divorciado, separado**	**No es obligatorio para las personas que no solicitan beneficios.**		
						Número de Seguro Social (SSN)	**** Grupo étnico**	**Ciudadano EE.UU.**
Usted mismo		/ / * Estado:		❑ Sí ❑No		Mi número de Seguro Social se encuentra arriba		❑ Sí ❑No
		/ / * Estado:		❑ Sí ❑No				❑ Sí ❑No
		/ / * Estado:		❑ Sí ❑No				❑ Sí ❑No
		/ / * Estado:		❑ Sí ❑No				❑ Sí ❑No
		/ / * Estado:		❑ Sí ❑No				❑ Sí ❑No

** Opcional para la asistencia alimenticia. ** Información sobre grupo étnico es opcional, no afectará la elegibilidad, y es para asegurar que los beneficios se proporcionen independiente de su raza / color /nacionalidad. Opciones para raza: Asia-A, hispano / latino - H; indios americanos / nativos de Alaska - AI; Raza Blanca - W; Nativos de Hawai /Nativos de las Islas del Pacífico-NH, Negros / Afro Americano. – B; Otros - O.*

¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?	❑Sí No❑	*Si usted tiene una tarjeta, por favor incluya una copia del frente y dorso de su tarjeta del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. o complete la parte abajo.*			
Nombre del Extranjero				Patrocinador (s) SSN, nombre, dirección, número de teléfono	
Número de Extranjero		Fecha de entrada a los EE.UU.			
Nombre del Extranjero				Patrocinador (s) SSN, nombre, dirección, número de teléfono	
Número de Extranjero		Fecha de entrada a los EE.UU.			

¿Usted habla y lee inglés?	❑Sí No❑	*Si es no, ¿Qué idioma(s) habla usted?*	

Usted puede recibir ayuda alimenticia dentro de 7 días si usted tiene pocos o ningún ingreso y menos de 100 dólares en su cuenta de banco o a la mano, o si sus gastos mensuales son mayores que sus ingresos mensuales incluyendo el efectivo que tenga a la mano o en el banco.

Incluyendo a usted mismo ¿Para cuántas personas en su hogar compra y prepara la comida?		Si usted debe pagar por los servicios públicos, escriba la cantidad:			
¿Cuánto dinero total espera en el hogar este mes (antes de deducciones)?	$	Electricidad	$	Gas	$
Si debe pagar la renta o hipoteca, escriba la cantidad.	$	Basura	$	Agua	$
Cantidad total en efectivo incluyendo ingresos en su cuenta bancaria (cheques y ahorros)	$	Drenaje	$	Teléfono	$
¿Hay alguna persona en el hogar que sea un trabajador campesino, migrante o temporal?	❑Sí No❑	Impuestos y Seguros de Propiedad, Cargos de Asociación de Propietarios			$
¿Hay alguina persona en el hogar que ha recibido beneficios en otro estado en los últimos 30 días?	❑Sí No❑	¿Tiene gastos de calefacción o aire acondicionado?			❑Sí No❑

¿Hay algua persona embarazada en el hogar?		**❑Sí No❑**	***Si es sí, por favor complete lo siguiente.***		
¿Quién está embarazada?		***¿Cuál es la fecha del parto?***		***¿Cuántos bebés espera?***	
Anote el nombre del padre.					

¿Hay alguna persona en el hogar que tiene discapacidad**?**	**❑Sí No❑**	***Si es sí, ¿Quién*** *tiene la discapacidad?**?***	

¿Usted o alguien en el hogar ha aplicado por Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?					**❑Sí No❑**	***Complete:***
Quién aplicó		**Fecha de la aplicación**		**Estatus de la aplicación**	**❑Pendiente ❑Aprobado ❑Negado**	
Quién aplicó		**Fecha de la aplicación**		**Estatus de la aplicación**	**❑Pendiente ❑Aprobado ❑Negado**	

Nuestra política de no discriminación. Según la ley federal de los EE.UU.,el Departamento de Agricultura (USDA) de los EE.UU., el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE.UU (HHS), tienen prohibido discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo , edad o discapacitad. Según la ley de la Política de Alimentación y Nutrición del USDA, se prohíbe la discriminación sobre la base de creencias religiosas o políticas. Para presentar una queja por discriminación, comuníquese con USDA o HHS. Escriba al: USDA, Director, Office of Civil Rights (Oficina de Derechos Civiles), Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410 o llame al (202) 720-5964 (voz y TDD). Escriba al: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (202) 619-3257 (TDD). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores de igualidad de oportunidades. También puede presentar una queja de discriminación con el departamento del condado o el Departamento de Estado. **INGRESOS, adjunte página(s) adicional(es) si no hay espacio suficiente para sus respuestas en esta solicitud.**

¿Hay alguna persona en el hogar que esta trabajando?	❑Sí ❑No	*Si es sí, por favor, incluya un mes de talones (antes de impuestos y deducciones) o verificación de empleo. (*No es necesario para los programas de Asistencia Médica si proporciona el Número de Seguro Social del trabajador).*

Díganos si alguien ha renunciado o dejado su trabajo, o si alguien va a empezar un nuevo trabajo.

Si alguien en el hogar trabaja para un empleador, complete esta información.		**Si alguien en el hogar trabaja para un empleador, complete esta información.**		**Si usted tiene:**	
Nombre y apellido de la persona		Nombre y apellido de la persona		**- Negocio propio en su casa,**	
				- Trabaja por cuenta propia, o	
				- Gana dinero *como niñera o venta de maquillaje o articulos de cocina, complete este cuadro.*	
Nombre y teléfono del empleador		Nombre y teléfono del empleador			
Salario por hora	$	Salario por hora	$	Quién trabaja por cuenta propia?	
Mes y Horas Trabajadas		Mes y Horas Trabajadas		**Ingresos Brutos de un mes**	$
Frequencia de pago		Frequencia de pago		Servicios públicos pagados por la actividad comercial	$

¿Cuánto le pagan (Ingresos Brutos Mensuales)??	$	¿Cuánto le pagan (Ingresos Brutos Mensuales)?	$	Impuestos Comerciales Pagados	$
				Interéses pagados por la actividad comercial	$
Si alguien en el hogar trabaja para un empleador, complete esta información.		**Si alguien en el hogar trabaja para un empleador, complete esta información.**		Costos laborales de la actividad comercial brutos	$
Nombre de la persona		Nombre de la persona		Costo de mercancía para la actividad comercial	$
Nombre y teléfono del empleador		Nombre y teléfono del empleador		Costos de equipos de la actividad comercial	$
Salario por hora	$	Salario por hora	$		$
Mes y Horas Trabajadas		Mes y Horas Trabajadas		Otros costos de la actividad comercial	$
Frequencia de pago		Frequencia de pago			$
¿Cuánto le pagan (Ingresos Brutos Mensuales)?	$	¿Cuánto le pagan (Ingresos Brutos Mensuales)?	$		$
					$
Complete si alguien en el hogar va a recibir ingresos (va a empezar un nuevo empleo).		**Si alguien en el hogar renunció o** perdió **su trabajo en los últimos 60 días.**			$
Nombre de la persona		Nombre de la persona			$
Nombre y teléfono del empleador		Nombre y teléfono del empleador			$
				Total de ingresos (Ingresos Netos)	$
Salario por hora	$	Salario por hora	$	Firma de la persona que tiene estos ingresos.	
Mes y Horas Trabajadas		Mes y Horas Trabajadas			
Frequencia de pago		Frequencia de pago		***Para cualquier otro ingreso, adjunte la información en otra** página.*	
¿Cuánto le pagan (Ingresos Brutos Mensuales)?	$	¿Cuánto le pagan ((Ingresos Brutos Mensuales)?	$		
Fecha en que va a empezar el nuevo puesto de trabajo		¿Cuándo perdió su trabajo?			

Díganos sobre otros ingresos que haya recibido cualquier miembro de su hogar este mes o el mes anterior, aunque no estén solicitando beneficios. Complete una línea por cada tipo de ingreso. *Ejemplos:de otros ingresos incluyen: • Beneficios de Asistencia Pública (efectivo) •Retiro Ferroviario • Ingresos por Renta •Contribuciones por Defunción • Retiro/Pensión • Beneficios Seguro Social • SSI • SSDI • Beneficios para Veteranos •Beneficios para Viudas de Veteranos • Manutención • Dividendos/Intereses • Pensión Alimenticia • Seguro de Desempleo • Compensación Laboral •Beneficios por Discapacidad • Ayuda Financiera •Otro Efectivo Recibido Mensualmente*

Llene una línea para cada elemento

¿Hay alguna persona en el hogar que tiene otros ingresos? ❑Sí No❑

Incluya pruebas de un mes completo de ingresos (antes de impuestos y deducciones)

Persona que recibe el dinero	Tipo de ingreso	Cantidad recibida	Persona que recibe el dinero	Tipo de ingreso	Cantidad recibida
		$			$
		$			$
		$			$

¿Alguna de las personas que solicita los beneficios recibe un pago de una cantidad fija? *(liquidación de demanda o seguro, seguro social, SSI, SSDI, beneficios de veteranos, herencia, renuncia de anualidad o seguro de vida, otros)* ❑Sí❑ No

Si es sí, complete.

Quién	Cuando se recibió	Tipo de cantidad fija	Cantidad recibida
			$
Quién	Cuando se recibió	Tipo de cantidad fija	Cantidad recibida
			$

¿Tiene gastos de cuidado de niños o ancianos dependientes, gastos médicos, manutención de niños, o **pensión alimenticia *?**	❑Sí No❑	*Si es sí, complete:*

Gastos	¿Quién paga el gasto?	¿Para quién es?	Mes	Cantidad pagada
				$
				$

** Pensión alimenticia no afecta la elegibilidad para el programa de Asistencia Alimenticia.*

¿Tiene algún miembro del hogar una condición médica o desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más **de 12 meses?**	❑Sí ❑No	*Si es sí, ¿Quién?*	

¿Está algún miembro del hogar o para quiénes está presentando la solicitud actualmente en una institución médica, como una residencia para personas de edad avanzada, hospital, institución de salud mental o en una institución hogar colectiva (o lo ha estado en los últimos 90 días)?	❑Sí ❑No	*Si es sí, complete.*

Nombre y apellido de la persona	Fecha de entrada	Nombre de la institución	Teléfono

¿Hay alguna persona en el hogar que asiste a una escuela secundaria, escuela de de formación profesional, escuela de comercio, o colegio universitario?	❑Sí No❑	*Si es sí, complete.*

¿Quién asiste?	Nombre de la escuela	Último grado que completo	Fecha probable de graduación

¿Todos los adultos en el hogar comparten los gastos del hogar?	❑Sí No❑	*Si es no, ¿Quién no comparte los gastos del hogar?*

Nombre y apellido		Nombre y apellido	

¿Está solicitando Asistencia para alimentos o Colorado Works?	❑Sí No❑	*Si es sí, complete.*

1. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de recibir de manera fraudulenta beneficios de asistencia alimenticia en cualquier estado después de 9/22/1996? ❑Sí No❑
2. ¿Usted o algún miembro de su hogar esta escondido o huyendo de la ley para evitar enjuiciamiento, ser detenido, ir a la cárcel, o ha violado una libertad condicional o probatoria? ❑Sí No❑
3. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por un delito grave bajo la ley federal o estatal por posesión, uso o distribución de una sustancia controlada de fármacos (condena por delitos de drogas) o por un delito bajo la influencia de una sustancia controlada de fármacos después de 8 / 22/1996? ❑Sí No❑
4. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Asistencia Alimenticia de más de $ 500 después de 9/22/1996? ❑Sí No❑
5. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de intercambiar beneficios de Asistencia Alimenticia por armas de fuego, municiones, explosivos o drogas después de 9/22/1996? ❑Sí No❑
6. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por una felonia? *(Sólo es necesario para Colorado Works)* ❑Sí No❑
7. ¿Usted o algún miembro de su hogar que solicita asistencia ha sido declarado culpable de fraude al bienestar social (Welfare Fraud)? ❑Sí No❑

Si sólo esta solicitando Asistencia para Alimentos, consulte la página 7.

¿Hay alguna persona en el hogar que ha estado en el ejército militar de los EE.UU.?	❑Sí No❑	*Si es sí, ¿Quién?*	

¿Hay algún niño en el hogar que tiene un padre que esta ausente?	❑Sí ❑No	*Si es sí, ¿Se han realizado pasos para obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente?* ❑Sí No❑

Nombre y apellido del padre	Dirección	Teléfono	De cául niño	Otra información que usted pueda proveer

¿Hay alguna persona en el hogar que ha tenido gastos médicos en los últimos tres meses?	❑Sí No❑	*Es posible que pueda recibir asistencia con algunos de estos gastos.*

Nombre y apellido de la persona con gastos médicos en los últimos tres meses	En cuáles meses tubo los gastos médicos

¿Hay alguna persona en el hogar que recibe Medicare?	❑Sí ❑No	*Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta(s) de Medicare.*

¿Quién recibe Medicare?		❑ Parte A, cobertura de Hospital ❑ Parte B, Seguro Médico ❑ Parte D, Plan de Recetas Médicas
¿Quién recibe Medicare?		❑ Parte A, cobertura de Hospital ❑ Parte B Seguro Médico ❑ Parte D Plan de Recetas Médicas

¿Hay alguna persona que necesita ayuda regular para poder completar algunas o todas sus actividades cotidianas de mantenimiento personal ? *(Tales como bañarse, vestirse, comer y usar el sanitario)*	❑Sí ❑No	*Si es sí, complete.*

Nombre y apellido		Nombre y apellido	

¿Está solicitando OAP, AND, asistencia médica para adultos y niños discapacitados, o asistencia de cuidado médico a largo plazo?	❑Sí ❑No	*Si es sí, complete*

Anote sus pertenencias como: *Dinero en efectivo •Cuentas de cheques y ahorros • Certificados de Depósito (CD) • Anualidades • Fondos de Inversión • Herencia • Cuentas de PASS • Cuentas de Desarrollo Individual • Cuentas de Retiro • Acciones • Bonos • Pagarés • Fideicomisos • Fondos Universitarios Cuentas de Educación • Propiedades (terrenos, casas) • 401 K • Ingresos Resultantes de venta(s) de Viviendas*

¿Tiene alguno de los recursos en la parte de arriba?	❑Sí ❑No	*Si es sí, complete.*

Propietario	Tipo de recurso	Valor	Propietario	Tipo de recurso	Valor
		$			$
		$			$

¿Tiene el solicitante o su cónyuge algún vehículo? (automóvil, camión, camioneta, barco,trailer, remolque)	❑Sí No❑	*Si es sí, complete*

Propietario(s)	Marca / Modelo y Año	Valor	Propietario(s)	Marca / Modelo y Año	Valor
		$			$
		$			$
		$			$

¿El solicitante o su cónyuge ha regalado algo de valor durante los últimos 5 años?	❑Sí No❑	*Si es sí, complete*

Persona que regaló el artículo	Artículo regalado	Valor	Persona que regaló el artículo	Artículo regalado	Valor
		$			$

¿Tiene el solicitante o su cónyuge terreno o propiedad, o esta comprando terreno o propiedad?	❑Sí No❑

Propietario(s)	Dirección completa de la propiedad	Valor	Propietario(s)	Dirección completa de la propiedad	Valor
		$			$

¿Tiene el solicitante o su cónyuge alguna póliza de seguro de vida o póliza funeraria?	❑Sí No❑	*Si es sí, complete*					
Dueño de la póliza	Compañía y número de la póliza	Revocable o irrevocable	Valor	Dueño de la póliza	Compañía y número de la póliza	Revocable o irrevocable	Valor
			$				$

¿Ha tenido alguien de los que solicitan los beneficios un seguro de salud colectivo a través de un empleador en los últimos 3 meses?		❑Sí No❑
¿Cuál persona tiene o tenía el seguro?	¿Por qué termino este seguro? ❑ El asegurado ya no es empleado de la compañia ❑ La compañía ya no ofrece el seguro ❑ El empleado renuncio voluntariamente	Nombre(s) de persona(s) cubierta(s)
Número de Póliza / Número del Grupo		
		Monto que el empleador pagaba cada mes
Nombre y teléfono de la compañía aseguradora		$
		Monto que pagaba cada mes
		$

Si su familia necesita ayuda para gastos funerarios, ¿Qué preferiría el beneficiario?		Cremación		Entierro		Sin preferencia

¿Necesita ayuda para pagar sus costos de Medicare?	❑Sí No❑	*Para personas que necesitan ayuda para pagar parte de los costos de Medicare, como cuotas, deducibles y coseguros.*

¿Tiene alguno de los solicitantes otro tipo de seguro de salud?	❑Sí ❑No	*¿Si es sí, este seguro es COBRA?*	❑Sí No❑	*Si es no, complete*
		¿Quién está cubierto?		Nombre del asegurado
Número de la póliza/grupo		Nombre y teléfono de la compañía aseguradora		

Para recibir el seguro de atención médica de CHP +, usted tiene que elegir una Organización de Mantenimiento de la Salud (Health Maintenance Organization, HMO) para el niño que solicita el beneficio. Debe seleccionar la misma HMO para todos los niños del hogar que solicitan asistencia médica. Puede encontrar información sobre las HMO de su condado en ChpPlus.org.

¿Tiene usted niños de 18 años o menos?	❑Sí No❑	*Si es sí, complete lo siguiente.* Si su hijo reúne los requisitos para Medicaid, **Health***Colorado se comunicará con usted para inscribirlo en una HMO.*
Nombre de la HMO seleccionado:		

¿Está solicitando Colorado Works, Ayuda estatal para el discapacitado necesitado, Pensión financiera para la vejez, Subsidio para necesidades personales, Complemento a SSI de Colorado?	❑Sí ❑No	*Si es sí, todas las personas mayores de 18 años deben completar y firmar.*

☐	Soy ciudadano de los Estados Unidos, o	☐	Soy ciudadano de los Estados Unidos, o
☐	Soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o	☐	Soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o
☐	Me encuentro presente legalmente en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.	☐	Me encuentro presente legalmente en los Estados Unidos de acuerdo con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por ley porque he solicitado -beneficios públicos. Entiendo que las leyes estatales me exigen proporcionar pruebas de que estoy presente legalmente en los Estados Unidos antes de recibir beneficios públicos. Ademas reconozco que cualquier declaración o afirmación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada, es castigada bajo las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo el Estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y que constituirá un delito por separado cada vez que reciba cualquier beneficio público de manera fraudulenta.

Firma	Fecha	Firma	Fecha

¿Tiene usted identificación para su hijo quién tiene 15 años o menos (por ejemplo, identificación escolar con foto)?	❑ Sí ❑No ❑N/A	*Si es sí, incluya una copia de la identificación de cada niño. Si es no, complete lo siguiente para cada niño(a).*

Afirmo que soy	❑ madre ❑padre ❑abuelo ❑otro	de (nombre completo del niño)	
Este niño nació el	/ /	en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento)	
Firma			Fecha

¿Tiene usted identificación para su hijo quién tiene 15 años o menos (por ejemplo, identificación escolar con foto)?	❑ Sí ❑No ❑N/A	*Si es sí, incluya una copia de la identificación de cada niño. Si es no, complete lo siguiente para cada niño(a).*

Afirmo que soy	❑ madre ❑padre ❑abuelo ❑otro	de (nombre completo del niño)	
Este niño nació el	/ /	en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento)	
Firma			Fecha

¿Tiene usted identificación para su hijo quién tiene 15 años o menos (por ejemplo, identificación escolar con foto)?	❑Sí ❑No ❑N/A	*Si es sí, incluya una copia de la identificación de cada niño. Si es no, complete lo siguiente para cada niño(a).*

Afirmo que soy	❑ madre ❑padre ❑abuelo ❑otro	de (nombre completo del niño)	
Este niño nació el	/ /	en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento)	
Firma			Fecha

Lo qué debo saber

Conserve este documento para fines informativos

Yo entiendo la siguiente información. Si lleno y firmo la Solicitud del Estado de Colorado para Asistencia Pública y algún otro documento necesario para determinar si soy elegible para recibir beneficios de asistencia pública y si acepto beneficios para los cuales soy elegible, estoy de acuerdo con los siguientes requisitos:

- **Tengo que decir la verdad; es un delito mentir al completar la solicitud.**
- **Tengo que presentar todos los documentos y pruebas necesarios para que se me considere para los beneficios.**
- **Tengo que informar sobre los ingresos que recibo.**
- **Tengo que informar de los todos los combios en la información que de en mi solicitud.**
- **Si creo que se cometió un error, puedo solicitar una apelación o una audencia imparcial.**

- **El departamento no descrimina.**
- **El departamento debe verificar el estado migratorio y la ciudadanía de todos los que solicitan beneficios.**
- **El departamento me informaría si mis beneficios cambian o cambiarán.**
- **El departamento recuperará cualquier beneficio que usted no debería haber recibido.**

- El Departamento de Políticas y Financiamiento de atención médica es la agencia estatal responsable de los Programas de Asistencia Médica de Colorado.
- El Departamento de Servicios Humanos es la agencia estatal responsable de los otros programas de asistencia pública. Los departamentos de servicios humanos/sociales de los condados y sitios de Asistencia Médica son las agencias que reciben y procesan las solicitudes de todos los programas de asistencia pública. En esta declaración, la palabra "departamento" se utiliza para referirse a todas estas agencias.
- Tengo que presentar todos los documentos y pruebas necesarios para que se me considere para los beneficios.
- Si hay un padre ausente en mi casa y estoy solicitando Medicaid, debo buscar apoyo médico del padre ausente. Me puede contactar el departamento de Child Support Enforcement para solicitar ayuda.
- Soy responsable del pago de honorarios y copagos mios y de mi familia si se requieren para los beneficios de Asistencia Médica.
- Si estoy inscrito en **Medicaid** y otro seguro paga mi atención médica, **Medicaid** será quién pague en último término.
- La información que doy en la solicitud y en la entrevista de solicitud es confidencial. Sin embargo, el departamento puede usar o compartir la información con otros programas de cualquiera de los miembros de mi familia que están aplicando. La información soló puede ser utilizada para propósitos de tratamiento, pagos, determinar la elegibilidad, y otros programas, operaciones administrativas, o para otros propósitos permitidos por la ley para cada uno de los miembros de mi familia.
- Es un delito mentir en la solicitud o recibir de manera deliberada, beneficios para los cuales mi familia no reúne los requisitos. **Este delito tiene como castigo una multa de hasta $ 250,000 o hasta 20 años de prisión o ambos.**
- **Una persona que ha dado información falsa intencionalmente, no puede recibir** A**sistencia** A**limenticia y/o Colorado Works/TANF por 12 meses por la primera ofensa, 24 meses por la segunda ofensa y permanentemente por la tercera ofensa.** El tribunal también puede decidir que una persona no recibirá Asistencia Alimenticia por otros dieciocho meses adicionales. Este delito puede ser perseguido bajo otras leyes federales. **Si usted recibe beneficios duplicados de** A**sistencia** A**limenticia porque ha mentido sobre su identidad o sobre la residencia, usted será descalificado por 10 años.**
- **El departamento me notificará por escrito de cómo y cuándo debo notificar al departamento de cualquier cambio.**
- Si no digo la verdad en mi solicitud o no incluyo información en la aplicación, o si no informo al departamento sobre cambios, según los requisitos, puedo perder la asistencia y tendré que pagar al departamento por los beneficios recibidos cuando no era eligible, incluyendo la asistencia médica recibida y los gastos por las primas médicas. Las personas en mi solicitud y yo podemos perder los reembolsos de impuestos, para devolver dinero al departamento.
- La ley establece que el Departamento debe verificar-la situación migratoria y la ciudadanía de todos los que soliciten asistencia. No se verificará la situación migratoria de ningún miembro de la familia que no solicita beneficios. Me pueden solicitar los documentos recibidos de USCIS, los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos, para todos los miembros no ciudadanos en mi casa que están solicitando los beneficios. El Departamento verificará la información con el USCIS y cualquier información recibida del USCIS puede afectar mi elegibilidad y

beneficios. La ley federal (Ley Pública 97-98) me obliga a dar al departamento el número de Seguro Social y/o número de registro de extranjeros de todas las personas que están solicitando asistencia pública. También debo proporcionar el número de Seguro Social y/o número de registro de extranjeros de todos los patrocinadores. **Para la asistencia médica y los programas financieros de adultos, información sobre el patrocinador se verificará con USCIS y la información recibida de USCIS puede resultar en el reembolso de parte del patrocinador por mi elegibilidad y beneficios. Mi patrocinador es responsable de reembolsar al estado por los beneficios que recibo.**

- No tengo que ser ciudadano de los Estados Unidos para presentar una solicitud de asistencia. (No permitiré que el miedo debido a mi situación migratoria me impida obtener beneficios para mi familia. Ciudadanos de EE. UU. y los que no son ciudadanos pueden calificar para Asistencia Médica). Al recibir asistencia médica no me impide que obtenga mi residencia legal permanente o ciudadanía de los Estados Unidos.
- Si soy un residente de una institución y solicito SSI junto con Asistencia Alimenticia antes de salir de la institución, el periodo de procesamiento comenzará a partir de la fecha en la que la oficina de Asistencia Alimenticia (El Departamento) recibió la solicitud.
- Información sobre la Ley de Privacidad: El departamento está autorizado para recoger información sobre la aplicación, incluyendo los números de Seguro Social y verificará la información que puede afectar la elegibilidad inicial o los pagos siguientes de todas las personas que aparecen en mi solicitud**. Yo doy permiso al departamento de usar los números de Seguro Social y otra información en mi solicitud para solicitar y recibir información, o registros para confirmar la información en mi solicitud.** La ayuda alimenticia se niega a los individuos que no ofrecen un número de Seguro Social y los números de Seguro Social serán usados y divulgados de la misma manera tanto para los miembros elegibles y no elegibles. **Yo libero al departamento de toda responsabilidad por compartir esta información con otras agencias para este fin,** por ejemplo, el departamento puede obtener y compartir información con cualquiera de las siguientes **organizaciones:** Administración del Seguro Social, Servicio de Impuestos Internos; Servicios de Inmigración y Aduanas de los Estados Unidos, el Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado, las instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, uniones de crédito, compañías de seguros, etc), Child Support Enforcement, los empleadores, los tribunales y otras agencias federales o estatales, y a los oficiales de la Asistencia Alimenticia y autoridades policiales que tratan de aprehender a personas que huyen de la ley.
    - Si resultan sobre-pagos de asistencia alimenticia a mi hogar, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, puede ser referido a las agencias federales y estatales, así como a las agencias privadas de colección de reclamos para la acción de cobrar los reclamos.
- La tarjeta EBT (o Quest) se utiliza para pagarme la mayor parte de mis beneficios de asistencia pública. No cambiaré o venderé las tarjetas EBT, ni usaré o tendré en mi poder las tarjetas EBT que no son mías, y no daré permiso a alguien a que use mi tarjeta EBT.
- Si creo que el departamento cometió un error, puedo pedir una audiencia imparcial. El departamento me va a informar por escrito cómo puedo presentar una apelación. Yo puedo solicitar una apelación de cualquier acción de cualquier programa con la excepción del programa de CHP +.
- Si creo que el programa **CHP+** cometió un error, puedo pedir un proceso de quejas. **CHP+** me informará de la forma de presentar la queja por escrito.
- Colorado Works es el programa TANF (Asistencia Temporal para Familias Necesitadas) de Colorado. No es un programa de derechos y los beneficios no están garantizados. Cada condado tiene la autoridad para determinar los requisitos de elegibilidad y la cantidad de beneficios. Para continuar la elegibilidad, tengo que completar una evaluación y desarrollar un plan. Si no soy exento, estaré obligado a participar en las actividades de preparación para trabajar.
- Como solicitante de Colorado Works, estoy obligado a ceder todos mis derechos a recibir manutención para niño(s) y los derechos de aquellos de mi casa para cuales estoy solicitando. Esta cesión comienza cuando se determine que soy elegible y continuará hasta que reciba mi último beneficio de Colorado Works. Si no lo hago o me niego a cooperar con Child Support Enforcement sin causa justificada cuando aplico y mientras que recibo asistencia en efectivo a través de Colorado Works, no voy a recibir ayuda o una subvención de asistencia básica en effectivo para mi familia.
- Para recibir la Asistencia Alimenticia, todos los miembros del hogar están obligados a registrarse para trabajar y deben seguir todos los requisitos de Employment First. Cualquier persona que no siga los requisitos de trabajo puede ser descalificada para recibir Asistencia Alimenticia.
- Si yo soy un adulto entre 18 hasta 49 años de edad, sin hijos menores de 18 años en mi hogar que esta recibiendo Asistencia Alimenticia, sólo puedo ser calificado para obtener beneficios de Asistencia Alimenticia por tres meses, durante los siguientes tres años, a menos que: Yo trabaje 80 horas mensuales y entregue esta información a Employment First, trabaje mis horas asignadas por la oficina de Employment First, incluyendo *Workfare* o Employment First, o si me determinan que estoy incapacitado para trabajar física o mentalmente, o si la oficina de Asistencia Alimenticia me comunica que soy exento. Siempre y cuando cumpla con estas actividades cada mes seguiré

recibiendo beneficios de Asistencia Alimenticia si soy elegible.

- Debo cooperar totalmente con el personal del estado o del gobierno federal si se revisa mi caso.Mi información en esta solicitud puede ser revisada y verificada por el departamento, o sus representantes. Miembros de mi domicilio no serán elegible para ayuda alimenticia si me niego a cooperar con cualquier revisión de mi caso, incluyendo una revisión de control de calidad.
- No debo usar los beneficios de Asistencia Alimenticia para comprar artículos que no son alimenticios, tales como alcohol o cigarrillos, o para pagar las cuentas de crédito. **Una persona declarada culpable de utilizar la Asistencia Alimenticia para comprar ilegalmente sustancias controladas, será descalificado por dos años por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa. Los individuos declarados culpable por un tribunal estatal, federal, o local por utilizar, o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente inelegible para recibir la Asistencia Alimenticia en la primera ocasión de esta violación. Toda persona declarada culpable por un tribunal estatal, federal, o local de tráficar beneficios por un monto total de $ 500 o más será permanentemente inelegible para recibir la Asistencia Alimenticia en la primera ocasión de esta violación.**
- *Notificaré inmediatamente el estado de cualquier reclamo o pleito que tengo; cooperaré con el estado para reunir las cuentas médicas que el estado ha pagado. El estado puede reunir de cualquier compañía de seguros o tribunal para cuentas médicas que el estado ha pagado. Si estoy aprobada por Medicaid y recibo dinero para las mismas cuentas médicas que el estado ha pagado, daré el dinero al estado. Cedo al estado todos los derechos de pago para gastos y tratamientos médicos. Yo también asigno mi derecho de apelar una negación de beneficios por otra parte responsable de pago para los beneficios al estado.*
- El Programa Médico de la Recuperación de la Propiedad de la Ayuda (Medical Assistance Estate Recovery Program) autoriza al Departamento a recuperar todos los beneficios Médicos de Ayuda pagados a favor de clientes de Medicaid, incluyendo el pago de capitación de las propiedades de difuntos clientes de Medicaid que permanentemente fueron institucionalizados o esturieron sobre la edad de 55 cuando los beneficios fueron proporcionados. Las leyes federales y del estado gobernan la recuperación de propiedad también preveén ciertas excepciones al Programa Médico de la Recuperación de la Propiedad de la Ayuda. Para información o preguntas adicionales por favor contacte al condado y pida un folleto de “El Programa Médico de Recuperación”.
- Si no reporto y entrego pruebas de renta, hipoteca, cargos de Asociación de Propietarios, seguro de propiedad, impuesto sobre la propiedad, pagos de manutención de niños ordenados por un tribunal gastos por cuidado de niños o adultos, gastos medicós pagados por miembros ancianos o con una discapacidad; yo declaro que es porque no quiero usar estas deducciónes para determinar la cantitad de beneficios de Asistencia Alimenticia
- **Yo puedo obtener información y servicios sobre violencia doméstica**. Si en cualquier momento me siento que estoy en peligro inmediato, voy a llamar al 911. Si quiero recibir información sobre seguridad y servicios en Colorado voy a llamar a la Colorado Coalition Against Domestic Violence al 303-831-9632 o a la línea gratuita 1-888-778-7091. También puedo encontrar lugares de servicios cerca de mi hogar en el sitio web colorado.gov/cdhs/dvp. También la Línea Directa Nacional de Violencia Doméstica puede proveer información al 1−800−799−SAFE (7233) o TTY 1−800−787−3224 o ndvh.org. Si yo soy un sobreviviente de violencia doméstica, abuso sexual, o amenazas, el Programa de Dirección Confidencial (ACP – Address Confidentiality Program) me puede dar una dirección sustituta legal para mi uso con el gobierno estatal y local en lugar de mi dirección real. Puedo encontrar más información sobre ACP en acp.colorado.gov. Si necesito o ya tengo estos servicios, se lo informaré a mi trabajador social.