El Departamento de políticas y financiamiento de atención médica de Colorado administra una variedad de Programas de asistencia médica para aquellas personas que reúnen los requisitos de elegibilidad y viven en Colorado.

Solicitud de asistencia médica

Esta solicitud es para solicitar programas de asistencia médica para sí mismo, sus hijos o un familiar.

Esta solicitud es para programas de asistencia médica solamente. No es para programas de dinero en efectivo o de asistencia para alimentos. Para obtener una solicitud para programas de dinero en efectivo o de asistencia para alimentos visite el sitio: cdhs.state.co.us/servicebycounty.htm o agencia de su condado. Para informacíon en el internet visita el sitio: Colorado.gov/PEAK

Marque todos los programas que solicita:

☐ **Programas de Asistencia Médica para Niños, Familias y Mujeres Embarazadas:**
Para niños menores de 19 años, familias y mujeres embarazadas. Esta categoria incluye Medicaid familiar, el plan de salud infantil plus (Family Medicaid and Child Health Plan *Plus*, CHP+) y el programa para niños con discapacidades (Children's Buy-In). Podrá disponer de cobertura temporal inmediata para niños y mujeres embarazadas a través del Programa de presunción de elegibilidad (Presumptive Eligibility Program).

☐ **Programas de Adultos y Individuos con Discapacidades:**
Para personas de 19 años o mas, discapacitadas o ciegas. Esto incluye los programas para Adultos de Medicaid, beneficios para Adultos sin niños dependientes y para las personas con discapacidad (Adult Buy-In).

- ☐ Por favor marque la caja sí es una solicitud desde un sitio de Women's Wellness Connection (WWC) debido a cáncer del seno o cervical.

☐ **Servicios de Atención a Largo Plazo (Long Term Care, LTC), cómo Atención en Residencias para Personas de Edad Avanzada y Excepción para Servicios en el Hogar y la Comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) para Adultos y Niños:**
Para personas que necesitan ayuda para poder 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:**
Para pesonas que residen en residencias o instituciones 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 Programs, MSP):**
Para personas que necesitan ayuda para pagar parte de los costos de Medicare, como cuotas, deducibles y coseguros.

☐ **Asistencia Médica de Emergencia:**
Para algunas personas extranjeras que necesitan ayuda con gastos médicos de emergencia y cumplen con los requisitos de elegibilidad para el programa.

algunos servicios que pueden estar disponibles son los siguientes:

- Cuidado preventivo
- Visitas al Consultorio
- Recetas médicas
- Cuidado médico en el hospital
- Cuidado dental
- Cuidado de salud mental
- Asistencia en residencia o instituciones para personas de edad avanzada
- Cuidado prenatal y posparto
- Vacunas
- Cuotas de Medicare Parte B
- Deducibles y copagos de Medicare
- Administración de casos para menores de 21 años de edad

pasos siguientes

- **Marque la selección "No Corresponde" en la esquina superior derecha de las páginas o secciones que no aplican a usted.**
- Los niños y las mujeres embarazadas pueden recibir a una cobertura temporal mientras se está procesando la solicitud de Medicaid familiar o CHP+. Visite: Colorado.gov/hcpf para encontrar un lugar de Presunción de elegibilidad (Presumptive Eligibility, PE) aprobado en su área.
- Puede imprimir la solicitud y llenarla a mano o puede completar la información en el internet e imprimir la solicitud. No olvide firmar la solicitud.
- Si tenemos todo lo que necesitamos, su solicitud se revisará y se le enviará una carta dentro de 45 días. La carta le informará si es elegible para recibir asistencia médica. Si necesitamos una determinación de discapacidad, se le enviará una carta dentro de 90 días.
- Si no tenemos todo lo que necesitamos. Nosotros lo contactaremos. El procesamiento de su solicitud podrá ser demorado.
- Si solicita los Servicios de Excepción de HCBS para niños, complete la solicitud colocando al niño como Jefe de familia. No se considerarán los recursos ni los ingresos de los padres para estos programas.
- Nunca envíe documentos originales de comprobante de ingresos, identidad o ciudadanía con su solicitud.
- Si usted necesita ayuda para completar la solicitud, visite un sitio de ayuda para solicitudes aprobado o el departamento de servicios humanos/sociales de su condado. Podrá encontrar un directorio de estos lugares en Colorado.gov/hcpf
- Complete y firme la solicitud. Incluya copias de sus documentos de identificación y ciudadanía certificados y demás verificaciones requeridas, como de ingresos y gastos.
- Lleve su solicitud a un sitio de Asistencia Médica o al departamento de servicios humanos/sociales de su condado, o envíela por correo. Visite Colorado.gov/hcpf para obtener información de contacto del condado.
- No tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos para presentar una solicitud de asistencia. Por favor no permita que el miedo debido a su situación migratoria le impida obtener beneficios para su familia. Ciudadanos de EE. UU. y los que no son ciudadanos pueden calificar para Asistencia Médica. Recibir asistencia médica no impedirá que obtenga su residencia legal permanente o ciudadanía de los Estados Unidos.
- Los ciudadanos de los Estados Unidos que presentan solicitudes para los programas de asistencia médica (a excepción de MSP), se les puede pedir que entreguen prueba de identidad y ciudadanía.
- **Si solicita asistencia médica para su familia o niños puede enviar la solicitud a: Colorado Medical Assistance Program, PO Box 929, Denver, CO 80201-0929.**

información general

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Díganos sobre del Jefe de Familia o la persona que completa esta solicitud que quiere Asistencia Médica para si mismo, su familia o los hijos que están a su cargo:

Apellido Completo | Nombre de Soltera | Nombre | Inicial del Segundo Nombre

Dirección Física | N.º de Depto. | Ciudad | Estado | Código Postal

Dirección de correo postal/Casilla de correo | N.º de Depto. | Ciudad | Estado | Código Postal

Teléfono (casa) | Teléfono (trabajo) | Teléfono (celular/para mensajes) | Dirección de Correo Electrónico

¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? _____

Díganos sobre de todas las personas que viven en su hogar. (Para los programas de Adultos, LTC y MSP, asegúrese de incluir información sobre el solicitante que vive fuera del hogar e información sobre el cónyuge).

Apellido completo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (Yo mismo, hijo, hijo adoptivo, cónyuge, amigo, etc.)	¿Recibe esta persona apoyo por lo menos 50% de todos los miembros del hogar? Sí/No	¿Esta persona presenta solicitud? Sí/No
				YO MISMO		

1. ¿Tiene algún miembro del hogar o alguien para el que está presentando la solicitud una discapacidad fisica o de conducta, que haya durado, o se espera que dure más de 12 meses? Sí ☐ No ☐
   Nombre de la persona _____
   Si es sí, ¿el miembro del hogar ha solicitado SSI? Sí ☐ No ☐
   Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa) _____ ¿Cuál es el estado de la solicitud? (pendiente, aprobada, denegada) _____

2. ¿Está algún miembro del hogar o para quienes está presentando la solicitud actualmente en una institución médica, como una residencia o instituciones 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 ☐ N/C ☐
   Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:
   Nombre de la persona en el establecimiento _____ Relación _____ Fecha de entrada _____
   Nombre de la institución _____ Dirección de la institución_____

3. Pueden existir servicios especiales disponibles para los niños y mujeres embarazadas. Marque todos los servicios médicos que recibe o usa alguno de sus hijos: ☐ Servicios médicos ☐ Servicios de salud mental o de conducta ☐ Servicios de salud escolar ☐ Recetas médicas ☐ Otros _____

4. ¿Ha estado alguno de sus hijos en la sala de emergencia para recibir tratamiento desde su última visita al médico? Sí ☐ No ☐

5. **¿Hay alguna persona embarazada en el hogar?** Sí ☐ No ☐ Si es sí, ¿Cuál es su nombre?_____
   ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____ ¿Cuántos bebés espera? _____
   Nombre del padre, si vive en el hogar_____

infórmenos sobre cualquier persona menor de 19 años y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE ☐

Un niño/Una persona menor de 19 años por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Masculino ☐ Femenino ☐

Apellido Completo	Nombre	Inicial del Segundo Nombre

Número de Seguro Social _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ☐

Nombre de la madre, si vive en el hogar: Apellido _____ Soltera _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

Nombre del padre, si vive en el hogar: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿En cuál estado nació el niño? _____
   Si la respuesta es no, ¿Tiene este niño residencia permanente legal? Sí ☐ No ☐

2. Escriba el número de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
   Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
   ¿Tiene este niño un patrocinador de inmigración? Sí ☐ No ☐

3. ¿Recibe este niño SSI o SSDI? Sí ☐ No ☐

4. ¿Ha tenido algún gasto médico para este niño en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha o las fechas en las que se recibió la atención? _____
   Es **posible** que pueda recibir a asistencia con **algunos** de estos gastos.

5. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí ☐ No ☐ Nombre de la escuela _____
   Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación de escuela secundaria, vocacional, o de comercio (mm/dd/aaaa)_____

6. ¿Este niño tiene un padre(s) que está ausente? Sí ☐ No ☐ Si contesto sí, se han realizado pasos para a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente? Sí ☐ No ☐

7. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de matrícula de CHP+. Esto no es obligatorio, pero queremos asegurar que todas las razas y grupos étnicos sean reconocidos y reciban apoyo.
   ☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Afroamericano ☐ Indio estadounidense
   ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐ Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con fotografía). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de (nombre completo del niño) _____ afirmo bajo pena de perjurio que tengo conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____, en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son reales y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos sobre la siguiente persona menor de 19 años y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE ☐

Un niño/Una persona menor de 19 años por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Masculino ☐ Femenino ☐

Apellido Completo	Nombre	Inicial del Segundo Nombre

Número de Seguro Social _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ☐

Nombre de la madre, si vive en el hogar: Apellido _____ Soltera _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

Nombre del padre, si vive en el hogar: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿En cuál estado nació el niño? _____
   Si la respuesta es no, ¿Tiene este niño residencia permanente legal? Sí ☐ No ☐

2. Escriba el número de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
   Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
   ¿Tiene este niño un patrocinador de inmigración? Sí ☐ No ☐

3. ¿Recibe este niño SSI o SSDI? Sí ☐ No ☐

4. ¿Ha tenido algún gasto médico para este niño en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha o las fechas en las que se recibió la atención? _____
   Es **posible** que pueda recibir a asistencia con **algunos** de estos gastos.

5. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí ☐ No ☐ Nombre de la escuela _____
   Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación de escuela secundaria, vocacional, o de comercio (mm/dd/aaaa)_____

6. ¿Este niño tiene un padre(s) que está ausente? Sí ☐ No ☐ Si contesto sí, se han realizado pasos para a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente? Sí ☐ No ☐

7. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de matrícula de CHP+. Esto no es obligatorio, pero queremos asegurar que todas las razas y grupos étnicos sean reconocidos y reciban apoyo.
   ☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Afroamericano ☐ Indio estadounidense
   ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐ Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con fotografía). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de (nombre completo del niño) _____ afirmo bajo pena de perjurio que tengo conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____, en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son reales y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos sobre la siguiente persona menor de 19 años y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE ☐

Un niño/Una persona menor de 19 años por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Masculino ☐ Femenino ☐

Apellido Completo	Nombre	Inicial del Segundo Nombre

Número de Seguro Social _ _ _ / _ _ / _ _ _ _ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de Seguro Social ☐

Nombre de la madre, si vive en el hogar: Apellido _____ Soltera _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

Nombre del padre, si vive en el hogar: Apellido _____ Nombre _____ Inicial del 2º Nombre ____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿En cuál estado nació el niño? _____
   Si la respuesta es no, ¿Tiene este niño residencia permanente legal? Sí ☐ No ☐

2. Escriba el número de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
   Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
   ¿Tiene este niño un patrocinador de inmigración? Sí ☐ No ☐

3. ¿Recibe este niño SSI o SSDI? Sí ☐ No ☐

4. ¿Ha tenido algún gasto médico para este niño en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha o las fechas en las que se recibió la atención? _____
   Es **posible** que pueda recibir a asistencia con **algunos** de estos gastos.

5. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí ☐ No ☐ Nombre de la escuela _____
   Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación de escuela secundaria, vocacional, o de comercio (mm/dd/aaaa)_____

6. ¿Este niño tiene un padre(s) que está ausente? Sí ☐ No ☐ Si contesto sí, se han realizado pasos para a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente? Sí ☐ No ☐

7. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de matrícula de CHP+. Esto no es obligatorio, pero queremos asegurar que todas las razas y grupos étnicos sean reconocidos y reciban apoyo.
   ☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Afroamericano ☐ Indio estadounidense
   ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐ Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con fotografía). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de (nombre completo del niño) _____ afirmo bajo pena de perjurio que tengo conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____, en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son reales y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos sobre cualquier persona que tenga 19 años o más y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE ☐

Esta persona es: Masculino ☐ Femenino ☐

Apellido Completo	Nombre	Inicial del Segundo Nombre

Número de Seguro Social _ _ _ / _ _ /_ _ _ _

Marque aquí si el adulto no tiene un Número de Seguro Social ☐

1. ¿Recibe este adulto SSI o SSDI? Sí ☐ No ☐
   Si no, ¿ha recibido SSI/SSDI en el pasado? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿cuando terminó? (mm/dd/aaaa) _____ Razón por la cual se terminó _____

2. ¿Es este adulto ciudadano de los EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿En cuál estado nació el adulto? _____
   Si la respuesta es no, ¿Tiene este adulto residencia permanente legal? Sí ☐ No ☐

3. Escriba los números de registro de extranjero de este adulto (en caso de tener uno) _____
   Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
   ¿Tiene este adulto un patrocinador de inmigración? Sí ☐ No ☐

4. ¿Es el aplicante o su cónyuge un veterano? Sí ☐ No ☐

5. ¿Ha incurrido este adulto algún gasto médico en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha o las fechas en las que recibió la atención? (mm/dd/aaaa) _____
   Usted **posiblemente** pueda recibir a asistencia con **algunos** de estos gastos.

6. ¿Necesita este adulto ayuda regular para poder completar algunas o todas sus actividades cotidianas de mantenimiento personal? (Tales como ayuda al bañarse, al vestirse, para comer, y para usar el sanitario.) Sí ☐ No ☐

7. El estado civil de este adulto es: Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐

8. Marque el grupo o los grupos étnicos del adulto. No es obligatorio pero, queremos asegurar que todas las razas y grupos étnicos sean reconocidos y reciban apoyo.

   ☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Afroamericano ☐ Indio estadounidense
   ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐ Otro: _____

díganos sobre la siguiente persona que tenga 19 años o más y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE ☐

Esta persona es: Masculino ☐ Femenino ☐

Apellido Completo	Nombre	Inicial del Segundo Nombre

Número de Seguro Social _ _ _ / _ _ /_ _ _ _

Marque aquí si el adulto no tiene un Número de Seguro Social ☐

1. ¿Recibe este adulto SSI o SSDI? Sí ☐ No ☐
   Si no, ¿ha recibido SSI/SSDI en el pasado? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿cuando terminó? (mm/dd/aaaa) _____ Razón por la cual se terminó _____

2. ¿Es este adulto ciudadano de los EE. UU.? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, ¿En cuál estado nació el adulto? _____
   Si la respuesta es no, ¿Tiene este adulto residencia permanente legal? Sí ☐ No ☐

3. Escriba los números de registro de extranjero de este adulto (en caso de tener uno) _____
   Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
   ¿Tiene este adulto un patrocinador de inmigración? Sí ☐ No ☐

4. ¿Es el aplicante o su cónyuge un veterano? Sí ☐ No ☐

5. ¿Ha incurrido este adulto algún gasto médico en los últimos 3 meses? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, ¿Cuál fue la fecha o las fechas en las que recibió la atención? (mm/dd/aaaa) _____
   Usted **posiblemente** pueda recibir a asistencia con **algunos** de estos gastos.

6. ¿Necesita este adulto ayuda regular para poder completar algunas o todas sus actividades cotidianas de mantenimiento personal? (Tales como ayuda al bañarse, al vestirse, para comer, y para usar el sanitario.) Sí ☐ No ☐

7. El estado civil de este adulto es: Casado ☐ Soltero ☐ Divorciado ☐ Separado ☐ Viudo ☐

8. Marque el grupo o los grupos étnicos del adulto. No es obligatorio pero, queremos asegurar que todas las razas y grupos étnicos sean reconocidos y reciban apoyo.

   ☐ Caucásico ☐ Hispano/Latino ☐ Afroamericano ☐ Indio estadounidense
   ☐ Asiático ☐ Nativo de Alaska ☐ Nativo de Hawai o de otras islas del Pacífico ☐ Otro: _____

infórmenos sobre los ingresos de su hogar

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

1. Si usted o **cualquier miembro** del hogar tiene **ingresos de un trabajo**, complete la siguiente información. Los ingresos deben corresponder al mismo mes y mostrar un pago de mes completo normal. **Si nadie en su hogar tiene ingresos de trabajo, marque: N/C** ☐

   Puede que sea necesario el verificar todos los ingresos de su hogar cuando se someta su solicitud. No es un requisito pero si proveé su número de seguro social (SSN)* es posible que podamos verificar sus ingresos por el sistema electrónico del Departamento de Empleo. Es posible que necesitemos más información.

Nombre de la persona que trabaja nombre y apellido **SSN Opcional***	Nombre y teléfono del empleador	Mes y horas trabajadas	¿El pago es semanal, quincenal, dos veces por mes o mensual?	Monto mensual total antes de impuestos y deducciones
SSN:				$
SSN:				$
SSN:				$
SSN:				$

2. ¿**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 veterano, herencia, renuncia de anualidad o seguro de vida, otro).
   Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que recibió la cantidad fija	Tipo de cantidad fija	Cantidad recibida	Fecha en que se recibe (mm/dd/aaaa)
		$	
		$	
		$	
		$	

infórmenos sobre los ingresos de su hogar

(continuación)

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

3. 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**. Si nadie en su hogar tiene otros ingresos, marque: N/C** ☐

   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 de Veterano • Beneficios para Viudas de Veteranos • Manutención • Dividendos/Intereses • Pensión Alimenticia • Seguro de Desempleo • Compensación Laboral • Beneficios por Discapacidad • Ayuda Financiera • Otro Efectivo recibido mensualmente

   No combine ingresos recibidos. Por ejemplo, si en su hogar se recibe un cheque de manutención, detalle cuánto recibe cada niño en líneas separadas.

Tipo de ingreso	Mes	¿Para quién es este dinero?	Cantidad mensual antes de impuestos y deducciones
			$
			$
			$
			$
			$

4. ¿Usted o alguna persona de su hogar **trabaja por su cuenta**? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es **sí**, **completa** el(los) siguiente(es) **cuadro(s)**. Incluya un mes completo de ingresos brutos. **Los gastos deben corresponder al mismo mes que los ingresos brutos.** Completa una casilla para cada persona en su hogar que trabaja por su cuenta.

TRABAJO POR SU CUENTA

¿La actividad comercial se realiza en el hogar? Sí ☐ No ☐

Nombre:	**Mes:**
Ingresos brutos de un mes	**$**
Gasto de hipoteca/renta del comercio	$
Servicios públicos pagados por la actividad comercial	$
Impuestos comerciales pagados	$
Intereses pagados por la actividad comercial	$
Costos laborales de la actividad comercial brutos	$
Costo de mercancia para la actividad comercial	$
Costos de equipos de la actividad comercial	$
Otros costos de la actividad comercial	$
Ingresos netos	**$**

¿La actividad comercial se realiza en el hogar? Sí ☐ No ☐

Nombre:	**Mes:**
Ingresos brutos de un mes	**$**
Gasto de hipoteca/renta del comercio	$
Servicios públicos pagados por la actividad comercial	$
Impuestos comerciales pagados	$
Intereses pagados por la actividad comercial	$
Costos laborales de la actividad comercial brutos	$
Costo de mercancia para la actividad comercial	$
Costos de equipos de la actividad comercial	$
Otros costos de la actividad comercial	$
Ingresos netos	**$**

Ingreso neto es su ingreso bruto menos los gastos.

díganos sobre el seguro de salud

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

1. ¿Esta algún miembro del hogar que solicita asistencia médica recibiendo Medicare? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, favor de completar lo siguiente:

   Nombre de la persona que recibe Medicare_____ Número de Medicare _____
   Marque: ☐ Parte A ☐ Parte B ☐ Parte D
   Incluya una copia del frente y del dorso de la tarjeta de Medicare si está disponible.

2. ¿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 ☐ **Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 3.**

   ¿Por qué terminó este seguro? ☐ No se ha terminado
   ☐ El asegurado ya no es empleado de la compañía
   ☐ La compañía ya no ofrece el seguro
   ☐ El empleado renunció voluntariamente

Monto que paga/pagaba cada mes $_____ Monto que el empleador paga/pagaba cada mes $_____

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s) _____

Nombre del Asegurado _____ Nombre de la Compañía Aseguradora _____

Número de Teléfono de la Compañía Aseguradora ( ) _____ Número de póliza _____

Número de Grupo_____ ¿Cuándo finalizó este seguro? (mm/dd/aaaa) _____

3. ¿Tiene alguno de los que solicitan los beneficios **otro** tipo de seguro de salud? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 4.
   ¿Este seguro es C.O.B.R.A.? Sí ☐ No ☐

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s) _____

Nombre del Asegurado _____ Nombre de la Compañía Aseguradora _____

Número de póliza/Grupo_____ Número de teléfono de la Compañía Aseguradora ( ) _____

Incluya una copia del frente y del dorso de la tarjeta de seguro si está disponible.

4. ¿Algún miembro de este hogar tiene acceso a seguro de salud colectivo y quiere ayuda para pagar la cuota mensual? Sí ☐ No ☐

díganos sobre sus gastos

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Los Programas de Asistencia Médica usan algunos de los gastos con sus ingresos cuando determinan la elegibilidad y los beneficios. Todos los gastos deben de ser pagados con el mismo ingreso del mes informado en las secciónes de esta solicitud.

Lo siguiente, incluye ejemplos de cada programa.

- **Medicaid familiar o CHP+:**

  Medicaid Familiar y CHP+ no necesitan prueba de los gastos a menos que se soliciten.

  Ejemplos de gastos que pueden considerarse:

  • Cuidado de Niños • Cuidado de Ancianos Dependientes • Gastos Médicos • Manutención de Niños • Pensión Alimenticia • Cuotas de Seguro Médico • Recetas médicas

- **Atención a Largo Plazo (LTC):**

  Los programas de LTC pueden necesitar necesiten prueba de los gastos. Incluya los gastos para el solicitante y para su cónyuge.

  Ejemplos de gastos que pueden considerarse:

  • Renta • Hipotecas (primera, segunda, tercera) • Calefacción • Aire Acondicionado • Electricidad • Agua • Alcantarillado • Basura • Teléfono/Teléfono Celular • Cuotas de la Asociación de Propietarios • Cuotas de instituciones • Proveedor de Cuidado • Médicos

- **Medicare Savings Programs (MSP):**

  MSP puede necesitar prueba de los gastos. Incluya los gastos para el solicitante y para su cónyuge.

  Ejemplos de gastos que pueden considerarse:

  • Renta • Hipotecas (primera, segunda, tercera) • Calefacción • Aire Acondicionado • Electricidad • Agua • Alcantarillado • Basura • Cuotas de la Asociación de Propietarios

Favor de enumere los gastos:

Tipo de gasto	Persona que paga este gasto	A quién está destinado	Mes del pago	Cantidad pagada
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$
				$

díganos sobre sus recursos

Completar SOLO para programas de adultos, MSP y LTC

No complete para asistencia médica familiar y CHP+

NO CORRESPONDE ☐

Los programas médicos, MSP y LTC para adultos requieren prueba de los recursos.

1. Díganos sobre los recursos, como por ejemplo: • Efectivo • Cuentas de Cheques y de Ahorros • Certificados de Depósito (CD) • Anualidades • Fondos de Inversión • Herencia • Cuentas PASS • Cuentas de Desarrollo Individual • Cuentas de Retiro • Acciones • Bonos • Fideicomisos • Pagarés • Fondos Universitarios • Cuentas de Educación • Propiedad (Terrenos, Casas) • Ingresos Resultantes de Venta(s) de Viviendas:

Tipo de recurso	Propietario	Número de cuenta	Monto	Nombre de la institución	¿Propiedad conjunta? Sí o No
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		
			$		

2. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge terreno o propiedad o está comprando terreno o propiedad? (por ejemplo, casas, propiedad de alquilar, comparte de tiempo, almacén o terreno vacio). Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Propietario(s)	¿Propiedad conjunta? Sí o No	Dirección completa de la propiedad	Tipo de propiedad	Valor	Cantidad que debe
				$	$
				$	$
				$	$

díganos sobre sus recursos

Completar SOLO para programas de adultos, MSP y LTC

No complete para asistencia médica familiar y CHP+

NO CORRESPONDE ☐

(continuación)

3. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge algún vehículo? (automóvil, camioneta, camión, tráiler, barco, remolque)
   Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Propietario(s)	¿Propiedad conjunta? Sí o No	Tipo de vehículo	Año	Marca/Modelo	Valor	Cantidad por pagar

4. ¿Tiene este solicitante o su cónyuge alguna póliza de seguro de vida? Sí ☐ No ☐
   Si la respuesta es sí, detalle a continuación:

Dueño de la póliza	Número de la póliza	Personas cubiertas	Compañía aseguradora	Valor nominal	Valor en efectivo

5. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge una póliza funeraria o dinero ahorrado para entierro, cremación u otros gastos funerarios? Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre del solicitante o su cónyuge	Monto	¿Es irrevocable? Sí o No	Nombre de la institución o persona que guarda el dinero

6. Posiblemente pueda conseguir ayuda para los gastos funerarios de algunos beneficiarios. Si su familia necesita dicha ayuda, ¿qué preferiría el beneficiario? Cremación ☐ Entierro ☐ Sin preferencia ☐

7. ¿El solicitante o su cónyuge ha regalado algo de valor durante los últimos 5 años? Por ejemplo, terrenos, casas, dinero, edificios, automóviles, barcos. Sí ☐ No ☐ Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Persona que entregó el artículo	Artículo entregado	Fecha de entrega del artículo	Valor del artículo	Cantidad por pagar

página de firmas

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Reconozco que, cuando firmo esta solicitud, el Estado de Colorado puede verificar si la información que proporcioné es real y precisa.

1. Para ayudarlo a organizar los documentos, marque los elementos que envía junto con esa solicitud.

   ☐ Prueba de ciudadanía e identificación para todos los solicitantes según sea solicitado. (Excepto MSP)

   ☐ Copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU. (INS), en caso de tener una, para cualquier persona que no sea ciudadano que recibirá atención y solicita la asistencia médica.

   ☐ Para cada solicitante que esté embarazada, envíe una nota del proveedor de atención médica en la que indíque la fecha prevista de parto y la cantidad de bebés que espera.

   ☐ Los ingresos declarados **recibidos por empleo** deben ser de este mes o el mes pasado. Los ingresos deben corresponder al mismo mes y representar un pago de mes completo. Si trabaja de forma independiente, complete los cuadros de trabajo independiente de esta solicitud. Los padres que viven en el hogar y que solicitan la asistencia médica para sus hijos deben reportar todos los ingresos no ganados (unearned income).

   ☐ Si tiene cobertura de un seguro de salud, envíe una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso), en caso de tenerla.

   ☐ Si está pidiendo que **Medicaid** cubra las facturas médicas, por favor reporte los ingresos para los meses de servicios médicos, en la página 9, pregunta 1.

2. ¿Cómo se enteró de los programas de asistencia médica? ☐ Departamento de servicios sociales/humanos del condado ☐ Organización de la comunidad ☐ Sitio web de Medicaid/Medical Assistance ☐ Medios de comunicación ☐ Otro_____

3. Si quiere registrarse para votar, puede visitar: sos.state.co.us → Registro de votante

4. Si necesitamos información adicional con respecto a su solicitud y no podemos ponernos en contacto con usted o el solicitante, ¿Hay alguien con quien podemos comunicarnos? Sí ☐ No ☐
   Nombre _____
   Teléfono (_____) _____ Dirección_____
   Relación con el solicitante_____

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

Al firmar esta solicitud, yo estoy dando permiso al Estado de Colorado y a quienes este designe autorización, para realizar contactos a fin de verificar la información proporcionada en esta solicitud. Certifico que he leído y comprendo la información del anexo "qué debo saber" y he recibido una copia para que la conserve. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que he proporcionado es real y precisa.

Escriba su Nombre _____ **Firma** _____ **Fecha**_____

Representante autorizado, albacea, tutor, otro contacto: (en letras de molde) _____

Teléfono (_____) _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde del Representante del organismo o del Especialista en difusión que ayudó a completar la solicitud _____

Firma de la persona que ayudó a completar la solicitud _____

Fecha _____ Teléfono _____ Nombre de la agencia o sitio _____

rev. 12/12

(Esta página se dejó en blanco intencionalmente.)

qué debo saber

CONSERVE ESTE DOCUMENTO PARA FINES INFORMATIVOS

Al firmar esta Solicitud de asistencia médica, certifico que comprendo lo siguiente:

- El Departamento de políticas y financiamiento de atención médica es la agencia estatal responsable de los Programas de asistencia médica de Colorado.
- Si recibo **Asistencia médica, incluido Medicaid,** debo informar sobre los ingresos y cualquier otro cambio al departamento de servicios sociales/humanos de mi condado dentro de 10 días del cambio.
- La información proporcionada es confidencial. Sin embargo, puede ser utilizada o compartida por los programas que cada uno de los miembros de mi familia estén insaritos con propositos de tratamiento, pago, las operaciones del programa, y otros propósitos permitidos por la ley.
- Debo decir la verdad y responder a todas las preguntas de esta solicitud. Si no digo la verdad, perderé mi Asistencia médica y probablemente deba pagar al departamento la asistencia médica que haya recibido.
- Mi información se verificará con otras agencias estatales y federales y los datos recibidos pueden afectar mi elegibilidad.
- Es un crimen castigado por multas y/o tiempo en la cárcel el recibir beneficios que yo sé que mi familia no es elegible para recibir.
- Debo cooperar totalmente con el personal del estado o del gobierno federal si se revisa mi caso.
- Si hay un padre ausente en mi casa y estoy solicitando Medicaid, debo buscar ayuda médica del padre ausente. Me puede contactar Child Support Enforcement para solicitar ayuda.
- La información sobre mi persona que proveo en esta solicitud puede sufrir revisiones y verificaciones realizadas por el departamento de servicios sociales/humanos de mi condado, el Departamento o sus representantes.
- Soy responsable del pago de honorarios y copagos mios y mi familia si se requieren.
- Si estoy inscrito en **Medicaid** y otro seguro paga mi atención médica, **Medicaid** será quien pague en último término.
- Debo presentar todos los documentos y pruebas necesarios para que se me considere para los beneficios.
- Tendré que devolver cualquier pago médico, incluidos los pagos de primas, que Medicaid haya realizado, si durante el tiempo en el que los servicios se cubrieron se determina que no reunía los requisitos.
- La ley establece que el Departamento debe verificar la situación migratoria y la ciudadanía de todos los que soliciten Asistencia médica. No verificará la situación migratoria de ningún miembro de la familia que no solicita dicha Asistencia médica.
- El Departamento revisará mi solicitud sin importar cuál sea mi raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, país de origen o inclinación política.
- La Ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 les provee las mismas protecciones de derecho civil a las personas con discapacidades que las proporcionadas en función de raza, color, sexo, país de origen, edad y religión. Si desea obtener más información, comuníquese con nuestro contacto con el cliente/ADA al (303) 866-6010.
- Si creo que el programa **CHP+** cometió un error, puedo pedir una apelación. **CHP+** me informa los modos de presentar una apelación en cada carta que se me envíe.
- Puedo solicitar que se realice una Audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas tomadas por los Programas de asistencia médica, a excepción de **CHP+**, cuando se procesa esta solicitud. En el dorso de todas las cartas enviadas por los Programas de asistencia médica (incluido **Medicaid**), se encuentra información sobre cómo pedir dicha audiencia.
- Notificaré inmediatamente al estado de cualquier reclamo o pleito que tenga; cooperaré con el estado para reunir las cuentas médicas 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 en Medicaid y recibo dinero para las mismas cuentas médicas que el estado ha pagado, daré el dinero al estado. Asigno al estado todos los derechos de pago para gastos y tratamiento médicos. Yo también asigno mi derecho de apelar una negación de beneficios por otro partido responsable de pago para los beneficios al estado.
- El Programa Médico de la Recuperación de la Propiedad de la Ayuda 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 estuvieron sobre la edad de 55 cuando los beneficios fueron proporcionados. Las leyes federales y del estado que 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 foyeto de "El Programa Médico de Recuperación."
- Permito que la agencia obtenga registros de instituciones financieras que contengan información sobre recursos retenidos a nombre de la(s) persona(s) mencionada(s) en esta solicitud. Estas incluyen bancos, instituciones de ahorro y préstamo, cooperativas de crédito, compañías de seguro y demás instituciones financieras.

rev. 12/12

(Esta página se dejó en blanco intencionalmente.)