COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

FISCAL YEAR 2010-11

MANUAL

SECTION VI:

CLIENT AFFIDAVIT and APPLICATION

EFFECTIVE: JULY 1, 2010

Affidavit for Lawful Presence
Colorado Indigent Care Program

I, _____, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado that (check one):

_____ I am a United States citizen, or

_____ I am a Legal Permanent Resident of the United States, or
I am lawfully present in the United States pursuant to federal law.

I understand that this sworn statement is required by law because I have applied for a public benefit. I understand that state law requires me to provide proof that I am lawfully present in the United States prior to receipt of this public benefit. I further acknowledge that making a false, fictitious, or fraudulent statement or misrepresentation in this sworn affidavit is punishable under the criminal laws of Colorado as perjury in the second degree under Colorado Revised Statute 18-8-503 and it shall constitute a separate criminal offense each time a public benefit is fraudulently received.

_____ _____

Applicant Signature **Date**

For Eligibility Technician Use: Please mark the box that indicates which document was verified for lawful presence and keep a photocopy of the document presented in the applicant's file.

☐ Drivers License or Identification Card State of Issuance_____

☐ Birth Certificate

☐ United States Passport

☐ Certificate of Naturalization or Certificate of Citizenship

☐ Other_____ (insert document number from list on reverse side)

SAVE Verification Completion Date (for non-U.S. citizens only) _____

OPTIONAL

If a United States Citizen (or a person from American Samoa, Swains Island or Northern Mariana Islands) is unable to present any of the lawful presence documents (see reverse) the applicant may complete the self-declaration statement below to comply with the evidence of lawful presence requirement.

I, _____, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado and possibly subject to later verification of status that I am a United States citizen or non-citizen national (American Samoa, Swains Island or Northern Mariana Islands).

_____ _____

Signature Date

Acceptable Documentation for Determining Lawful Presence

1. Colorado Driver's License
2. Colorado Identification Card
3. Driver's License OR State Identification Card issued in an approved state*
4. United States Military Identification Card or a Military Dependents' Identification Card
5. United States Coast Guard Merchant Mariner Card
6. Native American Tribal Document

*Alabama, Arizona, Arkansas, California, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, West Virginia and Wyoming

Acceptable Documents for U.S. Citizens

7. Birth Certificate from any state, the District of Columbia and all United States territories
8. United States Passports (except for "limited" passports issued for less than five years)
9. Report of Birth Abroad of a United States Citizen, form FS-20
10. Certificate of Birth issued by a foreign service post (FS-545)
11. Certification of Report of Birth (DS-1350)
12. Certification of Naturalization (N-550 or N-570)
13. Certificate of Citizenship (N-560 or N-561)
14. U.S. Citizen Identification Card (I-97)
15. Northern Mariana Identification Card for an applicant born prior to November 3, 1986
16. Statement provided by a U.S. Consular Officer certifying that the individual is a U.S. citizen
17. American Indian Card with classification code "KIC" identifying members of the Texas Band of Kickapoos
18. Certain religious records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XI)
19. Evidence of civil service employment by the U.S. government before June 1, 1976
20. Certain early school records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XIII)
21. Certain U.S. Census records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XIV)
22. Adoption Finalization Papers (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XV)
23. Any other document that establishes a U.S. place of birth or in some way indicates U.S. citizenship
24. Documents for collectively naturalized citizens (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XVIII)
25. Applicants with Derivative U.S. Citizenship (see CICP Rules 8.904.2.a.XIX)
26. Adoption of a foreign-born child by a U.S. citizen (see CICP Rules 8.904.2.a.XX)
27. U.S. citizenship obtained by marriage (see CICP Rules 8.904.2.a.XXI)
28. Waiver requested from Colorado Department of Revenue
29. Written self-declaration or third-party declaration

.

Acceptable Documents for Non-U.S. Citizens—THESE MUST BE VERIFIED IN SAVE

30. "Green Card" Form I-551
31. "Green Card" Form I-551 with the code CU6, CU7 or CH6
32. Unexpired Temporary I-551 Stamp on Form I-94
33. Unexpired I-551 stamp with the code CU6, CU7 or CH6
34. I-94 with stamp showing admission under Section 203(a)(7)
35. I-94 annotated with stamp showing admission under Section 207
36. I-94 with stamp showing admission for at least one year under Section 212(d)(5)
37. I-94 with stamp showing grant of asylum
38. I-94 with stamp showing parole as "Cuba/Haitian Entrant"
39. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(3)
40. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(5)
41. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(10)
42. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "A3"
43. Employment Authorization Document, I-765
44. Employment Authorization Document, Form I-766 annotated "A3"
45. Employment Authorization Document, Form I-776 annotated "A5"
46. Employment Authorization Document, Form I-766 annotated "A10"
47. Grant letter from the Asylum Office, USCIS or U.S. Department of Health and Human Services
48. Refugee Travel Document, Form I-571
49. Order from immigration judge showing deportation or removal withheld
50. For aliens who have been subjected to cruelty see CICP Rules 8.904.2.b.VIII
51. Waiver requested from Colorado Department of Revenue (http://www.revenue.state.co.us/main/home.asp)

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM (CICP) CLIENT APPLICATION

Check if Emergency Application ☐

SECTION I : Applicant Information

Last Name	First Name	M.I.	Phone Number ( )

Address	City/Zip

Household Members (First & Last Names)	Residency Code	Relation Code	Birth Date	Social Security or State ID #	Ineligibility Codes													
					Medicaid							CHP+						
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7
1 APPLICANT		1																
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

Please Explain Other Type of Ineligibility for Medicaid or CHP+:

Other Information:

Reference Codes

Medicaid Ineligibility Codes		CHP+ Ineligibility Codes	
A	Received Medicaid denial letter, attach letter to application	**1**	Received CHP+ denial letter, attach letter to application
B	Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status	**2**	Applicant is eligible for Medicaid
C	Applicant is no longer pregnant and beyond post-partum	**3**	Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status
D	Transitional Medicaid benefits have been discontinued	**4**	Applicant has other primary health insurance coverage
E	Individual no longer receiving SSI or SSDI	**5**	Applicant was insured under an employer plan with at least 50% employer coverage in the past 3 months, unless dropped due to change in employment status or employer eliminated coverage
F	Does not meet Medicaid's definition of disability or incapacity and is under 65 years of age	**6**	A member of the family is eligible for health benefits coverage under a State health benefits plan or public agency in the state (i.e., employed by the State of Colorado)
G	Other	**7**	Does not meet age requirement, Adult, 19 years of age or older and is not pregnant

Relation Codes: **1** Self **2** Spouse **3** Child **4** Stepchild **5** Other

Residency Codes:
1 Colorado resident & US citizen
2 Colorado resident & documented legal immigrant
3 Migrant farm worker & US citizen
4 Migrant farm worker & documented legal immigrant
5 Non-resident, counted in family size only
6 Medicaid eligible, counted in family size only
7 Counted in family size only

SECTION II: Calculating Income and Resources

INCOME SOURCE	Monthly Amount	Annualized Total
1. Gross Employment Income	$	$
2. Self Employment Income	$	$
3. Unearned Income	$	$
4. Total Income (Lines 1+2+3)	$	$
5. CICP Income Calculation (Line 4)	$	**$**

EQUITY IN RESOURCES	Actual Value	Minus Amount Owed	Equals Equity	Minus Protected	CICP Equity Calculation
6. Vehicle Equity	$	$	$	$ 4,500	$
7. Liquid Resources	$	$	$	$ 0	$
8.	$	$	$	$	$
9.	$	$	$		$
10. Total Equity (Lines 6+7)					**$**
11. Less Family Size Deduction	Family Size _____		X $2,500		$
12. Equity Resources CICP Calculation (Line 10 minus line 11; cannot be a negative number)					**$**
13. Total Family Financial Status (Lines 5+12)					$
14. Minus Allowable Deductions					$
15. Equals CICP Income and Equity in Resources (Line 13 minus Line 14)					**$**

CICP Rate: _____ Date: _____ /_____ /_____

Client Copayment Annual Cap: _____
(Line 15 times 0.10)

PENALTY CLAUSE, CONFIRMATION STATEMENT AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION

I certify that the information provided to complete this application is true. I understand that if I make false statements on this application, I commit a Class 5 Felony. In addition, misrepresenting my eligibility for assistance under this program is a Class 2 Misdemeanor (26-15-112, C.R.S.) If applicable, I understand that legal immigrants receiving assistance under this program shall agree to refrain from executing an affidavit of support for the purpose of sponsoring an alien on or after July 1, 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

I understand that the provider has a right to obtain any recovery or right of recovery for a patient who would have a right of recovery. This means that if I am found to have a claim for any benefits payable for any treatment, which is given, while I am eligible for assistance under this program that this provider has the right to be included in the claims process. I authorize the provider to use any information contained in this application to verify my eligibility for assistance under this program, and to obtain records pertaining to eligibility from a financial institution as defined in section 15-15-201(4), C.R.S., or from any insurance company.

YOU HAVE 15 DAYS TO APPEAL YOUR CICP RATE. Ask your eligibility technician for more information on the appeal process. **I understand it is my responsibility to notify the provider of an income or household change that may influence the rating on this application and failure to do so voids this application.**

_____ _____
Print or Type Applicant Name **Applicant Signature and Date**

_____ _____
Print or Type Eligibility Technician Name **Eligibility Technician Signature and Date**

_____ _____
Print or Type Facility Name **Facility Phone Number**

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 1 - Employment Income and Unearned Income

Record all income and cash from other sources on this page and attach it to the Application

Payment Sources	*Monthly Amount*		*Annualized Amount*
Employment income	_____	X 12	_____
Old Age Pension	_____	X 12	_____
Supplemental Security Income (SSI/SSDI)	_____	X 12	_____
Pension plans (name of plan(s):	_____	X 12	_____
	_____	X 12	_____
_____			
_____			
Commissions, bonuses, & tips	_____	X 12	_____
Alimony received	_____	X 12	_____
Rental income	_____	X 12	_____
Interest income	_____	X 12	_____
Monetary gains	_____	X 12	_____
Trust accounts	_____	X 12	_____
Settlements (do not annualize, show total amount received)	_____		_____
Other income (list source)			
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____

Total _____

(use this figure on line 1 or 3 of Section II of the application)

_____

Applicant Signature ***Date***

_____

Eligibility Technician Signature ***Date***

_____

Facility ***Phone***

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 2 - Net Self-Employment Income

Record all monthly business expenses for the applicant on this page and attach it to the Application. If available, obtain and review a profit and loss worksheet or general ledger. If the applicant does not have a profit and loss worksheet or a general ledger, business income and expenses recorded on this signed and dated worksheet is acceptable. Do not use tax forms for determining income.

If a self-employed person can document that they are paying themselves, do not complete this worksheet. Show their income on Worksheet 1.

	Monthly Amount		*Annualized Amount*
Gross Business Deposits	_____	X 12	_____
Business Expenses			
Mortgage/Rent of Business Premises	_____	X 12	_____
Phone/Utilities	_____	X 12	_____
Business Taxes (not for personal income tax payments)	_____	X 12	_____
Insurance	_____	X 12	_____
Gross Labor Wages (not for self)	_____	X 12	_____
Tools/Equipment			
Office Supplies	_____	X 12	_____
Merchandise/Purchases/Cost of goods	_____	X 12	_____
Repairs and Upkeep of Equipment	_____	X 12	_____
License/Certification Fees Paid	_____	X 12	_____
Fuel/Gas for Business-Related Travel	_____	X 12	_____
Legal Fees	_____	X 12	_____
Advertising	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X12	_____
	Total Business Expenses		_____

Net Profit (Gross Business Deposits minus Total Business Expenses) _____

(use this figure on line 2of Section II of the application)

_____

Applicant Signature ***Date***

_____

Eligibility Technician Signature ***Date***

_____

Facility ***Phone***

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 3 - Allowable Deductions

Self Declared Deductions	***Amount per month***		***Annualized Amount***
Elderly Care	_____	***X 12***	_____
Day Care	_____	***X 12***	_____
Paid Alimony	_____	***X 12***	_____
Child Support	_____	***X 12***	_____
Health Insurance Premium(s)	_____	***X 12***	_____

Sub-total _____

Paid or Outstanding Medical Bills from non-CICP provider (attach receipts) ***(Must be Documented)***	***Date paid***	***Amount***
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sub-total _____

Paid or Outstanding Medical Bills from CICP Provider that incurred prior to 90 days of application date (attach receipts) ***(Must be Documented)***	***Date Paid***	***Amount***
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Sub-total _____

Grand Total _____

(use this figure on line 14 of Section II of the application)

Applicant Signature ***Date***

Eligibility Technician Signature ***Date***

Facility ***Phone***

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM
Personal Vehicle Use Verification

_____
Date

_____
Name of Employer (Please Print)

_____
Employer's Street Address

_____
City, State, Zip

To Whom It May Concern:

_____ currently uses his/her personal vehicle in the course of
Printed Name of Employee (CICP Applicant)

performing his/her job responsibilities.

The vehicle is used to: _____.

(Please check to affirm the following):

[ ] The employee (applicant) receives no reimbursement for vehicle expenses incurred.

Sincerely,

_____
Employer Representative's Signature

_____
Printed Name of Employer's Representative

_____
Employer's Telephone Number

CICP Applicant *- Please fax or return this completed form to your CICP Provider's location as soon as possible to ensure your CICP application is complete.*

Declaración Jurada de Presencia Legal
Programa de Atención para Indigentes de Colorado

Yo, _____, juro o afirmo ante pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que (marque una opción):

_____ Soy ciudadano de los Estados Unidos, o

_____ Soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o
Me encuentro en los Estados Unidos de manera legal de acuerdo con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley debido a que he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal requiere que yo presente prueba de mi presencia legal en los Estados Unidos antes de que reciba este beneficio público. Además, reconozco que cualquier declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada se castiga de acuerdo con las leyes criminales de Colorado como perjurio en segundo grado de acuerdo con el estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y debe constituir una ofensa criminal separada cada vez que se recibe un beneficio público de manera fraudulenta.

_____ _____
Firma del solicitante **Fecha**

Para uso exclusivo del técnico de selección: Por favor marque el recuadro que indica el documento que fue verificado para presencia legal y mantenga una fotocopia en el expediente del solicitante.

☐ Licencia de manejo o tarjeta de identificación Estado en que se expidió: _____
☐ Acta de nacimiento
☐ Pasaporte de los Estados Unidos
☐ Certificado de naturalización o de ciudadanía
☐ Otro _____ (elija nombre del documento de la lista al reverso)

Fecha en que se completó verificación en SAVE (sólo para quienes no son ciudadanos de los Estados Unidos)
_____

OPCIONAL

Si un <u>ciudadano de los Estados Unidos</u> (o una persona de Samoa Americana, las Isla de Swains o las Islas Marianas del Norte) no puede presentar ninguno de los documentos para comprobar presencia legal (ver lista al reverso), el solicitante puede llenar la declaración de abajo para cumplir con el requisito de presencia legal.

Yo, _____, juro o afirmo ante pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado y posiblemente sujeto a posterior verificación de estatus, que soy ciudadano de los Estados Unidos o no ciudadano nacional (Samoa Americana, Isla de Swains, Islas Marianas del Norte).

_____ _____
Firma del solicitante **Fecha**

Documentación Aceptable para Determinar Presencia Legal

1. **Licencia de manejo de Colorado**
2. **Tarjeta de identificación de Colorado**
3. **Licencia de manejo o tarjeta de identificación expedida en uno de los estados aprobados***
4. **Tarjeta de identificación del ejército de los Estados Unidos o tarjeta de identificación para dependientes de militares**
5. **Tarjeta de la guardia costera o marina mercante de los Estados Unidos**
6. **Documento de pertenencia a una tribu de Indios Americanos**

*** Alabama, Arizona, Arkansas, California, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode island, South Carolina, South Dakota, Virginia, West Virginia, and Wyoming.**

Documentos Aceptables para Ciudadanos de los Estados Unidos

7. **Acta de nacimiento de cualquier estado, el Distrito de Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos**
8. **Pasaportes de los Estados Unidos (con excepción de pasaportes "limitados" expedidos por menos de cinco años)**
9. **Reporte de ciudadano nacido fuera de los Estados Unidos, forma FS-20**
10. **Certificado de nacimiento expedido por un puesto de servicio foráneo (FS-545)**
11. **Certificación del reporte de nacimiento (DS-1350)**
12. **Certificado de naturalización (N-550 o N-570)**
13. **Certificado de ciudadanía (N-560 o N-561)**
14. **Tarjeta de identificación de ciudadano de los Estados Unidos (I-97)**
15. **Tarjeta de identificación de las Islas Marianas del Norte para solicitantes que nacieron antes del 3 de noviembre de 1986**
16. **Declaración provista por un oficial consular de los Estados Unidos certificando que la persona es ciudadana de los Estados Unidos**
17. **Tarjeta de indio americano con código de clasificación "KIC" que identifica miembros de la banda de Kickapoos de Texas**
18. **Ciertos documentos religiosos (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a. XI)**
19. **Evidencia de empleo en el servicio civil del gobierno de los Estados Unidos antes de junio 1 de 1976**
20. **Ciertos documentos escolares de la infancia (ver reglas de CICP 8.904.C.2.A.XIII)**
21. **Ciertos documentos del censo (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XIV)**
22. **Papeles de finalización de adopción (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XV)**
23. **Cualquier otro documento que establece los Estados Unidos como lugar de nacimiento o de alguna forma indica ciudadanía de los Estados Unidos**
24. **Documentos para naturalizaciones colectivas (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XVIII)**
25. **Solicitantes con uno de sus padres ciudadano de los Estados Unidos y uno que no es ciudadano de los Estados Unidos (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XIX)**
26. **Adopción de un bebé extranjero por un ciudadano de los Estados Unidos (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XX)**
27. **Ciudadanía de los Estados Unidos obtenida a través de matrimonio (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XXI)**
28. **Dispensa solicitada por el Departamento de Ingresos del estado de Colorado**
29. **Declaración escrita por el solicitante o por una tercera persona**

Documentos Aceptables para No Ciudadanos de los Estados Unidos – ESTOS DOCUMENTOS DEBEN SER VERIFICADOS EN SAVE

30. **"Tarjeta verde" Forma I-551**
31. **"Tarjeta verde" Forma I-551 con los códigos CU6, CU7 o CH6**
32. **Sello vigente temporal I-551 en Forma I-94**
33. **Sello temporal I-551 con los códigos CU6, CU7 o CH6**
34. **I-94 con sello que muestra admisión bajo Sección 203(a)(7)**
35. **I-94 anotada con sello que muestra admisión bajo Sección 207**
36. **I-94 con sello que muestra admisión por lo menos de un año bajo Sección 212(d)(5)**
37. **I-94 con sello que muestra admisión otorgando asilo**
38. **I-94 que muestra sello que muestra admisión provisional para personas de Cuba o Haití**
39. **Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(3)**
40. **Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(5)**
41. **Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(10)**
42. **Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "A3"**
43. **Documento de autorización de empleo, I-765**
44. **Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A3"**
45. **Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A5"**
46. **Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A10"**
47. **Carta de aprobación de la Oficina de Asilo del USCIS o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos**
48. **Documento de viaje de refugiado, Forma I-571**
49. **Orden de juez de inmigración que muestra deportación o remoción aplazada**
50. **Para extranjeros que han sido sujetos de crueldad ver reglas de CICP 8.904.2.b.VIII**
51. **Dispensa solicitad por el Departamento de Ingresos del estado de Colorado (http://www.revenue.state.co.us/main/home.asp)**

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO - SOLICITUD DEL CLIENTE

Solicitud de emergencia ☐

SECCIÓN I : Información del solicitante

Apellidos	Nombre(s)	Número de teléfono ( )
Domicilio	**Ciudad/Código postal**	

Personas que viven en su casa (nombres y apellidos)	Código residencia	Código relación	Fecha nacimiento	Seguro Social o núm. identificación estatal	Códigos de exclusión													
					Medicaid							CHP+						
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7
1 SOLICITANTE		1																
2																		
3																		
4																		
5																		
6																		
7																		

Por favor explique otro tipo de exclusión para Medicaid o CHP+:

Información adicional:

Códigos de referencia

Códigos de exclusión de Medicaid		Códigos de exclusión CHP+	
A	Recibió negación de Medicaid, adjunte carta a esta solicitud	**1**	Recibió negación de CHP+, por favor adjunte carta a esta solicitud
B	Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por al menos 5 años o tiene estatus de refugiado	**2**	Hijo(a) cubre requisitos para ser elegido en Medicaid
C	Solicitante no está embarazada y fuera del periodo de posparto	**3**	Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por la menos 5 años o tiene estatus
D	Los beneficios de Medicaid de transición han sido descontinuados	**4**	Hijo(a) cuenta con otro seguro principal para cubrir atención de salud
E	Solicitante ha dejado de recibir SSI o SSDI	**5**	Hijo(a) asegurado a través de un plan del trabajo cubierto por empleador al menos 50% en los últimos 3 meses, a menos que la cobertura haya sido eliminada por cambio de empleo o plan de cobertura
F	No cubre definición de Medicaid para discapacidad o incapacidad y tiene menos de 65 años	**6**	Un miembro de la familia califica para recibir beneficios de salud a través de un plan del estado o una agencia pública en el estado (por eje. si es empleado del gobierno del estado)
G	Otro	**7**	No cubre requisito de edad, adulto, 19 años o más

Códigos de relación: 1 Solicitante 2 Esposo(a) 3 Hijo(a) 4 Hijo(a) adoptivo(a) 5 Otro

Códigos de residencia: **1** Residente de Colorado y ciudadano de EE.UU. **2** Residente de Colorado e inmigrante legal **3** Campesino migrante y ciudadano de EE.UU. **4** Campesino migrante e inmigrante legal **5** No residente, incluido solamente en tamaño de la familia **6** Califica para Medicaid, incluido solamente en tamaño de la familia **7** Incluido solamente en el tamaño de familia

SECCIÓN II: Ingresos y bienes

FUENTE DE INGRESOS	Cantidad mensual	Total por año
1. Ingreso neto por empleo	$	$
2. Ingreso negocio propio	$	$
3. Ingreso no ganado	$	$
4. Ingreso total (líneas 1+2+3)	$	$
5. Cálculo de ingreso de CICP (líneas 4)	$	**$**

VALOR NETO DE BIENES/PROPIEDADES	Valor	Menos cantidad que debe	Igual a valor neto	Menos cantidad protegida	Valor neto para CICP
6. Vehículo	$	$	$	$ 4,500	$
7. Recursos monetarios	$	$	$	$ 0	$
8.	$	$	$	$ 0	$
9.	$	$	$	$	$
10. Capital total (líneas 6+7)					**$**
11. Menos deducción por tamaño de la familia	Tamaño de la familia _____		X $2,500		$
12. Cálculo de valor neto de bienes de acuerdo a CICP (línea 10 menos línea 11; no puede ser un número negativo)					**$**
13. Estado financiero total de la familia (líneas 5+12)					$
14. Menos deducciones permitidas					$
15. Ingresos y valor neto de bienes para CICP (línea 13 menos línea 14)					**$**

Tarifa de CICP: _____ Fecha: _____ /_____ /_____

Límite anual de copago del cliente: _____ (línea 15 x 0.10)

CLÁUSULA DE SANCIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN

Certifico que la información proporcionada para llenar esta solicitud es verídica. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito clase 5. Además presentar información falsa para ser elegido para recibir ayuda de este programa es una infracción clase 2 (26-15-112, C.R.S.). Si se aplica a mi caso, entiendo que los inmigrantes legales que reciben asistencia de este programa deben estar al tanto de que no pueden presentar declaración de apoyo para patrocinar la residencia de un extranjero a partir de julio 1, 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

Entiendo que el proveedor tiene el derecho de obtener la recuperación o derecho de recuperación para un paciente que tenga el derecho de recuperación. Esto significa que si yo tengo un reclamo para cualquier beneficio por cualquier tratamiento recibido mientras califico para CICP, el proveedor tiene el derecho de ser incluido en el proceso de reclamo. Autorizo al proveedor para utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar que califico para este programa y para obtener los documentos referentes mi calificación de institutos financieros según está definido en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros.

TIENE 15 DÍAS PARA APELAR LA CUOTA DE CICP. Pida al técnico de selección del programa que le de mayor información sobre el proceso de apelación. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de cualquier cambio en ingreso o composición del hogar que pueda influir en la evaluación de esta solicitud y que de no hacerlo esta aplicación será cancelada.

Escriba a máquina o con letra de molde nombre del solicitante	**Firma del solicitante y fecha**
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del técnico de selección	**Firma del técnico de selección y fecha**
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del establecimiento	**Número telefónico del establecimiento**

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de trabajo 1 – Ingresos por empleo y no ganado

Anote cualquier otro ingreso o dinero recibido de otras fuentes en esta página y adjunte a la solicitud

Fuentes de ingreso	*Cantidad mensual*		*Cantidad anual*
Ingreso por empleo	_____	X 12	_____
Pensión de jubilación	_____	X 12	_____
Ingreso de seguro suplementario (SSI/SSDI)	_____	X 12	_____
Planes de pensión (nombre de los planes):	_____	X 12	_____
	_____	X 12	_____
_____			
_____			
Comisiones, bonos y propinas	_____	X 12	_____
Asistencia de divorcio recibida	_____	X 12	_____
Ingreso por rentas	_____	X 12	_____
Ingreso por intereses	_____	X 12	_____
Ganancias monetarias	_____	X 12	_____
Cuentas de fideicomiso	_____	X 12	_____
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	_____		_____
Otros ingresos (mencione las fuentes)			
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____

Total _____

(Use esta cantidad en la línea 1 o 3 de la sección II de la solicitud)

_____

Firma del solicitante ***Fecha***

_____

Firma del técnico de selección ***Fecha***

_____

Establecimiento ***Teléfono***

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de trabajo 2 – Ingreso neto por trabajo independiente (por cuenta propia)

Anote todos los gastos mensuales del negocio del solicitante en esta página y adjunte a la solicitud. Obtenga una hoja de trabajo de la ganancia y la pérdida o un libro de contabilidad general. No use formas de impuestos para determinar los ingresos.

Si la persona que trabaja por cuenta propia puede documentar el salario que se paga, no use esta forma. Muestre su ingreso en la Hoja de trabajo 1.

	Cantidad mensual		*Cantidad anual*
Depósitos netos de su negocio	_____	X 12	_____
Gastos de su negocio			
El hipoteca/alquiler de local de negocio	_____	X 12	_____
Teléfono/Utilidades	_____	X 12	_____
El negocio Tasa (no para pagos de impuesto sobre la renta)	_____	X 12	_____
Partido Laborista bruto Emprende (no para ser)	_____	X 12	_____
Equipar con herramienta/equipo	_____	X 12	_____
La oficina Suministra	_____	X 12	_____
Comercialice/las compras/el costo de Bienes	_____	X 12	_____
Repais y el Mantenimiento del Equipo	_____	X 12	_____
Los Honorarios de la licencia/certificación Pagaron	_____	X 12	_____
El abastece de combustible/gas para el Viaje Negocio-Relacionado	_____	X 12	_____
Gastos judiciales	_____	X 12	_____
Publicidad	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X12	_____
	Total gastos del negocio		_____
	Ganancia neta (depósitos netos menos gastos totales del negocio)		_____

(Use esta cantidad en la línea 2 de la sección II de la solicitud)

_____

Firma del solicitante ***Fecha***

_____

Firma del técnico de selección ***Fecha***

_____

Establecimiento ***Teléfono***

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de trabajo 3 – Deducciones permitidas

Deducciones declaradas por el solicitante	***Cantidad mensual***		***Cantidad por año***
Cuidado de ancianos	_____	***X 12***	_____
Guardería	_____	***X 12***	_____
Pago de pensión por divorcio	_____	***X 12***	_____
Manutención de hijos	_____	***X 12***	_____
Pago de seguro médico	_____	***X 12***	_____
		Sub-total	_____

Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor que no es de CICP (adjunte recibos) ***(Debe documentarlo)***	***Fecha en que se pagó***	***Cantidad***
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	Sub-total	_____

Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor de CICP durante los 90 días previos a la fecha de la solicitud (adjunte recibos) ***(Debe documentarlo)***	***Fecha en que se pagó***	***Cantidad***
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
	Sub-total	_____

Gran total _____

(Use esta cantidad en la línea 14 de la sección II de la solicitud)

_____

Firma del solicitante ***Fecha***

_____

Firma del técnico de selección ***Fecha***

_____

Establecimiento ***Teléfono***