Solicitud para el Seguro de salud y Ayuda para pagar los costos

CONNECT for HEALTH COLORADO

COLORADO Department of Health Care Policy & Financing

Haga la solicitud más rápido en línea:

Colorado.gov/PEAK
ConnectforHealthCO.com

Vea adentro

Cosas que debe saber ..... ii - iii
Solicitud ..... 1 - 16
Declaración de privacidad..... 17
Hojas de trabajo ..... 18 - 34
Dónde enviar su solicitud ..... 36 - 40
Glosario..... 41 - 43

Tener un seguro de salud puede darle tranquilidad y ayudarle a mantenerse saludable. Con seguro, sabrá que su familia y usted pueden obtener la atención médica cuando la necesiten. **Complete esta solicitud para ver si califica para:**

- Seguro de salud público gratuito o de bajo costo de Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) o el programa Child Health Plan *Plus* (CHP+) administrado por el Colorado Department of Health Care Policy and Financing,
- Planes de seguro de salud privados asequibles que ofrecen una cobertura integral disponible a través de Connect for Health Colorado (el Mercado), o
- Un crédito fiscal que puede ayudar a reducir sus primas para la cobertura de salud.

Puede calificar para obtener un seguro de salud gratuito o de bajo costo si tiene ingresos de hasta $46,500 por año por persona, o $95,000 por año para una familia de 4. Completar esta solicitud no significa que debe comprar el seguro de salud.

¿Quién puede usar esta solicitud?

Cualquier persona puede usar esta solicitud. Hacer la solicitud no afectará su estado inmigratorio o las probabilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.

Llámenos para obtener ayuda en otros idiomas

Si alguien está ayudándolo a completar esta solicitud, es posible que deba completar la **Hoja de trabajo A** (páginas 18 - 19).
Para obtener una lista de idiomas en los que lo podemos ayudar, consulte **Cosas que debe saber.**
Si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame y hable con el representante de servicio al cliente para informarle el idioma que necesita.
Llame a nuestro centro de servicio gratuito para obtener ayuda o recibir una copia de este formulario en español.

Centro de contacto del afiliado del Colorado Department of Health Care Policy and Financing

- Número gratuito: 1-800-221-3943 | Retransmisión del estado: 711

Centro de servicio al cliente de Connect for Health Colorado

- Número gratuito: 1-855-752-6749 | TTY: 1-855-346-3432

Símbolos utilizados en esta solicitud

Las hojas de trabajo están marcadas con el símbolo en esta solicitud (a partir de la página 18). Los términos marcados con un en la solicitud se pueden encontrar en el **Glosario** (a partir de la página 41).

Cosas que debe saber

Llámenos para obtener ayuda en otros idiomas

Español - ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

Tiếng Việt - CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

繁體中文 **-** 注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-221-3943（State Relay: 711）.

한국어 **-** 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-221-3943 (State Relay: 711) 번으로 전화해 주십시오.

Русский - Если вы говорите по-русски, вам доступны бесплатные услуги переводчика. Звоните 1-800-221-3943 (State relay: 711).

አማርኛ - ማስታወሻ: የሚናገሩት ቋንቋ አማርኛ ከሆነ የትርጉም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ 1-800-221-3943 (መስማት ለተሳናቸው: 711).

العربية - ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-800-221-3943 (رقم هاتف الصم والبكم:711

Deutsch - ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

Français - ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-221-3943 (ATS : 711).

नेपाली - ध्यान दिनुहोस्: तपाइंले नेपाली बोल्नुहुन्छ भने तपाइंको निम्ति भाषा सहायता सेवाहरू निःशुल्क रूपमा उपलब्ध छ । फोन गर्नुहोस् 1-800-221-3943 (टिटिवाइ: 711).

Tagalog - PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

日本語 - 注意事項：日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます. 1-800-221-3943（State Relay: 711）まで、お電話にてご連絡ください.

Oroomiffa - XIYYEEFFANNAA: Afaan dubbattu Oroomiffa, tajaajila gargaarsa afaanii, kanfaltiidhaan ala, ni argama. Bilbilaa 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

فارسی - توجه: اگر به زبان فارسی گفتگو می کنید، تسهیلات زبانی بصورت رایگان برای شما فراهم می باشد. با تماس بگیرید
1-800-221-3943 (state relay: 711)

Polski - UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-800-221-3943 (State Relay: 711).

Lo que puede necesitar para presentar la solicitud

- Los números de seguro social (o los números de documento para los inmigrantes legales) de todas las personas de su hogar que necesiten seguro
- Información del empleador y de los ingresos de todas las personas de su hogar
- Información del seguro de salud actual, inclusive el número de póliza de cada miembro de su hogar
- Información acerca de cualquier seguro de salud relacionado con el empleo disponible para su hogar

Cosas que debe saber *continúa en la página siguiente*

Cosas que debe saber (continuación)

¿Por qué preguntamos esta información?

Preguntamos acerca de sus ingresos y demás información para saber para qué tipo de cobertura de salud puede calificar y si puede obtener ayuda para pagarla. Mantenemos privada y segura toda la información que nos proporciona, como lo exige la ley.

¿Qué pasa después?

- Envíe o entregue su solicitud completada y firmada a una de las direcciones del **Anexo A**.
- Si no tiene toda la información que le pedimos, firme y entregue su solicitud de todas maneras. Nos comunicaremos con usted y le diremos qué tiene que hacer después.
- Si no nos comunicamos con usted, comuníquese con la agencia donde entregó su solicitud (puede encontrar una lista en el **Anexo A**).
- Tenga en cuenta que:
  - Puede tomar hasta 45 días (o hasta 90 días si la solicitud requiere una determinación de discapacidad) desde el momento en que se recibió su solicitud para que se le asigne un número de caso.
  - Puede controlar su estado y sus beneficios en línea a través de Colorado PEAK Obtenga más información acerca de su número de caso y dónde encontrarlo en: https://www.healthfirstcolorado.com/health-first-colorado/glossary/case-number-find/

¿Dónde puede encontrar información adicional o ayuda con esta solicitud?

	Health First Colorado y CHP+	**Connect for Health Colorado**
Por Internet:	Colorado.gov/PEAK	ConnectforHealthCO.com
Teléfono:	1-800-221-3942	1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)
TTY/TDD:	Retransmisión del estado: 711	1-855-346-3432
Personalmente:	Encuentre un Centro de asistencia para la solicitud en su área en Colorado.gov/hcpfmap	Visite ConnectforHealthCO.com para obtener una lista de Guías de coberturas de salud certificadas, asesores de solicitud y agentes/corredores en su área.

Para obtener información adicional, consulte las **Preguntas frecuentes: Solicite una cobertura** en Colorado.gov/HCPF/Apply y ConnectforHealthCO.com/resources/the-basics/customer-resources/.

***La solicitud** empieza en la página siguiente*

Empiece la solicitud aquí

Paso 1: Cuéntenos sobre su hogar

Escriba los nombres de los miembros de su hogar en la Tabla de relaciones del hogar en la página siguiente. Use el Ejemplo de la Tabla de relaciones del hogar que está a continuación como guía. Sus ingresos y el tamaño de su hogar nos ayudan a decidir para qué programas califica.

INCLUYA las siguientes personas en su solicitud:

- Usted
- Su cónyuge*
- Sus hijos menores de 19 años de edad que viven con usted
- Cualquier persona en su declaración de impuesto federal a la renta
  - Esto podría incluir hijos mayores de 19 años de edad, incluso si no viven con usted
- Su pareja de hecho* que necesite cobertura de salud
- Cualquier otra persona menor de 19 años de edad que cuide y que viva con usted

Si es considerado como dependiente* en la declaración de impuestos federales de otra persona, incluya también:

- Las personas de quién depende
- Todos los miembros del hogar de esa declaración de impuestos federales considerados como dependientes
- Cualquier familiar que viva con usted

★ Nota: si alguien de su hogar falleció este año, debe incluirlo en su solicitud. Esto nos ayudará a determinar mejor para qué beneficios puede calificar.

★ **NO tiene que incluir compañeros de habitación no relacionados.**

*Encuentre las definiciones de estas palabras en el **Glosario** (a partir de la página 41).

Ejemplo de Tabla de relaciones del hogar

En el **Paso 1**, le preguntamos cómo están relacionadas las personas entre sí en su hogar.
Use la tabla de ejemplo en la página siguiente para saber a quién debe incluir en su hogar.
Cuando esté preparado, enumere a cada persona de su hogar en la página siguiente.

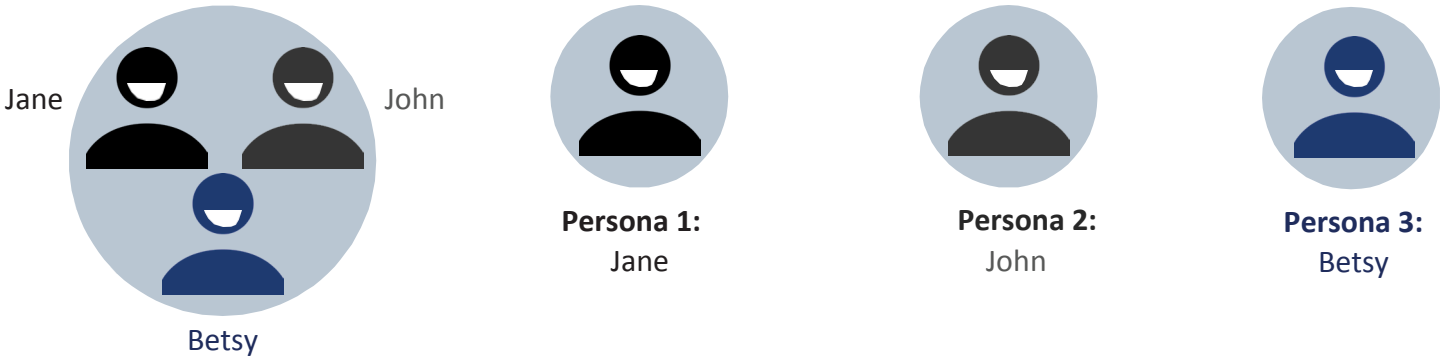
▶ **La Persona 1 es el contacto principal para esta solicitud.**

▶ Empiece con la **Persona 1** y complete la relación que la **Persona 1** tiene con cada miembro del hogar.

▶ Repita este paso para **cada persona** enumerada en el hogar.

▶ **Use únicamente los términos "esposo", "esposa" o "cónyuge" cuando hable de personas casadas legalmente** ("casados legalmente" incluye el matrimonio de derecho consuetudinario y el matrimonio de derecho consuetudinario registrado, pero no incluye las uniones civiles).

1. Este hogar está compuesto por Jane, John y Betsy.
2. Jane es la persona que completa esta solicitud y es la **Persona 1.**
3. Jane y John están casados.
4. Betsy es la hija de Jane de una relación anterior.



***Paso 1** continúa en la página siguiente*

Paso 1: Cuéntenos sobre su hogar

Tabla de ejemplo de relaciones del hogar:

Persona 1	es el/la	Esposa	Madre			
Jane		**de la Persona 2**	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
Persona 2	es el/la	Esposo	Padrastro			
John		**de la Persona 1**	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
Persona 3	es el/la	Hija	Hijastra			
Betsy		**de la Persona 1**	**de la Persona 2**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**

Tabla de relaciones del hogar

Use la tabla siguiente para enumerar a cada una de las personas de su hogar. Si necesita más espacio, puede dibujar más columnas y filas, o hacer una copia de esta tabla.

- **La Persona 1 es el contacto principal para esta solicitud.**
- Empiece con la **Persona 1**, y complete la relación que la **Persona 1** tiene con cada miembro del hogar.
- Repita este paso para **cada persona** enumerada en el hogar.
- **Use únicamente los términos "esposo", "esposa" o "cónyuge" cuando hable de personas casadas legalmente** ("casados legalmente" incluye el matrimonio de derecho consuetudinario y el matrimonio de derecho consuetudinario registrado, pero no incluye las uniones civiles).

Persona 1: _____ **Persona 2:** _____ **Persona 3:** _____

Persona 4: _____ **Persona 5:** _____ **Persona 6:** _____

Persona 1	es el/la					
(Usted)		**de la Persona 2**	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
Persona 2	es el/la					
		de la Persona 1	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
Persona 3	es el/la					
		de la Persona 1	**de la Persona 2**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
de la Persona 4	es el/la					
		de la Persona 1	**de la Persona 2**	**de la Persona 3**	**de la Persona 5**	**de la Persona 6**
de la Persona 5	es el/la					
		de la Persona 1	**de la Persona 2**	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 6**
de la Persona 6	es el/la					
		de la Persona 1	**de la Persona 2**	**de la Persona 3**	**de la Persona 4**	**de la Persona 5**

¿Alguien lo está ayudando a completar esta solicitud? Si la respuesta es sí, recuerde completar la **Hoja de trabajo A** (páginas 18 - 19).

Paso 2: Persona 1 (Empiece con usted)

Complete el Paso 2 para cada persona de su hogar. Empiece con usted, luego agregue otros adultos y niños de su hogar. Si hay más de 2 personas en su hogar, puede completar la **Hoja de trabajo I** (páginas 31 - 34) y hacer las copias de las páginas necesarias. **No tiene que dar el estado inmigratorio ni el número de seguro social (SSN) para los miembros del hogar que no están solicitando cobertura de salud**. Usaremos su información personal solo para verificar si califica para recibir cobertura de salud.

1. Nombre legal (primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 3. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

4. Dirección del hogar (dejar en blanco si no tiene) N.° de apartamento/suite

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

5. Dirección de correo (si es distinta de la anterior): N.° de apartamento/suite

6. En cuidado de (si corresponde):

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

7. Dirección de correo electrónico

Sugerencia: si desea recibir los avisos en formato electrónico, visite Colorado.gov/PEAK para crear una cuenta.

8. Teléfono principal	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo
9. Teléfono secundario	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

10. Idioma hablado preferido: ☐ Inglés ☐ Español	Otro (especifique):
11. Idioma escrito preferido: ☐ Inglés ☐ Español	Otro (especifique):

Nota: la información que le enviamos por escrito, inclusive las cartas y los correos electrónicos, solo se puede enviar en inglés y en español.

12. ¿Está viviendo temporalmente fuera de Colorado? ☐ Sí ☐ No

13. Si está viviendo temporalmente fuera de Colorado, ¿dónde vivirá cuando regrese a Colorado?

Ciudad	Código postal	Condado

***Paso 2, Persona 1** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 1 (continúe con usted)

14. Número de seguro social (o identificación de contribuyente):

Si está haciendo la solicitud para Health First Colorado o Child Health Plan *Plus* (CHP+) y tiene un número de seguro social (SSN), necesitamos esta información. Si está haciendo la solicitud para recibir ayuda para pagar los costos del seguro de salud a través del Mercado, dar su SSN nos ayudará a procesar rápidamente su solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver para qué tipo de cobertura de salud califica. Si no tiene un SSN, y está solicitando cobertura de salud, díganos por qué no tiene un SSN. Si no es elegible para recibir un SSN, ¿tiene un número de identificación de contribuyente (TIN), tal como un número de identificación del contribuyente individual (ITIN) o un número de identificación del contribuyente de adopción (ATIN)? Si la respuesta es sí, escríbalo arriba. **Si no tiene un número de seguro social**, visite http://www.ssa.gov/ssnumber/ para obtener información para solicitar un número de seguro social o llame a la Social Security Administration al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778) para obtener ayuda.

Responda lo siguiente:

☐ Ha solicitado un SSN*

☐ Solo es elegible para recibir un SSN por una razón válida no laboral

☐ No es elegible para recibir un SSN

☐ Se niega a obtener uno debido a objeciones religiosas bien establecidas

---

15. **¿Tiene pensado presentar una declaración de impuesto federal a la renta el próximo año?** ☐ Sí ☐ No

De todos modos, puede solicitar un seguro en Health First Colorado, CHP+ u otro seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuesto federal a la renta. Sin embargo, debe planificar presentar impuestos federales todos los años que reciba Pagos anticipados del crédito tributario de primas (APTC) o Reducciones de costos compartidos (CSR) a través del Mercado.

Si seleccionó **Sí**, responda las preguntas a - f. Si seleccionó **No**, pase a la pregunta e.

a. ¿Cuál es su estado actual de declaración de impuesto federal a la renta? ☐ Soltero ☐ Casado/a con presentación conjunta ☐ Jefe/a de familia ☐ Casado/a con presentación separada ☐ Viudo/a que califica con hijo dependiente

b. Si seleccionó "Jefe/a de familia" o "Casado/a con presentación separada", ¿aplican circunstancias excepcionales a su caso? ☐ Sí ☐ No

c. Si es "Casado/a con presentación conjunta", indique el nombre de su cónyuge:

d. ¿Va a indicar dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **Sí**, enumere los nombres legales de sus dependientes:

e. Si usted es un dependiente tributario, indique de quién es dependiente:

¿Esta persona está enumerada en la solicitud? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona es un padre/madre sin custodia? ☐ Sí ☐ No

f. Vive con sus dos padres, pero ¿sus padres no pretenden presentar una declaración de impuesto a la renta conjunta? ☐ Sí ☐ No

Atención: en las **páginas siguientes,** las respuestas a las preguntas marcadas con un asterisco (*) no se pueden usar para determinar la disponibilidad o el costo de las primas para ningún seguro de salud comprado a través del Mercado. Esta información es necesaria para asegurar que usted y su familia reciban una determinación correcta para el programa para el que podrían calificar.

***Paso 2, Persona 1** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 1 (continúe con usted)

16. *¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____

¿Fecha probable del parto (mm/dd/aaaa)? _____

17. **¿Necesita cobertura de salud?**
☐ Sí (Si responde **Sí**, responda todas las preguntas siguientes). ☐ No (Si responde **No**, pase a la pregunta 31).

18. ¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años, y usted es la persona principal que cuida a este menor?
☐ Sí ☐ No

19. ¿Es usted estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

20. *¿Tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses, inclusive ceguera? ☐ Sí ☐ No

21. *¿Tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que le haga necesitar ayuda regularmente con algunas de sus actividades de cuidado personal o con todas ellas (por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, usar el baño)?
☐ Sí ☐ No

22. *¿Necesita mudarse a un centro de atención de enfermería, de cuidados agudos, a un hospital, hogar grupal, institución de salud mental o centro de cuidados a largo plazo en los próximos 30 días, o necesita atención médica en el hogar para permanecer en su hogar?
☐ Sí ☐ No

Si respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas 20, 21, 22, o si califica para Medicare, tiene la opción de completar la Hoja de trabajo B (páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.

23. ¿Es usted ciudadano de los EE. UU. o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

24. Si no es ciudadano ni nacional de los EE. UU. ¿tiene un estado inmigratorio elegible?
☐ Sí Si responde **Sí**, complete la tabla siguiente:

Estado de no ciudadano:		**Tipo de documento de inmigración:**	
Número de extranjero o I-94:		**Número de tarjeta/pasaporte:**	
Fecha de vencimiento del documento:		**País de emisión:**	
¿Ha vivido en los EE. UU. desde 1996?		☐ **Sí** ☐ **No**	
¿Usted, su cónyuge, padre o madre son veteranos con baja honrosa o miembros en deber activo del ejército de los EE. UU.?		☐ **Sí** ☐ **No**	

Para más información sobre el estado de no ciudadano y los documentos de inmigración, consulte las **Preguntas frecuentes: Solicite una cobertura** en Colorado.gov/HCPF/Apply y ConnectforHealthCO.com/resources/the-basics/customer-resources/.

Otra cobertura de salud

25. ¿Desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, enumere los meses para los que desea ayuda (mm/aaaa) _____

26. ¿Está recibiendo tratamiento para una lesión para la que ha presentado o puede presentar un reclamo legal? ☐ Sí ☐ No

27. ¿Califica para o está inscrito en alguno de los siguientes tipos de cobertura de atención médica? Si responde **Sí**, complete la **Hoja de trabajo C** (pág. 25).

☐ TRICARE ☐ Peace Corps ☐ Otro programa de beneficios de salud estatal o federal

☐ COBRA ☐ Beneficios de atención médica de VA ☐ Plan de salud para jubilados ☐ Otro: _____

***Paso 2, Persona 1** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 1 (continúe con usted)

28. ¿Usted califica para o está inscrito en Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, tiene la opción de completar la **Hoja de trabajo B** **(páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.**

29. ¿Califica para un seguro de salud a través de su empleador actual? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí,** complete la **Hoja de trabajo D** (página 26).

30. ¿Está actualmente encarcelado? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, ¿está actualmente esperando una decisión sobre los cargos? ☐ Sí ☐ No

31. Raza (opcional, marque todo lo que corresponda)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska (complete la **Hoja de trabajo E**) ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Hispano/Latino

☐ Nativo de Hawái ☐ Otro ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita

☐ Blanco o caucásico ☐ Otro: _____

Si es indígena americano o nativo de Alaska, podría no tener que pagar determinados copagos o primas. **Complete la Hoja de trabajo E (página 27) para ver si califica.**

31. Información sobre empleo actual e ingresos (marque todo lo que corresponda)

☐ **No tengo un empleo.** Pase a la pregunta 61.

☐ **Tengo un empleo.** Si actualmente está empleado, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 33.

☐ **Soy trabajador independiente.** Complete la **Hoja de trabajo F** (página 28) y regrese a la pregunta 61.

Tengo otro ingreso (inclusive ingreso por rentas). Complete la **Hoja de trabajo G** (página 29) y regrese a la pregunta 61.

Empleo actual 1:

32. Nombre del empleador

34. Dirección del empleador			35. N.° de apartamento/suite
36. Teléfono del empleador	37. Ciudad	38. Estado	39. Código postal
40. Salario/Propinas (antes de los impuestos) $	Período de paga: ☐ Diario ☐ Mensual	☐ Semanal ☐ Dos veces al mes	☐ Cada dos semanas ☐ Anual

41. Promedio de horas trabajadas por semana: _____

42. Infórmenos su pago total en bruto que recibió o recibirá este mes como pago de una sola vez de este empleador (esto podría ser un bono u otro pago adicional que recibió). _____

43. ¿Su ingreso por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **No**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 40 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

44. Ingreso anual esperado por este trabajo: _____

45 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? Si responde **sí**, pase a la pregunta 46. ☐ Sí ☐ No

45 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? Si responde **sí**, pase a la pregunta 46. ☐ Sí ☐ No

46. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

Empleo actual 2: (si solo tiene un empleo pase a la pregunta 61).

47. Nombre del empleador

48. Dirección del empleador	49. N.° de apartamento/suite

***Paso 2, Persona 1** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 1 (continúe con usted)

50. Teléfono del empleador	51. Ciudad	52. Estado	53. Código postal
54. Salario/propinas (antes de los impuestos) $	Período de paga: ☐ Diario ☐ Mensual	☐ Semanal ☐ Dos veces al mes	☐ Cada dos semanas ☐ Anual

55. Promedio de horas trabajadas por semana:

56. Infórmenos su pago total en bruto que recibió o recibirá este mes como pago de una sola vez de este empleador (esto podría ser un bono u otro pago adicional que recibió).

57. ¿Su ingreso por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **No**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 54 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

58. Ingreso anual esperado por este trabajo:

59 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? ☐ Sí ☐ No

59 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? ☐ Sí ☐ No

60. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

61. **DEDUCCIONES** Marque todo lo que corresponda, y proporcione el monto y con qué frecuencia lo paga. Informarnos sobre estas deducciones podría hacer que el costo de su seguro de salud sea más bajo. No debería incluir un costo que ya tomó en cuenta en su respuesta para ingresos de empleo e ingresos netos como trabajador independiente.

62. ¿Sus deducciones cambian mes a mes? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, para cada deducción que cambia, complete las columnas de Monto actual **Y** Monto anual esperado.
Si no está pagando la deducción en este momento, pero espera reclamarla en su declaración de impuestos, complete $0 para el Monto actual y escriba el monto que incluirá en su declaración de impuestos para el Monto anual esperado.

Si responde **No**, complete solo la columna de Monto actual. No es necesario que complete la columna de Ingreso anual esperado.

Tipos de deducciones:

- Pago de pensión alimenticia
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Pérdidas de capital
- Determinados gastos empresariales de reservistas, artistas escénicos o funcionarios gubernamentales basados en honorarios
- Multa por retiro precoz de ahorros
- Actividades de producción nacional
- Deducción para cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Aporte realizado a su IRA tradicional
- Gastos de mudanza

Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

63. Infórmenos el monto total de ingresos que planea informar en su declaración de impuestos que aún NO ha incluido en esta solicitud y en sus Hojas de trabajo. Incluya ingresos tales como empleos anteriores, o beneficios que recibió en meses anteriores.

64. Después de que presente esta solicitud, verificaremos su ingreso. Infórmenos si le ha sucedido cualquiera de los siguientes en los últimos dos años para ayudarnos con este proceso de verificación. Marque la casilla e ingrese la fecha en la que ocurrió este cambio para todos los motivos que correspondan y que muestren por qué su ingreso cambió.

- ☐ Dejó de trabajar en un trabajo
- ☐ Cambiaron las horas en un trabajo
- ☐ Cambio de empleo
- ☐ Matrimonio, separación legal o divorcio
- ☐ Otro:

¿Fecha en la que ocurrió el cambio? (mm/dd/aaaa)

*Final del **Paso 2, Persona 1***

Paso 2: Persona 2

Haga copias de estas páginas si es necesario.

Complete el Paso 2 para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted y/o cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos federal. Vea el Paso 1 para obtener más información sobre a quién incluir.

1. Nombre legal (primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Sufijo

2. Fecha de nacimiento 3. Sexo: ☐ Masculino ☐ Femenino

4. Dirección del hogar (dejar en blanco si no tiene) N.º de apartamento/suite

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

5. Si la Persona 2 tiene 18 años de edad o más, ¿le gustaría recibir su propio correo sobre su cobertura de salud? ☐ Sí ☐ No
Si responde sí, complete la dirección de correo a continuación.

6. Dirección de correo (si es distinta a la dirección particular) N.º de apartamento/suite

7. En cuidado de (si corresponde):

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

8. Dirección de correo electrónico

Sugerencia: si la Persona 2 desea recibir los avisos en formato electrónico, visite Colorado.gov/PEAK para crear una cuenta.

9. Teléfono principal	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo
10. Teléfono secundario	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

11. Idioma hablado preferido: ☐ Inglés ☐ Español Otro (especifique):

12. Idioma escrito preferido: ☐ Inglés ☐ Español Otro (especifique):

La información que le enviamos por escrito, inclusive las cartas y los correos electrónicos, solo se puede enviar en inglés y español.

13. ¿La persona 2 está viviendo temporalmente fuera de Colorado? ☐ Sí ☐ No

14. Si la Persona 2 está viviendo temporalmente fuera de Colorado, ¿dónde vivirá cuando regrese a Colorado?

Ciudad	Código postal	Condado

***Paso 2, Persona 2** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 2 (continúe con la Persona 2)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

15. Número de seguro social (o identificación de contribuyente):

Si la Persona 2 está haciendo la solicitud para Health First Colorado o Child Health Plan *Plus* (CHP+) y tiene un número de seguro social (SSN), necesitamos esta información. Si está haciendo la solicitud para recibir ayuda para pagar los costos del seguro de salud a través del Mercado, dar su SSN nos ayudará a procesar rápidamente su solicitud. Utilizamos los SSN para verificar los ingresos y otra información para ver para qué tipo de cobertura de salud califica. Si la Persona 2 no tiene un SSN, y está solicitando cobertura de salud, díganos por qué no tiene un SSN. Si no es elegible para recibir un SSN, ¿tiene un número de identificación de contribuyente (TIN), tal como un número de identificación del contribuyente individual (ITIN) o un número de identificación del contribuyente de adopción (ATIN)? Si la respuesta es sí, escríbalo arriba. *Si no tiene un número de seguro social, visite http://www.ssa.gov/ssnumber/ para obtener información para solicitar un número de seguro social o llame a la Social Security Administration al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-3250778) para obtener ayuda.

Responda lo siguiente:

☐ Ha solicitado un SSN*

☐ Solo es elegible para recibir un SSN por una razón válida no laboral

☐ No es elegible para recibir un SSN

☐ Se niega a obtener uno debido a objeciones religiosas bien establecidas

---

16. **¿La Persona 2 tiene pensado presentar una declaración de impuesto federal a la renta el próximo año?** ☐ Sí ☐ No

De todos modos, puede solicitar un seguro en Health First Colorado, CHP+ u otro seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuesto federal a la renta. Sin embargo, debe planificar presentar impuestos federales todos los años que reciba Pagos anticipados del crédito tributario de primas (APTC) o Reducciones de costos compartidos (CSR) a través del Mercado.

Si seleccionó **Sí**, responda las preguntas a - f. Si seleccionó **No**, pase a la pregunta e.

a. ¿Cuál es el estado actual de declaración de impuesto federal a la renta de la Persona 2? ☐ Soltero ☐ Casado/a con presentación conjunta

☐ Jefe/a de familia ☐ Casado/a con presentación separada ☐ Viudo/a que califica con hijo dependiente

b. Si la Persona 2 seleccionó "Jefe/a de familia" o "Casado/a con presentación separada", ¿aplican circunstancias excepcionales a su caso? ☐ Sí ☐ No

c. Si la Persona 2 es "Casado/a con presentación conjunta", indique el nombre de su cónyuge:

d. ¿La Persona 2 va a indicar dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **Sí**, enumere los nombres legales de sus dependientes:

e. Si la Persona 2 es un dependiente tributario, indique de quién es dependiente:

¿Esta persona está enumerada en la solicitud? ☐ Sí ☐ No

¿Esta persona es un padre/madre sin custodia? ☐ Sí ☐ No

f. ¿La Persona 2 vive con sus dos padres, pero sus padres no pretenden presentar una declaración de impuesto a la renta conjunta?

☐ Sí ☐ No

Atención: en las **páginas siguientes,** las respuestas a las preguntas marcadas con un asterisco (*) no se pueden usar para determinar la disponibilidad o el costo de las primas para ningún seguro de salud comprado a través del Mercado. Esta información es necesaria para asegurar que usted y su familia reciban una determinación correcta para el programa para el que podrían calificar.

***Paso 2, Persona 2** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 2 (continúe con la Persona 2)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

17. *¿La Persona 2 está embarazada? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, ¿cuántos bebés está esperando? _____

¿Fecha probable del parto (mm/dd/aaaa)? _____

18. **¿La Persona 2 necesita cobertura?**
☐ Sí (Si respondió **Sí**, responda todas las preguntas que siguen). ☐ No (Si respondió **No**, pase a la pregunta 32).

19. ¿La Persona 2 vive con al menos un hijo menor de 19 años, y la Persona 2 es la persona principal que cuida a este niño?
☐ Sí ☐ No

20. ¿La persona 2 es un estudiante de tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

21. *¿La Persona 2 tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses, inclusive ceguera? ☐ Sí ☐ No

22. *¿La Persona 2 tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que le haga necesitar ayuda regularmente con algunas de sus actividades de cuidado personal o con todas ellas (por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, usar el baño)?
☐ Sí ☐ No

23. *¿La Persona 2 necesita mudarse a un centro de atención de enfermería, de cuidados agudos, a un hospital, hogar grupal, institución de salud mental o centro de cuidados a largo plazo en los próximos 30 días, o necesita atención médica en el hogar para permanecer en su hogar?
☐ Sí ☐ No

Si la Persona 2 respondió "Sí" a cualquiera de las preguntas 21, 22, 23, o si califica para Medicare, tiene la opción de completar la Hoja de trabajo B (páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.

24. ¿La Persona 2 es ciudadano o nacional de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

25. Si la Persona 2 no es ciudadana ni nacional de los EE. UU. ¿tiene un estado inmigratorio elegible?
☐ Sí Si responde **Sí**, complete la tabla siguiente:

Estado de no ciudadano:		**Tipo de documento de inmigración:**	
Número de extranjero o I-94:		**Número de tarjeta/pasaporte:**	
Fecha de vencimiento del documento:		**País de emisión:**	
¿La Persona 2 ha vivido en los EE. UU. desde 1996?		☐ **Sí**	☐ **No**
¿La Persona 2, su cónyuge, padre o madre son veteranos con baja honrosa o miembros en deber activo del ejército de los EE. UU.?		☐ **Sí**	☐ **No**

Para más información sobre el estado de no ciudadano y los documentos de inmigración, consulte las **Preguntas frecuentes: Solicite una cobertura** en Colorado.gov/HCPF/Apply y ConnectforHealthCO.com/resources/the-basics/customer-resources/.

Otra cobertura de salud

26. ¿La Persona 2 desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, enumere los meses para los que desea ayuda (mm/aaaa) _____

27. ¿La Persona 2 está siendo tratada por una lesión por la cual ha presentado o presentará un reclamo legal? ☐ Sí ☐ No

28. ¿La Persona 2 califica para o está inscrita en alguno de los siguientes tipos de cobertura de atención médica?
Se responde **Sí,** complete la **Hoja de trabajo C** (página 25).

☐ TRICARE ☐ Peace Corps ☐ Otro programa de beneficios de salud estatal o federal
☐ COBRA ☐ Beneficios de atención médica de VA ☐ Plan de salud para jubilados ☐ Otro: _____

***Paso 2, Persona 2** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 2 (continúe con la Persona 2)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

29. ¿La Persona 2 califica para o está inscrita en Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si responde Sí, la Persona 2 tiene la opción de completar la **Hoja de trabajo B** **(páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.**

30. ¿La Persona 2 califica para un seguro de salud a través de un empleador actual? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí,** complete la **Hoja de trabajo D** (página 26).

31. ¿La Persona 2 está actualmente encarcelada? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, ¿está actualmente esperando una decisión sobre los cargos? ☐ Sí ☐ No

32. Raza (opcional, marque todo lo que corresponda)

☐ Indígena americano o nativo de Alaska (complete la **Hoja de trabajo E**) ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano

☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Hispano/Latino

☐ Nativo de Hawái ☐ Otro asiático ☐ Otro isleño del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita

☐ Blanco o caucásico ☐ Otro: _____

Si la Persona 2 es indígena americano o nativo de Alaska, es posible que no tenga que pagar determinados copagos o primas. Complete la Hoja de trabajo **E (página 27) para ver si califica.**

33. Información sobre empleo actual e ingresos (marque todo lo que corresponda)

☐ **No tiene un empleo.** Pase a la pregunta 62.

☐ **Tiene un empleo.** Si actualmente está empleado, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con la pregunta 34.

☐ **Es trabajador independiente.** Complete la **Hoja de trabajo F** (página 28) y regrese a la pregunta 62.

☐ **Tiene otro ingreso (inclusive ingreso por rentas).** Complete la **Hoja de trabajo G** (página 29) y regrese a la pregunta 62.

Empleo actual 1:

34. Nombre del empleador

35. Dirección del empleador

36. N.° de apartamento/suite

37. Teléfono del empleador

38. Ciudad

39. Estado

40. Código postal

41. Salario/propinas (antes de los impuestos)
$

Período de paga: ☐ Diario ☐ Mensual ☐ Semanal ☐ Dos veces al mes ☐ Cada dos semanas ☐ Anual

42. Promedio de horas trabajadas por semana:

43. Infórmenos el pago total en bruto que la Persona 2 recibe o recibirá este mes como pago de una sola vez de su empleador (esto podría ser un bono u otro pago adicional que recibió).

44. ¿El ingreso de la Persona 2 por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **No**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 41 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

45. Ingreso anual esperado de este trabajo:

46 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? Si responde **sí**, pase a la pregunta 46. ☐ Sí ☐ No

46 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? Si responde **sí**, pase a la pregunta 46. ☐ Sí ☐ No

47. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

Empleo actual 2: (si solo tiene un empleo pase a la pregunta 62).

48. Nombre del empleador

49. Dirección del empleador

50. N.° de apartamento/suite

***Paso 2, Persona 2** continúa en la página siguiente*

Paso 2: Persona 2 (continúe con la Persona 2)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

51. Teléfono del empleador	52. Ciudad	53. Estado	54. Código postal

55. Salario/propinas (antes de los impuestos) $	Período de paga:	☐ Diario ☐ Mensual	☐ Semanal ☐ Dos veces al mes	☐ Cada dos semanas ☐ Anual

56. Horas promedio trabajadas por semana:

57. Infórmenos el pago total en bruto que la Persona 2 recibe o recibirá este mes como pago de una sola vez de su empleador (esto podría ser un bono u otro pago adicional que recibió).

58. ¿El ingreso de la Persona 2 por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **No**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 55 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

59. Ingreso anual esperado de este trabajo:

60 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? ☐ Sí ☐ No

60 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? ☐ Sí ☐ No

61. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

62. **DEDUCCIONES:** Marque todo lo que corresponda, y proporcione el monto y con qué frecuencia lo paga la Persona 2. Informarnos sobre estas deducciones podría hacer que el costo de su seguro de salud sea más bajo. La Persona 2 no debería incluir un costo que ya tomó en cuenta en su respuesta para ingresos de empleo e ingresos netos como trabajador independiente.

a. ¿Sus deducciones cambian mes a mes? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, para cada deducción que cambia, complete las columnas de Monto actual **Y** Monto anual esperado.

Si la Persona 2 no está pagando la deducción en este momento, pero espera reclamarla en su declaración de impuestos, complete $0 para el Monto actual y escriba el monto que la Persona 2 incluirá en su declaración de impuestos para el Monto anual esperado.

Si responde **No**, complete solo la columna de Monto actual. No es necesario que la Persona 2 complete la columna de Ingreso anual esperado.

Tipos de deducciones:

- Pago de pensión alimenticia
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Pérdidas de capital
- Determinados gastos empresariales de reservistas, artistas escénicos o funcionarios gubernamentales basados en honorarios
- Multa por retiro precoz de ahorros
- Actividades de producción nacional
- Deducción para cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Aporte realizado a su IRA tradicional
- Gastos de mudanza

Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

63. Infórmenos el monto total de ingresos que la Persona 2 planea informar en su declaración de impuestos que aún NO ha incluido en esta solicitud y en sus Hojas de trabajo. Incluya ingresos tales como empleos anteriores, o beneficios que recibió en meses anteriores.

64. Después de que se presente esta solicitud, verificaremos los ingresos de la Persona 2. Infórmenos si a la Persona 2 le ha sucedido cualquiera de los siguientes en los últimos dos años para ayudarnos con este proceso de verificación. Marque la casilla e ingrese la fecha en la que ocurrió este cambio para todos los motivos que correspondan y que muestren por qué su ingreso cambió.

☐ Dejó de trabajar en un trabajo
☐ Cambiaron las horas en un trabajo
☐ Cambio de empleo
☐ Matrimonio, separación legal o divorcio
☐ Otro:

¿Fecha en la que ocurrió el cambio? (mm/dd/aaaa)

*Final del **Paso 2, Persona 2***

Paso 3: Lo que debo saber

Nota del Paso 2 (página 12): si hay **más de dos personas** en su hogar para incluir, pase a la **Hoja de trabajo I** (páginas 31 - 34), **haga copias adicionales según sea necesario** y complételas.

1. Sé que es posible que otro solicitante o yo podamos inscribirnos automáticamente a Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado) o Child Health Plan *Plus* (CHP+) si somos elegibles. Puedo visitar el sitio web de Health First Colorado en Colorado.gov/PEAK para obtener más información. Notificaré de inmediato al estado en caso de que tenga reclamos médicos o demandas judiciales. Cooperaré con el estado recolectando las facturas médicas que el estado haya pagado. El estado puede recolectar las facturas médicas de cualquier compañía de seguros o dictamen judicial que el estado haya pagado. Si yo estoy afiliado a Health First Colorado y recibo dinero por las mismas facturas médicas que el estado ya ha pagado, le daré el dinero al estado. Le cedo al estado todos los derechos para recibir los pagos por gastos o tratamientos médicos. También le cedo mi derecho a apelar en caso de que la parte responsable del pago de los beneficios se niegue a pagarle los beneficios al estado. Si uno de los padres está ausente en mi hogar, y estoy haciendo una solicitud a Health First Colorado, debo intentar obtener apoyo médico del padre ausente. Puedo comunicarme con Child Support Enforcement para obtener ayuda.

2. La ley estatal de Colorado y la ley federal exigen al Department of Health Care Policy and Financing que recupere todos los beneficios de asistencia médica, inclusive los pagos de capitación, pagados en nombre de los clientes de Health First Colorado, de los patrimonios de los clientes fallecidos de Health First Colorado que fueron institucionalizados permanentemente. Para los clientes de Health First Colorado que eran mayores de 55 años de edad al momento de recibir los beneficios, el Departamento recupera los pagos por los servicios de centros de enfermería especializada, los servicios basados en el hogar y la comunidad, y los servicios de medicamentos de venta con receta y del hospital. Hay determinadas excepciones para que el estado pueda recuperar los pagos. Para obtener más información, comuníquese con su condado y solicite el folleto de "Medical Assistance Estate Recovery Program".

3. Si soy elegible para los pagos anticipados del crédito tributario de primas ("APTC"), estos pagos se harán directamente a la compañía de seguros que yo haya elegido. La aceptación de los APTC puede afectar mi responsabilidad impositiva anual. Me darán la opción de solicitar todos, parte o nada de los APTC para los que sea elegible para mi prima mensual.

4. Si estoy recibiendo ayuda financiera, sé que debo informarle a la organización que me brinda la asistencia si cambia la información que indiqué en la solicitud. Sé que tengo 10 días calendario para informar los cambios si estoy inscrito en Health First Colorado o Child Health Plan *Plus* (CHP+). Debo informar los cambios en la oficina local de mi condado para Health First Colorado o CHP+. Soy responsable de pagar las tarifas, primas y copagos mi familia y para mí mismo, si es necesario para recibir los beneficios de Asistencia médica. Sé que tengo 30 días calendario para informar los cambios a Connect for Health Colorado si estoy recibiendo pagos anticipados del crédito tributario de primas, copagos o deducibles reducidos, o si estoy inscrito en un Plan de salud calificado. Si mi familia está inscrita en programas múltiples para poder pagar los seguros, debo informar los cambios a cada organización en el plazo adecuado. Entiendo que un cambio en la información podría afectar mi elegibilidad y la elegibilidad de los miembros de mi hogar.

5. Entiendo que mis respuestas y los complementos o páginas adicionales son la base de la póliza de seguro de salud que se emite. Acepto que ningún seguro ni programa de asistencia financiera estará vigente hasta la fecha especificada por la compañía de seguros u organización que proporciona el certificado, póliza o notificación. Entiendo que puedo solicitar una copia de la Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta solicitud será tan válida como el original. Una firma de una copia legible tendrá los mismos efectos y validez que el original. Este documento, o la información contenida aquí, será parte del contrato cuando se apruebe o emita la cobertura.

6. Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para recibir ayuda para pagar la cobertura de salud en los próximos años, si estoy inscrito en un Plan de salud calificado, acepto que Connect for Health Colorado use los datos de ingresos, inclusive la información de la declaración de impuestos para el próximo año de cobertura. Connect for Health Colorado me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y puedo optar por salir del programa en cualquier momento. Puedo visitar el sitio web de Connect for Health Colorado en ConnectforHealthCO.com para obtener más información.

7. Entiendo que si soy elegible para recibir pagos anticipados del crédito tributario de primas (APTC) y/o copagos y deducibles reducidos, estos pagos se harán directamente a la compañía de seguros que yo haya elegido. Si acepto los APTC y/o los copagos y deducibles reducidos, esto afectará mi responsabilidad tributaria de los años de la cobertura. Me darán la opción de solicitar todos, parte o nada de los APTC para los que sea elegible para mi prima mensual.

***Paso 3** continúa en la página siguiente*

8. ¢KŜ 5ŜLJI·NŭŸŜyŭ ₮2₦ ŜI·fŭK /I·NŜ t2ŭÖè I·yŘ CŷyI·yÖŷy∃ y Connect for Health Colorado no discriminan por motivos de raza, color, etnia u origen nacional, ascendencia, edad, sexo, género, orientación sexual, identidad y expresión de género, religión, credo, creencias políticas, discapacidad o estado civil en ninguno de sus programas, servicios y actividades. Para obtener más información acerca de la política del Departamento, para solicitar ayuda gratuita por discapacidad y/o servicios lingüísticos y servicios en general, o para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con: 504/ADA Coordinator (coordinador), 1570 Grant St, Denver, CO 80203, Teléfono: 303-866-6010, Fax: 303-866-2828, Retransmisión del estado: 711, Correo electrónico: hcpf504ada@state.co.us. Para obtener información acerca de la política, ayuda y servicios de Connect for Health Colorado o para presentar un reclamo por discriminación, comuníquese con: General Counsel (asesor general), 3773 Cherry Creek N. Dr., Suite 1005, Teléfono: 303-590-9640, Fax: 303-322-4217. También puede presentar reclamos en la ¦φ{φ 5ŜLJI·NŭŸŜyŭ 2₮ ŜI·fŭK I·yŘ IdzŸI·y{ŜNØŷÖŜă hŦŦŷÖŜ ₮2₦ /ŷØŷf wŷ∃Kŭă en http://www.hhs.gov/ocr/filing-with-ocr/index.html.

9. Sé que es ilegal recibir APTC y CSR de Mercados de dos estados al mismo tiempo. Acepto presentar esta solicitud para mí y/o para mi familia. Al firmar esta solicitud, certifico que he revisado esta solicitud; que entiendo y acepto los Derechos, Responsabilidades y Sanciones; y que, bajo pena de perjurio, certifico que la información que brindo es auténtica, inclusive la información relacionada con la ciudadanía y el estado legal de extranjero. Esto significa que he respondido con la verdad todas las respuestas de este formulario a mi leal saber y entender. Este certificado se extiende a los Productores u otras personas que completen una solicitud en nombre de un solicitante. Estoy al tanto de que si miento, puede haber sanciones. Las sanciones pueden incluir prisión, multas, rechazo de seguros, y daños y perjuicios civiles. Las compañías de seguro o agentes de compañías de seguro que, intencionadamente, den información falsa, incompleta o engañosa a un titular de póliza o reclamante con el fin de cometer fraude o intentar cometer fraude contra el titular de la póliza o reclamante con respecto a un acuerdo o indemnización pagadera de las ganancias del seguro, deben ser denunciadas a la /2f2₦I·Ř2 5ŷØŷăŷ2y2₮ Lyăd₦I·yÖŜ ℹ ante el Departament 2₮ wŜ∃dzfI·ŭ2₦è !∃ŜyÖŷŜă. He recibido información acerca de cómo hacer la solicitud, la información disponible y lo que es posible que deba entregar al sitio de la solicitud para ayudarme a recibir beneficios.

Mi derecho a apelar:

10. Si creo que Health First Colorado/Child Health Plan *Plus* (CHP+) o Connect for Health Colorado se han equivocado, puedo apelar la decisión. Apelar significa decirle a alguien en Health First Colorado/CHP+ o Connect for Health Colorado que considero que las medidas son equivocadas y pedirle una revisión justa de la decisión. Sé que puedo averiguar cómo apelar comunicándome con Health First Colorado al 1-800-221-3943, o que puedo comunicarme con el Mercado al 1-855-PLANS-4-YOU o visitando su sitio web en ConnectforHealthCO.com. Sé que puedo tener un representante durante el proceso. Me explicarán acerca de mi elegibilidad y otra información importante.

Información adicional

Tengo a mi disposición servicios e información sobre violencia doméstica. Si alguna vez siento que estoy en peligro inmediato, llamaré al 911. Si deseo recibir información relacionada con la seguridad y los servicios en Colorado, llamaré a la /2f2₦I·Ř2 /2I·fŭŷ2y !∃I·ŷyăŭ 52YŜăŭŷÖ ±ŷ2fŜyÖŜ al 303-831-9632 o al número gratuito 1-888-778-7091. También puedo encontrar la ubicación de los servicios que me queden cerca visitando http://www.colorado.gov/cdhs/dvp. La línea Telefónica Nacional contra la Violencia Doméstica al 1-800-799-SAFE (7233) o TTY 1-800-787-3224 o http://www.thehotline.org/ también puede proporcionar información. Si soy un sobreviviente de violencia doméstica, ataque sexual o acoso, el Address Confidentiality Program (ACP) puede darme una dirección legal sustituta en vez de mi dirección real para usar con las agencias gubernamentales locales y estatales. Puedo encontrar más información acerca de ACP en acp.colorado.gov. Si necesito o recibo alguno de estos servicios, informaré a mi trabajador del departamento.

Reconocimiento (marque la casilla de abajo)

☐ **Si marco esta casilla**, acepto que mi información se use y se obtenga de fuentes de datos para esta solicitud, inclusive información de declaraciones de impuestos federales. He obtenido el consentimiento de todas las personas que enumero en la solicitud para que se obtenga información acerca de ellos de fuentes de datos para esta solicitud. (Vea la **Declaración de privacidad** completa en la página 17).

***Paso 3** continúa en la página siguiente*

Paso 3: Lo que debo saber (continuación)

Como parte del proceso de elegibilidad, debemos verificar la información que nos ha dado para esta solicitud. Si marca la casilla a continuación, indica que Connect for Health Colorado no tiene permiso para verificar la información de los ingresos de las declaraciones de impuestos. Si no permite el uso de estos datos, entiende que Connect for Health Colorado le enviará una carta solicitando que proporcione comprobantes de la información de su hogar, inclusive sus ingresos anuales.
Si no proporciona las pruebas solicitadas de la información de la declaración de impuesto a la renta de su hogar antes de los 90 días, lo considerarán inelegible para obtener pagos anticipados del crédito tributario de primas/reducciones de costos compartidos (APTC/CSR).

☐ No le doy permiso a Connect for Health Colorado para validar los datos de mis ingresos contra las fuentes federales.

Firme aquí

Firme la solicitud. La persona que complete el **PASO 1** debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí si ha completado la información requerida en la **Hoja de trabajo A** (páginas 18 - 19).

Firma de la Persona 1 o del representante autorizado	**Fecha** (mm/dd/aaaa)

Si está firmando esta solicitud fuera de la Inscripción abierta, asegúrese de revisar la **Hoja de trabajo H** (página 30). La Inscripción abierta empieza el 1 de noviembre y termina el 31 de enero.

Las próximas dos (2) preguntas se usan para saber si califica para los servicios del Healthy Communities Program a través de los disposiciones de Early and Periodic Screening, Diagnostic and Treatment (EPSDT) de Health First Colorado (Programa de Medicaid de Colorado). Estas preguntas son opcionales.

1. Puede haber servicios especiales disponibles para niños y mujeres embarazadas. Marque los servicios de salud que reciben o usan las mujeres embarazadas o los niños de su hogar:

☐ Servicios médicos
☐ Servicios de salud mental o del comportamiento
☐ Otro (describa): _____
☐ Recetas de medicamentos
☐ Servicios de salud o escolares

2. ¿Algún niño en su hogar ha estado en la sala de emergencias para recibir tratamiento desde su última visita al médico?
☐ Sí ☐ No

Atención: es posible que no haya terminado

- ¿Recibió ayuda para completar esta solicitud? Complete la **Hoja de trabajo A** (páginas 18 - 19).
- ¿Alguna de las situaciones que siguen aplican a alguna de las personas de la solicitud? Si la respuesta es sí, complete la **Hoja de trabajo B para saber si califica para recibir servicios adicionales** (páginas 20 - 24).
  - Una persona en la solicitud tiene una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses, inclusive ceguera.
  - Una persona en la solicitud necesita ayuda con alguna o todas las actividades de cuidado personal (bañarse, vestirse, comer o usar el baño).
  - Una persona en la solicitud está, o ha estado, en un centro médico (tal como un centro de atención de enfermería, hospital, institución de salud mental u hogar grupal) en los últimos 90 días.
  - Califica o está inscrito en Medicare.
- Califica o está inscrito en: Medicare, TRICARE, Peace Corp, otro Programa de beneficios de salud federal o estatal, Beneficios de atención médica de VA, u otra cobertura, complete la **Hoja de trabajo C** (página 25).
- Califica o está inscrito en un seguro de un empleador: complete la **Hoja de trabajo D** (página 26).
- ¿Indígena americano/ Nativo de Alaska? Complete la **Hoja de trabajo E** (página 27).
- ¿Es trabajador independiente? Complete la **Hoja de trabajo F** (página 28).
- ¿Tiene otros ingresos que no son por empleo o trabajo independiente? Complete la **Hoja de trabajo G** (página 29).
- ¿Hace la solicitud fuera del período de Inscripción abierta y tuvo un evento que le haya cambiado la vida en los últimos 60 días? Complete la **Hoja de trabajo H** (página 30)
- ¿Más de dos personas en el hogar? Complete la **Hoja de trabajo I** (páginas 31 - 34) para cada persona individual.

*Fin del **Paso 3***

Paso 4: Envíe su solicitud y las hojas de trabajo completadas

Su solicitud se puede procesar en la Department ƻƭ l dzY l·y l·yŘ {ƻƴƴl·f {ŜƴƴƴƴŜă hƭƭƴŜ de su condado o en Connect for Health Colorado.

Si cree que puede calificar para Health First Colorado o CHP+, o si completó la Hoja de trabajo B (páginas 20 - 24), es posible que desee enviar su solicitud firmada a la Department of Human and Social Services Office de su condado.

Correo: puede encontrar las direcciones de correspondencia y números de fax de su oficina local en el **Anexo A**.

Por Internet: para encontrar su oficina local, visite Colorado.gov/HCPF/Counties

Llame: para encontrar su oficina local, llame al: 1-800-221- 3943

TDD: 1-800-659-2656

Nota: si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame y hable con el representante de servicio al cliente para informarle el idioma que necesita.

En español: llame a nuestro centro de servicio gratuito para obtener ayuda o recibir una copia de este formulario en español al 1-800-221-3943.

Si cree que califica para créditos fiscales o reducciones de costos compartidos, es posible que desee enviar su solicitud firmada a Connect for Health Colorado.

Correo: puede encontrar la dirección de correspondencia y los números de fax para Connect for Health Colorado en el **Anexo A**.

Por Internet: visite ConnectforHealthCO.com para crear su cuenta de usuario y cargar la solicitud.

Llame: Connect for Health Colorado: 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

TTY: 1-855-346-3432

Nota: si necesita ayuda en un idioma que no sea inglés, llame y hable con el representante de servicio al cliente para informarle el idioma que necesita.

En español: Llame a nuestro centro de servicio gratuito para obtener ayuda o para obtener una copia de este formulario en español, al 1-855-PLANS-4- YOU (1-855-752-6749).

*Fin del **Paso 4***

Declaración de privacidad

Connect for Health Colorado ("el Mercado") y el Department of Health Care Policy and Financing mantendrán su información privada, como lo exige la ley. Sin embargo, si decide solicitar ayuda, el Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing pueden usar o compartir la información de su hogar con otros programas. La información solo se puede usar con fines de cobertura de seguro, tratamientos, pagos, determinación de elegibilidad y otros programas y operaciones administrativas, u otros fines permitidos por la ley. Los programas de asistencia verificarán sus respuestas usando la información en nuestras bases de datos electrónicas y las bases de datos de nuestras agencias socias. Si la información no coincide, es posible que le pidamos comprobantes.

Le pedirán que solo dé la mínima información necesaria para determinar la elegibilidad para obtener ayuda y las opciones de planes de salud relevantes, según corresponda. Como parte del proceso, nos comunicaremos con usted o con su representante autorizado, y luego le daremos la información al plan de salud que haya elegido para que puedan inscribir a los que son elegibles en un plan de salud calificado o un programa para pagar un seguro.

El Mercado compartirá la información demográfica de raza y etnia con las compañías de seguros de salud solo con el fin de determinar su elegibilidad para los beneficios que son aplicables a determinados grupos étnicos.

Las compañías de seguro de salud ya no pueden negar la cobertura basándose en su estado de salud. Si está solicitando asistencia, podemos hacerle preguntas acerca de sus antecedentes médicos para ayudarnos a determinar para qué programas de asistencia es elegible. Esta información no se utilizará para determinar las tarifas de seguro. Los miembros del hogar que no deseen seguro no tendrán que responder preguntas sobre ciudadanía y estado inmigratorio.

Importante: el Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing están autorizados a obtener información sobre la solicitud, inclusive los números de seguro social, y confirmarán la información que puede afectar su elegibilidad inicial o actual para todas las personas nombradas en su solicitud. Está dando su permiso para que el Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing usen los números de seguro social y otra información de su solicitud para solicitar y recibir información o registros para confirmar la información en su solicitud; si solicita otros programas de asistencia públicos, el Department of Human Services también puede usar esta información. Usted exonera de toda responsabilidad al Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing por compartir esta información con otras agencias para este fin.

Por ejemplo, el Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing pueden recibir y/o compartir su información con cualquiera de las siguientes agencias: Social Secruity Administration; Internal Revenue Service; United States Customs and Immigration Services; Department of Homeland Security; centros para servicios de Medicare y Medicaid; Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado; instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, cooperativas de crédito, compañías de seguro, etc.); agencias de cumplimiento de manutención de menores; empleadores; tribunales; y otras agencias estatales o federales. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para el seguro de salud o la ayuda para pagar el seguro de salud, y para darle el mejor servicio posible si decide hacer la solicitud.

El Mercado y el Department of Health Care Policy and Financing también usarán la información que proporcione como parte del funcionamiento continuo de ambas agencias, inclusive actividades tales como la redacción de informes acerca de los programas de asequibilidad de seguros y cómo gestionarlos, para las personas elegibles, realizar supervisiones y actividades de control de calidad, combatir el fraude, y responder a las preocupaciones acerca de la seguridad y la confidencialidad de la información. Usaremos la información que proporcione únicamente para nuestras actividades comerciales y no la venderemos ni la comercializaremos. Usted tiene el derecho de ver determinada información que tenemos acerca de usted. También puede tener el derecho de que se corrija esta información si la que tenemos es incorrecta.

Protección de sus datos: Connect for Health Colorado y el Department of Health Care Policy and Financing han implementado protecciones significativas para asegurar la privacidad de su información personal.

Para revisar la política de privacidad completa de Conect for Health Colorado, visite: http://connectforhealthco.com/site-information/privacy-policy/

Para revisar la política de privacidad completa del Department of Health Care Policy and Financing, visite: https://www.colorado.gov/pacific/hcpf/health-insurance- portability-and-accountability-act-hipaa-0

***La solicitud** continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo A

Díganos quién lo está ayudando a completar la solicitud

Para la **Hoja de trabajo A**, díganos quién lo está ayudando a completar la solicitud.

- **Complete la Sección A para el representante autorizado**
- **Complete la Sección B para el asesor de solicitud certificado, guía de cobertura de salud, agente/corredor, representante de agencia o especialista comunitario**

Sección A: Representante autorizado u organización

Puede elegir un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona u organización confiable que usted elige para que lo ayude con su solicitud. Necesitamos su autorización para que su representante autorizado pueda hablar con nosotros sobre esta solicitud, vea su información, y actúe en su nombre en todos los asuntos relacionados con la cobertura de salud. Si alguna vez quiere cambiar su representante autorizado o ya no quiere tener un representante autorizado, comuníquese con Health First Colorado & CHP+ o Connect for Health Colorado.

1. Su representante autorizado es una: ☐ Persona ☐ Organización

2. Nombre del representante autorizado: | Segundo nombre: | Apellido:

3. Organización/Nombre de la compañía (si corresponde) | 4. Organización/Identificación de la compañía (si corresponde)

5. ¿De qué forma el representante autorizado está emparentado con usted? (si corresponde)

6. Dirección del representante autorizado (dejar en blanco si no tiene) | N.° de apartamento/suite

7. En cuidado de (si corresponde):

8. Ciudad | 9. Estado | 10. Código postal | 11. Condado

12. Dirección de correo electrónico

13. Teléfono | Extensión

14. ¿Desea que su representante autorizado reciba copias de sus avisos/comunicaciones? ☐ Sí ☐ No

Con su firma, permite que su representante autorizado firme su solicitud, reciba información acerca de esta solicitud, y actúe en su nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia y/o Connect for Health Colorado.

Firma del solicitante | Fecha (mm/dd/aaaa)

***Hoja de trabajo A** continúa en la página siguiente*

Hoja de Trabajo A

Díganos quién lo está ayudando a completar la solicitud (cont.)

Con mi firma, acepto cumplir con todas las responsabilidades, dentro del alcance de la representación autorizada, que debe cumplir la persona que represento. Acepto mantener la confidencialidad de toda la información relacionada con el solicitante o cliente proporcionada por la agencia o Connect for Health Colorado en cumplimiento con las leyes estatales, federales y demás leyes aplicables.

Si un representante autorizado es una organización, es necesaria la firma de una persona de la organización, ya sea un proveedor, miembro del personal o voluntario de la organización.

Como proveedor, miembro del personal o voluntario de una organización que actúa como representante autorizado, yo declaro que cumpliré con los reglamentos establecidos en 42 CFR §431, Subparte F y 45 CFR §155.260(f), y 42 CFR §447.10, y también con las demás leyes estatales y federales pertinentes relacionadas con los conflictos de intereses y confidencialidad de la información.

Firma del representante autorizado/contacto de la organización	Fecha (mm/dd/aaaa)

Si le han dado la autorización legal para actuar como un representante autorizado en nombre del solicitante o cliente a través de otro medio diferente a la designación en esta Hoja de trabajo, deberá declarar que tiene la autorización y deberá entregar los documentos adecuados para verificar que tiene la autoridad.

_____ Declaro que tengo la autoridad legal de actuar en nombre del solicitante o cliente. (Entregue una copia de los siguientes documentos con esta solicitud cuando se presente: un poder de representación, una sentencia judicial que establezca la tutoría legal u otro documento legal que indique explícitamente que puede actuar legalmente en nombre del solicitante o cliente).

Sección B: Únicamente para asesores de solicitud certificados, guías de cobertura de salud, agentes, corredores, representantes de agencias o especialistas comunitarios. ℹ

Complete esta sección únicamente si es un asesor de solicitud certificado, guía de cobertura de salud, agente, corredor, representante de agencia o especialista comunitario que completa esta solicitud en nombre de otra persona. NOTA: los tipos de ayudantes enumerados aquí no se consideran representantes autorizados, pero pueden ayudarlo a completar su solicitud. Si no tiene a alguien que lo ayude con esta solicitud, puede dejar esta parte en blanco.

15. Fecha (mm/dd/aaaa)	16. Seleccione una: ☐ Asesor de solicitud certificado ☐ Guía de cobertura de salud ☐ Agente/Corredor ☐ Representante de agencia ☐ Especialista comunitario	
17. Primer nombre:	Segundo nombre:	Apellido:
18. Nombre de la organización/sitio	19. Número de identificación (Identificación de guía o número de licencia del estado, según corresponda)	

Fin de la Hoja de trabajo A ✕

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo B — Personas mayores, ciegas, discapacitadas y cuidado a largo plazo

La información en la **Hoja de trabajo B** es necesaria para saber si las personas mayores a 65 años de edad o con discapacidades califican para recibir asistencia médica o ayuda para pagar las primas de Medicare. Esto también es necesario para las personas que están, o han estado, en un centro médico o necesitan ayuda con las actividades de cuidado personal en el hogar (Servicios de cuidados a largo plazo y Apoyos). Puede completar la **Hoja de trabajo B** para saber si califica para la cobertura de salud para personas que tienen discapacidades, son mayores de 65 años y/o son ciegas. Si completa esta Hoja de trabajo, envíe esta solicitud a su Department of Human and Social Services de su condado local (vea una lista en el **Anexo A**). Complete todos los datos. Si necesita agregar más información, haga una copia de esta hoja de trabajo.

Ingresos adicionales

1. Su nombre (nombre, segundo nombre, apellido): | Fecha de nacimiento:

2. Declare los **ingresos adicionales** que recibió usted o su cónyuge este mes o el mes pasado. **No repita** los ingresos que ya haya indicado en las páginas de ingresos anteriores.

☐ Sin ingresos adicionales.

Los ejemplos de **ingresos adicionales** incluyen:

- Ayuda pública en efectivo
- Jubilación para ferroviarios
- Ingresos por arrendamiento
- Beneficios de sobreviviente
- Retiro/Pensión
- Beneficios del seguro social
- Seguridad de ingreso suplementario
- Seguro de discapacidad del seguro social
- Beneficios para veteranos
- Beneficio para viudos de veteranos
- Manutención de menores
- Dividendos/intereses
- Pensión Alimenticia
- Desempleo
- Compensación laboral
- Beneficios por discapacidad
- Ayuda financiera
- Otro efectivo recibido mensual
- Ingresos provenientes del trabajo

Tipo de ingreso	Mes recibido	¿Para quién es?	Monto mensual antes de los impuestos y deducciones

3. Declare los **gastos** que tuvieron usted o su cónyuge este mes o el mes pasado. **No repita** los gastos que ya haya indicado en las páginas de gastos anteriores.

☐ Sin gastos.

Los ejemplos de **gastos** incluyen:

- Cuidado Infantil
- Cuidado del adulto mayor dependiente
- Gastos médicos
- Primas de seguro médico
- Hipotecas (1.ª, 2.ª, 3.ª)
- Calefacción
- Cocinar
- Manutención de menores
- Pensión Alimenticia
- Centro
- Médicos
- Tarifas HOA
- Teléfono/Celular
- Recetas de medicamentos
- Renta
- Agua
- Alcantarillado
- Basura
- Electricidad
- Proveedor de atención médica

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	¿Para quién es?	Mes	Monto

***Hoja de trabajo B** continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo B — Personas mayores, ciegas, discapacitadas y cuidado a largo plazo (cont.)

4. Declare los **Recursos** que usted o su cónyuge hayan recibido este mes o el mes pasado, incluso si usted o su cónyuge no están solicitando asistencia.

☐ Sin recursos.

Los ejemplos de **recursos** incluyen:

- Dinero en efectivo
- Cuentas de ahorros y cuentas corrientes
- Certificados de depósitos
- Anualidades
- Fondos mutuos
- Herencia
- Cuenta de PASS
- Cuentas de desarrollo individual
- Cuentas de jubilación
- Acciones
- Bonos
- Fideicomisos
- Pagarés
- Fondos universitarios
- Cuentas de educación
- Propiedad (terrenos, casas)
- Ganancias de ventas de casas
- Cuenta de ABLE

Tipo de recurso	¿Nombres de los dueños?	Número de cuenta	Monto	Nombre de la institución financiera:	¿Propiedad conjunta?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

5. Declare las **propiedades** que usted o su cónyuge tengan o estén comprando, incluso si su cónyuge no está solicitando asistencia.

☐ Sin propiedades.

Los ejemplos de **propiedades** incluyen:

- Casa
- Depósito
- Propiedad para alquilar
- Terreno vacío
- Tiempo compartido
- Terreno

¿Nombres de los dueños?	¿Propiedad conjunta?	Dirección completa de la propiedad	Tipo de propiedad	Valor	¿Monto adeudado?
	☐ Sí ☐ No				
	☐ Sí ☐ No				
	☐ Sí ☐ No				

6. Declare los **vehículos** que usted o su cónyuge tengan o estén comprando, incluso si su cónyuge no está solicitando asistencia.

☐ Sin vehículos.

Los ejemplos de **vehículos** incluyen:

- Automóvil
- Camioneta
- Tráiler
- Camión
- ATV
- RV
- SUV
- Barco

¿Nombres de los dueños?	Propiedad conjunta	Tipo de vehículo	Año	Marca/modelo	Valor	¿Monto adeudado?
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					
	☐ Sí ☐ No					

La ***Hoja de trabajo B*** *continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo B — Personas mayores, ciegas, discapacitadas y cuidado a largo plazo (cont.)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

7. Declare las **pólizas de seguro de vida** que usted o su cónyuge tengan, incluso si su cónyuge no está solicitando asistencia.

☐ Sin póliza de seguro de vida.

Nombres de los dueños	Número de póliza	Personas cubiertas	Compañía de seguro	Valor nominal	Valor en efectivo

8. Declare las **pólizas para entierros** que usted o su cónyuge tengan, incluso si su cónyuge no está solicitando asistencia.

☐ Sin pólizas de entierro.

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

9. Declare si usted, su cónyuge o cualquier otra persona en nombre de usted o su cónyuge han regalado cualquier cosa de **valor** los últimos 5 años, incluso si su cónyuge no está solicitando asistencia.

☐ No hemos regalado nada de valor los últimos 5 años.

Los ejemplos incluyen:
- Casa
- Terreno
- Dinero en efectivo
- Vehículos

Persona que lo regaló	Artículo que se regaló	Fecha en que se regaló	Valor del artículo	Monto Adeudado

***Hoja de trabajo B** continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1:	Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo B — Personas mayores, ciegas, discapacitadas y cuidado a largo plazo (cont.)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

Preguntas de discapacidad

10. ¿Alguien de su hogar con discapacidad ha solicitado Seguridad de ingreso suplementario (SSI)?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona (primer nombre, apellido):	Fecha de la solicitud de SSI (mm/dd/aaaa):	¿Cuál es el estado de la solicitud? ☐ Pendiente ☐ Aprobada ☐ Denegada

11. ¿Esta persona recibe Seguridad de ingreso suplementario o Seguro de discapacidad del seguro social?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es no, ¿esta persona ha recibido alguna vez Seguridad de ingreso suplementario/Seguro de discapacidad del seguro social?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuándo dejó de recibir Seguridad de ingreso suplementario/ Seguro de discapacidad del seguro social?	Fecha de finalización (mm/dd/aaaa):

Motivo por el cual dejó de recibir Seguridad de ingreso suplementario/Seguro de discapacidad del seguro social:

Complete esta sección si califica o está inscrito en Medicare. Si solo tiene un tipo de Medicare, deje las otras preguntas en blanco.

12. ¿Cuál es su número de Medicare? Puede encontrar este número en el frente de su tarjeta de Medicare:

MEDICARE PARTE A	MEDICARE PARTE B	MEDICARE PARTE C	MEDICARE PARTE D
13. ¿Tiene derecho a recibir o recibe Medicare Parte A? ☐ Sí ☐ No 14. ¿Su prima de Medicare Parte A es gratuita? ☐ Sí ☐ No 15. ¿Está inscrito actualmente? ☐ Sí ☐ No 16. ¿Cuándo comenzó su Medicare Parte A (mm/aaaa)? ☐ No sé. 17. ¿Quién paga su prima de Medicare Parte A?	18. ¿Tiene derecho a recibir o recibe Medicare Parte B? ☐ Sí ☐ No 19. ¿Cuándo comenzó su Medicare Parte B (mm/aaaa)? ☐ No sé 20. ¿Cuánto cuesta su prima de Medicare Parte B? ☐ No sé. 21. ¿Quién paga su prima de Medicare Parte B?	22. ¿Tiene derecho a recibir o recibe Medicare Parte C (Medicare Advantage) o tendrá derecho o estará inscrito en el mes en el que desea comprar un seguro de salud privado? ☐ Sí ☐ No 23. ¿Cuándo comenzó su Medicare Parte C (mm/aaaa)? ☐ No sé.	24. ¿Tiene derecho a recibir o recibe Medicare Parte D? ☐ Sí ☐ No 25. ¿Cuándo comenzó su Medicare Parte D (mm/aaaa)? ☐ No sé. 26. ¿Cuánto cuesta su prima de Medicare Parte D? ☐ No sé. 27. ¿Quién paga su prima de Medicare Parte D?

La ***Hoja de trabajo B*** *continúa en la página siguiente*

Hoja de Trabajo B — Personas mayores, ciegas, discapacitadas y cuidado a largo plazo (cont.)

Firma y certificación

Al firmar este formulario, doy mi permiso al estado de Colorado y a sus designados para que se comuniquen conmigo para verificar la información indicada en este formulario. Bajo pena de perjurio, también certifico que la información indicada es verdadera y correcta. **También debo firmar la página 15 de esta solicitud.**

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)

Representante autorizado, curador, tutor u otro contacto:

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Firma del solicitante	Fecha (mm/dd/aaaa)

Fin de la Hoja de trabajo B

Nombre de la persona 1:

Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo C

Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar con otras coberturas de salud

Parte 1

Si usted o alguien de su hogar actualmente tienen derecho a recibir o están inscritos en cualquiera de los siguientes tipos de cobertura, complete la tabla que sigue. Si hay más de cuatro personas en su hogar que están inscritos en esta cobertura, haga una copia de esta Hoja de trabajo.

- TRICARE
- Peace Corps
- Otro programa de beneficios de salud estatal o federal

Nombre de la persona inscrita	Tipo de cobertura de la lista anterior	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza

Parte 2

Si usted o alguien de su hogar actualmente están inscritos en cualquiera de los siguientes tipos de cobertura, complete la tabla que sigue. Si hay más de cuatro personas en su hogar que están inscritos en esta cobertura, haga una copia de esta Hoja de trabajo.

- Beneficios de atención médica de VA
- COBRA
- Plan de salud para jubilados

Nombre de la persona inscrita	Tipo de cobertura de la lista anterior	Nombre de la compañía de seguros	Número de póliza

Fin de la Hoja de trabajo C

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo D — Cuéntenos sobre los miembros de su hogar que pueden recibir seguro de salud de un empleador

La información proporcionada debe estar basada en el año de cobertura para el que hace la solicitud. Si tiene COBRA o un Plan de salud para jubilados, complete la **Hoja de trabajo C**.

Nombre y apellido del empleado al que se le ofreció cobertura | Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

¿Quién más en su hogar tiene acceso a esta cobertura? Si hay más de cuatro personas en su hogar que tienen acceso a cobertura, haga una copia de esta Hoja de trabajo.

Nombre del miembro del hogar	**¿Esta persona es elegible pero no está inscrita, o está persona está inscrita? Marque todas las casillas que correspondan.**	**Fecha en que podría haber empezado su seguro (mm/aaaa)**
	☐ Elegible pero no inscrito ☐ Inscrito	
	☐ Elegible pero no inscrito ☐ Inscrito	
	☐ Elegible pero no inscrito ☐ Inscrito	
	☐ Elegible pero no inscrito ☐ Inscrito	

Nombre del empleador

Teléfono del empleador | Número de identificación del empleador (EID) ☐☐ — ☐☐☐☐☐☐☐

Dirección del empleador | Ciudad | Estado | Código postal

Un plan de salud satisface el estándar de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de los servicios médicos y del hospital. En otras palabras, en la mayoría de los casos un plan que cumple con el valor mínimo cubrirá el 60 % de los costos médicos cubiertos. Usted paga el 40 %. La mayoría de los planes basados en el empleo satisfacen los estándares de valor mínimo. **¿Tiene acceso a un plan de salud solo para empleados que satisface el plan de salud de estándar de valor mínimo?** ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es el nombre del plan de menor costo ofrecido solo al empleado (no incluya planes familiares)?

☐ No sé.

¿Cuánto pagaría de primas por este plan?

¿Con qué frecuencia paga esta prima? ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual ☐ No sé ☐ Otro:

¿Su empleador ofrece programas de bienestar al empleado (no incluya planes familiares)? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, indique la prima que el empleado pagaría si recibiera el descuento máximo para programas para dejar de fumar, y si no recibiera ningún otro descuento basado en el programa de bienestar: $

¿Qué cambio, si lo hubiera, hará el empleador para el plan del próximo año?

☐ El empleador no ofrecerá cobertura de salud

☐ El empleador empezará a ofrecer cobertura a los empleados o cambiará la prima para el plan de menor costo que satisface el estándar del valor mínimo y está disponible solo para el empleado. (La prima debe reflejar el descuento para el programa de bienestar).

¿Cuánto tendrá que pagar el empleado en primas por ese plan?

$

Frecuencia: ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas ☐ Mensual ☐ Anual ☐ Dos veces al mes ☐ No sé

Fecha de cambio (mm/dd/aaaa):

Fin de la Hoja de trabajo D

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo E

Díganos si hay miembros de su hogar que sean indígenas americanos/nativos de Alaska

Complete esta Hoja de trabajo si usted o un miembro de su hogar es indígena americano/nativo de Alaska (AI/AN). Presente esto con su solicitud. Si califica para recibir crédito fiscal u otra ayuda con los costos, el Mercado le exigirá un comprobante de su estado. Los indígenas americanos y nativos de Alaska pueden recibir servicios de los Servicios de salud para indígenas, Programas de salud tribales, Programas urbanos de salud para indígenas, o a través de una remisión de uno de estos programas. Es posible que tampoco deban pagar los costos compartidos y que tengan períodos de inscripción especiales mensualmente. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia recibe la mayor ayuda posible.

Es posible que una parte del dinero que recibe no cuente como ingreso para determinar si califica para Health First Colorado o CHP+. Enumere los ingresos (tipo, monto y frecuencia) reportados en su solicitud que incluyen dinero de estas fuentes:

- Pagos por persona de una Tribu que viene de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías.
- Pagos de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como tierra de fideicomisos indígenas por el Departamento del Interior (inclusive reservas y reservas anteriores).
- Dinero por vender cosas que tienen significado cultural.

Nombre e ingresos de las fuentes anteriores de la Persona AI/AN A:

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Tipo de ingreso:	Monto	¿Con qué frecuencia?

¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿La tribu estatal está ubicada en?

Nombre e ingresos de las fuentes anteriores de la Persona AI/AN B:

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Tipo de ingreso:	Monto	¿Con qué frecuencia?

¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿La tribu estatal está ubicada en?

Nombre e ingresos de las fuentes anteriores de la Persona AI/AN C:

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Tipo de ingreso:	Monto	¿Con qué frecuencia?

¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿La tribu estatal está ubicada en?

Nombre e ingresos de las fuentes anteriores de la Persona AI/AN D:

(Nombre en imprenta) Primero	Segundo	Apellido	Sufijo

Tipo de ingreso:	Monto	¿Con qué frecuencia?

¿Miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? ☐ Sí ☐ No	Si la respuesta es sí, nombre de la tribu:	¿La tribu estatal está ubicada en?

Servicios de salud para indígenas	**Marque todos los que correspondan**	
1. ¿Quiénes en el hogar han recibido servicios de los Servicios de salud para indígenas, Programas de salud tribales, Programas urbanos de salud para indígenas o a través de una remisión de uno de estos programas?	☐ Persona A ☐ Persona B	☐ Persona C ☐ Persona D
2. Si nadie recibió, ¿quién en el hogar es elegible para los Servicios de salud para indígenas, Programas de salud tribales, Programas urbanos de salud para indígenas o a través de una remisión de uno de estos programas?	☐ Persona A ☐ Persona B	☐ Persona C ☐ Persona D

Fin de la Hoja de trabajo E

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Haga copias de estas páginas si es necesario.

Hoja de Trabajo F — Cuéntenos acerca de los miembros del hogar que son trabajadores independientes

1. Nombre y apellido | 2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

3. ¿Qué tipo de trabajo independiente tiene? ☐ Guardería ☐ Agricultura de trabajo independiente ☐ Venta de cultivos ☐ Venta de ganado/aves de corral ☐ Otro: _____

4. ¿Cuál es el nombre de la empresa que tiene como trabajador independiente?

¿Usted es el único dueño de la empresa? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **no**, responda las preguntas de la derecha. Si respondió sí, pase a la pregunta 6.

¿Cuántos dueños son (incluido usted)? ☐

¿De qué porcentaje del negocio es dueño? ☐

6. ¿Cuántas ganancias genera la empresa que tiene como trabajador independiente? Díganos el monto de las ganancias de la empresa antes de descontar los impuestos, deducciones o gastos. Si sus ingresos varían mes a mes, díganos su monto bruto mensual actual (6a) **Y** su monto anual esperado (6b) **Y** si espera que su monto anual esperado sea el mismo o menor el próximo año calendario (6c). Si su ingreso es igual todos los meses, entonces solo díganos su monto bruto mensual actual (6a).

6a. Monto bruto mensual actual: _____

6b. Monto anual esperado: _____

6c. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo independiente será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

7. ¿Tiene gastos mensuales por los gastos como trabajador independiente?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **sí**, indique todos los gastos que tiene como trabajador independiente a continuación.

Si necesita más espacio para declarar todos sus gastos, haga una copia de esta página. Para obtener una lista más extensa consulte **Preguntas frecuentes: Solicite una cobertura** en Colorado.gov/HCPF/Apply y ConnectforHealthCO.com/resources/the-basics/customer-resources/. Si sus gastos como trabajador independiente varían mes a mes, complete el monto actual **Y** el monto anual esperado. Si sus gastos como trabajador independiente no varían mes a mes, solo necesita completar el monto actual.

Los tipos de gastos pueden incluir, entre otros:

- Arrendamiento de la empresa
- Salarios de los empleados/laborales
- Determinados impuestos empresariales pagados
- Intereses empresariales pagados
- Costo de los bienes vendidos
- Costos de servicios públicos por su empresa
- Costos de los equipos de la empresa
- Otros costos de la empresa

Tipo de gasto	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia		
				☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de gasto	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de gasto	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de gasto	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de gasto	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

Fin de la hoja de trabajo F

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo G — Cuéntenos acerca de los miembros del hogar que tienen otros ingresos

1. Nombre y apellido	2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)

Sección A: Subvenciones, becas o becas de trabajo y estudio

2. ¿Esta persona tiene ingresos por subvenciones, becas o becas de trabajo y estudio?

☐ Sí ☐ No Si la respuesta es **sí**, responda las preguntas 3 y 4 a continuación.
Si la respuesta es **no**, pase a la Sección B.

3. ¿Cuál es el monto ($) de las subvenciones, becas y/o becas de trabajo y estudio que usó esta persona para los gastos de subsistencia este mes? ☐

4. ¿Cuál es el monto imponible ($) de las subvenciones, becas y/o becas de trabajo y estudio que recibió esta persona por el año? ☐

Sección B: Otros Ingresos

Indique todos sus demás ingresos.

5. ¿Los otros tipos de ingresos que tienen cambian mes a mes? ☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es **sí**, complete las columnas del Monto actual Y el Monto anual esperado para cada tipo de ingreso que aplique a usted. Si la respuesta es **no**, no es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

No necesita declarar los siguientes tipos de ingresos porque no se consideran ingresos: Seguridad de ingreso suplementario (SSI), beneficios de veteranos, pagos de manutención de menores, programa de asistencia para la adopción, compensación de trabajadores u obsequios.

Los otros tipos de ingresos pueden incluir, entre otros:

- Desempleo
- Seguro social
- Manutención conyugal/pensión alimenticia
- Ganancias de capital neto
- Jubilación/Pensiones
- Dividendos/intereses
- Agricultura/pesca neta
- Renta/Regalías netas
- Otro

Tipo de ingreso	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de ingreso	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de ingreso	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de ingreso	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de ingreso	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

Fin de la Hoja de trabajo G

Nombre de la persona 1:

Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo H

Cuéntenos acerca de los miembros del hogar que hayan tenido un evento que les haya cambiado la vida

Si usted o alguien en su hogar han experimentado un evento que les haya cambiado la vida, cuéntenos eso aquí. Si las circunstancias de su vida no han cambiado en los últimos 60 días, puede dejar las respuestas en blanco. Estas preguntas son opcionales a menos que intente inscribirse en un plan de salud de Connect for Health Colorado fuera del **Período de inscripción abierto.**

Algunos cambios en su hogar pueden permitirle comprar un plan nuevo o hacer cambios a su plan existente a través de Connect for Health Colorado.

Si necesita más espacio para escribir los nombres de los miembros de su hogar que han experimentado los eventos de cambio de vida que usted está contando, haga una copia de esta Hoja de trabajo antes de completar esta página.

Nota: la pérdida de otro seguro de salud se puede informar hasta 60 días antes de perder el otro seguro. Los miembros de las tribus reconocidas por el gobierno federal y los nativos de Alaska pueden inscribirse en la cobertura de Connect for Health Colorado en cualquier momento del año.

1. Alguien perdió el seguro de salud en los últimos 60 días, o supone que perderá el seguro de salud en los próximos 60 días.	
Nombres	Fecha en la que terminó o terminará la cobertura (dd/mm/aaaa)

2. Alguien se casó en los últimos 60 días.	
Nombres	Fecha del matrimonio (mm/dd/aaaa):

3. Alguien fue excarcelado, ya no está detenido o fue liberado de la presión en lo últimos 60 días.	
Nombres	Fecha del liberación (mm/dd/aaaa)

4. Alguien consiguió un estado inmigratorio elegible en los últimos 60 días.	
Nombres	Fecha de cambio del estado (mm/dd/aaaa)

5. Hubo un nacimiento, una adopción, alguien se dio en adopción o alguien pasó a cuidados tutelares en los últimos 60 días.	
Nombres	Fecha (mm/dd/aaaa)

6. Alguien se mudó en los últimos 60 días.		
Nombres	Fecha de la mudanza (mm/dd/aaaa):	Código postal de la dirección anterior

7. Alguien se convirtió en miembro de una tribu de indígenas americanos o nativo de Alaska reconocida por el gobierno federal.	
Nombres	Fecha en que se declaró miembro (mm/dd/aaaa):

Fin de la Hoja de trabajo H

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo I

Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar

Haga copias de estas páginas si es necesario.

N.° de persona

Use esta Hoja de trabajo para los miembros de su hogar adicionales colocando el número de la persona a la que corresponde cada página (ejemplo, PERSONA 3, PERSONA 4, etc.). Haga las copias adicionales necesarias y adjúntelas.

1. Nombre legal (primer nombre) (Segundo nombre) (Apellido) Sufijo

2. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) 3. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino

4. Dirección del hogar (dejar en blanco si no tiene) N.° de apartamento/suite

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

5. Si esta persona tiene 18 años de edad o más, ¿le gustaría recibir su propio correo sobre su cobertura de salud? Si responde sí, complete la dirección de correo a continuación. ☐ Sí ☐ No

6. Dirección de correo (si es distinta a la dirección del hogar) N.° de apartamento/suite

7. En cuidado de (si corresponde):

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

8. Dirección de correo electrónico

9. Teléfono principal	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo
10. Teléfono secundario	Extensión	Tipo de teléfono: ☐ Celular ☐ Hogar ☐ Trabajo

11. Idioma hablado preferido: ☐ Inglés ☐ Español Otro (especifique):

12. Idioma escrito preferido: ☐ Inglés ☐ Español Otro (especifique):

13. ¿Esta persona está viviendo temporalmente fuera de Colorado? ☐ Sí ☐ No

14. Si esta está viviendo temporalmente fuera de Colorado, ¿dónde vivirá cuando regrese a Colorado?

Ciudad	Código postal	Condado

15. Número de seguro social (SSN)

Si ESTA PERSONA está haciendo la solicitud para Health First Colorado o Child Health Plan *Plus* (CHP+), y tiene un número de seguro social (SSN), necesitamos esta información. Si está haciendo la solicitud para recibir ayuda para pagar los costos del seguro de salud del Mercado, dar su SSN nos ayudará a procesar rápidamente la solicitud **DE ESTA PERSONA**.

La ***Hoja de trabajo I*** *continúa en la página siguiente*

Hoja de Trabajo I — Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar (cont.)

Haga copias de estas paginas si es necesario.

Si **ESTA PERSONA** no tiene un SSN y está solicitando cobertura de salud, díganos por qué **ESTA PERSONA** no tiene un SSN.

☐ Ha solicitado un SSN* ☐ No es elegible para un SSN ☐ Solo es elegible para recibir un SSN por razones válidas no laborales
☐ Se niega a obtener uno debido a objeciones religiosas bien establecidas

*Si alguien no tiene un número de seguro social, puede visitar http://www.ssa.gov/ssnumber/ para obtener información acerca de cómo solicitar un número de seguro social. También puede llamar a la Social Security Administration al 1-800-772-1213 (TTY 1-800-325-0778).

16. ¿ESTA PERSONA tiene pensado presentar una declaración de impuesto federal a la renta el año siguiente? ☐ Sí ☐ No

De todos modos, puede solicitar un seguro en Health First Colorado, CHP+ u otro seguro de salud, incluso si no presenta una declaración de impuesto federal a la renta. Sin embargo, debe planificar presentar impuestos federales todos los años que reciba Pagos anticipados del crédito tributario de primas (APTC) o Reducciones de costos compartidos (CSR) a través del Mercado. Si la respuesta es **sí**, responda las preguntas **A-F**. Si responde **no**, pase a la pregunta **E**.

A. ¿Cuál es el estado actual de declaración de impuesto federal a la renta de **ESTA PERSONA**?
☐ Soltero/a ☐ Casado/a con presentación conjunta ☐ Jefe de familia
☐ Casado/a con presentación separada ☐ Viudo/a que califica con hijo dependiente

B. Si esta persona seleccionó "Jefe/a de familia" o "Casado/a con presentación separada", ¿aplican circunstancias excepcionales ⓘ a su caso? ☐ Sí ☐ No

C. Si **ESTA PERSONA** hace una presentación conjunta, nombre su cónyuge. ☐ Sí ☐ No

D. ¿**ESTA PERSONA** va a indicar dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No

- Si la respuesta es sí, enumere los nombres legales de los dependientes:

E. Si **ESTA PERSONA** es un dependiente tributario, indique de quién depende:

- ¿Esta persona está enumerada en la solicitud?
  ☐ Sí ☐ No
- ¿Esta persona es un padre/madre sin custodia?
  ☐ Sí ☐ No

F. ¿**ESTA PERSONA** vive con sus dos padres, pero sus padres no pretenden presentar una declaración de impuesto federal a la renta conjunta? ☐ Sí ☐ No

Las respuestas a las preguntas con un (*) no se pueden usar para determinar la disponibilidad o el costo de las primas para ningún seguro de salud comprado a través del Mercado. Esta información es necesaria para asegurar que usted y su familia reciban una determinación correcta para el programa para el que podrían calificar.

17. ¿**ESTA PERSONA** está embarazada?
☐ Sí ☐ No

Si responde sí, ¿cuántos bebés está esperando? | ¿Fecha probable del parto (mm/dd/aaaa)?

18. ¿**ESTA PERSONA** necesita cobertura de salud?
☐ Sí. (Responda todas las preguntas a continuación). ☐ No. (Pase a la Pregunta 32).

19. ¿**ESTA PERSONA** vive con al menos un menor de 19 años de edad, y **ESTA PERSONA** es la persona principal que cuida de este menor? ☐ Sí ☐ No

20. ¿**ESTA PERSONA** es un estudiante a tiempo completo? ☐ Sí ☐ No

21. ***¿ESTA PERSONA** tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses, inclusive ceguera? ⓘ ☐ Sí ☐ No

22. ***¿ESTA PERSONA** tiene alguna afección médica, física, mental o de desarrollo que haga que **ESTA PERSONA** necesite ayuda regularmente con algunas o todas sus actividades de cuidado personal o con todas ellas (por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, usar el baño)? ☐ Sí ☐ No

La ***Hoja de trabajo I*** *continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo I — Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar (cont.)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

23. *¿**ESTA PERSONA** necesita mudarse a un centro de atención de enfermería, de cuidados agudos, a un hospital, hogar grupal, institución de salud mental o centro de cuidados a largo plazo en los próximos 30 días, o necesita atención médica en el hogar para permanecer en su hogar?
☐ Sí ☐ No

Si **ESTA PERSONA** respondió "**Sí**" a cualquiera de las preguntas 21, 22, 23, o si califica para Medicare, tiene la opción de completar la **Hoja de trabajo B** (páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.

24. ¿**ESTA PERSONA** es ciudadana de los EE. UU. o nacional de los EE. UU.?
☐ Sí ☐ No

25. Si **ESTA PERSONA** no es ciudadana ni nacional de los EE. UU. ¿tiene un estado inmigratorio elegible?
☐ Sí (Complete la tabla siguiente).

Estado de no ciudadano:	Tipo de documento de inmigración:
Número de extranjero o I-94:	Número de tarjeta/pasaporte:
Fecha de vencimiento del documento:	País de emisión:

¿**ESTA PERSONA** ha vivido en los EE. UU. desde 1996?
☐ Sí ☐ No

¿**ESTA PERSONA** , su cónyuge, padre o madre son veteranos con baja honrosa o miembros en deber activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

Para más información sobre el estado de no ciudadano y los documentos de inmigración, consulte las **Preguntas frecuentes: Solicite una cobertura en** Colorado.gov/HCPF/Apply y ConnectforHealthCO.com/resources/the-basics/customer-resources/.

26. ¿**ESTA PERSONA** desea ayuda para pagar sus facturas médicas de los últimos 3 meses?
☐ Sí ☐ No

Si responde sí, enumere los meses para los que desea ayuda (mm/aaaa)

27. ¿**ESTA PERSONA** está recibiendo tratamiento para una lesión para la que ha presentado o puede presentar un reclamo legal?
☐ Sí ☐ No

28. ¿**ESTA PERSONA** califica o está inscrita para alguno de los siguientes tipos de cobertura de atención médica? Si la respuesta es sí, seleccione lo que aplique y complete la **Hoja de trabajo C** (página 25).
☐ TRICARE ☐ Peace Corps ☐ Otro programa de beneficios de salud estatal o federal ☐ Beneficios de atención médica de VA
☐ COBRA ☐ Plan de salud para jubilados ☐ Otro: _____

29. ¿**ESTA PERSONA** califica o está inscrita en Medicare? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, la Persona 2 tiene la opción de completar la **Hoja de trabajo B** (páginas 20 - 24) para averiguar si califica para una cobertura de salud para personas que tienen una discapacidad, tienen 65 años o más y/o son ciegas.

30. ¿**ESTA PERSONA** califica para un seguro de salud con un empleador actual? Si la respuesta es sí, complete la **Hoja de trabajo D** (página 26). ☐ Sí ☐ No

31. ¿**ESTA PERSONA** está actualmente en prisión?
☐ Sí ☐ No

Si la respuesta es sí, ¿**ESTA PERSONA** está actualmente esperando una sentencia? ☐ Sí ☐ No

32. Raza (opcional, marque todo lo que corresponda)
☐ Indígena americano o nativo de Alaska (complete la **Hoja de trabajo E**) ☐ Indio asiático ☐ Negro o afroamericano
☐ Chino ☐ Filipino ☐ Guameño o chamorro ☐ Japonés ☐ Coreano ☐ Hispano/Latino
☐ Nativo de Hawái ☐ De otro país asiático ☐ De otra isla del Pacífico ☐ Samoano ☐ Vietnamita
☐ Blanco o caucásico ☐ Otro: _____

La ***Hoja de trabajo I*** *continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo I — Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar (cont.)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

33. Información sobre empleo actual e ingresos (marque todo lo que corresponda)

- ☐ **No tiene un empleo** Pase a la pregunta 62.
- ☐ **Tiene un empleo** Si actualmente está empleado, infórmenos sobre sus ingresos. Comience con las preguntas 34.
- ☐ **Es trabajador independiente** Complete la **Hoja de trabajo F** (página 28) y regrese a la pregunta 62.
- ☐ **Tiene otro ingreso** (inclusive ingreso por rentas). Complete la **Hoja de trabajo G** (página 29) y regrese a la pregunta 62.

Empleo actual 1:

34. Nombre del empleador:

35. Dirección del empleador (dejar en blanco si no tiene)

36. N.° de apartamento/suite

37. Teléfono del empleador

38. Ciudad

39. Estado

40. Código Postal

41. Salario/propinas (antes de los impuestos) $

Período de paga: ☐ Una sola vez ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Semanal ☐ Anual

42. Promedio de horas trabajadas por semana:

43. Infórmenos el pago total en bruto que **ESTA PERSONA** recibe o recibirá este mes como pago de una sola vez de su empleador. (Esto podría ser un bono u otro pago único que recibió).

44. ¿El ingreso de **ESTA PERSONA** por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **no**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 42 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

45. Ingreso anual esperado de este trabajo

46 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? Si responde **sí**, pase a la pregunta 47. ☐ Sí ☐ No

46 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? ☐ Sí ☐ No

47. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

Empleo actual 2: (Si solo tiene un empleo pase a la pregunta 62).

a. Nombre del empleador:

49. Dirección del empleador (dejar en blanco si no tiene)

50. N.° de apartamento/suite

51. Teléfono del empleador

52. Ciudad

53. Estado

54. Código postal

41. Salario/propinas (antes de los impuestos) $

Período de paga: ☐ Una sola vez ☐ Mensual ☐ Dos veces al mes ☐ Cada 2 semanas ☐ Semanal ☐ Anual

56. Promedio de horas trabajadas por semana:

57. Infórmenos el pago total en bruto que **ESTA PERSONA** recibe o recibirá este mes como pago de una sola vez de su empleador. (Esto podría ser un bono u otro pago único que recibió).

La ***Hoja de trabajo I*** *continúa en la página siguiente*

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo I — Cuéntenos acerca de los miembros de su hogar (cont.)

Haga copias de estas páginas si es necesario.

57. ¿El ingreso de **ESTA PERSONA** por este trabajo cambia de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **sí**, complete el Salario/Propinas actuales **Y** el Ingreso anual esperado para este trabajo. Si responde **no**, complete el Salario/Propinas actuales en el número 42 anterior. No es necesario que complete el Ingreso anual esperado.

58. Ingreso anual esperado de este trabajo:

60 a. ¿Este ingreso proviene de un empleo de temporada? Si responde **sí**, pase a la pregunta 61. ☐ Sí ☐ No

60 b. ¿Este ingreso proviene de un empleo basado en comisiones (inclusive un empleo basado en propinas)? Si responde **sí**, pase a la pregunta 61. ☐ Sí ☐ No

61. ¿El ingreso anual esperado de este trabajo será igual o menor que el del próximo año calendario? ☐ Sí ☐ No

62. **DEDUCCIONES**: Marque todo lo que corresponda, y proporcione el monto y con qué frecuencia lo paga **ESTA PERSONA**. Informarnos sobre estas deducciones podría hacer que el costo de su seguro de salud sea más bajo. **ESTA PERSONA** no debería incluir un costo que ya tomó en cuenta en su respuesta para los ingresos de empleo e ingresos netos como trabajador independiente.

63. ¿Las deducciones de **ESTA PERSONA** cambian de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No

Si responde **Sí**, para cada deducción que cambia, complete las columnas de Monto actual **Y** Monto anual esperado.

Si **ESTA PERSONA** no está pagando la deducción en este momento, pero espera reclamarla en su declaración de impuestos, complete $0 para el Monto actual y escriba el monto que incluirá en su declaración de impuestos para el Monto anual esperado.

Si responde **No**, complete solo la columna de Monto actual. No es necesario que complete la columna de Ingreso anual esperado.

Tipos de deducciones:

- Pago de pensión alimenticia
- Intereses de préstamos estudiantiles
- Pérdidas de capital
- Determinados gastos empresariales de reservistas, artistas escénicos o funcionarios gubernamentales basados en honorarios
- Multa por retiro precoz de ahorros
- Actividades de producción nacional
- Deducción para cuenta de ahorros para gastos médicos (HSA)
- Aporte realizado a su IRA tradicional
- Gastos de mudanza

Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual
Tipo de deducción	Monto actual	Monto anual esperado	Frecuencia	☐ Una sola vez ☐ Semanal ☐ Cada 2 semanas	☐ Dos veces al mes ☐ Mensual ☐ Anual

64. Infórmenos el monto total de ingresos que **ESTA PERSONA** planea informar en su declaración de impuestos que aún NO ha incluido en esta solicitud y en sus Hojas de trabajo. Incluya ingresos tales como empleos anteriores, o beneficios que recibió **ESTA PERSONA** en meses anteriores.

65. Después de que presente esta solicitud, verificaremos su ingreso. Infórmenos si le ha sucedido cualquiera de los siguientes en los últimos dos años para ayudarnos con este proceso de verificación. Marque la casilla e ingrese la fecha en la que ocurrió este cambio para todos los motivos que correspondan y que muestren por qué su ingreso cambió.

☐ Dejó de trabajar en un trabajo
☐ Cambiaron las horas en un trabajo
☐ Cambio de empleo
☐ Matrimonio, separación legal o divorcio
☐ Otro:

¿Fecha en la que ocurrió el cambio? (mm/dd/aaaa)

Fin de la Hoja de trabajo I

Nombre de la persona 1: | Fecha de nacimiento:

Hoja de Trabajo J — Integrantes de la familia expuestos al coronavirus (COVID-19)

Llene esta ficha si usted o alguien de su familia estuvo expuesto al coronavirus (COVID-19). Si en su familia hay más de tres personas inscritas o que necesiten cobertura, haga una copia de esta ficha.

1. ¿Usted o alguien de su familia estuvo expuesto o pudo haberse infectado por coronavirus (COVID-19)?

☐ Yes ☐ No

Si respondió que sí, ¿quién de su familia estuvo expuesto?:

Nombre completo del familiar o los familiares

2. ¿Usted o alguien de su familia tiene seguro médico o cobertura de asistencia sanitaria?

☐ Yes ☐ No

Si respondió que sí, ¿quién de su familia tiene cobertura?:

Nombre de la persona inscrita	Tipo de cobertura	Nombre del seguro	Número de póliza

3. ¿Usted o alguien de su familia necesita cobertura de asistencia sanitaria para la prueba de COVID-19?

☐ Yes ☐ No

Si respondió que sí, ¿quién de su familia necesita cobertura de asistencia sanitaria para hacerse la prueba?:

Nombre completo del familiar o los familiares

Fin de la Hoja de trabajo J

Anexo A

Direcciones de correo de los condados y Connect for Health Colorado

Connect for Health Colorado - Solicitudes individuales
P.O. Box 35681
Colorado Springs, CO 80935
Teléfono: 1-855-752-6749; Fax: 1-855-346-5175
Escriba su número de cuenta del Mercado en cada página, si tiene uno.

Adams - Department of Human Services
11860 Pecos Street
Westminster, CO 80234
Teléfono: 303-227-2800; Fax: 303-227-2380

Alamosa - Department of Human Services
P.O. Box 1310
Alamosa, CO 81101
Teléfono: 719-589-2581; Fax: 719-589-9794

Arapahoe - Department of Human Services
14980 East Alameda Drive
Aurora, CO 80012
Teléfono: 303-636-1170; Fax: 303-636-1426

Archuleta - Department of Human Services
P.O. Box 240
Pagosa Springs, CO 81147
Teléfono: 970-264-2182; Fax: 303-636-1426

Baca - Department of Public Welfare
772 Colorado Street
Springfield, CO 81073
Teléfono: 719-523-4131; Fax: 719-523-4820

Bent County - Department of Social Services
215 2nd Street
Las Animas, CO 81054
Teléfono: 719-456-2620; Fax: 719-456-2640

Boulder - Department of Housing and Human Services
P.O. Box 471
Boulder, CO 80306
Teléfono: 303-441-1000; Fax: 303-441-1523

Broomfield - Department of Health and Human Services
100 Spader Way
Broomfield, CO 80020
Teléfono: 720-887-2200; Fax: 303-469-2110

Chaffee - Department of Human Services
448 East 1st St. Suite 166
Salida, CO 81201
Teléfono: 719-530-2500; Fax: 719-539-6430

Cheyenne - Department of Human Services
560 West 6th North
P.O. Box 146
Cheyenne Wells, CO 80810
Teléfono: 719-767-5629; Fax: 719-767-5101

Clear Creek - Department of Health and Human Services
P.O. Box 3669
Idaho Springs, CO 80453
Teléfono: 303-670-7541; Fax: 303-567-2274

Conejos - Department of Social Services
P.O. Box 68
Conejos, CO 81129
Teléfono: 719-367-5455; Fax: 719-376-2389

Costilla - Department of Social Services
233 Main Street, Suite A
San Luis, CO 81152
Teléfono: 719-672-4136; Fax: 719-672-4141

Crowley - Department of Human Services
631 Main Street, Suite 100
Ordway, CO 81063
Teléfono: 719-267-3456; Fax: 719-267-5296

Custer - Department of Human Services
P.O. Box 929
Westcliffe, CO 81252
Teléfono: 719-783-2371; Fax: 719-783--0163

Anexo A

Direcciones de correo de los condados y Connect for Health Colorado (cont.)

Delta - Department of Health and Human Services
560 Dodge Street
Delta, CO 81416
Teléfono: 970-874-2030; Fax: 970-874-2068

Denver - Department of Human Services
1200 Federal Boulevard
Denver, CO 80204
Teléfono: 720-944-3666; Fax: 720-944-3094

Dolores - Department of Social Services
P.O. Box 485
Dove Creek, CO 81324
Teléfono: 970-677-2250; Fax: 970677-2859

Douglas - Department of Human Services
4400 Castleton Court
Castle Rock, CO 80109
Teléfono: 303-688-4825 ext. 5341; Fax: 877-285-8988

Eagle - Department of Health and Human Services
P.O. Box 660
Eagle, CO 81631
Teléfono: 970-328-8888 (Eagle County, corredor I-70)
Teléfono: 970-704-2777 (Roaring Fork Valley); Fax: 855-846-0751

Elbert - Department of Human Services
P.O. Box 924
Kiowa, CO 80117
Teléfono: 303-621-3149; Fax: 303-621-0122

El Paso - Department of Human Services
1675 West Garden of the Gods Road
Colorado Springs, CO 80907
Teléfono: 719-444-5124 y 719-636-0000
Fax: 719-444-8353

Fremont - Department of Human Services
172 Justice Center Road
Canon City, CO 81212
Teléfono: 719-275-2318; Fax: 719-275-5206

Garfield - Department of Human Services
195 West 14th Street
Rifle, CO 81650
Teléfono: 970-625-5282 ext. 3255; Fax: 970-625-2876

Gilpin - Department of Human Services
2960 Dory Hill Road, Suite 100
Black Hawk, CO 80422
Teléfono: 303-582-5444; Fax: 303-582-5798

Grand - Department of Social Services
P.O. Box 204
Hot Sulphur Springs, CO 80451
Teléfono: 970-725-3331; Fax: 970-725-3696

Gunnison - Department of Health and Human Services y Hinsdale - Department of Public Health
225 North Pine Street, Suite A
Gunnison, CO 81230
Teléfono: 970-641-3224; Fax: 970-641-3738

Huerfano - Department of Social Services
121 West 6th Street
Walsenburg, CO 81089
Teléfono: 719-738-2810 ext. 110; Fax: 719-738-2549

Jackson - Department of Social Services
P.O. Box 338
Walden, CO 80480
Teléfono: 970-723-4950; Fax: 970-723-4619

Jefferson - Department of Human Services
900 Jefferson County Parkway
Golden, CO 80401
Teléfono: 303-271-1388; Fax: 303-271-4500

Kiowa - Department of Social Services
P.O. Box 187
Eads, CO 81036-0345
Teléfono: 719-438-5541; Fax: 719-438-5370

Anexo A

Direcciones de correo de los condados y Connect for Health Colorado (cont.)

Kit Carson - Department of Health Services
P.O. Box 160
Burlington, CO 80807
Teléfono: 719-346-8732 ext. 155; Fax: 719-346-8066

Lake - Department of Human Services
P.O. Box 884
Leadville, CO 80461
Teléfono: 719-486-2088; Fax: 719-486-4164

La Plata - Department of Human Services
1060 East 2nd Avenue
Durango, CO 81301
Teléfono: 970-382-6120; Fax: 970-382-6151

Larimer - Department of Human Services
1501 Blue Spruce Drive
Fort Collins, CO 80524
Teléfono: 970-498-6300;Fax: 970-498-6304

Las Animas - Department of Human Services
204 South Chestnut Street
Trinidad, CO 81082
Teléfono: 719-846-2276; Fax: 719-846-4269

Lincoln - Department of Human Services
P.O. Box 37
103 3rd Avenue
Hugo, CO 80821
Teléfono: 719-743-2404; Fax: 719-743-2879

Logan - Department of Human Services
P.O. Box 1746
Sterling, CO 80751
Teléfono: 970-522-2194; Fax: 970-521-0853

Mesa - Department of Human Services
PO Box 20000
Grand Junction, CO 81502
Teléfono: 970-241-8480; Fax: 970-248-2849

Mineral - Department of Social Services
P.O. Box 40
Del Norte, CO 81132
Teléfono: 719-657-3381; Fax: 719-657-2997

Moffat - Department of Social Services
595 Breeze Street
Craig, CO 81625
Teléfono: 970-824-8282; Fax: 970-824-9552

Montezuma - Department of Social Services
109 West Main Street, Room 203
Cortez, CO 81321
Teléfono: 970-565-3769; Fax: 970-565-8526

Montrose - Department of Health and Human Services
1845 South Townsend Avenue
Montrose, CO 80701
Teléfono: 970-252-5000; Fax: 970-252-5073

Morgan - Department of Human Services
800 East Beaver Avenue
Fort Morgan, CO 80701
Teléfono: 970-542-3530; Fax: 970-542-3415

Otero - Department of Human Services
P.O. Box 494
La Junta, CO 81050
Teléfono: 719-383-3100; Fax: 719-383-3102

Ouray - Department of Social Services
P.O. Box 530
Ridgway, CO 81432
Teléfono: 970-626-2299; Fax: 970-626-9911

Park - Department of Human Services
P.O. Box 1193
Bailey, CO 80421
Teléfono: 303-816-5939; Fax: 303-816-5942

Anexo A

Direcciones de correo de los condados y Connect for Health Colorado (cont.)

Park - DepartŸŜyŭ 2Ŧ IdzŸI·y˙{ŜŃØłŏŜă
P.O. Box 968
Fairplay, CO 80440
Teléfono: 719-836-4139; Fax: 719-836-0508

Phillips - DepartŸŜyŭ 2Ŧ {2ŏłI·ŧ {ŜŃØłŏŜă
127 East Denver Street, Suite
A Holyoke, CO 80734
Teléfono: 970-854-2280; Fax: 970-854-3637

Pitkin - Department of Health and Human Services
0405 Castle Creek Rd. Suite 102
Aspen, CO 81611
Teléfono: 970-920-5244
Fax: 970-445-3032

Prowers - Department of Human Services
P.O. Box 1157
Lamar, CO 81052
Teléfono: 719-336-7486; Fax: 719-336-7198

Pueblo - Department of Human Services
201 West 8th Street, Suite 120
Pueblo, CO 81003
Teléfono: 719-583-6160; Fax: 719-583-6185

Rio Blanco - Department of Human Services
345 Market Street
Meeker, CO 81641
Teléfono: 970-878-9640; Fax: 970-878-4893

Rio Grande - Department of Social Services
P.O. Box 40
Del Norte, CO 811325
Teléfono: 719-657-3381; Fax: 719-657-2297

Routt - Department of Human Services
P.O. Box 772790
Steamboat Springs, CO 80477
Teléfono: 970-870-5533; Fax: 970-870-5260

Saguache - DepartŸŜyŭ 2Ŧ {2ŏłI·ŧ {ŜŃØłŏŜă
P.O. Box 215
Saguache, CO 81149
Teléfono: 719-655-2537; Fax: 719-655-0206

San Juan - Department of Social Services
P.O. Box 376
Silverton, CO 81433
Teléfono: 970-384-5631; Fax: 970-387-5326

San Miguel - Department of Social Services
P.O. Box 96
Telluride, CO 81435
Teléfono: 970-728-4411; Fax: 970-728-4412

Sedgwick - Department of Human Servies
P.O. Box 27
Julesburg, CO 80737
Teléfono: 970-474-3397; Fax: 970-474-9881

Summit - Department of Social Services
P.O. Box 869
Frisco, CO 80443
Teléfono: 970-668-9161; Fax: 970-668-4114

Teller - Department of Social Services
P.O. Box 7245
Woodland Park, CO 80863
Teléfono: 719-686-5518; Fax: 719-686-5545

Washington - Department of Human Services
P.O. Box 395
Akron, CO 80720
Teléfono: 970-345-2238; Fax: 970-345-2237

Weld - Department of Human Services
P.O. Box A
Greeley, CO 80631
Teléfono: 970-352-1151 ext. 6012; Fax: 970-346-7661

Direcciones de correo de los condados y Connect for Health Colorado (cont.)

Yuma - Department of Human Services
340 South Birch Street
Wray, CO 80758
Teléfono: 970-332-4877; Fax: 970-332-4978

Glosario | Términos y definiciones

Agente	Un agente representa a un asegurador de salud y ofrece sus pólizas a los consumidores. Generalmente son empleados directamente por un asegurador o contratados por ellos para comercializar sus planes. Los agentes están familiarizados con las características de los planes que vende su compañía y pueden darle respuestas especializadas y detalladas a sus preguntas sobre esas pólizas.
Pensión alimenticia (Manutención conyugal)	Una asignación para recibir apoyo determinada por una sentencia judicial a una persona divorciada de parte del cónyuge anterior.
Apelación	Una solicitud a su compañía de seguros o plan para que reconsidere una decisión o reclamo.
Centro de asistencia para la solicitud	Una agencia u organización que ayuda a las personas a completar su Solicitud de cobertura de salud y de Ayuda para pagar los costos.
Representante autorizado	Un representante autorizado es una persona u organización en la que usted confía para que complete su solicitud, hable acerca de la solicitud con nosotros, vea su información, obtenga información acerca de su solicitud y firme su solicitud en su nombre. Un representante autorizado también asume la responsabilidad legal por la información proporcionada en esta solicitud. Si un representante autorizado es una persona, debe ser mayor de 18 años. Un representante autorizado NO es un agente/corredor, un guía de cobertura de salud, ni un asesor de solicitud certificado.
Ceguera	La ceguera es la ausencia total de visión o una visión en el mejor ojo de 20/200 o menos con el uso de un lente correctivo y/o visión de túnel en la medida que ese campo de visión no sea mayor que 20 grados.
Corredor	Un corredor ofrece pólizas de varios aseguradores que lo contratan para que los representen. Los corredores pueden ayudar a comparar tarifas y beneficios de planes de salud de varias compañías. Un corredor con experiencia puede dar información especializada y detallada acerca de las características y limitaciones específicas de los planes de varias pólizas.
Asesor de solicitud certificado	Los asesores de solicitud certificados están certificados por Connect for Health Colorado para ayudar a los clientes a solicitar cobertura de salud y programas de ayuda financiera para ayudar a reducir los costos del seguro de salud. También ayudan a los clientes a entender las opciones de cobertura y proporcionan ayuda imparcial para comprar y elegir planes de salud.
Child Health Plan *Plus* (CHP+)	CHP+ es un seguro de salud público para niños y mujeres embarazadas que tienen ingresos demasiado altos como para calificar para Health First Colorado, pero que no pueden pagar un seguro de salud privado. Para obtener información en CHP+ visite CHPPlus.org.
COBRA	Una ley federal que puede permitirle mantener la cobertura de salud temporalmente después de que termine su empleo, pierda la cobertura como dependiente de empleado cubierto, o si experimenta otro evento que califique. Si usted elige la cobertura de COBRA, paga el 100 % de las primas, inclusive la parte que el empleador pagaba, más una tarifa administrativa.
Connect for Health Colorado	También conocido como el Mercado. Connect for Health Colorado™ ofrece a las personas, familias y pequeñas empresas un mercado en línea para el seguro de salud y acceso exclusivo a ayuda financiera directa, basada en los ingresos, para reducir costos. Los clientes pueden comprar a través del sitio web y obtener ayuda especializada en persona y por teléfono de una red de profesionales de servicio al cliente, inclusive representantes del centro de servicio al cliente, guías de cobertura de salud y corredores y agentes de seguro de salud certificados. El Mercado es una entidad sin fines de lucro establecido por una ley estatal de 2011.
Año de la cobertura	El año de la cobertura es el año calendario para el que solicita créditos fiscales o ayuda para reducir los costos de atención médica. Por ejemplo, si está haciendo la solicitud en noviembre de 2014 para la cobertura de atención médica de 2015, el año de cobertura sería 2015. O, si está haciendo la solicitud en febrero de 2015 para la cobertura de atención médica de 2015, el año de cobertura sería 2015.
Deducciones	Una deducción es un monto que se puede descontar del monto total de sus ingresos (ingresos brutos). Las deducciones comunes incluyen la pensión alimenticia y los intereses por préstamos estudiantiles. No necesitamos que nos informe acerca de los aportes de caridad o los intereses de las hipotecas de su hogar. Para obtener información adicional, visite el sitio web de la IRS en http://www.irs.gov/taxtopics/tc450.html.
Departamento de Política y Financiamiento de Atención Médica	El Departamento administra a Health First Colorado y los programas Child Health Plan *Plus* (CHP+), así como una variedad de otros programas para habitantes de Colorado de bajos ingresos. Para obtener más información acerca del Departamento, visite Colorado.gov/hcpf.

Glosario Términos y definiciones

Dependiente	Un niño u otra persona para la cual un padre o madre, un familiar u otra persona puede reclamar una deducción de exención de impuestos personal.
Discapacidad	Tener una discapacidad significa que no puede hacer ninguna actividad remunerada o actividad importante por la cual recibir un pago (o, en el caso de un niño, tener limitaciones funcionales marcadas y graves, o tener una discapacidad fácilmente reconocible y grave que no le permite hacer las actividades cotidianas).
Dividendo/interés	El cargo por el uso de dinero prestado. Los intereses que recibe de un banco o los dividendos de una acción que tenga son ejemplos de ingresos por inversiones, de los cuales nos debe informar si está solicitando ayuda para pagar la cobertura de salud.
División de seguros	La División de Seguros del Departamento de Agencias Reguladoras controla la industria de los seguros y ayuda a los consumidores y a los accionistas con los problemas relacionados con los seguros. Para obtener más información, visite Colorado.gov/dora/division-insurance.
Exámenes, diagnósticos y tratamientos precoces y periódicos (EPSDT)	El beneficio de EPSDT le da un diagnóstico integral y preventivo y servicios de atención y tratamientos para niños (de 0-20 años de edad) que califiquen para Health First Colorado.
Estado inmigratorio elegible	Un estado inmigratorio que se considere elegible para recibir cobertura de salud. Las reglas del estado inmigratorio pueden ser diferentes en cada programa para pagar un seguro.
Circunstancias excepcionales	Si ha sido una víctima de violencia doméstica y sigue casado con el responsable pero no podrá presentar una declaración de impuestos conjunta, díganos cómo hará la presentación, ya sea como Jefe de familia o Casado con presentación separada. También debe marcar la casilla de Circunstancias especiales en la solicitud.
Ingreso anual esperado	El ingreso anual es el ingreso total que espera obtener de su empleo en el año de la cobertura. Por ejemplo, si está solicitando cobertura para 2016 en 2016, debe proporcionar los ingresos por empleo de 2016. Si está solicitando cobertura para 2017 en 2016, debe proporcionar los ingresos esperados por empleo de 2017.
Declaración de impuesto federal a la renta	La declaración de impuesto a la renta es un documento que presenta ante el Servicio de Recaudación de Impuestos o la junta fiscal del estado informando las ingresos, ganancias o pérdidas de su negocio y otras deducciones, así como los detalles de su devolución de impuestos o responsabilidad por impuestos. El formulario 1040 es un ejemplo de declaración de impuesto a la renta federal.
Tribu reconocida por el gobierno federal	Cualquier tribu, banda, nación, pueblo, villa o comunidad indígena o nativa de Alaska que el Departamento del Interior reconozca como tribu indígena. Lea la lista actual de tribus reconocidas por el gobierno federal en el sitio web de la Oficina de Asuntos Indígenas: bia.gov.
Pago/ingresos brutos	Las ganancias antes de pagar los impuestos, las deducciones o los gastos.
Cobertura de salud	Derecho legal al pago o reembolso de los costos de su atención médica, generalmente según un contrato con una compañía de seguros de salud, un plan de salud grupal ofrecido por un empleador, o un programa gubernamental como Medicare, Health First Colorado TRICARE o Child Health Plan *Plus* (CHP+).
Guías de cobertura de salud	Los guías de cobertura de salud están certificados por Connect for Health Colorado para ayudar a los clientes a solicitar cobertura de salud y programas de ayuda financiera para ayudar a reducir los costos del seguro de salud. También ayudan a los clientes a entender las opciones de cobertura y proporcionan ayuda imparcial para comprar y elegir planes de salud.
Health First Colorado	Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) es un seguro de salud público para habitantes de Colorado de bajos ingresos que califiquen
Seguro de salud	Un contrato que le exige a su aseguradora pagar algunos o todos los costos de su atención médica a cambio de una prima.
Programa de comunidades saludables	Se centra en las actividades necesarias para usted o su hijo para obtener cobertura y acceso a servicios de atención médica coordinados en Hogares médicos.

Glosario Términos y definiciones

Programas de asequibilidad de seguros	Los programas de asequibilidad de seguros incluyen Health First Colorado, Child Health Plan *Plus* (CHP+), y créditos fiscales y costos a su cargo reducidos disponibles a través de Connect for Health Colorado. Health First Colorado: seguro de salud público para habitantes de Colorado que califiquen. Puede obtener más información en Colorado.gov/hcpf.
Reclamo legal	Una demanda por dinero para pagar los daños y perjuicios que ha sufrido a causa de una lesión. Los daños y perjuicios son la suma de dinero que exige la ley para compensar a la parte lesionada por sus pérdidas o lesiones. Los reclamos de seguros, expedientes judiciales y cargos penales contra la persona que se cree que causó las lesiones son ejemplos de reclamos legales.
Medicare	Un programa de seguro de salud federal para personas mayores de 65 años de edad y determinadas personas más jóvenes con discapacidades. También cubre a las personas con enfermedad renal en etapa terminal (insuficiencia renal permanente que requiera de diálisis o de un trasplante, a veces llamado ESRD). Para obtener más información acerca de Medicare, visite Medicare.gov.
Estándar del valor mínimo	Un plan de salud satisface este estándar si está diseñado para pagar al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar. Desde el 2014, las personas a las que les hayan ofrecido una cobertura patrocinada por el empleador que ofrezca un valor mínimo y sea asequible no serán elegibles para obtener un crédito fiscal para las primas.
Especialista comunitario	Un especialista comunitario es una persona de un Centro de asistencia para las solicitudes certificado (CAAS), Centro de Asistencia médica (MA) o un Centro de elegibilidad supuesta (PE) que pueda ayudarlo a completar esta solicitud.
PEAK (Kit para la solicitud y elegibilidad para el programa de Colorado)	Es un portal de beneficios en línea donde los habitantes de Colorado pueden solicitar y gestionar sus beneficios públicos inclusive alimentos, efectivo y asistencia médica.
Primas	El monto que debe pagar por su seguro médico o plan. Usted y/o su empleador usualmente los pagan por mes, por trimestre o anualmente.
Cónyuge	Una pareja casada, tal como un esposo o una esposa.
Intereses de préstamos estudiantiles	Si usted pidió un préstamo para pagar gastos de educación superior calificada, entonces puede deducir el monto de los intereses que pagó por ese préstamo estudiantil O BIEN $2500 de sus ingresos, el monto que sea menor. Los gastos de educación que califican son el costo total por asistir a una institución educativa elegible, e incluyen cosas como la matrícula y las tarifas, el alojamiento y la comida (según lo determine la institución educativa), los libros, suministros, equipos y otros gastos necesarios.
TRICARE	Un programa de atención médica para miembros de servicios uniformados en actividad o jubilados y para sus familiares.
Pareja de hecho	Una pareja con la que no está casada legalmente pero con quien vive.
Beneficios de atención médica de Asuntos de los Veteranos (VA)	Programas de atención médica operados por el Departamento de Asuntos de los Veteranos de Estados Unidos para veteranos elegibles.