# Solicitud de asistencia pública

Departamentos de Financiación y Políticas de Atención a la Salud y de Servicios Humanos del estado de Colorado (State fo Colorado Departments of Health Care Policy and Financing and Human Services)
Retire las páginas A-F para guardar como constancia.

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

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

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

Tiene derecho a presentar hoy su solicitud. Puede comenzar el procedimiento completando este formulario con su nombre, dirección y firma o la de un representante autorizado y devolviéndolo a una oficina del condado. Nos puede entregar su solicitud personalmente, por fax, por correo electrónico, o puede hacer la solicitud a través de PEAK. Antes de recibir ayuda para alimentos será necesaria una entrevista y es posible que le exijan el comprobante de alguna información proporcionada en la solicitud. Los beneficios comenzarán a partir de la fecha en que la oficina del condado reciba su solicitud firmada.

Puede recibir ayuda para alimentos en el plazo de 7 días si los bienes de la familia son menores a \$100 y los ingresos no superan los \$150 por mes; O si sus costos mensuales de albergue son mayores que sus ingresos mensuales más el dinero en efectivo disponible o en el banco; O si alguno de los integrantes del hogar es un trabajador agrícola migrante o temporero y el grupo familiar tiene menos de \$100 en efectivo disponible y en el banco.

Si no reúne las condiciones para la ayuda para alimentos acelerada, los beneficios pueden comenzar en un plazo de 30 días si se presentaron todos los comprobantes solicitados de la información proporcionada en su solicitud. Si se le niega la ayuda acelerada, puede solicitar una audiencia informal.

# Programas de ayuda en efectivo (Las preguntas marcadas con un ♦ NO se exigen para la ayuda en efectivo).

Colorado Works (CW), que a nivel federal se llama Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (*Temporary Assistance for Needy Families, TANF*) – Para familias con un hijo o una madre embarazada. Proporciona beneficios en efectivo para familias necesitadas. Con algunas excepciones, los padres deben participar en actividades laborales. Según las circunstancias de su familia, se puede remitir a los servicios de manutención de menores (*Child Support Services*) en función de las circunstancias de su familia. Si cree que esto podría causarles problemas a usted o a sus hijos, puede solicitar justificación o motivo suficiente para renunciar a esta remisión. Complemento de Colorado al SSI (*Seguridad de Ingreso Suplementario, Supplemental Security Income*) – Ofrece un complemento en efectivo adicional a las personas elegibles que no reciban la subvención total del SSI de la Administración del Seguro Social (*Social Security Administration*).

de la Administración del Seguro Social (Social Security Administration).

Ayuda para los discapacitados necesitados (Aid to the Needy Disabled, AND estatal) — Ofrece beneficios en efectivo para personas de 18 a 59 años que se haya determinado que estuvieron totalmente discapacitadas durante seis meses por lo menos, o personas menores de 59 años que cumplan con la definición de persona ciega.

Pensión por edad avanzada (Old Age Pension, OAP) — Ofrece beneficios en efectivo para personas de bajos ingresos mayores de 60 años.

Subsidio para atención domiciliaria (Home Care Allowance, HCA)- Para personas que necesitan ayuda regularmente con parte o todo su cuidado diario (como por ejemplo bañarse, vestirse, comer, ir de un lugar a otro y usar el baño). Ofrece beneficios en efectivo que se deben usar para pagar al proveedor de servicios. Se exige una evaluación funcional.

Asistencia médica : Las preguntas marcadas con un ● NO se exigen para la asistencia médica.

La asistencia médica comprende el seguro gratuito o de bajo costo de Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) o el Programa de salud infantil Plus (Child Health Plan Plus, CHP+). También incluye planes de seguro de salud privados asequibles que le ofrecen una cobertura integral por medio de Connect for Health Colorado (el "mercado"). Esto incluye créditos fiscales que pueden bajar inmediatamente sus primas de cobertura de salud. También comprende ayuda para pagar sus primas de Medicare.

### Instrucciones:

Indique A TODAS LAS PERSONAS de su hogar y en su declaración federal de impuestos, incluso si no hace la solicitud para ellas. Use más papel si es necesario. Si usted no es ciudadano y tiene un patrocinador, deberá indicar la información del patrocinador en una pregunta posterior de esta solicitud.

Si solicita beneficios y tiene un Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN), necesitamos esta información. Proporcionar su SSN puede agilizar el procedimiento de solicitud. Usamos los SSN para verificar los ingresos y otra información con el fin de saber quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si alguien quiere ayuda para obtener un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite socialsecurity.gov. Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778. En el caso de la ayuda para alimentos, presentar el SSN o el estado inmigratorio es opcional. Si no se indica el SSN o el estado inmigratorio de una persona, esa persona no recibirá beneficios. Aunque no se indique el SSN ni se presente el comprobante del estado inmigratorio de la persona, debe presentar los ingresos y recursos que tenga, así como también los gastos que pague porque esa información se usará para determinar la elegibilidad y los beneficios para los integrantes de la familia que reúnan las condiciones.

## Lo que debería saber

Al completar y firmar la solicitud de asistencia pública del estado de Colorado y otros documentos necesarios para determinar si soy elegible para recibir beneficios de asistencia pública Y al aceptar los beneficios para los que reúno las condiciones, entiendo la información siguiente y acepto los requisitos siguientes:

- Debo decir la verdad; es un delito mentir en esta solicitud.
- Es posible que tenga que entregar documentos que demuestren que lo que he dicho es verdad.
- Es posible que deba informarles de cambios en la información que doy en mi solicitud. Si creo que cometieron un error, puedo pedir una apelación o una audiencia justa.
- El departamento no discriminará.
- El departamento confirmará la ciudadanía y el estado inmigratorio de todas las personas que soliciten beneficios.
- El departamento le informará si sus beneficios cambian.
- El departamento o el organismo federal pertinente retirará los beneficios que usted no debería haber recibido.
- 1. El Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud (HCPF) es el organismo estatal responsable de los programas de asistencia médica del estado de Colorado. El Departamento de Servicios Humanos (DHS) es el organismo estatal responsable de los demás programas de asistencia pública. Los Departamentos de Servicios Humanos/Sociales del condado y los centros de asistencia médica son los organismos que reciben y tramitan las solicitudes de todos los programas de asistencia pública. En esta declaración, el término "departamento" se usa para referirse a todos los organismos.
- 2. Debo entregar al departamento todos los comprobantes y documentos necesarios antes de reunir las condiciones para recibir beneficios
- La información que proporciono en la solicitud y en la entrevista de la solicitud es confidencial. No obstante, el departamento puede usar o compartir la información con otros programas que cualquiera de los integrantes de mi familia y/o grupo familiar reciba o solicite. La información solamente se puede usar con fines de tratamiento, pago, determinación de elegibilidad y otros procesos administrativos y del programa, o con otros fines que autorice la ley para mi familia y/o integrantes de mi grupo familiar o para mí. Además, esta información se puede divulgar a otros organismos federales estatales con el objeto del examen oficial y a las fuerzas y cuerpos de seguridad con el fin de arrestar a personas fugitivas para evadir la ley. También se determinará si la información es verdadera. Si alguna información es incorrecta, se puede negar la ayuda para alimentos y el solicitante puede objeto de un proceso penal por proporcionar deliberadamente información incorrecta.
- 4. Es delito mentir en la solicitud o recibir beneficios para los que sé que mi familia y yo no tenemos derecho y puedo ser objeto de un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa. Dar información falsa se puede sancionar con una multa de hasta \$250,000 o una condena de hasta 20 años, o ambas.
- Si se descubre que una persona dio información falsa deliberadamente, no podrá recibir ayuda para alimentos y/o Colorado Works/TANF durante 12 meses con el primer delito, 24 meses con el segundo delito, y permanentemente con el tercer delito. Un tribunal también le puede suspender la ayuda para alimentos a una persona por otros dieciocho meses. Este delito está sujeto al proceso judicial en virtud de otras leyes estatales y federales. Recibir beneficios duplicados de ayuda para alimentos por mentir con respecto a la identidad o el domicilio tendrá como consecuencia la descalificación durante diez (10) años con el primer delito, la descalificación por diez (10) años con el segundo delito y la descalificación permanente con el tercer delito. Si omito o proporciono información (aparte de mentir sobre la identidad o el domicilio) que lleve a la duplicación de los beneficios emitidos, me pueden descalificar por 12 meses con el primer delito, 24 meses con el segundo delito, y permanentemente con el tercer delito. A una persona declarada culpable por un tribunal o que fue descalificada

- mediante una medida de excepción de infracción intencional al programa (Intentional Program Violation, IPV) por falsear su domicilio para obtener asistencia en dos estados al mismo tiempo, se le negará la asistencia de Colorado Works durante diez (10) años.
- 6. El departamento me notificará por escrito sobre cómo y cuándo informar sobre cualquier cambio al departamento. Si recibo ayuda económica, sé que debo informar a la organización que proporciona la ayuda si cambia la información que indiqué en esta solicitud. Tengo conocimiento de que tengo 10 días calendario para informar sobre cualquier cambio si me inscribo en Health First Colorado o el Plan de salud infantil Plus (CHP+). Los cambios se deben informar a la oficina local de Health First Colorado o CHP+ de mi condado. Soy responsable de pagar honorarios, primas y copagos para mí mismo y mi familia si son necesarios para recibir los beneficios de asistencia médica. Sé que tengo 30 días calendario para informar de cualquier cambio a Connect for Health Colorado si recibo creditos fiscales anticipados para primas, copagos o deducibles reducidos, o si estoy inscrito en un plan de salud calificado. Si mi familia está inscrita en varios programas de asequibilidad de seguros, debo comunicar los cambios a cada organización en el plazo correspondiente. Entiendo que un cambio en la información podría afectar mi elegibilidad y la elegibilidad de los integrantes de mi grupo familiar.
- 7. Si no digo la verdad en mi solicitud o si la información se omite en la solicitud, o si no comunico los cambios al departamento, según lo dispuesto, podría perder la ayuda, y podría tener que devolver al departamento los gastos correspondientes a la ayuda recibida cuando yo no reunía las condiciones. Si tengo que devolver dinero al departamento, entiendo que se pueden tomar salarios, reintegros o reembolsos tributarios federales que pudiera recibir yo u otra persona incluida en esta solicitud.
- La ley estipula que el departamento debe verificar el estado inmigratorio y la ciudadanía de cualquier persona que presente una solicitud. No verificarán el estado inmigratorio de los familiares que no soliciten beneficios. Es posible que se me exija presentar comprobante de la documentación de inscripción como no ciudadano entregada por el Servicio de Inmigración y Ciudadanía de Estados Unidos (United States Citizen and Immigration Service, USCIS) a todos los no ciudadanos integrantes de mi hogar que soliciten beneficios. El departamento confirmará la información con el USCIS y toda la información recibida del USCIS puede afectar mi elegibilidad y mis beneficios. La legislación federal (derecho público 97-98) me exige que informe al departamento el número del Seguro Social y/o el número de inscripción de extranjero de todas las personas que soliciten asistencia pública. También debo dar el número del Seguro Social y/o el número de registro de extranjero para todos los patrocinadores. Para los programas de ayuda económica para adultos (Adult Financial) y Colorado Works, el USCIS confirmará la información del patrocinador y la información que se reciba del USCIS puede afectar el reintegro del patrocinador con respecto a mí elegibilidad y beneficios. Mi patrocinador y yo podemos ser responsables de reintegrar al

estado por los beneficios que yo reciba.

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

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

11. Si soy residente de una institución y a la vez solicito SSI y ayuda para alimentos antes de dejar la institución, la fecha de presentación de la solicitud será la fecha en que me dejen ir de la institución. El tiempo de proceso comenzará a partir de la fecha en que se reciba la solicitud en la oficina de ayuda para alimentos.

Información sobre la ley de confidencialidad: El departamento está autorizado a obtener información de la solicitud, incluidos los números del Seguro Social, y confirmará la información que pudiera afectar la elegibilidad inicial o en curso y los pagos de todas las personas indicadas en mi solicitud. Permito al departamento usar los números del Seguro Social (SSN) y otra información de mi solicitud para solicitar y recibir información o documentos que confirmen la información incluida en mi solicitud. Se negará la ayuda para alimentos a las personas que no indiquen un número de Seguro Social, y los números del Seguro Social se usarán y divulgarán de la misma manera con respecto a los miembros elegibles y no elegibles. Eximo al departamento de toda responsabilidad por compartir esta información con otros organismos para este fin. Por ejemplo, el departamento puede obtener y compartir información con cualquiera de los organismos siguientes: Administración del Seguro Social (SSA), Servicio de Recaudación de Impuestos (Internal Revenue Service), Servicio de Inmigración y Control de Aduanas (Customs and Immigration Services); Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado (Colorado Department of Labor and Employment), instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, cooperativas de ahorro y crédito, compañías de seguros, propietarios, agentes de arrendamiento, etc.); servicios de manutención de menores; empleadores; tribunales; y otros organismos federales o estatales; y en el caso de la ayuda para alimentos, fuerzas y cuerpos de seguridad con el fin de arrestar a personas fugitivas para evadir la lev.

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

14. Para pagarme la mayor parte de mis beneficios de asistencia pública se usa la tarjeta EBT (tarjeta de transferencia electrónica de beneficios) (o Quest). No puedo comercializar ni vender tarjetas EBT. Las únicas personas que pueden usar la EBT de mi grupo familiar son los integrantes de mi familia, mi/s representante/s autorizado/s, y las personas fuera de mi familia que tengan mi autorización para usar mi tarjeta EBT para acceder a los beneficios para las personas de mi grupo familiar. No puedo usar mi tarjeta para acceder a mis beneficios de dinero en efectivo en lugares identificados como lugares prohibidos, entre los que se incluyen establecimientos de apuestas autorizados, locales de transmisión simultánea en el estado, pistas de carreras, locales comerciales para jugar al bingo, tiendas o establecimientos en los que la principal actividad comercial sea la venta de armas de fuego, locales de venta al por menor autorizados para vender bebidas a base de malta, vinos, o bebidas alcohólicas, establecimientos autorizados a vender marihuana de uso medicinal o productos de infusión de marihuana de uso medicinal, o venta al por menor de marihuana o productos relacionados con la marihuana, establecimientos que ofrezcan entretenimiento para adultos en los que los actores se desvistan o actúen desnudos como espectáculo. El uso indebido continuo de mi tarjeta EBT en lugares prohibidos causará la suspensión de mis beneficios de dinero en efectivo en mi tarjeta EBT y/o mis beneficios de dinero en efectivo se cancelarán por un período de 30 días y será necesario presentar una nueva solicitud.

15. Puedo nombrar a alguna persona o una organización para que sea mi representante. Debo hacerlo por escrito. La persona y/u organización que designe como mi representante autorizado me puede ayudar a solicitar asistencia, obtener beneficios, y usar mis beneficios para comprar alimentos para mí. Puedo nombrar a una persona para que me ayude con cada tarea por separado, o puedo nombrar a una persona para que me ayude con todas estas tareas.

16. Si creo que el departamento cometió un error, puedo solicitar una audiencia justa. El departamento me informará por escrito sobre cómo presentar una apelación. Puedo pedir una audiencia justa tanto verbaimente como por escrito. Mi caso puede ser presentado por un integrante de mi grupo familiar o mi representante, como por ejemplo un asesor legal, amigo o pariente. Puedo solicitar una apelación para cualquier acción o cualquier programa salvo para el programa CHP+.

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

18. Colorado Works no es un programa de concesión de derechos y los beneficios no se garantizan. Cada condado tiene la autoridad de determinar los requisitos de elegibilidad y los niveles de beneficios. Para seguir siendo elegible, se me puede exigir que haga una evaluación y elabore un plan. Salvo que esté eximido, se me exigirá que participe en actividades de orientación laboral.

19. Como solicitante de Colorado Works, si no colaboro con los servicios de manutención de menores al momento de hacer la solicitud o mientras recibo ayuda en efectivo por medio de Colorado Works, sin un motivo legítimo, no recibiré asistencia ni una subvención básica de ayuda en efectivo para mi familia. Un motivo legítimo para no colaborar con los servicios de manutención de menores puede ser, entre otros, el posible daño físico o emocional a un niño o niños, padre o madre o pariente cuidador, embarazo o nacimiento de un niño relacionado con incesto o violación mediante el uso de la fuerza, adopción legal ante el tribunal o que uno de los padres reciba servicios previos a la adopción; u otros motivos que se determine que sean en beneficio del niño. Para poder colaborar con los servicios de manutención de menores, deberé completar documentación adicional relativa al niño o los niños, paternidad del niño o los niños, y presentar todos los documentos judiciales concernientes al niño o los niños.

20. Si soy un adulto que tengo entre 18 y 49 años, sin hijos menores de 18 años en mi casa que recibe ayuda para alimentos, solo seré elegible para recibir beneficios de ayuda para alimentos por tres meses, a menos que corresponda uno de los siguientes: Si trabajo en un empleo 80 horas por mes e informo las horas que trabajé a la oficina local del programa Empleo Primero (Employment First), o cumplo con los requisitos del programa de trabajos del gobierno (Workfare program) o los requisitos del programa de trabajo establecidos por la oficina de Empleo Primero. Además, puedo continuar recibiendo mis beneficios de ayuda para alimentos si se determina que no puedo trabajar por problemas físicos o mentales, o si la oficina de ayuda para alimentos identifica otras exenciones aplicables. Si cumplo con alguno de estos criterios, podré continuar recibiendo ayuda para alimentos mientras siga siendo elegible.

21. Entiendo y acepto que para recibir ayuda para alimentos, ciertos integrantes del grupo familiar deberán registrarse para trabajar. Esto significa que ciertos integrantes del grupo familiar deben: A) Presentarse en Empleo Primero (programa de trabajo) cuando la oficina de ayuda para alimentos programe una cita. B) Cumplir las instrucciones de Empleo Primero (programa de trabajo), entre las que se incluyen presentarse a todas las citas programadas y cumplir con los acuerdos escritos firmados. C) Proporcionar información a la oficina de ayuda para alimentos o al programa Empleo Primero (programa de trabajo) sobre los empleos que obtenga yo o los integrantes de mi grupo familiar mientras recibimos ayuda para alimentos. D) Informar a la oficina

de ayuda para alimentos o al programa Empleo Primero (programa de trabajo) si yo o los integrantes de mi grupo familiar no podemos trabajar. Me pedirán que presente comprobantes; trabaje las horas asignadas por el programa de trabajos del gobierno, acuda a entrevistas de trabajo concertadas para mí o para los integrantes de mi grupo familiar. Las personas que no cumplan con los requisitos de trabajo se pueden descalificar para recibir ayuda para alimentos.

- 22. Debo colaborar plenamente con el personal estatal y federal si se revisa mi caso. El departamento, o sus representantes, pueden revisar y confirmar mi información incluida en esta solicitud. Mi grupo familiar no será elegible para recibir ayuda para alimentos si me niego a colaborar con la revisión de mi caso, que incluye la revisión de control de calidad.
- 23. No puedo usar los beneficios de ayuda para alimentos para comprar artículos que no sean alimentos, como por ejemplo alcohol o cigarrillos. Me pueden descalificar por usar la ayuda para alimentos para pagar artículos adquiridos a crédito. Si un tribunal de justicia declara a una persona culpable de usar beneficios de ayuda para alimentos para comprar ilegalmente o recibir sustancias controladas, esa persona será descalificada durante dos años con el primer delito y permanentemente con el segundo delito. Las personas que un tribunal federal, estatal o local compruebe que usaron o recibieron beneficios en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos quedarán permanentemente inhabilitadas para recibir ayuda para alimentos la primera vez que cometan dicha infracción. Si un tribunal de justicia comprueba que una persona es culpable de haber traficado con beneficios por un monto total de \$500 o más, esa persona quedará inhabilitada permanentemente para recibir ayuda para alimentos la primera vez que cometa dicha infracción.
- 24. El tráfico de beneficios se refiere a:
- a. Comprar, vender, robar o efectuar de cualquier otra forma un intercambio de los beneficios de ayuda para alimentos emitidos y obtenidos mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT), números de tarjetas y números de identificación personal (personal identification number, PIN), o por cupones canjeables manuales y firma, por dinero en efectivo u otra contraprestación distinta a los alimentos que cumplen los requisitos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o connivencia con otras personas, o actuando solo; o,
- b. El intercambio de beneficios de ayuda para alimentos o tarjetas EBT por armas de fuego, municiones, explosivos, o sustancias controladas; o
- c. Un participante del programa de ayuda para alimentos, incluido el representante autorizado designado por el participante, que deliberadamente transfiera el beneficio de ayuda para alimentos a otra persona que no use, o no pretenda usar los beneficios de ayuda para alimentos para el grupo familiar de ayuda para alimentos para el cual están proyectados los beneficios; o
- d. La reventa de alimentos que fueron adquiridos con los beneficios de ayuda para alimentos para obtener dinero en efectivo; u
- e. Obtener un ingreso de dinero al devolver agua u otros envases que fueron adquiridos con beneficios de ayuda para alimentos. La compra de envases de agua está incluida dentro de los alimentos elegibles que se pueden pagar con beneficios de ayuda para alimentos. Sín embargo, cuando se devuelve el envase, el depósito se debe devolver a la tarjeta EBT del usuario y no se debe entregar en efectivo al cliente.
- f. Intentar comprar, vender, robar o afectar de cualquier otra manera un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y obtenidos por medio de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o por cupones canjeables manuales y firmas, por dinero en efectivo u otra contraprestación distinta a los alimentos que cumplen los requisitos, ya sea directamente, indirectamente, en complicidad o connivencia con otras personas, o actuando solo.
- 25. Si no informo y presento comprobantes de hipoteca, gastos de

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

- 26. Puede pedir ayuda para alimentos además de solicitar beneficios de otros programas. Mi elegibilidad para recibir beneficios de ayuda para alimentos se determinará sin tener en cuenta otros programas. La oficina de ayuda para alimentos tramitará todas las solicitudes de ayuda para alimentos de acuerdo a los requisitos de puntualidad, notificación y audiencia justa, incluso si presento solicitudes para otros programas.
- 27. Los residentes de Colorado que tengan una discapacidad que cumpla con los requisitos, como por ejemplo personas que reciban SSI o beneficios de SSDI, o residentes que tengan por lo menos 65 años de edad (o un cónyuge sobreviviente mayor de 58 años) también podrían cumplir con los requisitos para la devolución de impuestos a la propiedad/alquiler/calefacción del Departamento de Hacienda (*Department of Revenue*). Visite www.TaxColorado.com y haga clic en el botón PTC que se encuentra en la parte superior de la página, o llame al 303-238-7378 para obtener información.
- 28. IEVS hace referencia al Sistema de verificación de elegibilidad por ingresos (Income Eligibility Verification System). El IEVS informa sobre las discrepancias entre la información que usted presenta y la información que tiene el sistema del Departamento de Trabajo, así como también los diversos sistemas de la Administración del Seguro Social. La información disponible por medio del IEVS se solicitará, utilizará y se podrá verificar por medio de contacto colaterales cuando se detecten discrepancias. Esta información puede afectar su elegibilidad y el nivel de beneficios.
- 29. Informaré inmediatamente al estado de cualquier reclamación médica o litigio judicial que tenga. Colaboraré con el Estado en el cobro de las facturas médicas que el Estado haya pagado. El Estado puede cobrar de cualquier compañía de seguros o acuerdo judicial por facturas médicas que el Estado haya pagado. Si obtengo asistencia médica y recibo dinero por las mismas facturas médicas que el Estado pagó, devolveré el dinero al Estado. Cedo al Estado todos los derechos al pago de gastos y tratamiento médicos. También cedo mi derecho a apelar una negativa de beneficios por otra parte responsable del pago de los beneficios al Estado.
- 30. La legislación federal y estatal de Colorado exige que el Departamento de Financiación y Política de Atención a la Salud (HCPF) recupere todos los beneficios de asistencia médica, inclusive los pagos de capitación, pagados a favor de usuarios de Health First Colorado del patrimonio de usuarios fallecidos de Health First Colorado que estaban internados permanentemente en instituciones. En el caso de usuarios de Health First Colorado que tenían más de 55 años cuando se prestaron los beneficios, el Departamento recupera los pagos de servicios de centros de enfermería especializada, servicios domiciliarios y comunitarios, y servicios hospitalarios y de prescripción de medicamentos relacionados. Existen ciertas excepciones a la recuperación de costos. Para obtener más información, comuníquese con su condado y solicite el folleto "Programa de recuperación de costos de asistencia médica"

### Política de no discriminación de CDHS

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de la raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de la raza, el color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish Form 508 Compliant 6 8 12 0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact\_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## Política de no discriminación de la asistencia médica

El Departamento de Financiación y Políticas de Atención a la Salud de Colorado (HCPF) y Connect for Health Colorado no discriminan en función de raza, color, expresión y origen étnico o nacional, estado civil, religión, credo, ideologías políticas, ni discapacidad en ningún programa, servicio o actividad. Para obtener más información sobre la política del Departamento, solicitar ayuda y servicios gratuitos por discapacidad y/o lenguaje de señas, o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: 504/Coordinador ADA, 1570 Grant St., Denver, CO 80203, teléfono: 303-866-6010, Fax: 303-866-2828, retransmisión estatal: 711, correo electrónico: hcpf504ada@state.co.us. Para obtener información sobre la política de Connect for Health Colorado, ayuda y servicios o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: General Counsel, 3773 Cherry Creek N. Dr., Suite 1005, teléfono: 303-590-9640, Fax: 303-322-4217. Las quejas también se pueden presentar ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (U.S Department of Health and Human Services Office for Civil Rights) en http://www.hhs.gov/ocr/filling-with-ocr/index.html.

Por otros programas: Para obtener información sobre las políticas del Departamento de Servicios Humanos (DHS) de Colorado, para solicitar ayuda y servicios gratuitos por discapacidad y/o lenguaje de señas, o para presentar una queja por discriminación, póngase en contacto con: 504/Coordinador ADA, 1575 Sherman St Denver, CO 80203, teléfono: 303-866-7129, Fax: 303-866-6080, retransmisión estatal: 711, correo electrónico: CDHSCR@state.co.us. Para obtener más información, visite www.colorado.gov/cdhs.

Las quejas sobre derechos civiles también se pueden presentar ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU., por vía electrónica a través de la Oficina del Portal de quejas de derechos civiles (Office for Civil Rights Complaint Portal), en <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint-frontpage.jsf">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/cp/complaint-frontpage.jsf</a> o por correo electrónico, teléfono o fax en: 1961 Stout Street Room 08-148 Denver, CO 80294, teléfono: 800-368-1019, Fax: 202-619-3818, TDD: 800-537-7697. Los formularios de quejas se encuentran disponibles en <a href="http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html">http://www.hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/index.html</a>.

Tengo a mi disposición servicios e información sobre violencia doméstica. Si alguna vez creo que estoy en peligro inmediato debo llamar al 911. Si quisiera recibir información relativa a la seguridad y los servicios en Colorado, llamaré a la Coalición contra la Violencia Doméstica de Colorado (*Colorado Coalition Against Domestic Violence*) al 303-831-9632 o al número gratuito 1-888-778-7091. También puedo encontrar la ubicación de los servicios que me queden cerca en www.colorado.gov/cdhs/dvp. La línea de ayuda nacional para víctimas de violencia doméstica (*National Domestic Violence Hotline*) al 1-800-799-SAFE (7233) o TTY 1-800-787-3224 o www.thehotline.org también puede proporcionar información. Si soy un sobreviviente de violencia doméstica, agresión o acoso sexual, el Programa de confidencialidad de domicilio (*Address Confidentiality Program, ACP*) puede proporcionarme una dirección legal sustituta para usar con los organismos gubernamentales locales y estatales en vez de mi dirección real. Puedo averiguar más sobre el ACP en acp.colorado.gov. Si necesito o recibo cualquiera de estos servicios, debo informar a mi trabajador social del departamento.



(SNAP)

### Kit Carson County Health & Human Services 252 South 14th Street Burlington, Colorado 80807



Solicitud de asistencia pública

Marque la casilla de cada programa que quiera solicitar.

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

Ayuda para alimentos - Se conoce a nivel federal como Programa de asistencia de nutrición suplementaria

Las preguntas marcadas con un	NO se exigen	para la	ayuda pa	ara alimentos.		
Programas de ayuda en efectivo Colorado Works- que a nivel feder	nal se llama Asi	stencia <sup>-</sup>	Temporal -	para Familias N	ecesitadas	
Adult Financial- Incluyen Compler (AND estatal), Pensión por vejez (O. Las preguntas marcadas con un ♦	mentos de Colo AP), y Subsidio NO se exiger	orado al o para al o para la	SSI, ayud ención do a <mark>ayuda</mark> p	la para discapa omiciliaria (HCA o <mark>ara efectivo.</mark>	citados necesita )	
Asistencia médica- Incluye Health infantil Plus (CHP+), créditos fiscales Las preguntas marcadas con un	s y reducciones	por rep	arto de co asistenc	ia médica.		
Su nombre legal (primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Apellido de solte	era	Números o	del Seguro Social <sup>1</sup>	Fecha de nacimi	
Dirección del domicilio (número, calle)	Ciudad		Estado	Código postal	Número de teléfo	
Dirección postal (si es distinta)	Ciudad		Estado	Código postal	Otro número de	eléfono
¿Habla y lee en inglés?  USi NoU Si respondió no, ¿qué idioma habla?  Si solicita algún programa y tiene un SSN, neces	¿Es usted una p sin hogar? □Sí No□		■¿Vive usted en Colorado? □Sí No□		¿Vive actualmen hogar de anciano □Sí No□	os?
tramitar rápidamente su solicitud. Usamos los SSN usted y su grupo familiar.  Declaro, bajo pena de perjurio, que he examinad incluida la información sobre la composición de fuentes de ingreso y las propiedades que recibe representante autorizado, al firmar más abajo, p solicitud, y actuar en mi nombre en todos los as con "Lo que debería saber".	do esta solicitud el grupo familiar, o/tengo. Tengo de permito a esta per suntos que tenga	y que, a r la ciudad erecho a rsona firn en el fut	ni leal sabe anía y la no designar un nar mi solic uro con est	er y entender, mis o ciudadania. He c n representante au itud, obtener info a entidad. Leí, coi	respuestas son co letallado todos los itorizado. Si desig rmación oficial so nprendo y estoy c	orrectas, s montos y no un bre esta
Su firma	Fecha	■● Fim (opciona		ige/co-solicitantes,	si solicitan	
Nombre en letra de imprenta del representante autotor	orizado, custodio,	Nombre	en letra de i	imprenta del repres	entante autorizado	, custodio, tutor
■ Firma del representante autorizado	Fecha	■●Fim	a del repres	sentante autorizado	)	Fecha
Nombre, dirección y teléfono de la persona que ay						
Podemos enviar enlaces que le permitan ver los av ninguna, recibirá avisos impresos por correo norma	al, to presentia.	5			opción, pero si no	elige
□ Avisos impresos □ Un correo electrónico (En el caso de asistencia médica, si desea recibir a Colorado.gov/HCPF/Apply o ConnectforHealthCO.	avisos por vía elec	trónica, co	onsulte el fo	lleto instructivo en		
Golorado.gov/HCPF/Apply o ConnectiornealinCO.	WIII/NDUL-03/OU					1

Datos demográficos	del aruno	familiar		man para de la	2 14 - 11 1 -	,6 ,				
Nombre legal (primer	Relación		asculino/¿			I I A De los I millos de		•	Ciudadan	
nombre, inicial del segundo nombre, apellido)		nacimiento Fem	nenino pe	ersona uiere	unión civil, pareja de hecho, sollero;	¿Hispano?	Raza <sup>1</sup> N	úmerg del Segur ocial		
					divorciado, separado, viud	lo			EE. UU.	
	LA PERSONA	Página 1		□Sí □No		□Sí □No		Página 1	□Sí □No	
		1 1		□Sí □No		□Sí □No			□Sí □No	
		1 1		□Sí □No		□Sí □No			□Sí □No	
		1 1		□\$í □No		□Sí □No			□Sí □No	
şii		1 1		□Sí □No		□Sí □No			□Sí □No	
Indígena americano/nativa 2 Si solicita algún program rápidamente su solicitud grupo familiar.	a y tiene un s Usamos los	SSN, necesitamos SSN para verifical	esta infom los ingres	mación. Ii sos y otra	ncluso si no so i información pa	licita benef ara saber p	icios, darnos su para qué reúnen	SSN nos ayudar las condiciones	á a tramita	
¿Alguien del hogar se	considera L	ın huésped o un p	ensionis	ta?	□Si No□	Si respond	lió sí, indique a c			
Nombre					Monto que s alquiler	e paga de	alguiler?	están incluidas e	n el —	
							□Sí No□	<u> </u>		
¿Algún integrante de temporalmente fuera centro o institución?	su grupo far del hogar en	miliar estă n algún tipo de	□Sí No		Si respondió s de institucione	i, indique a es se indica	a continuación. A un en la parte inf	Algunos ejemplos erior de la tabla	de típos	
Nombre Fe		Nombre del centro	Tipo de	centro	¿Esta persona en espera de l definición de l imputaciones	de la e las		midas?		
				-	USI No□		□Si No□			
			<del> </del>		⊔Sí No□		□Sí No□			
Ejemplos: Hogar de ano	.,	\$ (A.B.)	salud men	tal • Enca	arcelamiento					
Incluido usted, ¿para c compra y prepara comi	uántas perso				¿Alguie trabaja tempor		ar es un a migrante o	Si N	0 🗖	
Monto total de dinero q mes (antes de las dedu	ue mi grupo ucciones)	prevé recibir este	\$		Dinero	en efectivo cuenta corr	o disponible y dir iente/cuenta de	nero \$		
Monto que paga por al	quiler o hipot	eca	\$		Seguro propied propiet	de la casa				
Servicios públicos que corresponda)				Calefacción/Refrigeración□ \$_ Electricidad □ \$_ Agua □ \$_ Teléfono □ \$ Basura □ \$ Alcantarillado □ Otros□ \$					<b>0</b> \$	
¿Alguna persona de estado en los últimos 3  Si su solicitud es	30 días? para Colora					continuaci ⊔Si No⊡				
otro estado desde 19	96?				Si respondio si, indiq continuación					
Nombre/s:	Fed	cha de recepción	Ciu	dad		Condado		Estado		
		2								

Hijos dependientes

¿Vive con al menos un hijo menor de 19 años, y usted es la persona principal que cuida de ese hijo?

2

□Sí No□

■¿El padre o madre o uera del hogar?	le alguno (	de los niños d	lei hogar viv	/e 🔲	Sí No	nara c	pondió sí, jastos mé jera del h		are del nino	que	□Sí □No
lombre del padre/madre		Dirección		Te	eléfono			¿Para qué ا	Para qué niño?		
<u>.                                    </u>											
le gustaría solicitar justil edida de excepción de	a opción de	e violencia dor	nestica (segu	in se des	cube e	110 3000	on Lo qu	10 0000 0000	admisible e er") □Sí No	n virtud (	de la
Talguna persona d utelar?	el hogar es	tá actualmen	te o ha esta	do algun	a vez e	n cuida	do	⊒SI No⊔ Si respondió continuación	sí, indique	a	
ombre			Edad		Fechas en que estuvo en cuidado tutela					o tutelar	
											<u> </u>
formación del emb	arazo					:	iau o o	_			
¿Alguna persona en	el hogar e	stá embaraza	- + continu	Jacion:			que a				
ombre:			Fecha	probable	de par	to:		Cantidad	de bebés e	spегаоо	S:
Nombre del padre, si s	e conoce:						- V 7 21		án infantil?	DSINA	<u> </u>
¿Le gustaría solicitar ju	stificación	o motivo sufici	ente de la so	licitud de	asiste	ncia de s 	ervicios a	e manutenci	on manur		
		· Com	-								
formación sobre d Alguna persona de su	iscapaci	dad	acidad2 TC	Sí .	Non	bre:					
_			LIP	VO							
Si respondió sí, ¿esta su propio cuidado (ba	persona n	ecesita ayuda	con las activ	idades de	S	No□					
					000	No D	lombre:				
¿Alguna persona tien haya durado, o se pre	e una enfer vé que dur	medad o trasti e más de 12 m	orno del desa neses?	arrollo que	<b>u</b> S	NOU I	orribre.				
Usted o alguna per SSI) u otros beneficios	sona del h	ogar solicitó		le Ingres	o Supl	ementar	lo	Si respond	dió sí,		
								Estado de		□Pend	iente
lombre		¿Qué programa?	□SSI □_	Fecha d solicitud		- /	1	solicitud		□Aprol □Rech □Apela	bada azada
Nombre		¿Qué programa?		Fecha d solicitud			1	Estado de la solicitud		□Pend □Apro □Rech □Apeld	bada sazada
	diasa	nacitada plaur		□Sí No		Si resp	ondió sí.	L cuando fina	lizó el SSI	/	1
Si no es así, ¿alguna pe vez recibió SSI o SSDI?	sona disca	ipacitada algui	ıa	401110		o SSDI	?				
formación de no c	iudadan	os				155 -5 1-	-uodon n	edir que pres	ente una c	onia de s	su tarieta
Alguna persona que s no es ciudadano?	olicite ber	neficios 📙	Sí No□	اماما	Conric	io da Inn	iloración i	v Ciudadania	a de Estado	S Unidos	(USCIS).
lo ciudadano 1	5-25FEE							F. 网络斯特	CF 经基本	215 - 1 45 F	
Nombre del no ciudadan	o 1:				Estad	de no c	iudadano	:			
Número de extranjero o	I-04·	<u> </u>			Núme	ro de pas	saporte/ta	rjeta:			
•					\$17000	e emisió		-			
echa de vencimiento de documento:			1					ivido en los E	F IIII des	sde l 🗆 S	í No□
¿El cónyuge o padr un excombatiente o mie le Estados Unidos en se	nbro de las	Fuerzas Arm	adas		1996?						an a seriestina
lo ciudadano 2	v 15ter	<b>分字</b> 经经过1000			A STATE OF					To the state	, F
Nombre del no ciudadar	0 2:				Estac	o de no	ciudadan	J.			1,000
Número de extranjero o	1-94:				Núm	ro de pa	saporte/ta	arjeta:			
Fecha de vencimiento d	el					de emisi					Y DN-
▼ ■El cónyuge o padre	madre del	no ciudadano	es DSí	No	1996	Esta pe	sona ha	vivido en los	EE. UU. de	sde US	I LINO

para permanecer en e	este país?	licados antes está patro		Si respondio si, indique a continuación					A.
Patrocinador (agregu	e más páginas	s si hay más de un patro	cinador)	e while		Tre Side to A		学医院是 斯勒	44.02
¿Quién es patrocinado?						<u></u>			
Nombre del patrocinador:			patrocina					<del></del>	
Número del Seguro Social del patrocinador			del cóny	Número del Seguro Social lel cónyuge del patrocinador					
Dirección del patrocinador:			Número en el gru patrocina	total de pe ipo familia ador	ersonas r del				
¿La persona patrocina	da vive con el	patrocinador?				□SI N			
¿El patrocinador propo	orciona pensiór	i completa gratuita a la pe	rsona patro	cinada?		□SI N			
¿La persona patrocina	da recibe algú	n tipo de manutención del	patrocinad	or?		□Si N			
¿La persona patrocina	ida fue abando	nada, maltratada o sufrió	abuso por p	oarte de si	ı patrocinad	or? □Si N	lou		
	baja o alguien de la persona	está comenzando un nu que está o estará trabajar teléfono:		eo?   □   S		si, indique a d			
Calarias/propings mor	scuolos (antes	de impuestos): lor	nal por hora	3:	Horario	promedio tr	abajado cada sen	nana:	
¿Con qué frecuencia	se paga a esta	persona?   Por hora	Por seman	a □Cada	2 semanas	□Dos vece	spormes ⊒Mei	nsualmente	
I ⊟∆nualmente ⊟Diari	amente					<del></del>			
¿Este empleo se cons	sidera tempora	y se prevé que dure men pleo temporal □ Empleo b	os de a me	omisiones	(incluidos tra	abaios con pro	opinas)		
▼¿Este ingreso provi	ene de ? La cir	ipieo temporal di Empleo d		OTTIGIOTICS					
Nombre del empleado	or y número de		ndo: nal por hor	2.	Horari	o promedio ti	rabajado cada ser	mana:	
Salarios/propinas me ¿Con qué frecuencia □Anualmente □Dias	se paga a esta	persona? □Por hora □	Por seman	a. □Cada					
: Este empleo se con	sidera tempora	l y se prevé que dure men	os de 3 me	ses?	Sí No□		-		
Fste ingreso prov	iene de? □ Em	pleo temporal 🗆 Empleo b	asado en c	omisiones	(incluidos tra	bajos con pro	ppinas)		
V ZEGIG III giroop piot									
<u> </u>									
i dinaro nor cuidar ni	nos vendera	nsidera trabajador autón rtículos como maquillaje llimenticios caseros/de d	, utensiiio	ropia?	ila, velluei i	211100103	□Si No□ Si respondió sí, continuación:	indique a	
Nombre de la person	a que es traba	ador autónomo:		Razón so	cial (si corre	esponde):			
Ingreso bruto de un r	nes \$				ste ingreso:		Total to AT P		
Tipo de trabajo autór	nomo:		SRL		orp-S		ratista independie Costos brutos de		ohra
Servicios públicos pa por la empresa:	igados Imp	ouestos comerciales pagad	dos:	empresa \$	pagados p	or ia	de la empresa: \$		· ODIa
Costo de la mercade	Tip	o costo de la empresa: o:		Otro tipo empresa	de costos d	e la	Otro costo de la Tipo: \$	empresa:	
	\$_			\$			<u> </u>		
Ingreso neto total (D	eduzca sus ga	stos del ingreso bruto):					·		
	· <del></del>								
¿Alguien del hogar su horario laboral	ha renunciad en los últimos	o a un empleo, perdido i 30 días?			3110		ndique a continua	ción	
Nombre de la perso	na:					número de te			
Fecha de comienzo	del empleo:	Fecha de finalización de empleo:	1				e impuestos):		_
Fecha y monto del t	iltimo pago de	nómina:	1			<b>U</b> .	a persona? □Me Anualmente □Po	r nora	
1			🗆 (	Semanalm	ente ⊔Cad	la dos semar	ias uldos ve	ces por mes	

Alguna persona tiene otros tipos de ingresos?				□Si No□ Si respondió si, indique a contin otros tipos de ingresos se indican en la parte			rte inferior de	nuación: Algunos ejemplos de e inferior de la tabla			
Nombre				e moneda/ing			Monto me	nsual			
iombre											
gunos ejemplos son: P			0/ 5	E-i	torone	e a honoficios na	ra viudos • Ino	emn. labo	ral • Retiro fe	erroviario	
qunos ejemplos son: F Manutención infantil• capacidad • Jubilació sistencia pública • Doi	Pensiones de	supervivencia	a • Divid	endos/interes	: • IN( sen i	greso de alquilei esnecie (trabaio i	oor el alquilei	) • Benefi			
Alguna de las perso spera recibir) el pag	nas solicitante o de un impor	es recibió (o te global?	Si res de im	pondió sí, inc portes global	es se	continuación. Ai indican en la part	e mienor de ra	os de tipo a tabla	S		
Nombre	ombre Fecha en que se re			Tipo c	le imp	orte global	Monto		<del></del>		
emplos: Acuerdo extra Pago del seguro de vid	da • Ganancias (	de la loteria/ju	ago del Se egos de a	eguro Social, ezar		SDI • Veteranos •  No Si respon		evolución d	le anualidad		
Alguna persona en	ei hogar está e	en nuelga?			india	ue a continuació	n:				
Nombre:						na de comienzo d	_				
echa del último cheque:					Mon	to del último pago	de nómina:				
Gasto  n el caso de la ayuda iemplos de gastos mé ospitalizados. Los m			gar?				gasto apacitadas y/o de seguro y a	\$ \$ mayores tención de	\$ \$ \$ de 60 años.	e a la ley Algunos	
				7.0	•						
nformación sobre Alguien del hogar a secundaria, profesio	nsiste a la escu	uela ción		No <b>□</b> spondió sí, in tinuación	dique	En el caso de estudiante solo la persona mer	se exide a De	ersonas de	e 18 a 49 ar de familia.	103, Saive	
profesional, escuela Nombre		nbre del centr		Último aí terminado	io i	● Fecha de inic	io Fecha p	● Fecha prevista de graduación  ¿Es estu		e con licación?	
				- Y-1		1 1			USÍ NoU		
¿Alguien del hogar re trabajo o ingresos po	cibe ayuda eco la ley de asiste	nómica (subv encia educativ	enciones /a para e	o becas), ing x militares?	gresos	s por estudio del		o□ condió sí, uación			
Quién:			12/11/2				and the second			1	
: Cuál es el monto	(\$) de subvenci	ones, becas,	y/o estud	lio del trabajo	que i	isó para los gast	os de subsiste	ncia este	mes? \$		
■ ¿Cuál es la base in	nponible (\$) de	subvenciones	s, becas,	y/o estudio d	el trab	ajo que esta per	sona recibió p	or el año?	\$		
- Si necesita asisteno jemplos de gastos de	ia médica, le ha subsistencia: (	ará falta esta Comida • Ves	intormaci timenta •	on. Vivienda • Ti	ranspo	orte • Costos de s	ervicios públi				
Recursos ¿Alguien del hogar que comparte con c	tiene recursos	WORKS NO , inclusive lo	EXIGE I	NFORMACI □SÍ No□		BRE RECURSO espondió sí, indiq s de recursos se		ción. Algu parte infer	nos ejemplo ior de la tab	os de la.	
Nombre	Tipo de reci	ursos Nomb	ore de la ciera	entidad	Núr	nero de cuenta	Valor ac	tual			
							\$			P. W. O.	
					1		Ψ				
					·		I				

Ejemplos: Dinero en efectivo disponible • Cuentas corrientes y de ahorros • Acciones • Bonos • Fondos de inversión • 401Ks • IRAs • Fideicomisos • CD • Anualidades • Fondos para la universidad • cuentas PASS • IDA • Pagarés • Cuentas para educación

¿Alguien posee un veh botes, motos de nieve, y	ículo, incluidos autos, otros vehículos recrea	camiones, motocicleta tivos?	s, rem	olques,	□Sí N Ŝi resi contin	o <b>□</b> condió si, indique uación	a	
Nombre	Año, marca y modelo				Valor	actual		
					\$			
					_ Ψ	<del></del>		
¿Alguien tiene pólizas de	seguro de vida o póliz	as de seguro funerario	?	□Si No□ Si respond		ue a continuación	n:	
Quién	uién Empresa y número de póliza					¿Revocable o irrevocable?	Valor	
					ie seguro ie seguro	□Revocable □Irrevocable	\$	
					le seguro le seguro	□Revocable □Irrevocable	\$	N.
¿Alguna persona del hog casa)?	¿Alguna persona del hogar tiene alguna propiedad (incluida su casa)?							
Nombre/dueño de la propiedad	Tipo de propiedad	Dirección de la propiedad		/alor		principal de esta p	· ·	
			\$		□Comerc	o principal □Ingre io/empleo autónor o principal □Ingre	mo □Otro:	
			\$		Comerc	io/empleo autóno	mo 🗆 Otro:	
¿Alguna persona del hogar vendió, transfirió o regaló dinero en efectivo, propiedades u otros bienes en los últimos cinco años?								
Nombre	Fecha de transferencia	¿Qué bien?	M	Monto recibido Va		comercial normal	4	
			\$		\$			
			\$		\$	ID 045 U04	SC CCL AND	n dobo
1Si usted solamente solici declarar por los últimos 36 Antecedentes judicia ESTAS PREGUNTAS SO	6 meses (3 años). ales							
ADULTOS								
Si solicita asistencia méd  1. ¿Usted o algún integra fraudulento beneficios du	nte de su hogar fue decl	arado culpable, o fue de:	scalific to desp	ado por reci oués del 22/	bir de un n sep./1996?	nodo	□Sí No□	Quién:
2. ¿Usted o algún integra detenido o ir a la cárcel, p	ante del hogar se está oc por un delito grave o inte	ultando o huyendo de la nto de delito grave, o vic	justicia lación	para evitar de libertad d	un proces	o judicial, ser lo período de	USI No□	Quién:
prueba? 3. ¿Usted o algún integrar por posesión, uso o distrib mientras estaba bajo la in	aución de una sustancia d	e uso controlado (delito d	irave re	iacionado co	Jii ui ogas)	deral o estatal o por un delito	□Sí No□	
4. ¿Usted o algún integra comprar o vender, benef	ente de su hogar fue dec	larado culpable, o desca	lificado	, por compr	ar o vende	r, o intentar	□Sí No□	l Quién:
5. ¿Usted o algún integra armas de fuego, municio	ante de su hogar fue dec nes, explosivos o drogas	larado culpable de nego s después del 22/sep./19	ciar be 196?	neficios de a	ayuda para	alimentos por	LISI NoL	Quién:
6. ¿Usted o algún integrar intencional al programa o	fue declarado culpable de	rraude a la asistencia pu	blica er	i un juicio pe	inai?		□Sí NoC	l Quién:
7. ¿Usted o algún integrar sexual y maltrato de niños Against Women Act of 19	e agración cavital como s	e detine en la Lev de Vibit	encia u	irilla ias illui	CIES UC 13	24 (VIUIGIIUG	□Sí NoC	Quién:
SI SOLAMENTE SOLI								
¿Alguna persona del h	ogar ha estado en el ej	ército? □Sí No□	Sir	espondió sí	, ¿quién?			

Si necesitara ayuda para pagar los costos de sus exequias/sepelio, preferiría: 🏻 Cremación 🖽 Sepelio 🗀 No tiene preferencia

Declaración jurada de pres	encia legal								
Yo,juro o de	to de Servicios Hu claro bajo pena de	umanos (DHS) de Colorado como compro e perjurio en virtud de la legislación del e	bante de pres estado de Colo	sencia legal en lo orado que:	os Estados Unidos				
<b>F</b> □ So	y ciudadano es	stadounidense, o							
Marque solamente <b>=</b> □ No	soy ciudadano	o estadounidense pero soy resid	ente perma	anente legal (	de los Estados Unidos, o				
Estado	or Linidos as la	o estadounidense ni residente po gal conforme a la legislación fed	eral.						
Entiendo que la legislación exige esta c comprobantes de que estoy presente l representación falsa, ficticia o fraudule Estatuto 18-8-503 modificado de Color	leclaración jurada p egalmente en los E	porque yo solicité un beneficio público. E Estados Unidos antes de recibir este bene ación jurada es punible por las leyes pena un delito penal independiente cada vez qu	ntiendo que la ficio público. A lies de Colorac	lo como perjurio	en segundo grado conforme al				
Firma:				T CONG.					
DECLARACIÓN I Por el Departamer Yo,juro o de	to de Servicios Hu	umanos (DHS) de Colorado como compro le perjurio en virtud de la legislación del	obante de pre estado de Col	sencia legal en l orado que:	os Estados Unidos				
		stadounidense, o		4 - 1 1	de les Estados Unidos o				
solamente 🚽 🗅 No	soy ciudadan	o estadounidense pero soy resid	lente perm	anente legal	de los Estados Unidos, o				
una	s con ciudadan	o estadounidense ni residente p	ermanente	legal pero m	i presencia en los				
casilla L D No	os Unidos es le	egal conforme a la legislación fec	leral.						
comprobantes de que estoy presente	iegalmente en los I	porque yo solicité un beneficio público. E Estados Unidos antes de recibir este bene ración jurada es punible por las leyes pen	ales de Colora	do como perjurio	en segundo grado conforme al				
Estatuto 18-8-503 modificado de Colo	rado y constituirá u	un delito penal independiente cada vez q	ue se reciba u	n beneficio públi Fecha:	co de modo fraudulento.				
		ORKS O AYUDA ECONÓMICA P							
		ALOSA SOLUTION							
Cobertura médica retroact	IVA para pagar las f	facturas médicas de los últimos 3 r	neses?	□Si No□	o familiar en ese mes/esos				
Quién	22	Mes(es)	11.5	gresos dei grup eses	to familiar en ese mes/eses				
misma declaración fiscal, si preser con usted. Use más papel si es ne	ed mismo, su có nta una. Si no pre cesario.	onyuge/pareja, y los niños que vivan c esenta una declaración fiscal, recuero	con usted y/o de que aún a	cualquier pers	cona que esté incluida en la ar a los familiares que vivan				
¿Planea presentar una declara	ción de impuest	tos federales EL AÑO PRÓXIMO?	Si respond	ió sí, indique a	continuación				
¿La presenta en conjunto con un cónyuge?		Nombre del cónyuge:	<u>e).</u>						
¿Se reclaman dependientes?	□Sí No□ endiente en la de	Nombre del (de los) dependiente( eclaración fiscal de otra persona que	no vive en s	u domicilio? 🗆	Si No□ Si respondió si, indiqu				
a continuación:	□Sí No□	Nombre de la persona que lo recl							
¿Se reclama como dependiente?	Si No		¿Esta persona es un padre que no tiene la QSi NoQ						
¿Ésta persona está indicada en la solicitud?		todio?		os se anlican	a su caso circunstancias				
Si indicó que usted es un contrib- excepcionales (que ha sido víctir	uyente y que est na de violencia d	iá casado, ¿presenta formularios fiscadoméstica)? □Sí No□							
¿Alguna otra persona del hoga	ır planea preser	ntar una declaración de impuestos	federales	□Sí No□	Nombre:				
EL AÑO PRÓXIMO? ¿La presenta en conjunto con un	cónyuge?	Sí No Nombre del cónyuge: Nombre del (de los) d	lependiente(	s):					
¿Se reclaman dependientes?		ST NOCE THORIDIE del (del loe) e			-				

¿Prevé ser reclamado como dependier a continuación:	nte en la declaraci	ión fiscal de otra	persona que no vive en su	domicilio?	ISi No□ Si respondió si, indique			
¿Se reclama como dependiente?	□Sí No□	Nombre	de la persona que los recla	ama:				
¿Esta persona está indicada en la solic	itud? Sí No	¿Esta pe	rsona es un padre que no	tiene la	□SÍ No□			
Si indicó que usted es un contribuyente excepcionales (que ha sido víctima de	y que está casac violencia doméstic	io, ¿presenta for ca)? □Sí No□	mularios fiscales separado	s, se aplican	a su caso circunstancias			
¿Alguna otra persona del hogar plan EL AÑO PRÓXIMO?	ea presentar un	a declaración de	e impuestos federales	□Sí No□	Nombre:			
¿La presenta en conjunto con un cónyuge?	□Sí No□	Nombre del cón			<u> </u>			
: Se reclaman dependientes?	□Sí No□	Nombre del (de	los) dependiente(s):					
¿Prevé ser reclamado como dependier a continuación:				domicilio? L	ISi No□ Si respondió si, indique			
	□Si No□		ersona que los reclama:	tdia 2	· Sí No			
solicitud?	persona esta indicada en la Convoca de la persona de la pe							
Si indicó que es un contribuyente y que excepcionales (que ha sido víctima de	e está casado, ¿p violencia domesti	resenta formulari ica)? □Si No□	os fiscales separados, se	aplican a su c	caso circunstancias			
A SECTION AND SECTION BUT LINES								
Cobertura del seguro de salud			da a aluda	DC: NaD C	Si respondió sí,			
¿Alguien de su hogar cumple los req	uisitos o tiene co	opertura/seguro	de salud?	indique a co				
Nombre/s: Tipo	de cobertura I	Fecha	de cobertura		a está inscrita?			
Normbre/s.	de cobellula I		00 0000	□Eligible	□Inscrito			
				□Eligible	Ulnscrito			
		<del></del>		□Eligible	□Inscrito			
				□Eligible	□Inscrito			
Tipos de cobertura: Medicare •TRICARE	- MA Health Com	A Ponce Come a (	ORPA • Plan de salud par					
el empleador actual • Seguro del retiro fer	roviario							
Si indicó que alguien de su hogar e sanitarios estatal o federal, complet	stá inscrito en Ti	RICARE, Peace	Corps, el programa VA H	lealth Care, I	u otro programa de beneficios			
Tipo/nombre del programa:								
¿Quién está inscrito actualmente en e	sta cobertura de s	salud?						
Nombre de la compañía de seguros:	sta cobcitora do t	34.00.						
Número de póliza:								
Si indicó que alguna persona de su Esto incluye si la cobertura es del e	hogar tiene acc empleo de algun	eso a la cobertu a otra persona, c	ra de salud de un emple como uno de los padres	o, complete o un cónyug	a tabla a continuación. e O si tiene COBRA o un			
plan de salud para jubilados.			Número de identificación					
Nombre del empleador:			Numero de identificación	del emplead	01.			
Dirección del empleador:			. Con suite see pedemo	o comunicar	con respecto a su cobertura?			
Teléfono del empleador:			Fecha en que perdió la c		con respecto a su cobertura:			
Fecha en que podría comenzar su co	bertura:	the order of the	¿Quién más en el grupo familiar estaba inscrito en esta cobertura?					
¿Quién más en el grupo familiar tenía	acceso a esta co	operturar	¿Quien mas en el glupo	Someth thas en el grupo familiar estaba inscrito en esta coportera.				
Cuanto necesitaría pagar en primas:	\$		□No sé					
Con qué frecuencia les pagaria?	Semanalmente 🗀	Cada 2 semanas	Dos veces por mes□M	ensualmente	□Anualmente			
: Tiene acceso a un plan de salud sol	n para el emplead	do que cumpla co	n la norma de valor minim	o dei pian d	e salud? USI LINO			
Si respondió sí, ¿cuál es el nombre d  No sé UNingún plan cumple con l	el plan de menor	costo que cumpla	a con la norma de valor mí	nimo que se	ofrece solamente al empleado?			
Un plan de salud patrocinado por e aprobados del plan de salud. Usted p	empleador cump	ole con la "norma	de valor mínimo" si el emp	oleador paga	el 60% de los beneficios			
aprobados del plan de calcal conse p								
Si usted o alguna persona de su gi Parte C, complete si tiene derecho	rupo familiar est o se inscribirá e	á inscrito en Me en el mes en que	dicare. Complete la tabla le gustaría comprar el s	a continuac eguro de sa	ión. Para la cobertura de la lud privado.			
Medicare Parte A	Medicare	Parte B	Medicare Parte C	1	Medicare Parte D			
¿Tiene derecho o recibe la Parte A? □Sí No□	¿Tiene derecho Parte B? USí	o recibe la	¿Tiene derecho o recibe Parte C (Medicare Advan □Sí No□	la ¿Tier tage) □Si	ne derecho o recibe la Parte D? No⊡			
¿Cuando comenzó la Parte A?	¿Cuando comer	nzó la Parte B?	¿Cuando comenzó la Pa	rte C? ¿Cua	ando comenzó la Parte D?			
¿Actualmente está inscrito?	Cuánto cuesta s de la Parte B:\$_			\$	nto cuesta su prima de la Parte D			
¿Quién paga su prima de la	¿Quién paga su				én paga su prima de la Parte D?			
Parte A?	Parte B?							
☐SÍ No□			<u> </u>					

¿Şe está tratando a alguna per	rsona de su hogar i	oor una lesió	n que us	ted reclamó o	podría reclamar	legalmer	nte? ⊑Sí No⊡	
Mambras							respondió sí,	
Las personas mayores de 18 a salud en otra dirección. ¿Las	nnos pueden recibir	· su propio co de 18 años d	orreo sol esean re	ore su cobertu cibir su propid		ue a contii	nuación:	
Nombre	Dirección	n .						
Cambio previsto en los in ¿El ingreso de su grupo famili	gresos	es a otro?	□Sí No	Si rospor	ndió sí, indique a c		on:	
	lar cambia de dit inc		Ingreso	anual de su er	npleo y	Flingre	eso anual será el mismo	
Nombre			nombre	de su emplead	dor	1	en el próximo año civil?	
			\$			☐Si No		
<del></del>			Φ					
Razones de las diferencia	s de ingresos							
Después de que presente su s	solicitud, verificarei	nos sus ingr	esos. Di	ganos si pasó	algo de lo siguie	nte en lo	s ultimos meses para	
ayudarnos con el proceso de Nombre	verificacion:	¿Qué pasó?			- 1			
Nottible		Doin do tro	baiaren	un empleo 🚨	Cambió el horario	en un em	pleo cio. FlOtro	
					to, separación leg			
		□Cambio en	i el emple	eo ⊟Casamie⊓	Cambió el horario to, separación leg	al o divort	30 000	
¿Alguna persona de su grupo	familiar tiene dedu			a a no relecio	nadae con el em	nlen? Mai	raue todo lo que	
¿Alguna persona de su grupo corresponda. Indique el mont seguro de salud. No debe incl	o y con qué frecuer	ncia lo paga.	Informar	nos sobre est	as deducciones or con respecto a	pogria red Tos ingre	esos laborales y las	
seguro de salud. No debe incl ganancias netas del empleo a	iuir un costo que ya iutónomo.	i considero e	50 165	Sí Nou		•		
¿Las deducciones cambian de	monto ar	Si respondió sí, llene el monto actual y e monto anual real						
Tipo de deducción y frecuencia						Monto actual Monto anual real		
Tine				nor mes	\$		\$	
□Solamente una vez □Seman □Mensualmente □Anualmente	ialmente UCada 2 s	emanas uuc	)S Veces	pormes			¢	
Tipo  Solamente una vez Seman		omanae DD/	ne veres	nor mes	\$		\$	
☐Solamente una vez ☐Seman ☐Mensualmente ☐Anualmente	aimente d'Caua 2 s	emanas OD	JS VC005		\$		\$	
Tipo_ □Solamente una vez □Seman		emanas 🗆 Do	ns veces	por mes	a a			
					o oborros a Interes	ees del nre	stamo estudiantil	
☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐ ☐	enticia • Pérdidas de	capital • Mult de dastos • Di	a por reti educción	ro anticipado di de la HSA • Ga	e anorros • interes astos de traslado •	Contribut	ción aportada a su IRA	
<ul> <li>Actividades de produccion dom tradicional • Ciertos gastos come</li> </ul>	erciales de reservista	s, artistas o fu	incionario	os del gobierno	con cobro			
			nianae d	o un empleo a	nterior, empleo	autónomo	o de	
¿Alguna persona de su grupo otra fuente durante el año de	cobertura que no e	sté indicada	como in	gresos actual	es que usted deb	a incluir	en su □Sí No□	
declaración fiscal? Si respondió sí, díganos el mor	to dol ingreso enteri	or v las deduc	cciones. N	lo incluya ingre	sos ni deduccione	es actuale	s ni futuras.	
	no dei ingreso anten							
Monto del ingreso anterior: \$								
Monto de las deducciones anterio	ores: \$							
20102								
Información sobre indíge	enas americano	s o nativos	de Ala	ska		(Imalia	on Hoolth Sovice (HS)	
Los indígenas americanos y los	nativos de Alaska pu	ieden recibir s	ervicios (	del Servicio de	Salud para indige de uno de estos pi	nas ( <i>Iriola</i> ogramas,	Es posible que tampoco	
nrogramas de salud tribales, pro	igrama de salud indig	gena urbano, s	O striculari	to la fallicia	Despens	la lac proc	runtas siguientes para	
tengan que pagar reparto de cos asegurarse de que su familia rec condiciones de los programas de	ciba la mayor ayuda e aseguibilidad de se	posible. Es po enuros, Indique	sible que e los inar	e cierto dinero d esos que inclu	yan dinero de esta	s fuentes:	ingroood para reason	
D tribu	aug provendan de re	cursos natura	ales dere	chos de uso, c	ontratos de aiquile	ir o regand	35	
	1 14		ratar da	alaudern maal	ias ne la lierra des	sigilaya ce	WHO HOCKDON WOOD WAS ALLE	
por el Departamento de Interior	(Department of inten	Of (Inclusive	reservas	indigenas y re:	servas indigenas i	arrieriores,	Lagran and the same of the sam	
• Dinero de la venta de cosas qu	ue tengan importanci	a cultural	native :	de Alaska?	□Sí No□ Si re	spondió s	ĺ,	
¿Alguna persona de su hoga	ir es un indigena an	nericalio o ul	1 Hativo	ue Alaska.	indique a contin	uación:	n 1	
Nombre	Nombre de la tribu			Estado de la	Tipo de ingreso	recibido	Frecuencia y monto	
HOMBIE				tribu				
				<u> </u>	<u> </u>	-		

¿Alguien del grupo familiar recibió alguna vez un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, programas de salud tribales, programa de salud indígena urbano, o mediante la remisión de uno de estos programas?		□Si No□ Si respondió si, indique a continuación:	 	
Nombre:				
Nombre:				
Si nadie recibió, ¿quién del grupo familiar es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígenas, programas de salud tribales, programa de salud indígena urbano, o mediante la remis de uno de estos programas?	para ión	□Sí No□ Si respondió sí, indique a continuación:		
Nombre:				
Nombre:				
Autorización para convalidar los ingresos  Como parte del procedimiento de elegibilidad, debemos verificar la información que usted nos proporcion de abajo, indica que Connect for Health Colorado NO tiene autorización para verificar la información de lo Si no permite el uso de estos datos, entiende que Connect for Health Colorado le enviará una carta solici información de su grupo familiar, incluidos sus ingresos anuales. Si no presenta los comprobantes sol declaración de impuestos en el plazo de 90 días de la solicitud, se determinará que no es elegible para primas/reducciones por reparto de costos (APTC/CSR).	os ingre tando d icitado para c	esos de las declaraciones fiscale ue presente comprobantes de l s de la información de la réditos fiscales anticipados	es.	
☐ NO autorizo a Connect for Health Colorado a convalidar mis datos de ingresos contra fuentes f	ederal	es.		
INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE AUTORIZADO PARA ASISTENCIA MÉDICA Puede elegir un representante autorizado solamente para asistencia médica. Un representante autorizado confiable que usted elige para que lo ayude con su solicitud. Necesitamos su autorización para que su re nosotros sobre esta solicitud, vea su información, y actúe en su nombre en todos los asuntos relacionado vez desea cambiar a su representante autorizado, o ya no quiere un representante autorizado, póngase & CHP+ o Connect for Health Colorado.	presen	tante autorizado hable con cobertura de salud. Si alguna		
Su representante autorizado es: una persona u organización:				
Persona autorizada/nombre de la organización:				
Empresa/Número de ID de la organización (si corresponde);				
Dirección de la persona autorizada/organización:				
Para entregar a (si corresponde):				
Ciudad, estado, código postal, país:				
Número de teléfono: Dirección de correo electrónic	:00			
¿Quiere que su representante autorizado reciba copia de sus avisos/comunicaciones?		i i		
Al firmar, permite que su representante autorizado firme su solicitud, reciba información sobre la solicitud asuntos futuros con esta entidad y/o Connect for Health Colorado.	ud y ac	túe en su nombre en todos los		
Firma del solicitante		cha: (mm/dd/aaaa)		
Al firmar, acepto cumplir con todas las responsabilidades dentro del marco de acción de la representación represento debe cumplir. Acepto mantener la confidencialidad de toda la información respecto al solicita Connect for Health Colorado de conformidad con la legislación estatal, federal, y todas las demás leyes Si un representante autorizado es una organización, se exige la firma de un contacto de la organización personal, o voluntario de la organización. Como proveedor, integrante del personal o voluntario de una organización que actúa como representan las normas de 42 CFR §431, Subparte F y con 45 CFR §155.260(f), y 42 CFR §447.10, así como tambifederales pertinentes con respecto a conflictos de intereses y confidencialidad de la información. Si le han otorgado la autoridad legal para actuar como representante autorizado en nombre del solicitan asignación por medio de esta hoja de trabajo, deberá ratificar que tiene esa autoridad y presentar los do verifiquen que tiene dicha autoridad. Yo, ratifico que tengo la autoridad legal para actuar en nombre del solicitante o usuario. (Cuando envíe de los siguientes documentos: un poder notarial, un mandato judicial que establezca la custodi explícitamente que usted puede actuar legalmente en nombre del solicitante o usuario).	nte o u vigente que pu te auto én con ute o us ocumen	suario provista por la entidad o es. sede ser un proveedor, integran rizado, declaro que cumpliré co todas las demás leyes estatales uario por otras vías distintas a l tos correspondientes que	n s y a	
Firma del representante autorizado/contacto de la organización		Fecha: (mm/dd/aaaa)		

### Formulario de Elegir Registración de Votante Para uso de la oficina solamente **Instrucciones** Date: Por favor, lea la siguiente información y complete y firme el formulario abajo. Esta agencia mantendrá el formulario por su registro. The applicant completed a voter registration form Yes No **Aviso Importante** Usted puede presentar una queja con el Secretario de Estado de Colorado The applicant requested and was given a voter si usted cree que alquién ha interferido con su derecho a : registration form for later delivery registrarse o declinar la registración para votar, Yes No privacidad en la decisión de registrarse o en aplicar para registrarse • elegir su propio partido político y otras preferencias políticas. Employee Initials: Enviar queias a: Colorado Secretary of State 1700 Broadway Denver, CO 80290 Phone: (303) 894-2200 Usted puede aplicar para registrarse para votar o actualizar su registro hoy Si usted no está registrado para votar en el lugar donde reside ahora, usted puede registrarse para votar aquí hoy. • Si usted guisiera ayuda para llenar el formulario de registración de votante, le ayudaremos. Usted decide si desea o no buscar o aceptar ayuda. Usted puede llenar el formulario de registración en privado. ¿Afecta los servicios que estoy solicitando el hecho de que llene o no llene el formulario de registración? No. Aplicar para registrarse o declinar la registración para votar no afectará la cantidad de ayuda que esta agencia le proporcionará. ¿Qué tan privado es este proceso? El nombre y lugar de la agencia u oficina pública donde recibió la aplicación de registración de votante no aparecerá en sus expedientes. Si decide no usar esta aplicación para registrarse para votar, esto también es confidencial. Complete y firme abajo Si usted no está registrado para votar en el lugar donde reside ahora, ¿desea aplicar para registrarse para votar aquí hoy? Por favor, sólo marque una de las casillas a continuación y firme abajo.-Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar por el momento. Sí, deseo aplicar para registrarme para votar hoy. (Por favor llene el Formulario de Registración de Votante) Usted es elegible para votar si: Es ciudadano de los Estados Unidos. • Es o será un residente del estado de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted se propone votar, Tiene por lo menos 16 años de edad, pero usted debe tener 18 años de edad o mayor en la fecha de una elección en la que usted se propone votar. NO está cumpliendo una condena (inclusive libertad condicional) debido a una condena por delito. No, no deseo aplicar para registrarme para votar hoy. Su nombre completo (letra de imprenta) Fecha de hoy (MM/DD/AA) Firma

### Voter Registration Choice Form For office use only Instructions Date: Please read the following information and complete and sign the form below. This agency will keep the form for its records. The applicant completed a voter registration form **Important Notice** Yes No You may file a complaint with the Colorado Secretary of State if you believe that someone has interfered with your right to: The applicant requested and was given a voter registration form for later delivery register or decline to register to vote, Yes No privacy in deciding whether to register or in applying to register to choose your own political party or other political preference. Employee Initials: Send complaints to: Colorado Secretary of State 1700 Broadway Denver, CO 80290 Phone: (303) 894-2200 You may apply to register to vote or update your current registration today • If you are not registered to vote where you live now, you may apply to register to vote here today. • If you would like help in filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the voter registration form in private. Does filling out or not filling out the registration form affect services I am applying for? No. Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. How private is this process? The name and location of the agency or public office where you received the voter registration application will not appear on your records. If you decide not to use this application to register to vote, that is also confidential. Complete and sign below If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register to vote here today? Please check only one of the following boxes. If you do not check either box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time. Yes, I want to apply to register to vote today. (Please fill out the Voter Registration Form) You are eligible to register to vote if you: Are a United States citizen. Are or will be a resident of the state of Colorado for at least 22 days immediately before an election in which you intend to vote. Are at least 16 years of age but you must be 18 years of age or older on the date of an election in which you intend to vote. Are NOT serving a sentence (including parole) for a felony conviction. No, I do not want to apply to register to vote today. Your full name (please print) Signature Today's date (MM/DD/YY)

#### Formulario de Registración de Votante de Colorado Rellene todos los campos marcados con un asterisco (\*) si contesto "No", no complete est formulario. \* Es usted ciudadano de los Estados Unidos? Sí No Eligibilidad 2 Nombre Segundo Nombre Sufijo \* Primer Nombre \* Apellido Tengo una Licencia de Conducir de CO válida Recuerde escribir su fecha o Tarjeta de ID. Escribir dicho Número aquí: de nacimiento abajo. Identificación No tengo una Licencia de Conducir de CO o Provee su fecha de 3 Tarjeta de ID. Escribir los últimos 4 dígitos nacimiento y marca una de las de su Número de Seguro Social aquí: cajas \*MM \*DD \*YYYY No tengo una Licencia de Conducir de CO, Tarjeta de ID, o Número de Seguro Social Número de Unidad \* Ciudad o Pueblo \* Dirección (no Apartados Postales) La dirección donde CO usted vive Estado \* Código Postal Condado de Colorado Estoy sin vivienda. Esta es una locación a la cual regreso regularmente. También he proveído una dirección de correo postal en la sección 5. Igual que arriba La dirección donde Dirección 5 usted recibe correo postal Código Postal Estado Ciudad o Pueblo La dirección para Igual que arriba enviar la boleta Dirección 6 El Condado le enviara su boleta aquí hasta que usted Código Postal Estado Ciudad o Pueblo diga de otra manera. Me gustaría ser un miembro del siguiente partido político: American Constitution Approval Voting Democratic Green Afiliación política Me gustaría ser sin afiliación, pero quiero recibir la boleta del siguiente partido en las próximas elecciones primarias: Elija solo 7a o 7b American Constitution Democratic Las boletas de todos los partidos principales 7b Republican Unity Ya no estoy ausente de Colorado debido al servicio militar No estoy actualizando un expidiente Ya no estoy en el extranjero ¿Actualizando un registro actual? 8 Nombre legal anterior Dirección de domicilo anterior Si es así, usted debe proveer los cambios aplicables aquí. Dirección de correo postal anterior Afiliación Política Anterior Advertencia: Es un delito menor de Clase 1 a jurar o afirmar falsamente con respecto a sus calificaciones para votar. Afirmación propia: Afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos; he sido residente de Colorado por lo menos durante 22 días inmediatamente antes de una elección en la cual intento votar, y yo tengo por lo menos dieciséis años de edad; y entiendo que debo tener por lo menos diecisiete años y cumpliendo dieciocho años de edad en o antes de la fecha de la próxima elección general para ser elegible para votar en una elección primaria, y por lo menos dieciocho años para ser elegible para votar en cualquier otra elección. Además, yo afirmo que la dirección que yo he proveído es mi único lugar de residencia legal. Certifico bajo pena de perjurio que la información que yo he proveído en esta aplicación es verdadera a mi leal saber y entender; y que no he ni voy a emitir más que una boleta en cualquier elección. 9 Declaración Firma del testigo Fecha \* Fecha \* Firma o marca Si usted no puede firmar, usted debe poner una marca y un testigo de la marca debe firmar aquí. Quisiera ser un juez electoral Identidad de género Número de teléfono con código de área Información 10 Opcional Quiero recibir información electoral por correo electrónico: (No recibirá una boleta por correo electrónico) Correo electrónico

## Información acerca de esta registración

#### ¿Cómo entrego este formulario?

Firme el formulario. Luego, envíe por correo, entregue o escanee el formulario firmado y envíelo por correo electrónico al secretario y registrador de su condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: <a href="https://www.elections.colorado.gov">www.elections.colorado.gov</a>.

También puede enviar el formulario a: Colorado Department of State Elections Division 1700 Broadway, Suite 200 Denver, CO 80290

### ¿Soy elegible para registrarme para votar? Usted es elegible para votar si:

- · Es ciudadano de los Estados Unidos,
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 17 años para votar en una elección primaria si cumplirá 18 años de edad o mayor en o antes de la fecha de la próxima elección general.
- Tiene 16 años de edad, pero usted debe tener por lo menos 18 años de edad para poder votar en cualquier otra elección
- Es un residente de Colorado durante por lo menos 22 días inmediatamente antes de una elección en la que usted intenta votar.
- Actualmente no está sirviendo un término de encarcelamiento por una condena por delito mayor.

# Si no sé el número de mi licencia de conducir o de identificación de Colorado, ¿puedo proporcionar mi Número de Seguro Social en su lugar?

No. Si usted tiene una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado emitida por el Departamento de Hacienda de Colorado, usted debe proporcionar dicho número.

# Si no tengo una licencia de conducir o tarjeta de identificación de Colorado, ¿todavía puedo registrarme para votar?

Sí. Un solicitante quien está calificado para votar en este estado, pero no tiene una licencia de conducir, tarjeta de identificación, o el número de seguro social, puede aún registrarse para votar. En tales casos, la persona puede ser obligada a proveer una forma de identificación aceptable. Una lista de formas de identificaciones aceptables se encuentra en http:// VayaVotarColorado.com.

### ¿Cómo sabré si mi registración se procesó?

Si se está registrando para votar por primera vez en el estado de Colorado, su aplicación será procesado dentro de 2 semanas. Aproximadamente 20 días después de que el secretario y registrador de su condado reciba su formulario de registración, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo.

Si usted está usando este formulario para actualizar un registro actual, puede revisar su estado visitando http://VayaVotarColorado.com y haciendo clic en "Encontrar Mi Registro de Votante."

Si usted está pre-registrándose para votar, usted recibirá una tarjeta de información oficial por correo y podrá revisar el estado una vez que sea elegible para votar.

# Otras preguntas frecuentes sobre el registro y la votación

### ¿Necesitaré identificación para votar?

Si usted esta votando por correo por primera vez, es posible que tenga que proporcionar una fotocopia de su identificación.

Una lista completa de las formas de identificación aceptables se puede encontrar en www.vayavotarcolorado.com.

#### ¿Cómo puedo recibir una boleta por correo?

Si usted se registra para votar por lo menos ocho días antes de una elección llevado a cabo por el secretario y registrador de su condado, el secretario automáticamente le enviara una boleta por correo. Si usted se registra después del octavo día antes de una elección, usted debe visitar uno de los Centros de Votación en su condado para recibir una boleta.

# ¿Podré registrarme para votar si he sido detenido o se me ha condenado de un delito?

#### Sí, si usted

- Está en libertad condicional por un delito o crimen menor;
- Es un detenido previo al juicio, en espera del juicio;
- Está actualmente en la cárcel, sirviendo una sentencia de un delito menor solamente: O
- Ya no está sirviendo un término de encarcelamiento debido a una condena por delito mayor.

Si estuvo registrado anteriormente y estuvo encarcelado debido a una condena por delito mayor, esa registración se habrá cancelado y debe volver a registrarse si desea votar.

### ¿Qué información recibiré por correo electrónico?

Al elegir a recibir la información electoral por correo electrónico, usted podrá recibir información sobre las actividades de elecciones próximas y otra correspondencia por correo electrónico de parte del Secretario y Registrador de su Condado. Pero boletas y algunos correos serán enviados por correo. Bajo la ley de Colorado, su dirección de correo electrónico está protegida. No se compartirá con nadie.

### ¿Será mi información disponible públicamente?

Alguna de la información que usted provee en este formulario es información publica como requerido por ley. Su número de seguro social, numero de licencia de conducir, mes y día de nacimiento, firma, y correo electrónico son confidencial. Usted podrá ser elegible para mantener más de su información de votante privado. Para detalles contacte al secretario y registrador de su condado.

### ¿Con quién debo comunicarme si tengo más preguntas?

Comuníquese con su secretario y registrador de condado. Usted encontrará una lista con información de contacto en: <a href="https://www.elections.colorado.gov">www.elections.colorado.gov</a>.

Usted también puede comunicarse con la oficina del Secretarió de Estado:

Teléfono: 303-894-2200

Fax: 303-869-4861

Correo electrónico: State. Election Division@sos. state.co.us

### Información para votantes sin afiliación

Soy registrado como sin afiliación. ¿Podré votar en la elección primaria?

Sí. Votantes sin afiliación son elegibles para votar en la elección primaria de cualquier partido, solo que podrán votar la boleta de un solo partido.

¿Necesito escoger de adelantado la boleta del partido que quiero votar?

No, pero puede si quiere. Tiene varias opciones:

- 1. Puede escoger la boleta del partido que quiere recibir por correo para la próxima elección primaria marcando la casilla junto al partido en la sección 7b de este formulario; o
- 2. Si prefiere recibir un paquete conteniendo las boletas de todos los partidos Democrata y Republicana, marque "Las boletas de todos los partidos principales" en la sección 7b de este formulario. Si marca "Las boletas de todos los partidos principales" en la sección 7b de este formulario, recuerde que debe elegir qué boleta votar. Solo vote y devuelva la boleta de uno de los partidos.
- 3. También puede votar en persona en cualquier Centro de Votación en su condado y escoger la boleta del partido que quiere votar.

### ¿Seleccionar una preferencia en la sección 7b significa que estoy uniéndome con ese partido?

No. Un votante sin afiliación quien selecciona una preferencia de boleta en la sección 7b se mantendrá sin afiliación.

### ¿Puedo participar en la reunión de caucus de un partido si estoy sin afiliación?

No. Para participar en la reunión de caucus de un partido usted deber unirse al partido antes del caucus del partido. Sin embargo, usted todavía esta elegible para votar en la elección primaria de cualquier partido participante.