

**PROGRAMA PARA LA ATENCION DE INDIGENTES DE COLORADO Y PROGRAMA DE CLINICA FAMILY HEALTH**

**SOLICITUD DEL CLIENTE**

<b>SECCIÓN I : SOLICITANTE</b>						<b>Desamparado:</b>	
						<b>Fecha:</b>	
Apellido	Nombre	Inicial de Segundo Nombre		Numero de Teléfono			
Dirección	Ciudad		Código Postal		Condado		
Miembros del Hogar	Código de Dependiente	Código de Residencia	Fecha de Nacimiento	Numero de Health First CO/CHP+	Numero de Seguro Social	Código de Exclusión de Health First CO/CHP+	
1. <u>Solicitante</u>							
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							
8.							
9.							
10.							
<b>Comentarios:</b>							
<b>Código de Dependiente</b>	1. Solicitante	2. Espos(a)/Pareja de unión Civil	3. Menor	4. Persona de la Tercera Edad	5. Estudiante Adulto	6. Otro	
<b>Código de Residencia</b>	<b>Código de Exclusión de Health First CO/CHP+</b>						
1. Residentes de Colorado y Ciudadano	A. ¿El solicitante ha recibido una carta de negación de Medicaid/CHP?						
2. Residentes de Colorado e Inmigrantes Legales Documentados	B. Solicitante no es un ciudadano estadounidense, no ha sido residente legal por al menos 5 años o no tiene la condición de refugiado.						
3. Trabajador Agrícola Migrante y Ciudadano	C. Transición sobre beneficios ha sido descatalogados.						
4. Trabajador Agrícola Migrante e Inmigrantes Legales Documentados	D. Sobre ingresos de Medicaid y no es:						
5. Contado sólo en el Tamaño de la Familia	a. UN NIÑO						
6. Descuento de Clínica Solamente	b. EMBARAZADA						
	c. DISCAPACITADOS						
	E. Tiene seguro primario - NO ES elegible para CHP+						
	F. Otros - Proporcionan una breve Explicación						

**SECCIÓN II: Cálculo de los Ingresos**

Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	Cantidad Anual
1. Ingreso de Empleo Bruto	\$ _____	\$ _____
2. Ingreso No Ganado	\$ _____	\$ _____
3. Ingreso Neto-Negocio Propio	\$ _____	\$ _____
<b>4. Total de Ingresos(Líneas 1 + 2 + 3)</b>	\$ _____	\$ _____
5. Deducciones Permitidas (Hoja de Trabajo 2)		\$ _____
<b>6. Gran Total Neto (Líneas 4- 5)</b>		\$ _____

**(201-250%, Solo para CICP) Percentage de FPL:** \_\_\_\_\_

**Límite Anual de Copago del Cliente CICP (Línea 6 multiplicado por 0.10):**\$ \_\_\_\_\_

**CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN PARA CICP**

INFORMACIÓN Certifico que la información proporcionada para completar esta solicitud es verdadera. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito de clase 5. Además, tergiversando mi elegibilidad para ayuda bajo este programa es una clase 2 delito (26-15-112, C.R.S.). Autorizo al proveedor de utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar mi elegibilidad para ayuda bajo este programa y para obtener registros relacionados a la elegibilidad de una institución financiera como se define en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros. Entiendo que el proveedor tiene derecho a obtener cualquier recuperación o derecho de recuperación de un paciente que tiene un derecho de recuperación. Esto significa que si me declaran tener una reclamación de beneficios pagaderos por cualquier tratamiento que se da, mientras que soy elegible para ayuda bajo este programa que el proveedor tiene derecho a ser incluidos en el proceso de reclamos. En su caso, entiendo que los inmigrantes legales recibir ayuda bajo este programa deberán convenir abstenerse de ejecutar una declaración jurada de apoyo con el fin de patrocinar a un extranjero en o después del 01 de Julio de 1997. Entiendo que es mi responsabilidad notificar el proveedor de un cambio de ingresos o en su casa que puede influir en la calificación en esta solicitud y no hacerlo invalidará esta solicitud.

**CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN**

Certifico que la información proporcionada para completar esta solicitud es verdadera. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito.

**TIENE 15 DÍAS PARA APELAR SU RITMO CICP**

(Pregunte a su técnico de elegibilidad para obtener más información sobre el proceso de apelación)

\_\_\_\_\_  
Escribir Nombre del Solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante y Fecha

**Fecha:**

\_\_\_\_\_  
Escribir Nombre del Técnico de Elegibilidad

\_\_\_\_\_  
Firma del Técnico del Elegibilidad y Fecha

**Fecha:**

**Clinica Family Health**

\_\_\_\_\_  
Escribir el Nombre del Establecimiento

**(303) 650-4460**

\_\_\_\_\_  
Numero de Teléfono del Establecimiento

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

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del estado de Colorado que (marque un opción):

- Soy ciudadano de los Estados Unidos, O
- No soy un ciudadano de Estados Unidos pero soy residente permanente de los Estados Unidos
- No soy un ciudadano de Estados Unidos pero estoy legalmente presente en Estados Unidos bajo de la Ley Federal

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o tergiversación en esta declaración jurada es punible con arreglo a las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

Firma del Solicitante

Fecha

**SÓLO PARA USO INTERNO**

**Por favor marque la casilla que indica que documento se verificó presencia legal y fotocopia del documento en el archivo del solicitante.**

- Un válido y corriente licencia de conductor de Colorado o un Colorado tarjeta de identificación, emitido de conformidad con el artículo 2 del título 42, C.R.S., a menos que el solicitante es titular de una licencia o tarjeta que dice, "no son válidos para identificación federal, votar o beneficio público", o
- Un licencia de cualquier conducir fuera del estado o estado emitido identificación si ese es: Estado de emisión
- Una tarjeta militar de Estados Unidos o tarjeta de identificación de dependiente militar o
- Una tarjeta de Estados Unidos guardacostas Merchant Mariner, o
- Un documento tribal americano nativo, o
- Otra documentación tirado de SAVE o se encuentran en una lista Federal de documentación aceptable para establecer presencia legal (véase 1 CCR 204-30 secciones 2.1.4 y 2.1.6)

Nombre de document aceptado (Incluir número de documento):

\_\_\_\_\_

Fecha en que se completó verificación en SAVE: \_\_\_\_\_

Por favor nota: Si el solicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional y es incapaz de presentar cualquiera de los documentos listado en este formulario puede enviar una declaración escrita o un declaración por escrito del tercero. Estas opciones deben usarse con precaución. El solicitante debe firmar abajo.

**Declaración del uno mismo**

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurioy posiblemente sujeta a verificacion posterior de la situacion, que tengo conocimiento personal que elsolicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

**Tercero Declaración**

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo bajo pena de perjurioy posiblemente bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que tengo conocimiento personal que elsolicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

Estado de presencia legal del Departamento de ingresos de Colorado, véase 1 CCR 204-30 regla 5:

<http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6860&fileName=1%20CCR%20204-30Estados>

Estados que requieren los aspirantes probar presencia legal antes de la expedición de licencia de conducir o tarjeta de identificación también se llaman Estados compatibles con ID REAL. Una lista de Estados conformes ID REAL puede encontrarse en:

<https://www.dhs.gov/current-status-states-territories>

**PROGRAMA PARA LA ATENCION DE INDIGENTES DE COLORADO Y PROGRAMA DE CLINICA FAMILY HEALTH**

Hoja de Cálculo 1 – Ingreso de Empleo y de Ingresos no Ganados

<b>Fuentes de Pago</b>	<b>Cantidad Mensual</b>	<b>Cantidad Anual</b>		
<b>Ingresos del Trabajo:</b>				
Ingreso por empleo	\$ _____	\$ _____		
<b>Ingreso de Negocio Propio:</b>				
Ingreso de Negocio Propio-Neto	\$ _____	\$ _____		
<b>Ingresos no Ganados:</b>				
			<u>Documentado</u>	<u>Declarado</u>
Desempleo/Compensación de Trabajadores	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Subsidio de la Tercera Edad (OAP)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI/SSDI)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Pensión de Jubilación :</b>				
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Regalos Monetarios	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asistencia de Divorcio	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso por Rentas	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ingreso por Intereses	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Monetarios y las Ganancias de Capital	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ingresos de otras Fuentes:</b>				
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	\$ _____	\$ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<b>Ingreso Total</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>		

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad

Fecha

**Clinica Family Health**

**303-650-4460**

Establecimiento

Teléfono

**PROGRAMA PARA LA ATENCION DE INDIGENTES DE COLORADO Y PROGRAMA DE CLINICA FAMILY HEALTH**

Hoja de Cálculo 2 – Deducciones Permitidas

	Cantidad Mensual	Cantidad Anual
Cuidado de los Ancianos	\$ _____	\$ _____
Guardería	\$ _____	\$ _____
Pago de Pensión por Divorcio	\$ _____	\$ _____
Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____
Pago de Seguro Médico	\$ _____	\$ _____
Farmacia	\$ _____	\$ _____
Uso de Vehículo Personal para Fines Comerciales	\$ _____	\$ _____
<b>Total</b>	\$ _____	\$ _____

*Pagados o facturas médicas pendientes de centro proveedor había incurrido más de 90 días después de la fecha de solicitud. DEBEN SER DOCUMENTADOS (adjuntar recibos)*

CICP Proveedor	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual	
			Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
			<b>Total</b>	\$ _____

*Pagados o las facturas médicas pendientes desde un proveedor no CICP incurridos independientemente de su edad. DEBEN SER DOCUMENTADOS (adjuntar recibos)*

Proveedor que no es de CICP	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual	
			Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
			<b>Total</b>	\$ _____

*Un solo pago los gastos médicos incurridos durante los últimos 12 meses, que se aplica como un único plano deducción. DEBEN SER DOCUMENTADOS (adjuntar recibos)*

Descripción de Gastos Médicos	Fecha Incurrida	Total Mensual	
		Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
			<b>Total</b>
			<b>Gran Total:</b>

(utilizar esta figura en la línea 5 de la sección II de la aplicación)

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante \_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Técnico de Elegibilidad \_\_\_\_\_  
Fecha

**Clinica Family Health** **303-650-4460**  
Establecimiento Teléfono