



**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**  
**APLICACIÓN DE CLIENTE**

<b>SECCIÓN I : Solicitante</b>	Tasa de Personas sin Hogar: _____
Fecha: _____	Solicitud de Emergencia: _____

<b>Apellidos</b>	<b>Nombre</b>	<b>Inicial de Segundo Nombre</b>

Dirección	Ciudad	Código Postal	Provincia	Número de Teléfono		
<b>Miembros del Hogar</b>	<b>Código Relación</b>	<b>Fecha Nacimiento</b>	<b>Número de Medicaid</b>	<b>Número de Seguro Social</b>	<b>Código Residencia</b>	<b>Códigos de Medicaid/CHP+</b>
1. <u>                  APPLICANT                  </u>	_____	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____	_____

**Nota:**

<b>SECCIÓN II: Cálculo de los Ingresos</b>		
Fuente de Ingresos	Cantidad Mensual	Cantidad Annual
1. Ingresos de Empleo Bruto	\$ _____	\$ _____
2. Ingresos no Ganados	\$ _____	\$ _____
3. Ingresos de Autoempleo	\$ _____	\$ _____
<b>4. Total de Ingresos (Líneas 1 + 2 + 3)</b>	<b>\$ _____</b>	<b>\$ _____</b>

Equidad de Los Recursos	Equidad de Vehículo	
Valor	\$ _____	\$ _____
Cantidad Debida	\$ _____	
Equidad (Valor - Cantidad Debida)	\$ _____	
Menos Cantidad Protegida		\$7,500
5. Equidad Total	\$ _____	\$ _____
6. Recursos Totales (Hoja de Trabajo 3)	\$ _____	
7. Deducción por el Tamaño de la Familia	Tamaño de la Familia _____	X \$2,500 \$ _____
8. Equidad de Los Recursos (no puede ser negativo)	\$ _____	
9. Situación Financiera Familiar Total (Líneas 4 + 8)	\$ _____	
10. Menos Deducciones Permitidas (Hoja de Trabajo 4)	\$ _____	
11. Estado financiero neto de la Familia (Líneas 9 - 10)	\$ _____	
12. Activos Líquidos Pasar hacia Abajo	\$ _____	
13. Gran Total Ingresos Netos de CICP (Líneas 11 - 12)	\$ _____	

Tarifa de CICP: \_\_\_\_\_

Límite Anual de Copago del Cliente (Línea 13 multiplicado por 0.10): \$ \_\_\_\_\_

**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 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.

**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

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

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

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

\_\_\_\_\_  
Número de Teléfono del Establecimiento

**Section 2.02      Leyenda de Código de Inelegibilidad**

Códigos de Relación

1. Sí Mismo
2. Cónyuge/Pareja Unión Civil
3. Niño
4. Hijastr(a)
5. Otro

Códigos de Residencia

1. Residentes de Colorado y Ciudadano
2. Residentes de Colorado y Inmigrantes Legales Documentados
3. Trabajador Agrícola Migrante y Ciudadano
4. Trabajador Agrícola Migrante y Inmigrantes Legales Documentados
5. No es Residente
6. Elegibles para Medicaid
7. Sólo Contados en el Tamaño de la Familia

Códigos de Elegibilidad de Medicaid/CHP+

- A. ¿El solicitante ha recibido una carta de denegación de Medicaid/CHP?
- B. Solicitante no es un ciudadano estadounidense, no ha sido residente legal por al menos 5 años o no tiene la condición de refugiado
- C. Transición sobre beneficios ha sido descatalogados
- D. Sobre ingresos de Medicaid y no es:
  - a. **UN NIÑO**
  - b. **EMBARAZADA**
  - c. **DISCAPACITADOS**
- E. Tiene seguro primario - **NO ES** elegible para CHP+
- F. **Otros - Proporcionan una breve Explicación**



**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**  
Hoja de Trabajo 1 – Ingreso de Empleo y de Ingresos no Ganados

Fuentes de Pago	Cantidad Mensual	Cantidad Annual
Ingresos del Trabajo:		
Ingreso por empleo	\$ _____	\$ _____
Ingresos no Ganados:		
Desempleo/Compensación de Trabajadores	\$ _____	\$ _____
Subsidio de la Tercera Edad (OAP)	\$ _____	\$ _____
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI/SSDI)	\$ _____	\$ _____
Pensión de Jubilación :		
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
Comisiones, Bonos y Propinas	\$ _____	\$ _____
Asistencia de Divorcio	\$ _____	\$ _____
Ingreso por Rentas	\$ _____	\$ _____
Ingreso por Intereses	\$ _____	\$ _____
Monetarios y las Ganancias de Capital	\$ _____	\$ _____
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	\$ _____	\$ _____

Ingresos de otras Fuentes:

_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____
_____	\$ _____	\$ _____

Total de Ingresos Salariales

\$ \_\_\_\_\_

Total de Ingresos no Ganados

\$ \_\_\_\_\_

Total de Ingresos

\$ \_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad

Fecha

Establecimiento

Teléfono



**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**  
Hoja de Trabajo 2 – Ingreso Neto por Trabajo Independiente (por cuenta propia)

	Cantidad Mensual	Cantidad Annual
Ingreso:		
Los Ingresos Brutos del Negocio	\$ _____	\$ _____
Gastos:		
Hipoteca/Alquiler de Negocios	\$ _____	\$ _____
Teléfono/Utilidades	\$ _____	\$ _____
Impuestos de Negocio	\$ _____	\$ _____
Seguro	\$ _____	\$ _____
Salario Bruto	\$ _____	\$ _____
Herramientas y Equipo	\$ _____	\$ _____
Suministros de Oficina	\$ _____	\$ _____
Mercancía/Costo de las Mercancías	\$ _____	\$ _____
Reparaciones/Mantenimiento del Equipo	\$ _____	\$ _____
Licencia/Certificación Pagaron	\$ _____	\$ _____
Gas para Viajar Relacionadas con el Negocio	\$ _____	\$ _____
Gastos Judiciales	\$ _____	\$ _____
Publicidad	\$ _____	\$ _____
<b>Reducciones de Proveedor de Guardería</b>	\$ _____	\$ _____

Otros Gastos

\_\_\_\_\_

\$

\$

\_\_\_\_\_

\$

\$

\_\_\_\_\_

\$

\$

\_\_\_\_\_

\$

\$

Gastos Totales:

\_\_\_\_\_

\$

\$

Totales Gastos Atribuidos a Negocios:

\_\_\_\_\_

\$

\$

**Ingresos Netos**

\_\_\_\_\_

\$

\$

(utilizar esta figura en la  
línea 3, sección II de la  
solicitud de centro)

\_\_\_\_\_

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad

Fecha

Establecimiento

Teléfono



**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**  
 Hoja de Trabajo 3 - Equidad de Los Recursos

	Valor Vehículo del Solicitante		Valor		Cantidad Debida
Vehículo Marca/Modelo					
Vehículo 1	_____	\$	_____	\$	_____
Vehículo 2	_____	\$	_____	\$	_____
Vehículo 3	_____	\$	_____	\$	_____
<b>VALOR TOTAL</b>		\$	_____	\$	_____

Recursos Líquidos			Valor		Cantidad Debida
Cuentas de Cheques		\$	_____	\$	_____
Cuentas de Ahorro		\$	_____	\$	_____
Cuentas de Confianza		\$	_____	\$	_____
Certificado de Depósito		\$	_____	\$	_____
<b>VALOR TOTAL</b>		\$	_____	\$	_____





**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**  
Hoja de Trabajo 4 – Deducciones Permitidas

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

**Pagados o las 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>Subtotal:</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>Subtotal:</b>		_____	_____	_____

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

Descripción de Gastos Médicos	Fecha Incurrida	Total Mensual	
		Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____

**Subtotal: \$ \_\_\_\_\_**

**Gran Total: \$ \_\_\_\_\_**

(utilizar esta figura en la línea 11 de la sección II de la aplicación)

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

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

Establecimiento \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_



Nombre de Seguro

---

Número de Póliza

---

Número de Grupo

---

Fecha Inicio de la Cobertura

---

Cobertura Fecha de Finalización

---

Nombre del Titular de la Póliza

---

Dirección del Titular de la Póliza

---

Nombre de Seguro

---

Número de Póliza

---

Número de Grupo

---

Fecha Inicio de la Cobertura

---

Cobertura Fecha de Finalización

---

Nombre del Titular de la Póliza

---

Dirección del Titular de la Póliza

---

**Affidavit for Lawful Presence  
Colorado Indigent Care Program**

I, \_\_\_\_\_, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the

State of Colorado that (check one):

- I am a United States citizen, OR
- I am a Legal Permanent Resident of the United States, OR
- I am lawfully present in the United States pursuant to federal law.

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

Applicant Signature

Date

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

- Driver's License or Identification Card \_\_\_\_\_ State of Issuance
- Birth Certificate
- United States Passport
- Certificate of Naturalization or Certificate of Citizenship
- Other \_\_\_\_\_

(include document number)

**SAVE Verification Completion Date (for non-U.S. citizens only)** \_\_\_\_\_

**OPTIONAL**

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

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

Signature

Date