

Solicitud de cobertura de salud y ayuda en el pago de costos

LO QUE HAY QUE SABER



Haga su solicitud más rápidamente en línea

Haga su solicitud más rápidamente en línea en Colorado.gov/PEAK o ConnectforHealthCO.com. Es posible que reciba una determinación más rápida.



Utilice esta solicitud para consultar a qué cobertura puede acceder

- Seguro gratuito o de bajo costo del programa de Medicaid o del Plan de salud para niños (CHP+) administrado por el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica(i).
- Planes de seguro de salud privados económicos que ofrecen cobertura completa y contribuyen a su bienestar, disponibles a través de Connect for Health Colorado(i).
- Un nuevo crédito fiscal que puede ayudar a bajar de inmediato sus cuotas de cobertura de salud y al cual se accede a través de Connect for Health Colorado.
- Se puede acceder a un programa gratuito o de bajo costo incluso si gana hasta \$46,000 por año para un individuo soltero o \$94,000 por año para una familia de 4.

Nota: El Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica y Connect for Health Colorado se asocian para brindar acceso a una cobertura de salud económica. Además, al completar este formulario no es necesario adquirir una cobertura de salud.



¿Quiénes pueden utilizar esta solicitud?

- Cualquier persona que esté interesada en una cobertura de salud.
- Realizar una solicitud no afectará su estado de inmigración ni sus posibilidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano.



Qué es necesario para realizar una solicitud

- Números de seguro social (o números de documento en el caso de cualquier inmigrante legal) para aquellos que necesiten seguro.
- Información sobre el empleador y sobre los ingresos de todos los miembros de la familia.
- Números de póliza de cualquier seguro de salud actual.
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado a un empleo disponible para su familia.



¿Por qué solicitamos esta información?

Solicitamos información sobre ingresos y otro tipo de información para que usted sepa a qué cobertura puede acceder y si puede obtener ayuda para pagarla. **Toda la información que brinde permanecerá en privado y protegida, según lo exige la ley.**



¿Qué sucede después?

- Envíe su solicitud completa y firmada a una de las direcciones del Paso 6. Si no posee toda la información que solicitamos, firme y envíe su solicitud de todas maneras. Nosotros realizaremos un seguimiento.
- Recibirá instrucciones en los pasos siguientes para completar su solicitud de cobertura de salud.
- Si no recibe noticias nuestras, comuníquese con la agencia a la cual envió esta solicitud (consulte el Paso 6).



Reciba ayuda con esta solicitud sin cargo

Colorado Medicaid y CHP+	Connect for Health Colorado
<ul style="list-style-type: none"> • Si alguien lo está ayudando a completar esta solicitud, es posible que deba completar la Planilla C. • El Apéndice A contiene un glosario; los términos marcados con una (i) en la solicitud se pueden encontrar en el glosario. • Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita. • En Español: Llame a nuestro centro de servicio gratis para ayuda o para obtener una copia de este formulario en Español. 	

En línea: Colorado.gov/PEAK ConnectforHealthCO.com

Teléfono: 1-800-221-3943 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

En persona: Es posible que existan sitios de asistencia de solicitud(i) en su área que puedan ayudar. Busque un lugar de ayuda: Colorado.gov/hcpfmap Visite el sitio de Internet de Connect for Health Colorado para obtener una lista completa de los guías de cobertura de salud(i) y agentes(i) certificados de Connect for Health Colorado de su área que pueden brindar ayuda.

TTY/TDD: 1-800-659-2656 1-855-346-3432

Asistencia adicional de idiomas

English	If you need help understanding this document, please call 1-800-221-3943/1-855-752-6749. We can provide an interpreter for free.
Español	Si necesita ayuda para entender mejor este documento comuníquese al 1-800-221-3943/1-855-752-6749. Le podemos asistir gratuitamente con un intérprete.
普通话	如果您在理解本文方面需要帮助，请致电 1-800-221-3943/1-855-752-6749。我们将免费提供口译服务。
Tiếng Việt	Nếu bạn cần trợ giúp để hiểu tài liệu này, vui lòng gọi 1-800-221-3943/1-855-752-6749. Chúng tôi có thể cung cấp phiên dịch miễn phí.
한국어	이 문서를 이해하는데 있어 도움이 필요할 경우 1-800-221-3943/1-855-752-6749번으로 전화하십시오. 무료 통역 서비스를 제공해 드립니다.
Русский	Если вам нужна помощь, чтобы понять этот документ, пожалуйста, позвоните по номеру 1 800 221 3943/1 855 752 6749. Мы можем предоставить бесплатные услуги переводчика.
آري عربى	أناجيم مچرت مريفوت اننكم مي 1-800-221-3943/1-855-752-6749 ىلع لاصتالاء اج للاف ، دننتس مال اذهر مهرف يف دوع اسم ىل ةج احب تنك اذا
Ntawv Hmoob	Yogkojxav tau kev pab qhia kom nkagsiab cov ntaub ntawv no, thov hurau 1-800-221-3943/1-855-752-6749. Pebtuaj yeempabib tug kwstxhais lus pub dawbraukoj.
አማርኛ	ይህን ሰነድ ለመረዳት እገዛ ከፈለጉ እባክዎ በስ.ቁ. 1-800-221-3943/1-855-752-6749 ይደውሉ። አስተርጓሚ በነፃ ለናቀርብልዎት እንችላለን።
नेपाली	यदि तपाईंलाई यो कागजात बुझ्न सहयोगको चाहन्छ भने, कृपया 1-800-221-3943/1-855-752-6749 मा टेलिफोन सम्पर्क गर्नुहोस् । हामी तपाईंलाई नि:शुल्क दोभाषे उपलब्ध गराउन सक्छौं ।
Soomaali	Haddii aad u baahantahay kaalmo si aad u fahantoxogtan, fadlan lasoo hadal 1-800-221-3943/1-855-752-6749. Waxa aannu kuu heli karaynaa afceliyeen (turjubaan) bilaa lacag ah.
Français	Veillez téléphoner au 1-800-221-3943/1-855-752-6749 si vous avez besoin d'aide concernant l'explication de ce document. Nous pouvons vous proposer un interprète gratuitement.
Deutsch	Wenn Sie zum besseren Verständnis dieses Dokuments Hilfe benötigen, rufen Sie uns unter 1-800-221-3943/1-855-752-6749 an. Wir können Ihnen kostenlos einen Dolmetscher zur Verfügung stellen.

Declaración de privacidad

Connect for Health Colorado (el mercado) y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica mantendrán la privacidad de su información, como lo exige la ley. No obstante, si elige solicitar asistencia financiera, el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica puede utilizar o compartir la información si usted o los integrantes de su familia solicitan o ya reciben asistencia médica con otro(s) programa(s). La información solo puede utilizarse con fines de tratamiento, pago, determinación de la elegibilidad, y otras operaciones relativas al programa y administrativas, u otros fines permitidos por la ley. Las respuestas que proporcione en este formulario solo se utilizarán para determinar la elegibilidad para el seguro de salud o ayudar a pagar el seguro de salud. La información demográfica sobre la raza y el origen étnico no se proporcionará a las compañías de seguros. Si usted es un indígena norteamericano o nativo de Alaska se compartirá con compañías de seguros, ya que esto puede tener un efecto positivo en sus beneficios. Verificaremos sus respuestas con la información disponible en nuestras bases de datos electrónicas y en las bases electrónicas de agencias asociadas. Si la información no coincide, podríamos solicitarle comprobación.

Las compañías de seguros de salud ya no pueden negar la cobertura sobre la base de su estado de salud. Si está buscando asistencia financiera, podríamos hacerle preguntas sobre sus antecedentes médicos a fin de determinar para qué programas de asistencia es elegible. Esta información no se utiliza para determinar las tarifas de su seguro. A los miembros del hogar que no desean seguro no se les harán preguntas sobre la ciudadanía o estado de inmigración.

Importante: Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica están autorizados para reunir información sobre la solicitud, incluidos números de seguro social, y confirmarán la información pueda afectar la elegibilidad inicial o en curso para todas las personas enumeradas en su solicitud. Usted permite que Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica utilicen números de seguro social y otra información de su solicitud para pedir y recibir información o registros para confirmar la información proporcionada en su solicitud. Usted exime de toda responsabilidad a Connect for Health Colorado y al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica por compartir esta información con otras agencias con este fin. Por ejemplo, Connect for Health Colorado y el Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica pueden pedir información sobre usted a cualquiera de las siguientes agencias y también compartirla con ellas: Administración del Seguro Social; Servicio de Rentas Internas; Servicio de Inmigración y Control de Aduanas de Estados Unidos; Departamento de Seguridad Nacional; Centros de Servicios de Medicare y Medicaid; Departamento de Trabajo y Empleo de Colorado; Instituciones financieras (bancos, ahorros y préstamos, uniones de crédito, compañías de seguros, etc.); agencia de cumplimiento de la manutención infantil; empleadores; tribunales, y otras agencias federales o estatales. Necesitamos esta información para verificar su elegibilidad para el seguro de salud o ayudar a pagar el seguro de salud y brindarle el mejor servicio posible si elige presentar su solicitud.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 1

Información sobre usted.

Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto de su solicitud. Complete con claridad.

1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título

2. Dirección del domicilio (Dejar en blanco si no posee uno.)

3. Departamento o número de suite

4. Ciudad

5. Estado

6. Código postal

7. Condado

8. Dirección postal (si fuera distinta de la dirección del domicilio)

9. Departamento o número de suite

10. Ciudad

11. Estado

12. Código postal

13. Condado

14. Número telefónico

Extensión _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo

15. Otro número telefónico

Extensión _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo

16. Idioma hablado que prefiere Inglés Español

Otro: _____

17. Idioma escrito que prefiere: Inglés Español

18. Puedo obtener información sobre esta solicitud por (seleccionar todos los que correspondan): Correo electrónico Correo postal

Dirección de correo electrónico: _____

PASO 2

Información sobre su hogar.

¿A quiénes debe incluir en esta solicitud?

Detalle a todos los integrantes de la familia que viven con usted. Si presenta la declaración de impuestos, también debemos saber acerca de todas las personas que están incluidas en dicha declaración. (Puede solicitar Medicaid, CHP+ o seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos federal. Sin embargo, debe tener en cuenta presentar una declaración de impuestos para el año de cobertura(i) a fin de saber si podría ser elegible para obtener crédito fiscal y desembolsos reducidos que se encuentran disponibles a través del mercado.)

Lo que DEBE incluir:

- Usted
- Su cónyuge(i)
- Sus hijos menores de 19 que viven con usted
- Su pareja en unión libre(i) quien necesita cobertura médica
- Cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluyendo hijos mayores de 19 incluso si no viven con usted
- Cualquier otra persona menor de 19 que esté bajo su cuidado y viva con usted

Lo que NO NECESITA incluir:

- Su concubino(a)(i) que no necesita cobertura de salud
- Los hijos de su concubino(a)
- Sus padres que viven con usted pero que presentan su propia declaración de impuestos (si usted es mayor de 19)
- Otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos

La cantidad de asistencia o tipo de programa para el que califica depende de la cantidad de personas que integran su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos obtengan la mejor cobertura posible.

Complete el Paso 2 para cada persona de su hogar. Comience con usted, y luego agregue a otros adultos y niños. Si hay más de 2 personas en su hogar, puede completar más páginas y/o hacer copias de las páginas y adjuntarlas (consulte la Planilla E). No es necesario brindar el estado de inmigración o un número de seguro social (NSS) de los integrantes del hogar que no necesitan cobertura de salud. Toda la información que brinde permanecerá en privado y protegida, según lo exige la ley. Solo utilizaremos información personal para verificar si cumple con los requisitos para recibir una cobertura de salud.

Si le interesa solicitar una exención de responsabilidad compartida individual(i), consulte el Apéndice A.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 2: PERSONA 1

(Comience con usted)

Complete el Paso 2 sobre **usted**. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir más adelante en la solicitud. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aun así debe agregar a los integrantes de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título _____ 2. ¿Relación con usted?
USTED MISMO

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____

4. Sexo Masculino Femenino

5. Número de seguro social (NSS)

Si no posee número de seguro social, ¿por qué? Ha solicitado un NSS Enfermedad No ciudadano legalmente presente
 Religión Recién nacido(a)

Necesitamos estos datos si desea una cobertura de salud y posee un NSS. Incluso si no desea una cobertura de salud, puede ser útil brindar su NSS ya que puede acelerar el proceso de la solicitud. Solo utilizamos los números de seguridad social para verificar el ingreso y otra información a fin de verificar quiénes cumplen con los requisitos para obtener ayuda para pagar los costos del seguro de salud. Si alguien necesita ayuda para obtener un NSS, comuníquese al 1-800-772-1213 o visite **socialsecurity.gov**. Los usuarios de TTY deberán comunicarse al 1-800-325-0778.

6. **¿Tiene pensado presentar una declaración de impuestos federal para el AÑO DE COBERTURA(i)?**

(Puede solicitar Medicaid, CHP+ o seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos federal. Sin embargo, debe tener en cuenta presentar una declaración de impuestos para el año de cobertura a fin de saber si podría ser elegible para obtener crédito fiscal y desembolsos reducidos que se encuentran disponibles a través del mercado.)

SÍ. Si la respuesta es Sí, responda las preguntas a-c. **NO. Si la respuesta es No**, PASE a la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, nombre legal del cónyuge: _____

b. ¿Presentará dependientes en su declaración de impuestos? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, detalle el/los nombre(s) legal(es) del/de los dependiente(s): _____

c. ¿Se presentará como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, enumere el nombre de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es su relación con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Tiene una exención de responsabilidad compartida individual(i)? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, número de certificado de exención: _____

8. **¿Necesita cobertura de salud?**

SÍ. Si la respuesta es Sí, responda todas las siguientes preguntas.

NO. Si la respuesta es No, PASE a la pregunta 18.

Las respuestas a las siguientes tres preguntas no se pueden utilizar para determinar la disponibilidad ni el costo de ningún seguro de salud adquirido a través de Connect for Health Colorado.

9. ¿Está embarazada? **Sí** **No**

a. **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? _____

Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____

10. ¿Tiene una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses? **Sí** **No**

11. ¿Necesita ayuda con algunas o todas las actividades relacionadas con el cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer o usar el baño)? **¿O** está, o ha estado, en un centro de salud (como un asilo para ancianos, hospital, institución de salud mental u hogar comunitario) dentro de los últimos 90 días? **Sí** **No**

Si ha respondido 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, también complete la **Planilla D: Información adicional necesaria**.

12. ¿Es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU.? **Sí** **No**



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted)

13. **Si no es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU.,** ¿tiene un estado de inmigración elegible?
 Sí. Complete con su tipo y número de documento, y el número de registro de extranjero a continuación. **No.**
- a. Tipo de documento de inmigración: _____
b. Número de documento: _____
c. Número de registro de extranjero: _____
d. Si el tipo de documento es un pasaporte: País de origen: _____
Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa): _____
e. ¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? **Sí** **No**
f. ¿Es usted, su cónyuge, padre o madre, un(a) veterano(a) retirado(a) honorablemente o un miembro en servicio activo del ejército de EE.UU.?
 Sí **No** Si la respuesta es **Sí**, nombre(s): _____
14. ¿Desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Sí** **No**
15. ¿Vive con al menos un(a) niño(a) menor de 19 años y es la persona principal que cuida de él(ella)? **Sí** **No**
16. ¿Es usted un(a) estudiante de tiempo completo? **Sí** **No**
17. ¿Estuvo en un hogar sustituto a la edad de 18 o siendo mayor? **Sí** **No**
18. Dentro de los últimos 6 meses, ¿la **PERSONA 1** ha usado productos de tabaco regularmente (4 veces por semana o más, en promedio)? **Sí** **No**
Responder esta pregunta no afectará la posibilidad de la **PERSONA 1** de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos; sin embargo, si no responde esta pregunta y se establece que es elegible para obtener ayuda con los costos de seguro privado, Connect for Health Colorado necesitará realizar un seguimiento antes de poder inscribirla en un plan de salud calificado.
19. **Si es de origen hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)**
 Mexicano(a) Mexicano(a) estadounidense Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro _____
20. **Raza (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)**
- | | | | | |
|--|---|-----------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca o caucásica | <input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska
(Complete e incluya la Planilla B) | <input type="checkbox"/> Filipina | <input type="checkbox"/> Vietnamita | <input type="checkbox"/> Guameña o chamorro |
| <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana | | <input type="checkbox"/> Japonesa | <input type="checkbox"/> Otra asiática | <input type="checkbox"/> Samoana |
| <input type="checkbox"/> Indoasiática | | <input type="checkbox"/> Coreana | <input type="checkbox"/> Nativa de Hawái | <input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico |
| | | <input type="checkbox"/> China | | <input type="checkbox"/> Otra _____ |
- Responder las siguientes dos preguntas no afectará su posibilidad de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos.
21. ¿No tuvo seguro durante los últimos seis meses? **Sí** **No**
22. ¿Tiene un médico de cabecera a quien consulta para tratar diversas enfermedades? (OPCIONAL) **Sí** **No**
Por ejemplo, un médico (o pediatra) de medicina general, medicina de familia o medicina interna. **Si la respuesta es Sí,** ¿puede indicar el nombre del médico? (OPCIONAL) _____
(No incluya un médico que lo haya tratado durante una hospitalización de una noche o en salas de emergencia del hospital.)

Información sobre empleo actual e ingresos

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Empleado(a)
Si usted está actualmente empleado, cuéntenos acerca de sus ingresos. Comience con la pregunta 23. | <input type="checkbox"/> Desempleado(a)
PASE a la pregunta 31. | <input type="checkbox"/> Autónomo(a) o posee otro ingreso
PASE a la pregunta 31. |
|---|--|--|



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

EMPLEO ACTUAL 1:

23. Nombre y domicilio del empleador			24. Número telefónico del empleador
25. Sueldo/propinas (antes de impuesto)	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	26. Horas promedio trabajadas por SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2: (Si tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

27. Nombre y domicilio del empleador			28. Número telefónico del empleador
29. Sueldo/propinas (antes de impuesto)	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	30. Horas promedio trabajadas por SEMANA

31. **En el último año, ¿hizo alguno de los siguientes?:** Cambió de empleo Dejó de trabajar
 Comenzó a trabajar en otro horario Hubo una defunción de un familiar Se casó, se separó legalmente o se divorció
 Recibió un cambio de sueldo o salario Ninguno de estos

32. ¿Es usted un(a) trabajador(a) estacional? Sí No

33. Si es autónomo(a), responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué ingresos brutos (ganancias antes del pago de impuestos, deducciones o gastos) recibirá de este trabajo autónomo este mes?

\$ _____

34. Gastos mensuales del trabajo autónomo:

Tipo de gastos	Monto de los gastos	Tipo de gastos	Monto de los gastos
Renta/hipoteca del negocio	\$	Intereses pagados para el negocio	\$
Costo laboral bruto del negocio	\$	Utilidades pagadas para el negocio	\$
Costo de los bienes utilizados para el negocio	\$	Costos del equipamiento del negocio	\$
Impuestos del negocio pagados	\$	Otros costos del negocio	\$



PASO 2: PERSONA 1 (Continúe con usted)

35. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que lo obtiene.

NOTA: No debe brindar información sobre la manutención infantil, pagos a veteranos o Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI) en esta sección. Si debe completar la **Planilla D: Información adicional necesaria**, ingresará esta información allí.

Tipo de ingreso/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación/pensión <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge recibida(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Rendimiento neto del capital invertido <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Dividendos/Intereses <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de la agricultura/pesca <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de rentas/regalías <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

36. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que las paga.

Si realiza ciertos pagos que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, contarnos sobre ellos podría permitir reducir un poco el costo de su cobertura de salud. Algunas de estas deducciones se realizan directamente en su salario.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta para los gastos de trabajo autónomo (pregunta 34) o ingresos netos de rentas.

Tipo de deducción/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge pagada(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Otras deducciones(i): _____ <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

37. INGRESOS ANUALES

Sus ingresos totales **este año**

\$

Sus ingresos totales el año **próximo** (si cree que serán distintos)

\$

¡GRACIAS! Es todo lo que necesitamos saber sobre usted.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 2: PERSONA 2

Complete el Paso 2 para su cónyuge/concubino(a) e hijos que viven con usted y/o cualquier persona que está en su declaración de impuestos si presenta una. Consulte la página 1 para obtener más información sobre a quiénes incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde que aun así debe agregar a los integrantes de la familia que viven con usted.

1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título _____ 2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Masculino Femenino

5. Número de seguro social (NSS)
Es necesario si la PERSONA 2 desea obtener una cobertura de salud y tiene un NSS.
Si no posee número de seguro social, ¿por qué? Ha solicitado un NSS Enfermedad No ciudadano legalmente presente
 Religión Recién nacido(a)

6. ¿La PERSONA 2 vive en el mismo domicilio que usted? Sí No
Si la respuesta es No, detalle el domicilio: _____

7. ¿La PERSONA 2 tiene pensado presentar una declaración de impuestos federal para el AÑO DE COBERTURA?
(La PERSONA 2 puede solicitar Medicaid, CHP+ o seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos federal. Sin embargo, debe tener en cuenta presentar una declaración de impuestos para el año de cobertura a fin de saber si podría ser elegible para obtener crédito fiscal y desembolsos reducidos que se encuentran disponibles a través del mercado.)

SÍ. Si la respuesta es Sí, responda las preguntas a–c. **NO.** Si la respuesta es No, PASE a la pregunta c.

a. ¿La PERSONA 2 presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No
Si la respuesta es Sí, nombre legal del cónyuge: _____

b. ¿La PERSONA 2 presentará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es Sí, detalle el/los nombre(s) legal(es) del/de los dependiente(s): _____

c. ¿La PERSONA 2 se presentará como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si la respuesta es Sí, detalle el nombre legal de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de la PERSONA 2 con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿La PERSONA 2 tiene una exención de responsabilidad compartida individual? Sí No
Si la respuesta es Sí, número de certificado de exención: _____



9. ¿Necesita la **PERSONA 2** cobertura de salud?

Sí. Si la respuesta es Sí, responda todas las siguientes preguntas.



No. Si la respuesta es No, PASE a la pregunta 19.



Las respuestas a las siguientes tres preguntas no se pueden utilizar para determinar la disponibilidad ni el costo de ningún seguro de salud adquirido a través de Connect for Health Colorado.

10. ¿La **PERSONA 2** está embarazada? **Sí** **No**

a. Si la respuesta es **Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? _____

Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____

11. ¿Tiene la **PERSONA 2** una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses?

Sí **No** No escribir en esta área.

12. ¿La **PERSONA 2** necesita ayuda con algunas o todas las actividades relacionadas con el cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer o usar el baño)? ¿O la **PERSONA 2** está, o ha estado, en un centro de salud (como un asilo para ancianos, hospital, institución de salud mental u hogar comunitario) dentro de los últimos 90 días? **Sí** **No**

Si ha respondido 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, también complete la **Planilla D: Información adicional necesaria**.

13. ¿La **PERSONA 2** es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU.? **Sí** **No**

14. Si la **PERSONA 2** no es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí. Complete con su tipo y número de documento, y el número de registro de extranjero a continuación. **No**.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de documento: _____

c. Número de registro de extranjero: _____

d. Si el tipo de documento es un pasaporte: País de origen: _____

Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa): _____

e. ¿Ha vivido la **PERSONA 2** en EE.UU. desde 1996? **Sí** **No**

f. ¿Es la **PERSONA 2**, o su cónyuge, padre o madre, un(a) veterano(a) retirado(a) honorablemente o un miembro en servicio activo del ejército de EE.UU.?

Sí **No** Si la respuesta es **Sí**, nombre(s): _____

15. ¿La **PERSONA 2** desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Sí** **No**

16. ¿La **PERSONA 2** vive con al menos un(a) niño(a) menor de 19 años y la **PERSONA 2** es la persona principal que cuida de él (ella)?

Sí **No**

17. ¿La **PERSONA 2** es un(a) estudiante de tiempo completo? **Sí** **No**

18. ¿Estuvo la **PERSONA 2** en un hogar sustituto a la edad de 18 o siendo mayor? **Sí** **No**



PASO 2: PERSONA 2 (Continúe con la PERSONA 2)

19. Dentro de los últimos 6 meses, ¿la **PERSONA 2** ha usado productos de tabaco regularmente (4 veces por semana o más, en promedio)? Sí No

Responder esta pregunta no afectará la posibilidad de la **PERSONA 2** de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos; sin embargo, si no responde esta pregunta y se establece que es elegible para obtener ayuda con los costos de seguro privado, Connect for Health Colorado necesitará realizar un seguimiento antes de poder inscribirla en un plan de salud calificado.

20. **Si es de origen hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)**

Mexicano(a) Mexicano(a) estadounidense Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro _____

21. **Raza (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)**

<input type="checkbox"/> Blanca o caucásica	<input type="checkbox"/> Indígena norteamericano o nativo de Alaska (Complete e incluya la Planilla B)	<input type="checkbox"/> Filipina	<input type="checkbox"/> Vietnamita	<input type="checkbox"/> Guameña o chamorro
<input type="checkbox"/> Negra o afroamericana		<input type="checkbox"/> Japonesa	<input type="checkbox"/> Otra asiática	<input type="checkbox"/> Samoana
<input type="checkbox"/> Indoasiática		<input type="checkbox"/> Coreana	<input type="checkbox"/> Nativa de Hawái	<input type="checkbox"/> Otra de las islas del Pacífico
		<input type="checkbox"/> China		<input type="checkbox"/> Otra _____

Responder las siguientes dos preguntas no afectará la posibilidad de la **PERSONA 2** de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos.

22. ¿La **PERSONA 2** no tuvo seguro durante los últimos seis meses? Sí No

23. ¿Tiene la **PERSONA 2** un médico de cabecera a quien consulta para tratar diversas enfermedades? (OPCIONAL) Sí No
Por ejemplo, un médico (o pediatra) de medicina general, medicina de familia o medicina interna. **Si la respuesta es Sí**, ¿puede indicar el nombre del médico? (OPCIONAL) _____

(No incluya un médico que haya tratado a la **PERSONA 2** durante una hospitalización de una noche o en salas de emergencia del hospital.)

Información sobre empleo actual e ingresos de la PERSONA 2

- Empleado(a)**
Si está empleado(a) actualmente, cuéntenos sobre los ingresos de la **PERSONA 2**. Comience con la pregunta 24.
- Desempleado(a)**
PASE a la pregunta 32.
- Autónomo(a) o posee otro ingreso**
PASE a la pregunta 32.

EMPLEO ACTUAL 1 de la PERSONA 2:

24. Nombre y domicilio del empleador		25. Número telefónico del empleador
26. Sueldo/propinas (antes de impuesto)	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		27. Horas promedio trabajadas por SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2 de la PERSONA 2: (Si la PERSONA 2 tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

28. Nombre y domicilio del empleador		29. Número telefónico del empleador
30. Sueldo/propinas (antes de impuesto)	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		31. Horas promedio trabajadas por SEMANA

32. **En el último año, ¿hizo la PERSONA 2 alguno de los siguientes?** Cambió de empleo Dejó de trabajar
 Comenzó a trabajar en otro horario Hubo una defunción de un familiar Se casó, se separó legalmente o se divorció
 Recibió un cambio de sueldo o salario Ninguno de estos

33. ¿La **PERSONA 2** es un(a) trabajador(a) estacional? Sí No

34. **Si la PERSONA es autónomo(a), responda las siguientes preguntas:**

a. Tipo de trabajo

b. ¿Qué ingresos brutos (ganancias antes del pago de impuestos, deducciones o gastos) recibirá la **PERSONA 2** de este trabajo autónomo este mes?

\$ _____



PASO 2: PERSONA 2

(Continúe con la PERSONA 2)

35. Gastos mensuales del trabajo autónomo:

Tipo de gastos	Monto de los gastos	Tipo de gastos	Monto de los gastos
Renta/hipoteca del negocio	\$	Intereses pagados para el negocio	\$
Costo laboral bruto del negocio	\$	Utilidades pagadas para el negocio	\$
Costo de los bienes utilizados para el negocio	\$	Costos del equipamiento del negocio	\$
Impuestos del negocio pagados	\$	Otros costos del negocio	\$

36. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que la PERSONA 2 lo obtiene.

NOTA: No debe brindar información sobre la manutención infantil, pagos a veteranos o Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI) en esta sección. Si debe completar la **Planilla D: Información adicional necesaria**, ingresará esta información allí.

Tipo de ingreso/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación/pensión <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge recibida(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Rendimiento neto del capital invertido <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Dividendos/Intereses <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de la agricultura/pesca <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de rentas/regalías <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

37. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que la **PERSONA 2** las paga. Si la **PERSONA 2** realiza ciertos pagos que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, contarnos sobre ellos podría permitir reducir un poco el costo de su cobertura de salud. Algunas de estas deducciones se realizan directamente en su salario.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta para los gastos de trabajo autónomo (pregunta 34) o ingresos netos de rentas.

Tipo de deducción/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge pagada(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Otras deducciones(i): _____ <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

38. **INGRESOS ANUALES**

Ingresos totales de la PERSONA 2 este año \$	Ingresos totales de la PERSONA 2 el año próximo (si usted cree que serán distintos) \$
--	---

Si debe incluir a más de dos personas, busque la Planilla E, haga copias adicionales según lo necesite, y complete. Luego complete la Tabla de relaciones en el hogar(i).



Tabla de relaciones en el hogar(i)

Solicitamos esta información para comprender mejor quiénes integran su hogar para todos los programas de asistencia. Cuéntenos sobre las relaciones en el hogar en base a la relación de la PERSONA de la columna de la izquierda con cada PERSONA que se detalla en la parte superior de la siguiente tabla. Complete los nombres a fin de que coincidan con cada persona que detalló en la solicitud durante el Paso 2. Ejemplo: PERSONA 1: Juana es la Esposa de la PERSONA 2: Juan. Consulte el Apéndice A para ver un ejemplo completo.

	PERSONA 1 Nombre: USTED MISMO	PERSONA 2 Nombre:	PERSONA 3 Nombre:	PERSONA 4 Nombre:	PERSONA 5 Nombre:
PERSONA 1 Nombre: USTED MISMO					
PERSONA 2 Nombre:					
PERSONA 3 Nombre:					
PERSONA 4 Nombre:					
PERSONA 5 Nombre:					
Sugerencias sobre tipos de relaciones. Puede escribir otras relaciones si lo necesita.	Esposo Esposa Concubino(a) Madre Padre Madrastra Padrastro Concubino(a) de un padre o madre Hijo Hija Hijastro			Hijastra Hijo(a) de concubino(a) Hermano Hermana Hermanastro Hermanastra Medio hermano Media hermana Adulto discapacitado dependiente No pariente	

PASO 3 Miembro(s) del hogar indígena(s) norteamericano(s) o nativo de Alaska

1. ¿Es usted o alguien de su hogar miembro de una tribu de indígenas norteamericanos o nativos de Alaska reconocida por la federación? (Si usted o ellos son elegibles para obtener ayuda con los costos a través del mercado, Connect for Health Colorado le solicitará pruebas de su estado.)

- Sí. Si la respuesta es Sí,** también complete e incluya la **Planilla B**
- No. Si la respuesta es No,** PASE al Paso 4



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 4 Cobertura de salud

Responda estas preguntas para cualquier persona que necesite cobertura de salud.

1. ¿Hay alguien inscrito(a) ahora en cobertura de salud o es elegible para recibirla de las siguientes opciones?

- Sí. Si la respuesta es Sí**, marque el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura.
 No.

<input type="checkbox"/> Medicaid	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Plan de salud para niños (CHP+)	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Medicare	Nombre: _____ Número de póliza de Medicare: _____ Marque: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D Incluya una copia del frente y parte posterior de la credencial de Medicare con la solicitud si se encuentra disponible.	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> TRICARE (No marcar si posee asistencia directa o acto de servicio)	Nombre: _____ Número de póliza: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Programas de atención médica de Asuntos de veteranos	Nombre: _____ Número de póliza: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Cuerpos de paz	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Seguro del empleador (Marque incluso si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como un padre, madre o cónyuge.)	Nombre: _____ Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . Nombre del plan de salud: _____ Número de póliza: _____ Fecha de inicio de la cobertura o fecha en que pudo comenzar la cobertura (mm/dd/aaaa): _____ ¿Es una cobertura COBRA(i)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . ¿Es un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . Si también es elegible para Medicaid, ¿tiene algún miembro de este hogar acceso a seguro de salud para grupos y desea ayuda para pagar la prima mensual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Otro	Nombre: _____ Nombre del plan de salud y/o tipo de póliza: _____ Fecha de inicio de la cobertura o fecha en que pudo comenzar la cobertura (mm/dd/aaaa): _____ Número de póliza: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible



PASO 4 (Continúe con Cobertura de salud)

2. ¿Alguna persona será **elegible** para una cobertura de salud o se **inscribirá** en una de las siguientes en el año de cobertura(i)?

Sí. Si la respuesta es Sí, marque el tipo de cobertura y escriba el/los nombre(s) de la(s) persona(s) al lado de la cobertura. **No.**

<input type="checkbox"/> Otro programa de beneficios de salud estatal o federal	Nombre: _____ Tipo: _____ Nombre del programa: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Medicare	Nombre: _____ Número de póliza de Medicare: Marque: <input type="checkbox"/> Parte A <input type="checkbox"/> Parte B <input type="checkbox"/> Parte D Incluya una copia del frente y parte posterior de la credencial de Medicare con la solicitud si se encuentra disponible.	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> TRICARE (No marcar si tiene asistencia directa o acto de servicio)	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Programas de atención médica de Asuntos de veteranos	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Cuerpos de paz	Nombre: _____	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible
<input type="checkbox"/> Seguro del empleador (Marque incluso si la cobertura proviene del empleo de otra persona, como un padre, madre o cónyuge.)	Nombre: _____ Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . Fecha de inicio de la cobertura o fecha en que pudo comenzar la cobertura (mm/dd/aaaa): ¿Está inscrito(a) en una cobertura COBRA(i)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . ¿Está inscrito(a) en un plan de salud para jubilados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es Sí , complete e incluya la Planilla A . Si también es elegible para Medicaid, ¿tiene algún miembro de este hogar acceso a seguro de salud para grupos y desea ayuda para pagar la prima mensual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Inscrito(a) <input type="checkbox"/> Elegible



PASO 5 Derechos, responsabilidades y penas

1. Sé que a mí u a otro solicitante se nos puede otorgar en forma automática la inscripción a Medicaid o al Plan de Salud para Niños (CHP+) si cumplimos los requisitos. Puedo visitar el sitio de Internet de Colorado Medicaid en Colorado.gov/PEAK para obtener más información. Notificaré de inmediato al Estado sobre cualquier reclamo médico o demanda. Cooperaré con el Estado en cobrar las facturas médicas que el Estado haya pagado. El Estado puede cobrar de cualquier compañía de seguros o conciliación judicial las facturas médicas que el Estado haya pagado. Si no tengo Medicaid y recibo dinero por las mismas facturas médicas que pagó el Estado, entregaré el dinero al Estado. Cedo al Estado todos los derechos de pago de los gastos y tratamientos médicos. Asimismo cedo mi derecho a apelar el rechazo del otorgamiento de beneficios por otra parte responsable del pago de los beneficios al Estado. Si uno de los padres está ausente del hogar y estoy solicitando Medicaid, debo solicitar asistencia médica del padre/madre ausente. Puedo contactarme con la agencia de cumplimiento de la manutención infantil para obtener asistencia.

2. El Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica autoriza al Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica a recuperar todos los beneficios de asistencia médica pagados en nombre de los clientes de Medicaid, incluyendo los pagos de capitación, de los bienes de los clientes fallecidos de Medicaid que estaban internados de manera permanente o eran mayores de 55 cuando se brindaron los beneficios. Las leyes federales y estatales que rigen para la recuperación de bienes también brindan ciertas exenciones al Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica. Si desea obtener más información o tiene consultas, comuníquese con su condado y solicite el folleto del "Programa de Recuperación de Bienes de Asistencia Médica".

3. Si estoy recibiendo asistencia financiera, sé que debo informar a la organización que está proporcionando la asistencia cualquier cambio relacionado con los datos de esta solicitud. Soy consciente de que tengo **10 días calendario para informar cualquier cambio** si estoy inscrito(a) en **Medicaid o el Plan de Salud para Niños (CHP+)**. Los cambios deben informarse a la oficina local de mi condado para Medicaid o a CHP+. Sé que tengo **30 días calendario para informar cualquier cambio a Connect for Health Colorado** si estoy recibiendo crédito fiscal anticipado para la cuota del seguro, copagos o deducibles reducidos, o si estoy inscrito(a) en un plan de salud calificado. Si mi familia está inscrita en múltiples programas de seguro asequible(i), debo informar los cambios a **cada** organización dentro del período apropiado. Comprendo que un cambio en mi información podría afectar mi elegibilidad y la elegibilidad de los miembros de mi hogar.

4. Comprendo que mis respuestas, junto con cualquier página complementaria o adicional, son la base de la póliza de seguro de salud que se emite. Acepto que ningún seguro o programa de asistencia financiera entrará en vigencia hasta la fecha especificada por la compañía de seguros u organización que emite el certificado, la póliza o el aviso. Comprendo que puedo solicitar una copia de esta Solicitud. Acepto que una copia fotográfica de esta Solicitud será tan válida como la original. La firma de una copia legible será tan legítima y válida como la de la original. Este documento, o la información contenida en él, se incorporará al contrato cuando se apruebe y se emita la cobertura.

5. Para facilitar la determinación de mi elegibilidad para obtener ayuda para pagar la cobertura de salud en el futuro si estoy inscrito(a) en un plan de salud calificado, acepto permitir que Connect for Health Colorado utilice información sobre los ingresos, incluida información de declaraciones de impuestos para el próximo período de cobertura. Connect for Health Colorado me enviará un aviso, me permitirá hacer cambios y yo puedo optar por darme de baja en cualquier momento. Puedo visitar el sitio de Internet de Connect for Health Colorado en ConnectforHealthCO.com para obtener más información.

6. Comprendo que si cumplo los requisitos para obtener crédito fiscal anticipado para la cuota del seguro (APTC) y/o copagos y deducibles reducidos, estos pagos se realizarán directamente a la(s) compañía(s) de seguros que he seleccionado. La aceptación de APTC y/o copagos y deducibles reducidos puede afectar mis obligaciones fiscales para el año de cobertura(i). Se me dará la opción de utilizar, en su totalidad o en parte, o de no utilizar la cantidad de APTC para la que cumplo los requisitos para el pago de mi cuota mensual.

7. Confirmando que ninguna de las personas que solicita seguro de salud en esta solicitud está encarcelada (demorada o en la cárcel). Si no fuera así, _____ esta encarcelada.

(Nombre de la persona)

¿Esta persona(s) está(n) esperando el pronunciamiento de una sentencia penal? Sí No



PASO 5 Derechos, responsabilidades y penas (continuación)

8. Conforme a la ley federal, se prohíbe la discriminación sobre la base de la raza, el color, el origen nacional, el sexo, la edad, la orientación sexual, la identidad de género o la discapacidad. Puedo presentar un reclamo por discriminación en www.hhs.gov/ocr/office/file. Sé que es ilegal recibir crédito fiscal anticipado para la cuota del seguro y copagos y deducibles reducidos de dos mercados estatales al mismo tiempo. He aceptado enviar esta solicitud para mí y/o mi familia. Al firmar esta solicitud, certifico que he revisado esta solicitud; que comprendo y acepto los derechos, las responsabilidades y las penas; y que bajo pena de falso testimonio, certifico que la información que he proporcionado es verdadera, incluida la información sobre ciudadanía y estado de extranjero. Esto significa que he proporcionado respuestas verdaderas a todas las preguntas de este formulario según mi leal saber y entender. Sé que pueden aplicarse penas si proporciono información que no es verdadera. Las penas pueden incluir prisión, multas, rechazo del seguro e indemnización por daños en un fuero civil. Cualquier compañía de seguros o agente de una compañía de seguros que a sabiendas proporcione datos o información falsos, incompletos o engañosos al titular de una póliza o demandante con el fin de estafar o intentar estafar al titular de la póliza o demandante respecto de un acuerdo o indemnización pagadera de lo recaudado por el seguro deberá informarse a la División de Seguros de Colorado dentro del Departamento de Agencias Reguladoras. He recibido información sobre cómo solicitar, qué información está disponible y qué puedo necesitar dar al sitio de solicitud para que me ayude a obtener los beneficios.

Mi derecho de apelación:

9. Si considero que Medicaid/Plan de salud para niños (CHP+) o Connect for Health Colorado ha cometido un error, puedo apelar su decisión. Apelar significa comunicar a alguien de Medicaid/CHP+ o Connect for Health Colorado que considero que la acción es incorrecta y solicitar una revisión imparcial de la misma. Sé que puedo averiguar cómo apelar poniéndome en contacto con Medicaid al 1-800-221-3943, o puedo comunicarme con el mercado al 1-855-PLANS-4-YOU o bien visitando su sitio de Internet en ConnectforHealthCO.com. Sé que me puede representar otra persona en el proceso. Me explicarán mi elegibilidad y otra información importante.

Al marcar esta casilla, acepto permitir que mi información se utilice y se reúna de fuentes de información para esta solicitud. Tengo el consentimiento de todas las personas que enumero en la solicitud para que se reúna su información de fuentes de información para esta solicitud. (Consulte la página ii para ver la Declaración de privacidad.)

Firme esta solicitud. La persona que completó el PASO 1 debe firmar esta solicitud. En caso de ser elegible para recibir ayuda con los costos, también necesitamos que **CADA** persona que presenta una declaración de impuestos en su hogar firme esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya suministrado la información necesaria en la **Planilla C**.

Firma de la PERSONA 1 o representante autorizado

Fecha (mm/dd/aaaa)

Firma de la persona que presenta declaración de impuestos (si fuera distinta de la anterior)

Fecha (mm/dd/aaaa)

Nota: Si hay más **personas que presentan declaración de impuestos** en el hogar, adjunte otra hoja con las firmas.

Si desea **inscribirse para votar**, puede completar un formulario de inscripción de votación en govoteColorado.com/C4HCO



PASO 6 Envío de solicitud completa por correo postal

Nota: Su solicitud se puede procesar en ambos domicilios.

Si usted es un miembro del hogar cuyo ingreso es cercano al o inferior al 133% del nivel federal de pobreza* o se le solicitó que completara la **Planilla D**, puede optar por enviar su solicitud firmada por correo postal a:

Colorado Medical Assistance Program
Colorado Medicaid and CHP+
PO Box 929
Denver, CO 80201-0929

Colorado.gov/PEAK
1-800-221-3943

Nota: Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita.

En Español: Llame a nuestro centro de servicio gratis para ayuda o para obtener una copia de este formulario en Español, al 1-800-221-3943.

TTY/TDD: 1-800-659-2656

Si usted es un miembro del hogar cuyo ingreso es cercano al o superior al 133% del nivel federal de pobreza*, puede optar por enviar su solicitud firmada por correo postal a:

Connect for Health Colorado
Individual Applications
P.O. Box 35033
Colorado Springs, CO 80935

ConnectforHealthCO.com
1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749)

Nota: Si necesita ayuda en un idioma distinto del español, comuníquese con el representante de atención al cliente e indique el idioma que necesita.

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

TTY/TDD: 1-855-346-3432

* Los niveles federales de pobreza cambian anualmente. Para consultar los niveles más actualizados de Colorado, visite Colorado.gov/hcpf o comuníquese con nuestros centros de atención al cliente.



Cobertura de salud de empleos

NO necesita responder estas preguntas a menos que alguien de su hogar cumpla con los requisitos para acceder a una cobertura de salud de un empleo (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre, madre o cónyuge). Si recibe COBRA o un plan de salud para jubilados, complete las preguntas 1 a 13 únicamente. Adjunte una copia de esta hoja para cada empleo que ofrece cobertura como también para cualquier empleo que ofrece COBRA y/o un plan de salud para jubilados existentes.

Sección A: Completa el/la solicitante

Sección B: Pida al empleador que la complete

Sección C: Completa el/la solicitante una vez que el empleador haya completado la Sección B

Incluya esta hoja cuando envíe su solicitud.

Sección A: Información sobre el EMPLEADO(A)

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido y título)

2. Número de seguro social del empleado

3. Es: Cobertura COBRA Cobertura de plan de salud para jubilados

Sección B: Información sobre el EMPLEADOR Sollicite esta información al empleador.

4. Nombre del empleador

5. Número de identificación del empleador (EIN)

6. Domicilio del empleador

7. Número telefónico del empleador

Extensión _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo

8. Ciudad

9. Estado

10. Código postal

11. ¿A quién podemos contactar para conocer sobre la cobertura de salud para empleados en este empleo?

12. Número telefónico (si fuera distinto del anterior)

Extensión _____

Tipo de teléfono: Celular Casa Trabajo

13. Dirección de correo electrónico

14. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cubre a un cónyuge o dependiente(s)?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿a qué personas? Cónyuge Dependiente(s)

15. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*? Sí No
(Si la respuesta es No, PARE y devuelva el formulario al empleado.)



15. ¿Ofrece el empleador un plan de salud que cumple el estándar de valor mínimo*? Sí No
(Si la respuesta es No, PARE y devuelva el formulario al empleado.)

16. Para el plan de menor costo que cumple el estándar de valor mínimo* ofrecido **solo para el empleado(a)** (no incluir planes familiares):

- a. ¿Cuál es el nombre del plan que se ofrece ahora? _____
- b. ¿Cuál es el nombre del plan que se ofrecerá en el año de cobertura**? _____
- c. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en cuotas por este plan? \$ _____
- d. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensualmente Anualmente

17. ¿Qué cambio hará el **empleador** para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

El empleador no ofrecerá cobertura de salud. ¿A quién o quiénes? _____ ¿Último día de cobertura disponible? _____

El empleador comenzará a ofrecer cobertura de salud a los empleados. ¿A quién o quiénes? _____ ¿1er día de cobertura? _____

El empleador cambiará la cuota para el plan de menor costo disponible solo para el/la empleado(a) que cumple el estándar de valor mínimo*. ¿Fecha del cambio? _____

- a. ¿Cuánto tendría que pagar el empleado en cuotas por ese plan? \$ _____
- b. ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensualmente Anualmente

Sección C: Más preguntas sobre el/la EMPLEADO(A)

La cobertura se considera asequible si la porción de la cuota que debe pagar el empleado no supera el 9,5% de los ingresos anuales del hogar.

18. ¿Cree que la cobertura del empleador es asequible en base a la definición anterior? Sí No

19. ¿Qué cambio hará el **empleado** para el nuevo año del plan (si lo sabe)?

Planea darse de baja de la cobertura de salud del empleador. ¿Para quién o quiénes? _____ ¿Último día de cobertura? _____

Planea inscribirse en el plan del empleador en el año de cobertura. ¿Inscribir a quién o quiénes? _____ ¿1er día de cobertura? _____

* Un plan de salud patrocinado por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" si el empleador paga el 60% de los beneficios del plan de salud permitido. Si no está seguro si su cobertura patrocinada por el empleador cumple el "estándar de valor mínimo" o el estándar asequible, comuníquese con su empleador o con el representante de recursos humanos. (Sección 36B(c)(2)(C)(ii) del Código de Rentas Internas de 1986)

**El año calendario en el que su plan está activo. (Ej. Si solicita en 2013 una cobertura que comienza en 2014, el año de cobertura es 2014.)



PLANILLA B

NOMBRE DE LA PERSONA 1 _____

Miembro del hogar indígena norteamericano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete esta planilla si usted o un miembro del hogar es indígena norteamericano o nativo de Alaska. Envíela con su Solicitud de cobertura de salud y ayuda en el pago de costos.

Información sobre el/los miembro(s) indígena(s) norteamericano(s) o nativo(s) de Alaska.

Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska pueden recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, de programas de salud tribal, o programas urbanos de salud para indígenas, o a través de la derivación de alguno de estos programas. También es posible que no tengan que pagar costos compartidos y puedan recibir períodos de inscripción mensuales especiales. Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia reciba la mayor ayuda posible.

NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta hoja y adjúntela.	Es posible que cierto dinero recibido no se considere un ingreso por recibir programas de seguro asequibles(i). Enumere cualquier ingreso (tipo, monto y frecuencia) informado en su solicitud que incluye dinero de estas fuentes:		
	Pagos per cápita de una tribu que provienen de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías	Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras en fideicomiso indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas indígenas y antiguas reservas indígenas)	Dinero de la venta de objetos que poseen un significado cultural

PERSONA AI/AN 1			
1. Nombre, segundo nombre, apellido y título	Tipo: _____	Tipo: _____	Tipo: _____
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por la federación? <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí , nombre de la tribu: _____ y Estado: _____ <input type="checkbox"/> No	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

PERSONA AI/AN 2			
1. Nombre, segundo nombre, apellido y título	Tipo: _____	Tipo: _____	Tipo: _____
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por la federación? <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí , nombre de la tribu: _____ y Estado: _____ <input type="checkbox"/> No	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

PERSONA AI/AN 3			
1. Nombre, segundo nombre, apellido y título	Tipo: _____	Tipo: _____	Tipo: _____
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por la federación? <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí , nombre de la tribu: _____ y Estado: _____ <input type="checkbox"/> No	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

PERSONA AI/AN 4			
1. Nombre, segundo nombre, apellido y título	Tipo: _____	Tipo: _____	Tipo: _____
2. ¿Miembro de una tribu reconocida por la federación? <input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí , nombre de la tribu: _____ y Estado: _____ <input type="checkbox"/> No	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia?	\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Servicios de Salud Indígena			
¿Qué miembro del hogar recibió alguna vez un servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o programa urbano de salud para indígenas, o a través de la derivación de alguno de estos programas? (Marcar todos los que correspondan).	<input type="checkbox"/> Persona 1 <input type="checkbox"/> Persona 2 <input type="checkbox"/> Persona 3 <input type="checkbox"/> Persona 4 <input type="checkbox"/> Ninguno		
Si la respuesta es ninguno, ¿qué miembro del hogar cumple los requisitos para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal, o programas urbanos de salud para indígenas, o a través de la derivación de alguno de estos programas? (Marcar todos los que correspondan).	<input type="checkbox"/> Persona 1 <input type="checkbox"/> Persona 2 <input type="checkbox"/> Persona 3 <input type="checkbox"/> Persona 4 <input type="checkbox"/> Ninguno		

Asistencia para completar esta solicitud

Puede elegir un representante autorizado.

A esta persona de confianza se le dará permiso para que hable sobre esta solicitud con nosotros, consulte su información y actúe en su nombre en temas relacionados con esta solicitud, incluso obtener información sobre su solicitud y firmar su solicitud en su nombre. Esta persona se denomina "representante autorizado" y asume responsabilidad legal por la información provista en esta solicitud. Si alguna vez necesita cambiar a su representante autorizado, comuníquese con Medicaid de Colorado y CHP+ o Connect for Health Colorado.

1. Nombre del representante autorizado (nombre, segundo nombre, apellido y título)		
2. Domicilio		3. Departamento o número de suite
4. Ciudad	5. Estado	6. Código postal
7. Número de teléfono Extensión _____		Tipo de teléfono: <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo
8. Dirección de correo electrónico		
9. Nombre de la empresa/organización (si aplica)		10. Número de identificación de la compañía/organización (si aplica)

Al firmar, usted autoriza a esta persona a firmar su solicitud, obtener información oficial sobre la misma y actuar en su nombre en todas las cuestiones futuras relacionadas con esta agencia.

11. Su firma	12. Fecha (mm/dd/aaaa)
--------------	------------------------

Yo, el/la **representante autorizado**, deseo enviar prueba de un motivo legal por el cual la PERSONA 1 no se puede representar a sí misma. (Por favor, proporcione una copia de uno los siguientes documentos con esta solicitud al enviarla: poder notarial, orden judicial que establezca una tutoría legal u otro documento legal que establezca de manera explícita que puede actuar legalmente en nombre del cliente.)

Para consejeros de solicitudes certificados, guías de cobertura de salud(i) y agentes(i) independientes únicamente. Complete esta sección si usted es un consejero de solicitudes certificado, asistente de cobertura de salud o agente independiente y está completando esta solicitud en nombre de otra persona.

1. Fecha de inicio de la solicitud (mm/dd/aaaa)
2. Seleccione uno: <input type="checkbox"/> consejero <input type="checkbox"/> guía de cobertura de salud <input type="checkbox"/> agente
3. Nombre, segundo nombre, apellido y título
4. Número de identificación (identificación del guía o número de licencia del estado, si aplica)



Información adicional necesaria

Esta información es necesaria para individuos que son ancianos o tienen discapacidades que necesitan asistencia médica o asistencia de calidad de Medicare. También es necesaria para individuos que se encuentran, o han estado, en un centro de salud o necesitan ayuda con actividades relacionadas con el cuidado personal en el hogar (Servicios de cuidado y asistencia a largo plazo). Si debe completar esta planilla, envíe esta solicitud a Colorado Medical Assistance Program. Complétela por completo.

1. Cuéntenos sobre **Ingresos adicionales** que usted o su cónyuge recibieron este mes o el mes pasado. No repita ingresos que ya han sido enumerados en páginas anteriores sobre ingresos.

Sin ingresos adicionales Ejemplos de **Ingresos adicionales** incluyen:

Beneficios de asistencia pública (efectivo)	SSDI	Desempleo
Jubilación para empleados ferroviarios	Beneficios para veteranos	Indemnización al trabajador
Ingresos de rentas	Beneficios para viudas de veteranos	Beneficios por discapacidad
Pensión del seguro social	Manutención infantil	Ayuda financiera
Jubilación/pensión	Dividendos/Intereses	Otro dinero en efectivo recibido mensualmente
Beneficios de la seguridad social	Cuota alimentaria	Ingresos por empleo
SSI		

Tipo de ingresos	Mes en que se recibieron	¿Para quién es?	Cantidad mensual antes de impuestos y deducciones
			\$
			\$
			\$
			\$

2. Cuéntenos sobre los **Gastos** que tienen usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No posee gastos Ejemplos de **Gastos** incluyen:

Guardería	Manutención infantil	Cuotas de seguro de salud
Cuidado de ancianos dependientes	Cuota alimentaria	Recetas
Gastos médicos	Institución	Agua
Hipotecas (primera, segunda, tercera)	Proveedor de servicio de salud	Cloaca
Renta	Médico	Desechos
Calefacción	Cuotas de la Comunidad de propietarios (HOA)	Electricidad
Cocina	Teléfono/celular	

Tipo de gasto	Quién paga este gasto	Para quién es	Mes	Cantidad
				\$
				\$
				\$
				\$

3. Cuéntenos sobre los **Recursos** que tienen usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No posee recursos Ejemplos de **Recursos** incluyen:

Efectivo	Cuentas PASS	Pagarés
Cuenta corriente y cuenta de ahorro	Cuentas de desarrollo individual	Fondos para estudios universitarios
Certificados de depósitos (CD)	Cuentas de jubilación	Cuentas para la educación
Anualidades	Acciones	Bienes (tierras, inmuebles)
Fondos mutuos	Bonos	Ingresos por venta de inmueble(s)
Herencia	Fideicomisos	



PLANILLA D

Información adicional necesaria (continuación)

Tipo de recurso	Nombre(s) del/ de los dueño(s)	Numero de cuenta	Cantidad	Nombre de la institución financiera	De propiedad común
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

4. Cuéntenos sobre los **Bienes** que poseen o están comprando usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No posee Bienes Ejemplos de **Bienes** incluyen:

Vivienda	Propiedades para alquilar	Tiempo compartido
Depósito	Terreno no urbanizado	Tierras

Nombre(s) del/de los dueño(s)	¿De propiedad común?	Domicilio completo de la propiedad	Tipo de propiedad	Valor	Cantidad que debe
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			\$	\$

5. Cuéntenos sobre los **Vehículos** que poseen o están comprando usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No posee Vehículos Ejemplos de **Vehículos** incluyen:

Automóvil	Camión	Vehículo deportivo utilitario (SUV)
Camioneta	Vehículo todo terreno (ATV)	Embarcación
Remolque	Vehículo recreativo (RV)	

Nombre(s) del/de los dueño(s)	De propiedad común	Tipo de vehículo	Año	Marca/Modelo	Valor	Cantidad que debe
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				\$	\$

6. Cuéntenos sobre las **Pólizas de seguro de vida** que tienen usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No tiene Pólizas de seguro de vida

Titular de la póliza	Número de póliza	Personas aseguradas	Compañía de seguro	Valor nominal	Valor al contado
				\$	\$
				\$	\$
				\$	\$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PLANILLA D

7. Cuéntenos sobre las **Pólizas de entierro** que tienen o están adquiriendo usted o su cónyuge, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No tiene Pólizas de entierro

Nombre del solicitante o cónyuge	Cantidad	¿Es irrevocable?	Nombre de la institución o persona que se encarga del dinero
	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

8. Cuéntenos si usted, su cónyuge o alguna persona que actúe en su nombre o en nombre de su cónyuge ha **donado** algo de valor dentro de los últimos 5 años, incluso si usted o su cónyuge no solicitan asistencia.

No se ha donado nada de valor dentro de los últimos 5 años Ejemplos incluyen:

Vivienda Tierras	Efectivo	Vehículos
---------------------	----------	-----------

Persona que realizó la donación	Objeto donado	Fecha en que se realizó la donación	Valor del objeto	Cantidad que debe
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

Información adicional necesaria (continuación)

Preguntas sobre discapacidad

9. ¿Alguien discapacitado ha solicitado Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI)? **Sí No**

Si la respuesta es Sí, Nombre de la persona _____ ¿Fecha de la solicitud? (mm/dd/aaaa) _____

¿Cuál es el estado de la solicitud (en trámite, aprobada, denegada)? _____

10. ¿Recibe esta persona SSI o SSDI? **Sí** **No**

Si la respuesta es No, ¿ha recibido este adulto alguna vez SSI/SSDI? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, ¿cuándo finalizó la SSI/SSDI? (mm/dd/aaaa) _____

Motivo por el que finalizó la SSI/SSDI: _____

11. Si usted o alguien de su hogar es elegible para la compra de programas de Medicaid, que pueden requerir el pago de una cuota mensual, ¿acepta inscribirse? (Marcar todos los que correspondan).

Persona 1 Persona 2 Persona 3 Persona 4 Ninguno

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

Al firmar este formulario le doy permiso al estado de Colorado y a sus impulsores a comunicarse para verificar la información de este formulario. Bajo pena de falso testimonio, certifico que la información que he proporcionado es verdadera y correcta.

TAMBIÉN DEBO FIRMAR LA PÁGINA 10 DE ESTA SOLICITUD.

--	--	--

Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título en letra de imprenta Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)

Representante autorizado, curador, tutor u otro contacto:

--	--	--

Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título en letra de imprenta Firma

Fecha (mm/dd/aaaa)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PLANILLA E

NOMBRE DE LA PERSONA 1 _____

PASO 2: PERSONA # _____

Use esta planilla para los miembros adicionales del hogar completando el número de la persona a la que corresponde cada página (ej. PERSONA 3, PERSONA 4, etc.). Haga copias adicionales y adjúntelas si fuera necesario.

1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título _____ 2. ¿Relación con usted? _____

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) _____ 4. Sexo Masculino Femenino

5. Número de seguro social (NSS)
Es necesario si ESTA PERSONA desea obtener una cobertura de salud y tiene un NSS.
Si no posee número de seguro social, ¿por qué? Ha solicitado un NSS Enfermedad No ciudadano legalmente presente Religión Recién nacido(a)

6. ¿ESTA PERSONA vive en el mismo domicilio que usted? Sí No
Si la respuesta es No, detalle el domicilio: _____

7. ¿ESTA PERSONA tiene pensado presentar una declaración de impuestos federal para el AÑO DE COBERTURA?
(ESTA PERSONA puede solicitar Medicaid, CHP+ o seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos federal. Sin embargo, debe tener en cuenta presentar una declaración de impuestos para el año de cobertura a fin de saber si podría ser elegible para obtener crédito fiscal y desembolsos reducidos que se encuentran disponibles a través del mercado.)

SÍ. Si la respuesta es Sí, responda las preguntas a-c. **NO. Si la respuesta es No**, PASE a la pregunta c.

a. ¿ESTA PERSONA presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No
Si la respuesta es Sí, nombre legal del cónyuge: _____

b. ¿ESTA PERSONA presentará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No
Si la respuesta es Sí, detalle el/los nombre(s) legal(es) del/de los dependiente(s): _____

c. ¿ESTA PERSONA se presentará como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No
Si la respuesta es Sí, detalle el nombre legal de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de **ESTA PERSONA** con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿ESTA PERSONA tiene una exención de responsabilidad compartida individual(i)? Sí No
Si la respuesta es Sí, número de certificado de exención: _____

9. ¿Necesita ESTA PERSONA cobertura de salud?
 Sí. Si la respuesta es Sí, responda todas las siguientes preguntas.  **No Si la respuesta es No**, PASE a la pregunta 19. 

Las respuestas a las siguientes tres preguntas no se pueden utilizar para determinar la disponibilidad ni el costo de ningún seguro de salud adquirido a través de Connect for Health Colorado.

10. ¿ESTA PERSONA está embarazada? Sí No
a. **Si la respuesta es Sí**, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? _____
Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____

11. ¿Tiene **ESTA PERSONA** una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses?
 Sí No No escribir en esta área.

12. ¿ESTA PERSONA necesita ayuda con algunas o todas las actividades relacionadas con el cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer o usar el baño)? ¿O ESTA PERSONA está, o ha estado, en un centro de salud (como un asilo para ancianos, hospital, institución de salud mental u hogar comunitario) dentro de los últimos 90 días? Sí No

Si ha respondido 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, también complete la **Planilla D: Información adicional necesaria.**

13. ¿ESTA PERSONA es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU.? Sí No



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 2: PERSONA #___ (Continúe con ESTA PERSONA)

14. Si **ESTA PERSONA** no es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

Sí. Complete con su tipo y número de documento, y el número de registro de extranjero a continuación. **No**.

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de documento: _____

c. Número de registro de extranjero: _____

d. Si el tipo de documento es un pasaporte: País de origen: _____

Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa): _____

e. ¿Ha vivido **ESTA PERSONA** en EE.UU. desde 1996? **Sí** **No**

f. ¿Es **ESTA PERSONA**, o su cónyuge, padre o madre, un(a) veterano(a) retirado(a) honorablemente o un miembro en servicio activo del ejército de EE.UU.? **Sí** **No**

Si la respuesta es Sí, nombre _____

15. ¿**ESTA PERSONA** desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? **Sí** **No**

16. ¿**ESTA PERSONA** vive con al menos un(a) niño(a) menor de 19 años y **ESTA PERSONA** es la persona principal que cuida de él(ella)? **Sí** **No**

17. ¿Es **ESTA PERSONA** un(a) estudiante de tiempo completo? **Sí** **No**

18. ¿Estuvo **ESTA PERSONA** en un hogar sustituto a la edad de 18 o siendo mayor? **Sí** **No**

19. Dentro de los últimos 6 meses, ¿**ESTA PERSONA** ha usado productos de tabaco regularmente (4 veces por semana o más, en promedio)? **Sí** **No**

Responder esta pregunta no afectará la posibilidad de **ESTA PERSONA** de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos; sin embargo, si no responde esta pregunta y se establece que es elegible para obtener ayuda con los costos de seguro privado, Connect for Health Colorado necesitará realizar un seguimiento antes de poder inscribirla en un plan de salud calificado.

20. Si es de origen hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

Mexicano(a) Mexicano(a) estadounidense Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro _____

21. Raza (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

Blanca o caucásica

Indígena norteamericano o nativo de Alaska

Filipina

Vietnamita

Guameña o chamorro

Negra o afroamericana

(Complete e incluya la **Planilla B**)

Japonesa

Otra asiática

Samoana

Indoasiática

Coreana

Nativa de Hawái

Otra de las islas del Pacífico

China

Otra _____

Responder las siguientes dos preguntas no afectará la posibilidad de **ESTA PERSONA** de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos.

22. ¿**ESTA PERSONA** no tuvo seguro durante los últimos seis meses? **Sí** **No**

23. ¿Tiene **ESTA PERSONA** un médico de cabecera a quien consulta para tratar diversas enfermedades? (OPCIONAL) **Sí** **No**
Por ejemplo, un médico (o pediatra) de medicina general, medicina de familia o medicina interna. **Si la respuesta es Sí**, ¿puede indicar el nombre del médico? (OPCIONAL) _____

(No incluya un médico que haya tratado a **ESTA PERSONA** durante una hospitalización de una noche o en salas de emergencia del hospital.)

Información sobre empleo actual e ingresos de ESTA PERSONA

Empleado(a)

Si está empleado(a) actualmente, cuéntenos sobre los ingresos de **ESTA PERSONA**. Comience con la pregunta 24.

Desempleado(a)

PASE a la pregunta 32.

Autónomo(a) o posee otro ingreso

PASE a la pregunta 32.



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

EMPLEO ACTUAL 1 de ESTA PERSONA:

24. Nombre y domicilio del empleador		25. Número telefónico del empleador
26. Sueldo/propinas (antes de impuesto) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		27. Horas promedio trabajadas por SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2 de ESTA PERSONA: (Si ESTA PERSONA tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

28. Nombre y domicilio del empleador		29. Número telefónico del empleador
30. Sueldo/propinas (antes de impuesto) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		31. Horas promedio trabajadas por SEMANA

32. **En el último año, ¿hizo ESTA PERSONA alguno de los siguientes?:** Cambió de empleo Dejó de trabajar
 Comenzó a trabajar en otro horario Hubo una defunción de un familiar Se casó, se separó legalmente o se divorció
 Recibió un cambio de sueldo o salario Ninguno de estos

33. ¿Es **ESTA PERSONA** un(a) trabajador(a) estacional? Sí No

34. Si ESTA PERSONA es autónomo(a), responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Qué ingresos brutos (ganancias antes del pago de impuestos, deducciones o gastos) recibirá ESTA PERSONA de este trabajo autónomo este mes?
-----------------------------	---



PASO 2: PERSONA #___ (Continúe con ESTA PERSONA)

35. Gastos mensuales del trabajo autónomo:

Tipo de gastos	Monto de los gastos	Tipo de gastos	Monto de los gastos
Renta/hipoteca del negocio	\$	Intereses pagados para el negocio	\$
Costo laboral bruto del negocio	\$	Utilidades pagadas para el negocio	\$
Costo de los bienes utilizados para el negocio	\$	Costos del equipamiento del negocio	\$
Impuestos del negocio pagados	\$	Otros costos del negocio	\$

36. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que **ESTA PERSONA** lo obtiene.

NOTA: No debe brindar información sobre la manutención infantil, pagos a veteranos o Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI) en esta sección. Si debe completar la **Planilla D: Información adicional necesaria**, ingresará esta información allí.

Tipo de ingreso/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación/pensión <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge recibida(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Rendimiento neto del capital invertido <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Dividendos/Intereses <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de la agricultura/pesca <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de rentas/regalías <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

37. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que **ESTA PERSONA** las paga.

Si **ESTA PERSONA** realiza ciertos pagos que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, contarnos sobre ellos podría permitir reducir un poco el costo de su cobertura de salud. Algunas de estas deducciones se realizan directamente en su salario.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta para los gastos de trabajo autónomo (pregunta 35) o ingresos netos de rentas.

Tipo de deducción/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge pagada(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Otras deducciones(i): <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

38. INGRESOS ANUALES:

Ingresos totales de **ESTA PERSONA este año**

\$

Ingresos totales de **ESTA PERSONA** el año **próximo** (si usted cree que serán distintos)

\$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

NOMBRE DE LA PERSONA 2 _____

PASO 2: PERSONA # _____

Use esta planilla para los miembros adicionales del hogar completando el número de la persona a la que corresponde cada página (ej. PERSONA 3, PERSONA 4, etc.). Haga copias adicionales y adjúntelas si fuera necesario.

1. Nombre, segundo nombre y apellido legales, y título	2. ¿Relación con usted?
--	-------------------------

3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
-------------------------------------	--

5. Número de seguro social (NSS)

Es necesario si ESTA PERSONA desea obtener una cobertura de salud y tiene un NSS.

Si no posee número de seguro social, ¿por qué? Ha solicitado un NSS Enfermedad No ciudadano legalmente presente Religión Recién nacido(a)

6. ¿ESTA PERSONA vive en el mismo domicilio que usted? Sí No

Si la respuesta es No, detalle el domicilio: _____

7. ¿ESTA PERSONA tiene pensado presentar una declaración de impuestos federal para el AÑO DE COBERTURA?

(ESTA PERSONA puede solicitar Medicaid, CHP+ o seguro de salud incluso si no presenta una declaración de impuestos federal. Sin embargo, debe tener en cuenta presentar una declaración de impuestos para el año de cobertura a fin de saber si podría ser elegible para obtener crédito fiscal y desembolsos reducidos que se encuentran disponibles a través del mercado.)

SÍ. Si la respuesta es Sí, responda las preguntas a-c. **NO. Si la respuesta es No**, PASE a la pregunta c.

a. ¿ESTA PERSONA presentará una declaración conjunta con un cónyuge? Sí No

Si la respuesta es Sí, nombre legal del cónyuge: _____

b. ¿ESTA PERSONA presentará dependientes en su declaración de impuestos? Sí No

Si la respuesta es Sí, detalle el/los nombre(s) legal(es) del/de los dependiente(s): _____

c. ¿ESTA PERSONA se presentará como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No

Si la respuesta es Sí, detalle el nombre legal de la persona que presenta la declaración de impuestos: _____

¿Cuál es la relación de **ESTA PERSONA** con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____



PASO 2: PERSONA # _____ (Continúe con ESTA PERSONA)

8. ¿ESTA PERSONA tiene una exención de responsabilidad compartida individual(i)? Sí No

Si la respuesta es Sí, número de certificado de exención: _____

9. ¿Necesita ESTA PERSONA cobertura de salud?

Sí. Si la respuesta es Sí, responda todas las siguientes preguntas.



No Si la respuesta es No, PASE a la pregunta 19.



Las respuestas a las siguientes tres preguntas no se pueden utilizar para determinar la disponibilidad ni el costo de ningún seguro de salud adquirido a través de Connect for Health Colorado.

10. ¿ESTA PERSONA está embarazada? Sí No

a. Si la respuesta es Sí, ¿cuántos bebés espera durante este embarazo? _____

Fecha de parto (mm/dd/aaaa)? _____

11. ¿Tiene ESTA PERSONA una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses?

Sí No

No escribir en esta área.

12. ¿ESTA PERSONA necesita ayuda con algunas o todas las actividades relacionadas con el cuidado personal (como bañarse, vestirse, comer o usar el baño)? ¿O ESTA PERSONA está, o ha estado, en un centro de salud (como un asilo para ancianos, hospital, institución de salud mental u hogar comunitario) dentro de los últimos 90 días? Sí No

Si ha respondido 'sí' a alguna de las preguntas anteriores, también complete la **Planilla D: Información adicional necesaria.**

13. ¿ESTA PERSONA es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU.? Sí No

14. Si ESTA PERSONA no es ciudadano(a) de EE.UU. o nacional de EE.UU., ¿tiene un estado de inmigración elegible?

SÍ. Complete con su tipo y número de documento, y el número de registro de extranjero a continuación. **No.**

a. Tipo de documento de inmigración: _____

b. Número de documento: _____

c. Número de registro de extranjero: _____

d. Si el tipo de documento es un pasaporte: País de origen: _____

Fecha de vencimiento (mm/dd/aaaa): _____

e. ¿Ha vivido ESTA PERSONA en EE.UU. desde 1996? **Sí No**

f. ¿Es ESTA PERSONA, o su cónyuge, padre o madre, un(a) veterano(a) retirado(a) honorablemente o un miembro en servicio activo del ejército de EE.UU.? **Sí No**

Si la respuesta es Sí, nombre _____

15. ¿ESTA PERSONA desea ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses? Sí No

16. ¿ESTA PERSONA vive con al menos un(a) niño(a) menor de 19 años y ESTA PERSONA es la persona principal que cuida de él(ella)? Sí No

17. ¿Es ESTA PERSONA un(a) estudiante de tiempo completo? Sí No

18. ¿Estuvo ESTA PERSONA en un hogar sustituto a la edad de 18 o siendo mayor? Sí No

19. Dentro de los últimos 6 meses, ¿ESTA PERSONA ha usado productos de tabaco regularmente (4 veces por semana o más, en promedio)?

Sí No

Responder esta pregunta no afectará la posibilidad de ESTA PERSONA de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos; sin embargo, si no responde esta pregunta y se establece que es elegible para obtener ayuda con los costos de seguro privado, Connect for Health Colorado necesitará realizar un seguimiento antes de poder inscribirla en un plan de salud calificado.

20. Si es de origen hispano/latino, grupo étnico (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

Mexicano(a) Mexicano(a) estadounidense Chicano(a) Puertorriqueño(a) Cubano(a) Otro _____

21. Raza (OPCIONAL. Marcar todos los que correspondan.)

Blanca o caucásica

Indígena
norteamericano o nativo
de Alaska

Filipina

Vietnamita

Guameña o chamorro

Negra o
afroamericana

(Complete e incluya la
Planilla B)

Japonesa

Otra asiática

Samoana

Indoasiática

Coreana

Nativa de Hawái

Otra de las islas del Pacífico

China

Otra _____

Responder las siguientes dos preguntas no afectará la posibilidad de ESTA PERSONA de obtener Medicaid, CHP+ o ayuda con los costos.

22. ¿ESTA PERSONA no tuvo seguro durante los últimos seis meses? Sí No

23. ¿Tiene ESTA PERSONA un médico de cabecera a quien consulta para tratar diversas enfermedades? (OPCIONAL) Sí No

Por ejemplo, un médico (o pediatra) de medicina general, medicina de familia o medicina interna. Si la respuesta es Sí, ¿puede indicar el nombre del médico? (OPCIONAL) _____

(No incluya un médico que haya tratado a ESTA PERSONA durante una hospitalización de una noche o en salas de emergencia del hospital.)



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

PASO 2: PERSONA # ___ (Continúe con ESTA PERSONA)

Información sobre empleo actual e ingresos de ESTA PERSONA

- Empleado(a)**
Si está empleado(a) actualmente, cuéntenos sobre los ingresos de ESTA PERSONA. Comience con la pregunta 24.
- Desempleado(a)**
PASE a la pregunta 32.
- Autónomo(a) o posee otro ingreso**
PASE a la pregunta 32.

EMPLEO ACTUAL 1 de ESTA PERSONA:

24. Nombre y domicilio del empleador		25. Número telefónico del empleador
26. Sueldo/propinas (antes de impuesto) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		27. Horas promedio trabajadas por SEMANA

EMPLEO ACTUAL 2 de ESTA PERSONA: (Si ESTA PERSONA tiene más empleos y necesita más espacio, adjunte otra hoja.)

28. Nombre y domicilio del empleador		29. Número telefónico del empleador
30. Sueldo/propinas (antes de impuesto) \$ _____	<input type="checkbox"/> Por hora <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas	<input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente
		31. Horas promedio trabajadas por SEMANA

32. **En el último año, ¿hizo ESTA PERSONA alguno de los siguientes?:** Cambió de empleo Dejó de trabajar
 Comenzó a trabajar en otro horario Hubo una defunción de un familiar Se casó, se separó legalmente o se divorció
 Recibió un cambio de sueldo o salario Ninguno de estos

33. ¿Es **ESTA PERSONA** un(a) trabajador(a) estacional? Sí No

34. Si **ESTA PERSONA** es autónomo(a), responda las siguientes preguntas:

a. Tipo de trabajo _____	b. ¿Qué ingresos brutos (ganancias antes del pago de impuestos, deducciones o gastos) recibirá ESTA PERSONA de este trabajo autónomo este mes?
-----------------------------	---



PASO 2: PERSONA # ___ (Continúe con ESTA PERSONA)

35. Gastos mensuales del trabajo autónomo:

Tipo de gastos	Monto de los gastos	Tipo de gastos	Monto de los gastos
Renta/hipoteca del negocio	\$	Intereses pagados para el negocio	\$
Costo laboral bruto del negocio	\$	Utilidades pagadas para el negocio	\$
Costo de los bienes utilizados para el negocio	\$	Costos del equipamiento del negocio	\$
Impuestos del negocio pagados	\$	Otros costos del negocio	\$

36. **OTRO INGRESO ESTE MES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que **ESTA PERSONA** lo obtiene.

NOTA: No debe brindar información sobre la manutención infantil, pagos a veteranos o Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI) en esta sección. Si debe completar la **Planilla D: Información adicional necesaria**, ingresará esta información allí.

Tipo de ingreso/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Desempleo <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Seguro social <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Jubilación/pensión <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge recibida(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Rendimiento neto del capital invertido <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Dividendos/Intereses <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de la agricultura/pesca <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Ingresos netos de rentas/regalías <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

37. **DEDUCCIONES:** Marque todos los que se apliquen, y brinde la cantidad y la frecuencia con la que **ESTA PERSONA** las paga.

Si **ESTA PERSONA** realiza ciertos pagos que pueden deducirse en una declaración de impuestos federales, contarnos sobre ellos podría permitir reducir un poco el costo de su cobertura de salud. Algunas de estas deducciones se realizan directamente en su salario.

NOTA: No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta para los gastos de trabajo autónomo (pregunta 35) o ingresos netos de rentas.

Tipo de deducción/¿Frecuencia?	Cantidad
<input type="checkbox"/> Manutención del cónyuge pagada(i) <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Intereses por préstamo estudiantil <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$
<input type="checkbox"/> Otras deducciones(i): <input type="checkbox"/> Solo una vez <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Mensualmente <input type="checkbox"/> Anualmente	\$

38. **INGRESOS ANUALES:**

Ingresos totales de **ESTA PERSONA** este año
\$

Ingresos totales de **ESTA PERSONA** el año **próximo** (si usted cree que serán distintos)
\$



¿NECESITA AYUDA CON SU SOLICITUD? Consulte nuestra información de contacto en la página i de esta solicitud o en el Paso 6.

Apéndice A(i)

Solicitud de cobertura de salud y ayuda en el pago de costos

Glosario de términos	
Término	Definición
Agente cautivo	Un agente cautivo representa a una aseguradora de salud y ofrece sus pólizas a los clientes. Por lo general, es empleado directo de una aseguradora o está contratado por ella para anunciar sus planes. Los agentes cautivos deben estar totalmente familiarizados con las características de los planes que vende su compañía y pueden darle respuestas eficientes y detalladas a sus preguntas sobre esas pólizas.
Agente independiente	Un agente independiente ofrece pólizas de diversas aseguradoras por las que está contratado para representar. Los agentes independientes pueden brindar ayuda para comparar las tarifas y los beneficios de los planes de salud de diversas compañías. Un agente independiente con experiencia puede darle información eficiente y detallada sobre las características y limitaciones de un plan específico de diversas pólizas.
Año de cobertura	Período de 12 meses de cobertura de beneficios bajo un plan de salud grupal. Es posible que este período de 12 meses no sea igual al año natural. Para averiguar cuándo comienza su año del plan, puede verificar sus documentos del plan o preguntarle a su empleador. (Nota: Para pólizas de seguro de salud individual este período de 12 meses se denomina "año de la póliza").
Apelación	Una solicitud a su aseguradora o plan de salud para analizar una decisión o un reclamo nuevamente.
Asistentes de cobertura de salud	Los de cobertura de salud están certificados por Connect for Health Colorado para ayudar a los clientes del mercado con la solicitud de cobertura de salud y los programas de asistencia financiera que ayudan a reducir los costos del seguro de salud. También ayudan a los clientes a comprender las opciones de cobertura y brindar ayuda imparcial en la compra y selección de planes de salud.
Cobertura de salud	Derecho legal al pago o reembolso de sus costos de salud, por lo general bajo un contrato con una compañía de seguros de salud, un plan de salud grupal ofrecido en relación con un empleo, o un programa gubernamental como Medicare, Medicaid, o el Plan de Salud para Niños (CHP+).
COBRA	Ley federal que le puede permitir mantener temporalmente la cobertura de salud después de que finalice su empleo, pierda la cobertura como dependiente de un empleado asegurado o experimente otro evento de vida que califique. Si selecciona una cobertura COBRA, paga el 100% de las cuotas, incluyendo la parte que solía pagar el empleador, además de una pequeña cuota administrativa.
Connect for Health Colorado	Connect for Health Colorado™, también conocido como el mercado, ofrece a las personas, familias y empresas u organizaciones pequeñas un nuevo mercado en línea para los seguros de salud y un acceso exclusivo a una nueva reducción en los costos inicial basada en los ingresos. Los clientes compran a través de un sitio de Internet y reciben ayuda de expertos en persona y telefónicamente de una red de profesionales de servicio al cliente, incluyendo representantes del centro de atención al cliente, asistentes de cobertura de salud y agentes de seguro de salud certificados. El mercado es una entidad sin fines de lucro establecida por una ley estatal de 2011.
Cónyuge	Pareja unida en matrimonio como esposo o esposa.
Cuotas	Cantidad que se debe pagar por su seguro o plan de salud. Usted y/o su empleador suelen pagarla de forma mensual, trimestral o anual.
Deducciones	<p>Las deducciones que deseamos que mencione son las que están detalladas en la primera página de un formulario 1040 del IRS, de modo que esto NO incluye artículos como donaciones o intereses por hipoteca de vivienda, que se pueden deducir en otro lugar en el formulario 1040 del IRS.</p> <p>Estas son algunas de las deducciones que deseamos que mencione:</p> <ul style="list-style-type: none">• manutención que usted le paga a su ex-cónyuge• intereses por préstamo estudiantil que usted paga• gastos de educador, si es profesor(a) y paga los suministros por su cuenta• gastos de mudanza, si se está cambiando de residencia para ir a vivir más cerca de su trabajo• aportes a su cuenta de jubilación individual, si no tiene una cuenta de jubilación a través de un empleo• costos de enseñanza para la escuela, si paga los costos usted mismo(a) y los deduce en su declaración de impuestos en la línea 34 <p>Si no está seguro(a) cuánto puede deducir, puede obtener más información sobre estas deducciones en el sitio de Internet del IRS en http://www.irs.gov/taxtopics/tc450.html</p>



Glosario de términos (continuación)	
Término	Definición
Departamento de Políticas y Financiamiento de Atención Médica	El Departamento administra los programas de Medicaid y del Plan de Salud para Niños (CHP+), así como otros programas para ciudadanos de Colorado, familias, niños, mujeres embarazadas, adultos mayores, personas con discapacidad y algunos adultos sin niños, todos con bajos ingresos. Para obtener mayor información sobre el Departamento, visite Colorado.gov/hcpf .
Dividendos/Intereses	Cobro por el uso de dinero prestado. Los intereses que recibe de un banco o los dividendos de acciones que posee son ejemplos de ingresos derivados de inversiones, que debería mencionar si solicita ayuda para pagar por una cobertura de salud.
División de seguros	La División de Seguros del Departamento de Agencias Reguladoras controla la industria del seguro y ayuda a los consumidores y a otros inversionistas con temas relacionados con los seguros.
Estatus migratorio elegible	El estatus migratorio que se considera elegible para obtener cobertura de salud. Las reglas para un estatus migratorio elegible pueden ser distintas en cada programa de accesibilidad al seguro.
Estándar de valor mínimo	Plan de salud que cumple con este estándar si está diseñado para pagar al menos el 60% del costo total de los servicios médicos para una población estándar. A partir del 2014, a las personas que se le ofrece una cobertura patrocinada por el empleador que ofrece un valor mínimo y que es accesible no serán elegibles para un crédito fiscal anticipado.
Exención de responsabilidad compartida individual	Puede estar exento de tener que comprar cobertura si se aplica alguno de los siguientes: es residente legal de los Estados Unidos con ingresos muy bajos, pero no califica para Medicaid; es parte de una religión que se opone a la aceptación de beneficios que otorga una póliza de seguro de salud; es indígena norteamericano o nativo de Alaska y miembro de una tribu reconocida federalmente; o califica para una exención por adversidad debido a ingresos muy bajos. Si califica para una exención, puede optar por no tener seguro de salud (y no necesita completar esta solicitud) o comprar un plan de salud de alto deducible a través del mercado una vez que tenga la exención. Para averiguar cómo solicitar la exención, comuníquese con uno de los siguientes: el gobierno federal en healthcare.gov , 1-800-318-2596, o TTY al 1-855-889-4325 O puede comunicarse con Connect for Health Colorado comenzando por una conversación en línea en ConnectforHealthCO.com utilizando el botón 'Obtener asistencia' o llamando al 1-855-PLANS-4-YOU (1-855-752-6749).
Manutención para el cónyuge (pensión para el ex-cónyuge)	Subvención para ayudar, bajo orden judicial, a una de las partes divorciada de parte de su ex-cónyuge.
Medicaid	Seguro de salud público para los ciudadanos de Colorado de bajos ingresos, que incluye familias, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, ancianos y adultos sin hijos. Existe más información disponible en Colorado.gov/hcpf
Medicare	Seguro de salud público para los ciudadanos de Colorado de bajos ingresos, que incluye familias, niños, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, adultos mayores y adultos sin hijos. Existe más información disponible en Colorado.gov/hcpf
Mercado	El mercado, también conocido como Connect for Health Colorado™, es un nuevo mercado de seguros de salud en línea para personas, familias y empresas u organizaciones pequeñas.
Pareja en unión libre	Pareja con quien no está legalmente casado(a) pero con quien vive.
PEAK	El Paquete de Solicitud y Elegibilidad del Programa de Colorado es un servicio en línea para que los habitantes de Colorado se protejan y soliciten programas de asistencia médica, alimentaria y de dinero en efectivo.
Plan de Salud para Niños (CHP+)	Seguro de salud de Colorado de bajo costo para niños no asegurados y mujeres embarazadas. El Plan de Salud para Niños (CHP+) es un seguro de salud público para niños y mujeres embarazadas que ganan demasiado para calificar para Medicaid, pero que no pueden pagar un seguro de salud privado.
Programas de accesibilidad al seguro	Los programas de accesibilidad al seguro incluyen Medicaid, los Planes de Salud para Niños (CHP+) y el crédito fiscal y los costos de desembolso disponibles a través de Connect for Health Colorado.
Programas de atención médica de asuntos de veteranos	Programas de salud dirigidos por el Departamento de asuntos de veteranos para veteranos elegibles.
Seguro de salud	Su pareja en unión libre(i) quien necesita cobertura médica
Sitio de asistencia para solicitudes	Agencia u organización que ayuda a las familias a completar su solicitud de cobertura de salud y en el pago de costos.



Glosario de términos (continuación)	
Término	Definición
Trabajador(a) estacional	Persona que trabaja solo durante un cierto período de tiempo.
Tribu reconocida federalmente	Cualquier tribu, grupo, nación, pueblo, aldea o comunidad indígena o nativa de Alaska que el Departamento del Interior reconoce que existe como tribu indígena. Consulte la lista actual de tribus reconocidas federalmente en la Oficina de Asuntos Indígenas bia.gov.
TRICARE	Programa de salud para miembros en servicio activo y uniformados retirados y para sus familias.

Tabla de relación familiar					
Solicitamos esta información para comprender mejor quiénes integran su familia para todos los programas de asistencia. Cuéntenos sobre el parentesco familiar en base a la relación de la PERSONA de la columna de la izquierda con cada PERSONA que se detalla en la parte superior de la siguiente tabla. Complete los nombres a fin de que coincidan con cada persona que detalló en la solicitud durante el Paso 2. Ejemplo: PERSONA 1: Juana es la Esposa de la PERSONA 2: Juan.					
Ejemplo: La familia está compuesta por Juana, Juan, Julieta, Pedro y Tomás. Juana es la persona que completa esta solicitud y que se conoce como PERSONA 1/YO MISMO. Juana y Juan están casados y tienen una hija en común, Julieta. Pedro es hijo de Juana de una relación anterior. Tomás es el padre de Juan y a quien él declara en sus impuestos.					
	PERSONA 1 Nombre: USTED MISMO	PERSONA 2 Nombre: Juan	PERSONA 3 Nombre: Julieta	PERSONA 4 Nombre: Pedro	PERSONA 5 Nombre: Tomás
PERSONA 1 Nombre: YO MISMO		Esposa	Madre	Madre	Nuera
PERSONA 2 Nombre: Juan	Esposo		Padre	Padrastra	Hijo
PERSONA 3 Nombre: Julieta	Hija	Hija		Media hermana	Nieta
PERSONA 4 Nombre: Pedro	Hijo	Hijastro	Medio hermano		No pariente
PERSONA 5 Nombre: Tomás	Suegro	Padre	Abuelo	No pariente	
Sugerencias sobre tipos de relación familiar o parentesco. Puede escribir otras relaciones si lo necesita.	Esposo Esposa Pareja en unión libre Madre Padre Madrastro Padrastra Padre o madre de pareja en unión libre Hijo Hija Hijastro			Hijastra Hijo(a) de la pareja en unión libre Hermano Hermana Hermanastro Hermanastra Medio hermano Media hermana Adulto discapacitado dependiente No pariente	

