

**INFORMACION IMPORTANTE PARA LOS PROGRAMAS DE DESCUENTO:** Favor de llenar la forma en su totalidad, incluir todos los documentos y firmar la declaración jurada. Si parece reunir los requisitos para Health First Colorado o CHP+, antes de que le podamos dar una tarjeta de descuento, tendrá que presentar solicitud para estos programas o proporcionar carta de los últimos 45 días donde se los negaron. Antes de poder expedir la tarjeta de descuento, podríamos necesitar información adicional y una cita. Si le expedimos una tarjeta para el Programa de Cuidado de Indigentes de Colorado (CICP, por sus siglas en inglés) y no está de acuerdo con su clasificación, tiene 15 días hábiles para apelar tal determinación. Si usa esta tarjeta en una de nuestras agencias asociadas, ahí podrían pedirle documentos adicionales. Si tiene alguna pregunta o desea agendar una cita, llame al 970-871-7330 en Steamboat o al 970-871-7324 en Craig. Clientes de habla hispana favor de llamar al 970-824-8233 en Craig o al 970-871-7330 en Steamboat.

## Documentos requeridos para los programas de descuento:

<p><b>TODOS LOS INGRESOS RECIBIDOS POR TODOS EN EL HOGAR</b> (si corresponde)</p>	<p><input type="checkbox"/> Sus declaraciones de impuestos más recientes</p>
<p align="center"><b>También incluyan lo siguiente (si les compete)</b></p>	
<p><b>Ingresos del trabajo.</b> Favor de traer uno de entre los siguientes comprobantes de cada miembro del hogar que está trabajando:</p>	<p><input type="checkbox"/> Un mes de talones de cheques recientes donde se vean los ingresos BRUTOS</p> <p><input type="checkbox"/> Carta reciente del empleador, en papel con membrete de la compañía, que diga el salario por hora, horas trabajadas, frecuencia de pago, ingreso bruto mensual (antes de impuestos y cualquier otra deducción) y PROPINAS.</p>
<p><b>Empleo por cuenta propia</b> (si es su caso). Favor de traer documentos de cada miembro del hogar que trabaja por su cuenta:</p>	<p><input type="checkbox"/> Contabilidad del mes previo o balance mostrando las pérdidas y ganancias, detallando los ingresos brutos recibidos y lo pagado en gastos del negocio.</p>
<p><b>Ingresos de otras fuentes</b> (si es su caso). Si alguien del hogar está recibiendo alguno de los siguientes ingresos, necesitamos la carta donde le asignan dichos beneficios, un documento legal, talones de cheques, etc.</p>	<p><input type="checkbox"/> Ingreso por discapacidad del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos de Seguridad Suplementarios</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios para sobrevivientes del Seguro Social</p> <p><input type="checkbox"/> Beneficios de desempleo</p> <p><input type="checkbox"/> Pensión alimenticia</p> <p><input type="checkbox"/> Jubilación</p> <p><input type="checkbox"/> Ingresos por cobro de rentas</p> <p><input type="checkbox"/> Cualquier otro ingreso no relacionado al trabajo</p>
<p><b>Prueba de presencia legal: favor de traer algo de lo siguiente: (Aunque no tengan residencia legal, les podemos ayudar)</b></p>	
<p align="center">Tarjeta de Residencia Permanente Legal</p>	
<p align="center">Permiso de Trabajo</p>	
<p align="center">Cualquier otro tipo de documento que pruebe que su presencia en Estados Unidos es legal</p>	
<p align="center"><b>También se les podría pedir que traigan una o más de las siguientes cosas:</b></p>	
<p>Licencia de conducir o identificación del estado de Colorado</p>	<p>Documentos judiciales indicando separación legal o divorcio</p>
<p>Comprobante de que residen en Colorado</p>	<p>Tarjeta del seguro médico</p>
<p><b>Declaración jurada de presencia legal</b></p>	
<p>Todos los que en el hogar tengan más de 18 años de edad y estén solicitando la asistencia deben firmar la declaración jurada.</p>	

**Northwest Colorado Health**  
**Colorado Indigent Care Program/Client Assistance Program**

**Sección 1: Solicitante**

Marque aquí si se encuentra sin hogar

Apellido(s)	Primer nombre	Inicial de segundo nombre
Dirección física		
Ciudad	Estado	Condado
Dirección donde recibe el correo (si es diferente a la física)	Código postal	Número de teléfono
Ciudad	Estado	Código postal
<b>¿Vive en COLORADO todo el año?</b>		
SÍ o NO		

Nombres completos de todos en el hogar*	Parentesco	Fecha de nacimiento	Seguro Social (si tienen)	Tipo de seguro médico Y # de identificación (si cuentan con uno)	¿Ciudadanía o residencia legal?
1	YO				Sí o No
2					Sí o No
3					Sí o No
4					Sí o No
5					Sí o No
6					Sí o No
7					Sí o No
8					Sí o No
9					Sí o No
10					Sí o No

\*Favor de anotar sólo a los miembros de su hogar por los que es legal y económicamente responsable. No incluya a compañeros de cuarto, otros parientes, etc.

**Northwest Colorado Health**  
 Colorado Indigent Care Program/Client Assistance Program

**Sección 2: Empleo.** Anote el empleo que cada una de las personas del hogar ha tenido en los últimos 30 días.

Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal
Nombre del empleador		Teléfono del trabajo	
Dirección	Ciudad	Estado	Código postal

Use otra hoja de papel si hay más empleadores que agregar.

**Sección 4: Ingresos**

Total del hogar de los ingresos en bruto por el trabajo. \$ \_\_\_\_\_

Ingresos de su negocio o trabajo por cuenta propia. \$ \_\_\_\_\_

Ingresos que no provienen de un trabajo. \$ \_\_\_\_\_

Pensión o discapacidad del Seguro Social, desempleo, jubilación del sector privado, etc. \$ \_\_\_\_\_

Cualquier otro ingreso \$ \_\_\_\_\_

Renta que usted cobra, ingresos o pagos en especie, dinero que alguien le da para sus gastos, etc. \$ \_\_\_\_\_

Total de todos los ingresos del hogar. \$ \_\_\_\_\_

**Sección 5: Deducciones (debe proporcionar sus comprobantes de pago)**

Pago de manutención de hijos ordenado por un tribunal. \$ \_\_\_\_\_

Primas o mensualidades de un seguro médico. \$ \_\_\_\_\_

Cuentas médicas pagadas de los últimos 12 meses. Favor de presentar las facturas del proveedor de atención médica y su respectivo comprobante de pago (factura detallada del proveedor de salud, cheque que ya aparece cobrado, acuerdo de pagos).

**Favor de leer y firmar la siguiente página y proporcionar los documentos necesarios que respalden todo lo escrito en esta solicitud.**

## **CLÁUSULA DE PENALIZACIÓN, RATIFICACIÓN DE LO DICHO Y AUTORIZACIÓN PARA LIBERAR INFORMACIÓN**

Al firmar abajo, acepto los términos presentados anteriormente y entiendo que, si parece que reúno los requisitos para Health First Colorado o CHP+, y no estoy inscrito(a) actualmente, no me darían una tarjeta de descuento hasta que no haya hecho una solicitud y/o proporcionado una carta expedida por el estado de Colorado en los últimos 45 días diciendo que no fui aprobado(a). Certifico que la información que he dado para llenar esta solicitud es verdadera. Entiendo que si declaro cosas falsas en esta solicitud, cometo un delito grave clase 5. Además, tratar de reunir los requisitos para asistencia bajo este programa con engaños sería un delito menor clase 2 (26-15-12, C.R.S). Autorizo al proveedor de salud para que use cualquier información contenida en esta solicitud para verificar si reúno los requisitos para asistencia bajo este programa y para que obtenga, como se define en la sección 15-15-201(4) de los C.R.S. (Estatutos Revisados de Colorado) , informes de una institución financiera relativos a mi proceso de aprobación con ellos, así como de cualquier compañía aseguradora. Entiendo que el proveedor de salud tiene derecho sobre cualquier compensación a la que tenga derecho un paciente tras lograr ganar alguna demanda. Esto significa que si se descubre que interpuso un reclamo para cualquier beneficio pagadero para cualquier tratamiento, que se me dé, mientras reúna los requisitos para esta ayuda, bajo este programa, ese proveedor de salud tiene el derecho a ser incluido en el proceso de reclamos. Si fuera mi caso, entiendo que los inmigrantes legales que reciben asistencia bajo este programa, a partir del 1 de julio de 1997, habrán de aceptar que se van a abstener de ejecutar una declaración jurada de apoyo con el propósito de patrocinar a un extranjero.

**Entiendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de salud si hay cambios en los ingresos o en el hogar que pudieran influir en el descuento que obtendría con esta solicitud. Al no cumplir con esto esta solicitud quedaría anulada.**

X

Firma

Fecha

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

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

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

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado una "prestación pública estatal", como ese término se define en la sección 24-76.5-102(3), C.R.S. (2016). Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público del estado. Además, reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o representación en esta declaración jurada jurada está penado por las leyes penales de Colorado como perjurio en el segundo grado en la sección 18-8-503, C.R.S. (2016) y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

**SÓLO PARA USO INTERNO**

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

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

Fecha verificado en SAVE (si corresponde): \_\_\_\_\_

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

### Declaración del uno mismo

Yo, \_\_\_\_\_ mismo-declara y juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que yo soy un ciudadano o no ciudadano nacional.

---

Firma del Solicitante

Fecha

### Tercero Declaración

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

---

Firma del Solicitante

Fecha

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

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

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

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

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

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

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

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado una "prestación pública estatal", como ese término se define en la sección 24-76.5-102(3), C.R.S. (2016). Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público del estado. Además, reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o representación en esta declaración jurada jurada está penado por las leyes penales de Colorado como perjurio en el segundo grado en la sección 18-8-503, C.R.S. (2016) y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

**Firma del Solicitante**

**Fecha**

**SÓLO PARA USO INTERNO**

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

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

Fecha verificado en SAVE (si corresponde): \_\_\_\_\_

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

### **Declaración del uno mismo**

Yo, \_\_\_\_\_ mismo-declara y juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que yo soy un ciudadano o no ciudadano nacional.

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

### **Tercero Declaración**

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

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

\_\_\_\_\_  
Fecha

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

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

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

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



# NORTHWEST COLORADO HEALTH

(Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado)

Bienvenido al Programa de Asistencia de Cliente del Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado!  
Aquí están algunas cosas importantes que usted debería saber:

- Cada agencia de participación tiene su propia escala de precios móvil o sistema de descuento y usted será cobrado según el sistema de aquella agencia. La cantidad que usted paga estará basada en el costo del servicio recibido así como en el tamaño de su familia e ingresos.
- Se requiere que usted revele completa y exactamente todas las fuentes de ayuda e ingresos de la familia cuando usted solicita esta tarjeta.
- Este no es un programa de seguro! Por favor pague su parte de la cuenta **cuando usted recibe servicios**. Si usted no paga su parte de la cuenta, este programa no podrá continuar, y muchas, muchas otras familias en necesidad de asistencia médica perderán un medio importante de acceso a servicios económicos de asistencia médica.
- Si usted recibe servicios de emergencia o urgentes y no tiene todo el co-pago en el momento del servicio, es su responsabilidad de arreglar un plan de pago con la oficina donde usted recibe servicios.
- Si usted tiene un cambio en sus ingresos de familia es su responsabilidad de notificar a la agencia donde usted primero recibió su tarjeta de modo que su elegibilidad para este programa pueda ser determinada de nuevo.
- Si usted utiliza esta tarjeta para obtener servicios en el Yampa Valley Medical Center or The Memorial Hospital usted puede ser re-determinado para el programa de Colorado Indigent Care Program (CICP).

Este programa le permite recibir servicios a escala de precios móvil en los siguientes locales:

- Northwest Colorado Health
- Yampa Valley Medical Center
- Craig Mental Health Center
- Steamboat Springs Mental Health Center
- Northwest Colorado Dental Coalition
- The Memorial Hospital
- Routt County Department of Social Services

Al solicitar este programa, usted da a la agencia publica que le provee su tarjeta permiso de compartir su información financiera con cualquiera de las susodichas agencias donde usted presenta su tarjeta para servicios rebajados.

He leído y entiendo los términos y condiciones de la solicitud del Programa de Asistencia de Cliente del Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado.

---

Nombre del Cliente

Fecha