



## LISTA DE REVISIÓN PARA SU SOLICITUD

Por favor asegúrese de incluir todo lo siguiente con su solicitud:

- Llene cada sección completamente.

*Usted puede imprimir la solicitud y llenarla completamente a mano O usted puede llenar la solicitud usando el teclado oprimiendo en cada espacio para poner su respuesta con el teclado y luego imprimir la solicitud con toda la información que usted escribió.*

- Si algo no le aplica a usted, marque “ninguna”
- Si no es ciudadano el solicitante, mande una copia, frente y dorso, de la tarjeta del Servicio de Inmigración (INS).
- Si usted es dueño de su propio negocio, por favor de llenar el formulario con la información de su negocio en la pagina 9 de la solicitud.
- Si esta solicitando Medicaid, mande pruebas de **ciudadanía de EE.UU. e identificación** para todos los miembros de su hogar que estén solicitando cobertura médica. Si necesita ayuda o más información sobre documentación adicional, pregunte al técnico de su condado o visite <http://www.colorado.gov/cs/Satellite/HCPF/HCPF/1217412405165>.
- Firme y ponga la fecha en la última página de la solicitud.
- Incluya todas las colillas de pago (o cartas de empleadores) que muestran los **Ingresos Totales** (los ingresos totales antes de descontar los impuestos – se llama “gross pay “ en inglés) de toda la familia por el mes anterior o por el mismo mes de la solicitud (vea el ejemplo abajo). CHP+ necesitará colillas de pago con una **Fecha de Pago** del mes anterior o el mes de la fecha de su solicitud para el programa.

Periodo de Pago vs. **Fecha de Pago** (asegure que la Fecha de Pago es del mes anterior a la fecha de su solicitud a CHP+)

EXAMPLE STORES, INC.		STATEMENT OF EARNINGS & DEDUCTIONS - DETACH AND RETAIN FOR YOUR TAX RECORDS				EMPLOYEE NO. XXXXXX
PERIOD	10/16/00 - 10/31/00	EMPLOYEE NAME	JANE DOE	PAY DATE	11/05/00	CHECK NO. XXXXXX
HOURS WORKED	EARNINGS	SCHEDULED DEDUCTIONS	OTHER DEDUCTIONS	TAX DEDUCTIONS	YEAR TO DATE	
REGULAR	REGULAR	IRA	GROCERIES	FED. WH	EARNINGS	
73.750	518.25	INSURANCE	68.37	2.39	5,631.89	
OVERTIME	OVERTIME	RENT	TELEPHONE	FICA	FED. WH	
		ADVANCE	MISC.	39.63	88.82	
COMMISSION		NO. 4	MISC.	STATE WH	FICA	
GASOLINE COMM.		NO. 6		5.00	430.84	
SPR				LOCAL WH	STATE WH	
MISC. MANAGER	1.75				61.00	
MISC. EMPLOYEE				OTHER WH	LOCAL WH	
				.00	OTHER WH	
					.00	
TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	TOTAL	NET PAY	
73.750	518.00	.00	68.37	47.02	402.61	

(se usan los Ingresos Totales para calcular los ingresos totales de su familia)

**Ingresos Totales** vs. Ingresos Netos

(los ingresos después de descontar los impuestos)



## Si esta solicitando Medicaid

Usted tiene que enviar pruebas de ciudadanía de EE.UU. e identificación.

Usted puede enviar UNO de lo siguiente, para demostrar **tanto** su ciudadanía como su identificación:

- ↑ Un pasaporte de EE.UU.
- ↑ Un certificado de naturalización (Forma DHS N-550 o N-570)
- ↑ Un certificado de ciudadanía de EE.UU. (Forma DHS N-560 o N-561)

Si usted no tiene ninguno de ellos, envíe un papel que demuestre la ciudadanía **Y** otro que demuestre la identidad de la lista de más abajo para cada persona solicitando Medicaid.

### Ciudadanía

- Certificado de nacimiento de EE.UU.
- Certificado de nacimiento en el extranjero (Forma FS 545)
- Tarjeta de identificación de la nación estadounidense (Forma I-197 o I-179)
- Documento tribal de Americano nativo
- Decreto final de adopción
- Un expediente militar oficial, que muestre el lugar de nacimiento en los EE.UU.
- Expediente religiosa o escolar

### Identidad

- Licencia de conductor o tarjeta de identificación estatal con foto
- Tarjeta de identificación emitida por alguna agencia gubernamental local, estatal, o federal
- Tarjeta militar de EE.UU. o expediente de reclutamiento o tarjeta de marino mercante del servicio de guardacostas de EE.UU.
- Tarjeta de identificación escolar con foto
- Expedientes escolar o de servicio de la guardería infantil (para niños menores de 16 años)
- Expedientes de la clínica, oficina del doctor, o del hospital (para niños menores de 16 años)

Copias de documentos originales podrán ser aceptados **UNICAMENTE** cuando los documentos originales han sido revisados y certificados por un sitio aprobado por el Estado de Colorado. La lista de sitios aprobados esta disponible en la pagina <http://www.colorado.gov/cs/Satellite/HCPF/HCPF/1217412405165> bajo "Lista de lugares que pueden verificar Documentos."

Para más información favor de llamar a:






#### **Servicio al Cliente**

Para llamadas dentro de la área metropolitana de Denver: (303) 866-3513

Para llamadas fuera de la área metropolitana de Denver: (800) 221-3943

# HOJA ADICIONAL DEL CUADRO DE COMPARACIÓN DE LOS PLANES DE SEGURO MÉDICO

Más abajo encontrará información sobre los planes de seguro médico de CHP+ que usted puede elegir. Por favor elija un plan de seguro médico disponible en su condado.

 Child Health Plan Plus	 Colorado Access www.coaccess.com	 DENVER HEALTH Medical Plan, Inc. www.denverhealth.org	 ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS Good health. That's the plan. www.rmhp.org	 KAISER PERMANENTE thrive www.kaiserpermanente.org	STATE MANAGED CARE NETWORK www.chplusplusproviders.com
Números telefónicos	1-888-214-1101 ó 303-751-9021	1-800-700-8140 ó 720-956-2100	1-800-346-4643	303-338-3800 ó 1-800-632-9700	1-800-414-6198
<b>¿En qué condados están los planes de seguro médico de CHP+?</b> *La red estatal de atención administrada CHP+ es el plan para las mujeres embarazadas.	Adams, Alamosa, Arapahoe, Bent, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Conejos, Costilla, Crowley, Custer, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Kiowa, Larimer, Lincoln, Logan, Mineral, Morgan, Otero, Park, Phillips, Prowers, Pueblo, Rio Grande, Saguache, Washington, Weld y Yuma	Adams, Arapahoe, Denver y Jefferson	Delta, Mesa y Montrose	Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson	Archuleta, Baca, Bent, Chaffee, Cheyenne, Clear Creek, Conejos, Crowley, Custer, Dolores, Eagle, Elbert, El Paso, Fremont, Garfield, Grand, Gunnison, Hinsdale, Huerfano, Jackson, Kit Carson, Lake, La Plata, Larimer, Las Animas, Lincoln, Mineral, Moffat, Montezuma, Morgan, Otero, Ouray, Park, Pitkin, Pueblo, Rio Blanco, Rio Grande, Routt, San Juan, San Miguel, Sedgwick, Summit, Teller, Washington and Yuma. <b>Este plan NO es disponible en los condados de Adams, Alamosa, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Costilla, Delta, Denver, Douglas, Gilpin, Jefferson, Kiowa, Logan, Mesa, Montrose, Phillips, Prowers, Saguache y Weld counties. La red estatal de atención administrada CHP+ es el plan para las mujeres embarazadas.</b>
<b>¿Cómo pueden los afiliados obtener atención médica?</b>	1. Llame a Colorado Access y elija un proveedor personal (PCP) 2. Haga una cita con el PCP 3. Presente al PCP su tarjeta de identificación de Colorado Access en la cita	1. Llame a Denver Health Medical Plan (DHMP) y elija un proveedor personal (PCP) 2. Haga una cita con el PCP 3. Presente al PCP su tarjeta de identificación de DHMP en la cita	1. Llame a Rocky Mountain HMO (RMHMO) y elija un proveedor personal (PCP) 2. Haga una cita con el PCP 3. Presente al PCP su tarjeta de identificación de RMHMO en la cita	1. Llame a Kaiser Permanente y elija un proveedor personal (PCP) 2. Haga una cita con el PCP 3. Presente su tarjeta de identificación de Kaiser Permanente en la cita	1. Haga una cita con un proveedor personal participante seleccionado 2. Presente la tarjeta de identificación en el consultorio del proveedor participante en la cita
<b>¿Qué hospitales pueden usar los afiliados a CHP+?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centura facilities</li> <li>• The Children's Hospital</li> <li>• University of Colorado Hospital</li> <li>• Avista Hospital</li> <li>• Longmont United</li> <li>• McKee Medical Center</li> <li>• Medical Center of Aurora</li> <li>• Medical Center of the Rockies</li> <li>• National Jewish</li> <li>• North Colorado Medical Center</li> <li>• Penrose St. Francis</li> <li>• Platte Valley Medical Center</li> <li>• Poudre Valley Hospital</li> <li>• Presbyterian/St. Luke's Medical Center</li> <li>• Saint Joseph Hospital</li> <li>• San Luis Valley Regional Medical Center</li> <li>• Sky Ridge</li> <li>• St. Mary Corwin Hospital</li> <li>• Swedish Medical Center</li> <li>• Y muchos más</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Denver Health Medical Center</li> <li>• The Children's Hospital*</li> <li>• University of Colorado Hospital*</li> </ul> <p><i>* Cuidado de emergencia y urgencias solamente. Algunos otros servicios pueden ser disponibles solamente si no son ofrecidos en el centro de Denver Health Medical. Preautorización es requerida por parte de Denver Health Managed Care para todos los servicios menos el cuidado de emergencia y urgencias.</i></p>	Cualquier hospital participante de RMHMO. Llame a Servicios al cliente al 1-800-346-4643 para pedir una lista o para preguntar si participa algún hospital en particular.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Children's Hospital</li> <li>• Exempla Good Samaritan Medical Center</li> <li>• Exempla St. Joseph's Hospital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• The Children's Hospital</li> <li>• Centura Facilities</li> <li>• Colorado Plains Medical Center</li> <li>• Exempla Hospitals</li> <li>• Grand Junction Community Hospital</li> <li>• HealthONE Facilities</li> <li>• Longmont United Hospital</li> <li>• Loveland Surgery Center</li> <li>• Memorial Hospital (CO Springs)</li> <li>• Memorial Hospital (Craig)</li> <li>• Mercy Medical Center</li> <li>• Montrose Memorial Hospital</li> <li>• National Jewish Medical and Research Center</li> <li>• Parkview</li> <li>• San Luis Valley Regional Medical Center</li> <li>• University Hospital</li> <li>• Y muchos más</li> </ul>
<b>¿Qué farmacias pueden usar los afiliados a CHP+?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albertsons</li> <li>• Kmart</li> <li>• King Soopers</li> <li>• Medicine Shoppe</li> <li>• Rite Aid</li> <li>• Safeway</li> <li>• Target</li> <li>• Walgreens</li> <li>• Wal-Mart</li> <li>• Y muchas farmacias locales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albertsons</li> <li>• Denver Health</li> <li>• Kmart</li> <li>• King Soopers</li> <li>• Rite Aid</li> <li>• Safeway</li> <li>• Walgreens</li> <li>• Y muchas farmacias locales</li> </ul> <p>Pregunte al 720-956-2302 por más farmacias participantes.</p>	Cualquier farmacia participante de RMHMO. Llame a Servicios al cliente al 1-800-346-4643 para pedir una lista o para preguntar si participa alguna farmacia en particular.	Hay farmacias Kaiser Permanente en todos los consultorios médicos de Kaiser Permanente. También tenemos pedidos por correo.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Albertsons</li> <li>• Kmart</li> <li>• King Soopers</li> <li>• Medicine Shoppe</li> <li>• Rite Aid</li> <li>• Safeway</li> <li>• Target</li> <li>• Walgreens</li> <li>• Wal-Mart</li> <li>• Y muchos más.</li> </ul>
<b>¿Qué servicios especiales hay a disposición de los afiliados a CHP+?</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$150 para anteojos o lentes de contacto por año de beneficios</li> <li>• Copagos reducidos para medicamentos de receta</li> <li>• Más de 200 medicamentos de venta libre, como vitaminas y Tylenol, cuando las recete el médico</li> <li>• 40 consultas como paciente externo por año de beneficios para terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• Programas educativos especiales de atención médica, como "Safe T. Tiger"</li> <li>• Programa "Food for Shots" (Alimentos por vacunas): reciba un certificado de regalo por \$10 para alimentos y la oportunidad de ganar una tarjeta de regalo de \$250 cuando los niños estén al corriente en sus vacunas antes de los 2 años de edad</li> <li>• El personal de Servicios al cliente habla muchos idiomas, incluyendo español</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No hay co-pagos para visitas y medicamentos recetados cubiertos por el plan</li> <li>• Muchos medicamentos de venta libre, con receta del médico</li> <li>• \$150 para anteojos o lentes de contacto por año de beneficios</li> <li>• 40 consultas como paciente externo por año de beneficios para terapia física, ocupacional y del habla</li> <li>• 30 consultas de salud mental como paciente externo por año de beneficios</li> <li>• "Healthy Heroes Club" para los niños</li> <li>• Línea de consejos de enfermería en el 303-739-1211, cuando el consultorio del PCP esté cerrado</li> <li>• Boletín informativo semestral</li> <li>• "Care Management Program" que incluye entrenadores de salud</li> <li>• El personal de Servicios al cliente habla muchos idiomas, incluyendo español</li> <li>• Servicios de interpretación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Administración de caso para embarazos, asma, diabetes y otras enfermedades crónicas</li> <li>• Boletín informativo trimestral</li> <li>• \$50 para anteojos</li> <li>• Médico de guardia cuando el consultorio del PCP esté cerrado</li> <li>• Servicios de interpretación</li> <li>• Personal de Servicios al cliente que habla en español</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Línea de consejos de enfermería al 303-338-4545. Después de horas de oficina al 303-861-3434</li> <li>• Acceso a clases para dejar de fumar, salud femenina, dieta y nutrición y control de la tensión nerviosa</li> <li>• Evaluaciones y exámenes personales de salud</li> <li>• \$50 para anteojos por año</li> <li>• Boletín informativo</li> <li>• Servicios de interpretación</li> <li>• Personal de Servicios al cliente que habla en español</li> <li>• Boletín informativo para los afiliados</li> <li>• Acceso a muchos programas del manejo de casos</li> <li>• Acceso al sitio de Web para afiliados, www.kp.org. Los afiliados pueden crear una evaluación personal de salud; mandar un correo electrónico a médicos; ordenar medicamentos recetados; hacer una cita; y obtener información de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• \$50 para anteojos</li> <li>• Cobertura de atención prenatal, con los especialistas participantes</li> <li>• \$2,000 para equipo médico duradero</li> <li>• El personal de Servicios al cliente habla muchos idiomas, incluyendo español</li> </ul>
<b>¿Y si mi hijo necesita atención especial?</b>	El PCP da la preautorización para la atención especializada.	El PCP da la preautorización para la atención especializada.	Los afiliados pueden hacer una cita directamente con cualquier especialista participante de RMHMO, sin preautorización. Presente su tarjeta de identificación al momento de solicitar servicios.	Los afiliados pueden preautorizarse a sí mismos para ver a cualquier especialista de Kaiser Permanente anotado en el manual del afiliado.	El proveedor participante da la preautorización para la atención especializada.
<b>¿Cómo pueden los afiliados obtener servicios de salud mental?</b>	Los afiliados pueden ir con cualquier proveedor de salud mental de nuestra red de proveedores de salud mental. Los afiliados pueden averiguar si su proveedor está en nuestra red si llaman a nuestro departamento de Servicios al cliente.	Los afiliados pueden preautorizarse a sí mismos para ver un especialista de DMHP. Hay una enfermera siquiátrica a su disposición al 303-436-7676 si tiene preguntas o quiere una cita.	Los afiliados pueden hacer una cita directamente con cualquier proveedor de salud mental participante de RMHMO, sin preautorización. Presente su tarjeta de identificación al momento de solicitar servicios.	Los afiliados pueden acceder a los servicios de salud mental llamando al consultorio de salud mental de Kaiser Permanente más cercano a su hogar.	Los afiliados pueden tener acceso a la atención de salud del comportamiento llamando a la red estatal de atención administrada CHP+ al 1-800-414-6198.



# Solicitud

## COBERTURA DE ATENCIÓN MÉDICA DE COLORADO

Reciba la cobertura de atención médica que necesita su familia a un precio a su alcance.

Use este formulario para solicitar Medicaid y Child Health Plan Plus(CHP+ )

### ¿Quién puede solicitar?

Una persona puede solicitar Medicaid y CHP+ si:

- Vive en Colorado
- Es ciudadano de EE.UU. o
  - Es residente permanente legal o
  - Es un asilado o
  - Es un refugiado

### ¿Qué es Medicaid?

- Medicaid es un seguro médico para familias con niños de 18 años y menores y mujeres embarazadas.
- No cuesta nada para los niños y las mujeres embarazadas.
- Es posible que algunos adultos tengan que hacer copagos pequeños por cada consulta médica o medicamentos de receta.

### ¿Qué es CHP+?

- CHP+ es un seguro médico de bajo costo para niños de 18 años y menores y mujeres embarazadas.
- Algunas familias deben pagar una pequeña cantidad cada año. Lo máximo que pagarán las familias es \$35 cada año, sin importar cuántos niños tengan.
- Es posible que algunas familias tengan que hacer copagos pequeños por cada consulta médica o medicamentos de receta. Los copagos son entre \$1 y \$5.

### ¿Qué servicios médicos cubren Medicaid y CHP+?

- |                      |                            |                                   |
|----------------------|----------------------------|-----------------------------------|
| • Chequeos regulares | • Atención hospitalaria    | • Atención prenatal y de posparto |
| • Consultas médicas  | • Atención dental          | • Inmunizaciones (vacunas)        |
| • Medicina           | • Atención de salud mental |                                   |

### ¿Cuál es la diferencia entre Medicaid y CHP+?

- Medicaid y CHP+ tienen límites de ingresos diferentes. El programa para el que usted o sus hijos reúnan los requisitos dependerá de sus ingresos, número de personas en la familia y sus gastos.

### ¿Qué documentos necesito para presentar mi solicitud?

- Por lo menos un talón de cheque de pago de este mes o el mes pasado de todos los miembros de la familia mayores de 18 años de edad, que trabajen. Si alguna de las solicitantes está embarazada, una nota del médico que indique la fecha esperada del parto.
- ¿Usted necesita que Medicaid pague por la atención médica recibida en los últimos 3 meses? Si es así, envíe una prueba de ingresos de esos meses y las fechas en que fueron recibidos los servicios.
- Una tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS), si usted tiene una, por cada solicitante de cobertura de atención médica.
- Por favor lea en la hoja de papel incluida sobre los demás documentos que posiblemente necesite.



# Díganos acerca de su hogar

1. Díganos cómo comunicarnos con el representante de la familia.

Apellido \_\_\_\_\_ Apellido de soltera \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_

Dirección N° 1 (dirección postal) \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/CP \_\_\_\_\_

Dirección N° 2 (llene aquí si no puede recibir correo en la dirección N° 1) \_\_\_\_\_ Apt. # \_\_\_\_\_ Ciudad/Estado/CP \_\_\_\_\_

Teléfono (de su casa) \_\_\_\_\_ Teléfono (del trabajo) \_\_\_\_\_ Teléfono (mensajería) \_\_\_\_\_ Dirección electrónica \_\_\_\_\_

2. ¿Qué idioma habla en su casa? \_\_\_\_\_

3. Díganos acerca de toda la gente que vive en su casa.

APELLIDO	NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	¿CUÁL ES EL PARENTESCO CON USTED? (USTED MISMO, HIJO, HIJASTRO, CÓNYUGE,	¿ESTUDIANTE DE TIEMPO COMPLETO? Si/No	¿ESTA PERSONA SOLICITA COBERTURA MÉDICA? Si/No
			USTED MISMO		

4. Es posible que haya servicios especiales disponibles para algunos niños y mujeres embarazadas.

¿Su hijo recibe en este momento alguno de estos servicios?

- Servicios médicos
- Servicios de salud mental
- Servicios de salud escolares

¿Su hijo toma medicamentos de receta? Sí  No

¿Su hijo ha sido atendido en alguna sala de emergencias desde su última visita al médico? Sí  No



5. ¿Alguna mujer de su casa está embarazada? Sí  No

Si así es ¿cómo se llama? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la fecha esperada del parto? \_\_\_\_\_

¿Cuántos bebés está esperando? \_\_\_\_\_

# Díganos de los niños que necesitan seguro médico



Escriba acerca de un hijo en cada página. Incluya una hoja de papel por cada niño si hay más de tres (3).

Este niño es: Hombre  Mujer

Apellido del niño \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí, si este niño no tiene Nº de Seguro Social

Nombre de la madre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Nombre del padre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

1. ¿Este niño es ciudadano de EE.UU.? Sí  No   
Si no lo es ¿el niño es residente permanente legal? Sí  No
2. Escriba el número de registro de extranjeros del niño (si lo tiene): \_\_\_\_\_  
(Envíe una copia del frente y atrás de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS).)
3. ¿El niño es un refugiado, asilado o víctima certificada de tráfico de personas o deportado? Sí  No
4. Si reúne los requisitos ¿quiere usted que Medicaid cubra la atención médica recibida por este niño en los últimos tres (3) meses? Sí  No  Si es así, debe enviar talones de pago de los meses en que recibió atención.

Fechas de atención: \_\_\_\_\_

5. ¿El padre o tutor de este niño trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales? Sí  No  (Algunos hijos de empleados de agencias estatales de Colorado no reúnen los requisitos para CHP+, de acuerdo con la ley federal.)
6. ¿Este niño tiene algún padecimiento médico o desarrollo, que se espera que dure más de 12 meses? Sí  No
7. Por favor ponga una marca en el grupo étnico del niño (no tiene que responder esta pregunta):  
 Blanco  Hispano o latino  Afroamericano  Americano nativo  
 Asiático  Nativo de Alaska  De las Islas del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_

# Díganos acerca del siguiente niño

Escriba acerca de un hijo en cada página. Incluya una hoja de papel por cada niño si hay más de tres (3).

Este niño es: Hombre  Mujer

Apellido del niño \_\_\_\_\_ Nombre del niño \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí, si este niño no tiene Nº de Seguro Social

Nombre de la madre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Nombre del padre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

1. ¿Este niño es ciudadano de EE.UU.? Sí  No   
Si no lo es ¿el niño es residente permanente legal? Sí  No
2. Escriba el número de registro de extranjeros del niño (si lo tiene): \_\_\_\_\_  
(Envíe una copia del frente y atrás de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS).)
3. ¿El niño es un refugiado, asilado o víctima certificada de tráfico de personas o deportado? Sí  No
4. Si reúne los requisitos ¿quiere usted que Medicaid cubra la atención médica recibida por este niño en los últimos tres (3) meses? Sí  No  Si es así, debe enviar talones de pago de los meses en que recibió atención.

Fechas de atención: \_\_\_\_\_

5. ¿El padre o tutor de este niño trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales? Sí  No  (Algunos hijos de empleados de agencias estatales de Colorado no reúnen los requisitos para CHP+, de acuerdo con la ley federal.)
6. ¿Este niño tiene algún padecimiento médico o del desarrollo, que se espera que dure más de 12 meses? Sí  No
7. Por favor ponga una marca en el grupo étnico del niño (no tiene que responder esta pregunta):  
 Blanco  Hispano o latino  Afroamericano  Americano nativo  
 Asiático  Nativo de Alaska  De las Islas del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_



# Díganos acerca del siguiente niño

Escriba acerca de un hijo en cada página. Incluya una hoja de papel por cada niño si hay más de tres (3).

Este niño es: Hombre  Mujer

Apellido del niño \_\_\_\_\_

Nombre del niño \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí, si este niño no tiene Nº de Seguro Social

Nombre de la madre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

Nombre del padre, si vive en la casa: \_\_\_\_\_  
Apellido Nombre

1. ¿Este niño es ciudadano de EE.UU.? Sí  No

Si no lo es ¿el niño es residente permanente legal? Sí  No

2. Escriba el número de registro de extranjeros del niño (si lo tiene): \_\_\_\_\_  
(Envíe una copia del frente y atrás de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS).)

3. ¿El niño es un refugiado, asilado o víctima certificada de tráfico de personas o deportado? Sí  No

4. Si reúne los requisitos ¿quiere usted que Medicaid cubra la atención médica recibida por este niño en los últimos tres (3) meses? Sí  No  Si es así, debe enviar talones de pago de los meses en que recibió atención.

Fechas de atención: \_\_\_\_\_

5. ¿El padre o tutor de este niño trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales? Sí  No  (Algunos hijos de empleados de agencias estatales de Colorado no reúnen los requisitos para CHP+, de acuerdo con la ley federal.)

6. ¿Este niño tiene algún padecimiento médico o del desarrollo, que se espera que dure más de 12 meses? Sí  No

7. Por favor ponga una marca en el grupo étnico del niño (no tiene que responder esta pregunta):

Blanco  Hispano o latino  Afroamericano  Americano nativo

Asiático  Nativo de Alaska  De las Islas del Pacífico

Otro: \_\_\_\_\_



# Díganos acerca de cualquier adulto de 19 años o mayor que solicite seguro médico

Este adulto es: Hombre  Mujer

Apellido \_\_\_\_\_

Nombre \_\_\_\_\_

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí, si no tiene Nº de Seguro Social

1. ¿Qué idioma habla en casa? \_\_\_\_\_
2. ¿Es usted ciudadano de EE.UU.? Sí  No   
Si no lo es ¿este adulto es residente permanente legal? Sí  No
3. Escriba el número de registro de extranjeros (si lo tiene): \_\_\_\_\_
4. ¿En qué fecha recibió su tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS)? (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
(Envíe una copia del frente y el reverso de la tarjeta de INS.)
5. ¿Es usted un refugiado, asilado o víctima certificada de tráfico de personas o deportado? Sí  No
6. ¿Ha recibido Medicaid en los últimos tres (3) meses? Sí  No
7. Si reúne los requisitos ¿quiere usted que Medicaid cubra la atención médica recibida en los últimos tres (3) meses? Sí  No   
Si es así, debe enviar talones de pago de los meses en que recibió atención. Por favor dé las fechas de atención y una prueba de ingresos de esos meses:  
\_\_\_\_\_
8. ¿Tiene usted una condición médica o de desarrollo y espera que dure más de 12 meses? Sí  No
9. ¿Usted o su cónyuge trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales?  
Sí  No
10. Por favor ponga una marca en su grupo étnico (no tiene que responder esta pregunta):  
 Blanco       Hispano o latino       Afroamericano       Americano nativo  
 Asiático       Nativo de Alaska       De las Islas del Pacífico  
 Otro: \_\_\_\_\_



# Díganos acerca del siguiente adulto

Este adulto es: Hombre  Mujer

Apellido

Nombre

Nº de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Marque aquí, si no tiene Nº de Seguro Social

1. ¿Es usted ciudadano de EE.UU.? Sí  No

Si no lo es ¿este adulto es residente permanente legal? Sí  No

2. Escriba el número de registro de extranjeros (si lo tiene): \_\_\_\_\_

3. ¿En qué fecha recibió su tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS)? (MM/DD/AAAA): \_\_\_\_\_  
(Envíe una copia del frente y el reverso de la tarjeta de INS.)

4. ¿Es usted un refugiado, asilado o víctima certificada de tráfico de personas o deportado? Sí  No

5. ¿Ha recibido Medicaid en los últimos tres (3) meses? Sí  No

6. Si reúne los requisitos ¿quiere usted que Medicaid cubra la atención médica recibida en los últimos tres (3) meses? Sí  No   
Si es así, debe enviar talones de pago de los meses en que recibió atención. Por favor dé las fechas de atención y una prueba de ingresos de esos meses:

7. ¿Tiene usted una condición médica o de desarrollo y espera que dure más de 12 meses? Sí  No

8. ¿Usted o su cónyuge trabaja para alguna agencia del gobierno estatal de Colorado y tiene acceso a los beneficios médicos estatales?  
Sí  No

10 Por favor ponga una marca en su grupo étnico (no tiene que responder esta pregunta):

Blanco  Hispano o latino  Afroamericano  Americano nativo

Asiático  Nativo de Alaska  De las Islas del Pacífico

Otro: \_\_\_\_\_

# Díganos acerca del seguro médico.

1. ¿Alguno de los solicitantes tiene seguro médico en este momento? Sí  No

Si es así, por favor responda las preguntas de más abajo. (Si lo tiene, por favor incluya una copia del frente y atrás de la tarjeta de seguros).

Nombre de la persona cubierta:

---

---

Nombre del asegurado:

Apellido

Nombre

Número de póliza o de grupo: \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguno de los solicitantes del hogar ha tenido seguro médico a través un empleo en los últimos tres (3) meses? Sí  No

Si no es así, vaya a pregunta Nº 3.

¿Por qué la persona perdió este seguro?

La persona ya no trabaja para la compañía

El patrón ya no ofrece seguro médico

Por favor llene la sección de abajo.

Nombre de las personas cubiertas:

---

---

¿Cuándo terminó el seguro? (mes/día/año) \_\_\_\_\_

Nombre del asegurado:

Apellido

Nombre

Nombre de la compañía aseguradora \_\_\_\_\_

Cantidad que usted pagaba mensualmente \$ \_\_\_\_\_ Cantidad que pagaba el patrón mensualmente \$ \_\_\_\_\_

Teléfono de la compañía aseguradora: \_\_\_\_\_

3. ¿Usted o algún miembro de su hogar tiene acceso a un seguro médico colectivo y quiere ayuda para pagar las cuotas mensuales? Sí No

# Díganos acerca de los ingresos de su hogar

Envíe copias de talones de cheques de pago de este mes o del mes pasado. Todos los talones de cheques de pago deben ser del mismo mes.

NOMBRE DE LA PERSONA QUE TRABAJA	NOMBRE DEL TRABAJO	TELEFONO DEL TRABAJO	¿QUÉ TAN SEGUIDO LE PAGAN? (SEMANAL, CADA DOS SEMANAS,	TOTAL DE INGRESOS MENSUALES RECIBIDO ANTES DE IMPUESTOS Y

1. ¿Alguien de su casa trabaja por su cuenta? Sí No Si es así, llene la información de más abajo por cada trabajador por su cuenta. Si no es así, pase a la pregunta Nº 2.

Apellido, nombre

UN MES INGRESOS Y GASTOS	
Ingreso Total (antes de los gastos)	\$
Gastos en renta o hipoteca del negocio	\$
Costos brutos de personal del negocio	\$
Costo de la mercancía para el negocio	\$
Impuestos pagados del negocio	\$
Intereses pagados del negocio	\$
Utilidades del negocio	\$
Costos de equipamiento del negocio	\$
Otros costos del negocio	\$

Apellido, nombre

UN MES INGRESOS Y GASTOS	
Ingreso Total (antes de los gastos)	\$
Gastos en renta o hipoteca del negocio	\$
Costos brutos de personal del negocio	\$
Costo de la mercancía para el negocio	\$
Impuestos pagados del negocio	\$
Intereses pagados del negocio	\$
Utilidades del negocio	\$
Costos de equipamiento del negocio	\$
Otros costos del negocio	\$

2. Díganos acerca de los demás ingresos que recibe cualquier otra persona de su hogar, aunque no solicite. Llene un renglón por cada artículo. (No sume los ingresos recibidos. Por ejemplo, si su hogar recibe algún cheque por manutención infantil, indique cuánto recibe cada niño en un renglón por separado.)

TIPO DE INGRESOS	PARA QUE PERSONA SE USA EL DINERO	CANTIDAD MENSUAL (\$) (ANTES DE IMPUESTOS Y DEDUCCIONES)

# Díganos acerca de sus gastos

Escriba acerca de los gastos de cada miembro del hogar, como:

- Cuidado de niño
- Cuidado de ancianos
- Manutención infantil
- Pensión alimenticia
- Cuotas de seguro médico
- Gastos médicos

TIPO DE INGRESOS:	NOMBRE DE LA PERSONA QUE PAGA EL GASTO:	NOMBRE DE LA PERSONA ATENDIDA:	CANTIDAD PAGADA ESTE MES:

• Para recibir el seguro de atención médica de CHP+ , usted debe elegir una Organización de mantenimiento de la salud (HMO) para el hijo que solicita. Puede encontrar la información, acerca de las HMO de su condado, en **www.chplus.org** .

• Si sus hijos reúnen los requisitos de **Medicaid , Health Colorado** se comunicará con usted para afiliarlos a una HMO.

HMO \_\_\_\_\_

# Formulario de firma

**Para ayudar a organizar sus documentos, por favor vaya marcando la casilla de cada documento para enviar con esta solicitud.**

Pruebas de ciudadanía e identificación de todos los solicitantes.

Tarjetas de los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. (antes INS), si usted tiene una, de cada solicitante de cobertura de atención médica. Por favor envíe una copia del frente y la parte de atrás de la tarjeta.

Si está embarazada, envíe una nota del médico que indique la fecha esperada del parto.

Por lo menos, un talón de cheque de pago o carta de cada patrón, que muestre los ingresos de un mes calendario, ya sea el mes anterior o el actual. Toda la información de ingresos de los trabajadores debe ser del mismo mes.

Si está cubierto por algún seguro, envíe una copia de la tarjeta de seguro (frente y atrás), si la tiene.

Si está pidiendo que Medicaid cubra las facturas médicas anteriores, envíe pruebas de ingresos a partir del mes de la primera factura.

Elija una HMO para sus hijos.

Por favor lea más abajo las condiciones y firme con su nombre o haga una "X" y escriba su nombre con letra de molde y ponga la fecha.

Sé que cuando firme esta solicitud, el estado de Colorado podrá comprobar si la información que he dado es verdadera y correcta.

Al firmar esta solicitud estoy dando permiso al estado de Colorado y sus agentes para hacer llamadas para comprobar la información dada en esta solicitud. También certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que he dado es verdadera.

Firme aquí: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Nombre en letra de molde: \_\_\_\_\_

## ¿Qué sucederá después?

- Lleve o envíe por correo su solicitud al Departamento de servicios humanos de su condado. En **[www.chcpf.state.co.us](http://www.chcpf.state.co.us)** encontrará la información del contacto local de su condado.
- Si tenemos todo lo que necesitamos, revisaremos su solicitud y le enviaremos una carta a más tardar en 45 días. La carta le dirá si usted reúne los requisitos para Medicaid o CHP+ . Un miembro de su familia puede reunir los requisitos para Medicaid y otro para CHP+.

Representante de la agencia o especialista de inscripción: \_\_\_\_\_

Firma (de la persona que ayudó a llenar la solicitud): \_\_\_\_\_

# Lo que usted debe saber

## Al firmar la solicitud de Colorado Health Care, entienda lo siguiente:

- El Departamento de políticas y finanzas de atención médica es la agencia estatal responsable de Medicaid y CHP+ .
- Si creo que el programa CHP+ cometió un error, puedo pedir una apelación. CHP+ me da instrucciones para hacer una apelación en cada carta que me envía.
- La información que he dado es confidencial. No obstante, los programas a los que cada uno de mis familiares están afiliados pueden compartirla con fines de tratamiento, pagos, operaciones del programa y otros fines autorizados por la ley.
- Sé que debo decir la verdad y responder todas las preguntas de esta solicitud. Si no digo la verdad, perderé mi seguro de atención médica y posiblemente tenga que pagar al Departamento de políticas y finanzas por la atención médica recibida.
- Sé que ustedes comprobarán mi información con otras agencias estatales y federales y que la información recibida puede afectar mis requisitos de afiliación.
- Recibir beneficios, aún sabiendo que mi familia no reúne los requisitos, es un delito penado con multas o cárcel.
- Debo cooperar con el personal estatal y federal si se revisa mi caso.
- Sé que el estado puede cobrar pagos de cualquier persona que pueda ser responsable o que haya pagado los costos de la atención médica. Esto puede incluir pagos de manutención infantil, pensión alimenticia o respaldo médico.
- El Departamento de servicios humanos de mi condado y el Departamento de políticas y finanzas de atención médica o sus agentes pueden revisar y comprobar mi información en esta solicitud.
- La ley indica que el Departamento de políticas y finanzas de atención médica debe revisar la situación migratoria y de ciudadanía de cualquier solicitante de seguro de atención médica. Ellos no comprueban la situación migratoria de ningún miembro de la familia que no solicite.
- El Departamento revisará mi solicitud, sin importar mi raza, color, sexo, discapacidad, edad, religión, origen nacional o creencias políticas.
- Soy responsable de pagar cuotas y hacer copagos por mí mismo y por mi familia, si son requeridos.
- Si mi familia es afiliada a Medicaid y otros seguros pagan su atención médica, Medicaid será el último en pagar.
- Debo proporcionar los documentos necesarios antes que mi familia reúna los requisitos para los beneficios.
- Si tengo Medicaid , debo avisar cualquier cambio en mi caso al Departamento de servicios humanos de mi condado, a más tardar en 10 días.
- Puedo pedir una Audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna decisión tomada por Medicaid , cuando procese esta solicitud. La información sobre cómo pedir una Audiencia imparcial está impresa en la parte de atrás de todas las cartas que envía Medicaid.