



Colorado Department
of Public Health
and Environment

Programa Colorado AIDS Drug Assistance
Formulario de solicitud
Únicamente para uso de solicitantes por primera vez



Use este formulario para **solicitar** participar en el Colorado AIDS Drug Assistance Program (ADAP), que incluye HIV Medication Assistance (para los que no están asegurados), Health Insurance Assistance, así como Bridging the Gap, Colorado (para beneficiarios de Medicare). Use este formulario, solo si nunca antes ha estado en ninguna asistencia patrocinada por Colorado ADAP. Complete toda la información solicitada en este formulario. Si se aprueba, la legislación federal exige que Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) revise la elegibilidad del cliente dos veces al año.
Si no sabe si ha estado en ADAP antes, llame al (303) 692-2716.

| | | |
|---|-----------|-------------------------------------|
| 1. Nombre legal completo (Apellido): | (Nombre): | (Inicial del segundo nombre): |
|---|-----------|-------------------------------------|

2. ¿Cuál es su fecha de nacimiento? ____/____/____ (MM/DD/AAAA)

3. ¿Cuál es su grupo étnico? Hispano/ Latino No hispano Desconocido Prefiere no responder

4. ¿Cuál es su raza? **Marque todas las que apliquen**

| | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Blanca | <input type="checkbox"/> Negra o africana/Afroamericana |
| <input type="checkbox"/> Nativa americana/De las Islas del Pacífico | <input type="checkbox"/> India americana o Nativa de Alaska |
| <input type="checkbox"/> Asiática | <input type="checkbox"/> Desconocida |
| <input type="checkbox"/> Prefiere no responder | |

5. ¿Cuál es su idioma preferido? Inglés Español Francés Otro _____

6. ¿Cuál es su sexo?

Masculino Femenino Transexual, masculino a femenino Transexual, femenino a masculino

7. ¿Cuál es su estado de vivienda actual?

Permanente: alquilo, poseo o comparto mi residencia actual

Temporal: estoy en una situación de vivienda temporal (sin hogar, en centro de reinserción social, albergue, me quedo con amigos)

Estoy en una institución (hogar de cuidados paliativos, hogar de ancianos, etc.)

No sé/me niego a responder

8. ¿Cuál es su dirección **residencial** actual?

| | |
|--|---|
| Dirección (NO se aceptarán apartados postales) | ¿Nos podemos comunicar con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
|--|---|

| | | | |
|--------|--------|---------------|---------|
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
|--------|--------|---------------|---------|

Debe adjuntar un comprobante de que vive en esta dirección. Consulte las instrucciones para conocer la clase de comprobantes que ADAP aceptará.

| | | | |
|--|--------|---|---------|
| 9. ¿Cuál es su dirección postal actual, (si es diferente que la de su residencia)? | | | |
| Dirección (se aceptarán apartados postales, pero no fuera de Colorado) | | ¿Nos podemos comunicar con usted en esta dirección? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Condado |
| 10. ¿A qué números de teléfono podemos llamarle en horas hábiles? | | | |
| Teléfono () | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular | |
| ¿Podemos dejarle un mensaje en este teléfono? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Teléfono () | | <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Trabajo <input type="checkbox"/> Celular | |
| ¿Podemos dejarle un mensaje en este teléfono? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| 11. ¿Hay alguna persona a la que pueda llamar nuestro personal si se nos devuelve su correo (o si su número de teléfono no funciona)? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Nombre: | | Teléfono: () | |
| ¿Esta persona sabe que usted es VIH positivo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| 12. ¿Usted cuenta con un administrador del caso/trabajador social en una Organización de servicios de SIDA o Clínica médica? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| Si su respuesta es afirmativa, indíquelos a continuación: | | | |
| Nombre _____ | | Agencia/Clínica _____ | |
| Nombre _____ | | Agencia/Clínica _____ | |
| Si actualmente no tiene ninguno, ¿le gustaría que ADAP le derivara a un administrador del caso o trabajadora social? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | | | |
| 13. ¿Cuál es su estado civil actual? | | | |
| <input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Viudo <input type="checkbox"/> Otro _____ | | | |
| Para los propósitos de ADAP, "casado" se refiere a matrimonios reconocidos legalmente en Colorado. Esta información afecta su elegibilidad de ingresos para ADAP. | | | |
| 14. ¿Cuántos hijos tiene viviendo con usted? _____ ¿Cuántos otros hijos tiene que no viven con usted pero que les da 50% o más de su manutención mensual? _____ | | | |
| 15. Si usted es mujer, ¿está embarazada? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No aplica | | | |
| Si su respuesta es afirmativa, ¿cuándo es la fecha del parto? _____ (mes) | | | |
| 16. ¿Cuál es su Número de Seguro Social (si tiene uno)? _____ - _____ - _____ | | | |
| INFORMACIÓN MÉDICA | | | |
| 17. ¿Cuándo fue diagnosticado por primera vez como VIH positivo? Mes _____ Año _____ (estimar si fuera necesario) | | | |
| ¿Dónde fue diagnosticado? Ciudad _____ Estado _____ | | | |
| 18. ¿Alguna vez su médico o un laboratorio le ha dicho que usted tiene SIDA? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro | | | |

| | |
|--|---|
| 19. ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene Hepatitis C? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| 20. ¿Cuáles de los siguientes aplican a su situación? (marque todos los que apliquen) | <input type="checkbox"/> Actualmente estoy tomando medicamentos y necesito ayuda para pagarlos a través de Colorado ADAP. <input type="checkbox"/> Recientemente me indicaron que necesito comenzar a tomar medicamentos. <input type="checkbox"/> Había estado tomando medicamentos, pero los dejé hace un tiempo. <input type="checkbox"/> Todavía no me han recetado medicamentos, pero quiero estar preparado <input type="checkbox"/> Otro asunto sobre los medicamentos: (perdí el seguro, Medicaid, etc.). |
| 21. ¿Ha estado en asistencia de medicamentos para VIH (ADAP) en algún estado que no sea Colorado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Ha estado en una lista de espera de ADAP en otro estado? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| 22. Si respondió "Sí" a la pregunta 21, ¿en qué estado (más recientemente)? | _____ ¿Desde hace cuánto? Mes _____ Año _____ |
| | <input type="checkbox"/> No lo sé |
| 23. ¿En dónde le gustaría recoger sus medicamentos? | <input type="checkbox"/> Denver Health <input type="checkbox"/> University Hospital <input type="checkbox"/> Recogerlos o recibirlos por correo a través de Walgreens en Rose Medical Center <input type="checkbox"/> Necesito ayuda para decidir <input type="checkbox"/> Una farmacia diferente (únicamente para miembros con seguro o Medicare) <input type="checkbox"/> King Soopers/City Market <input type="checkbox"/> Walgreens <input type="checkbox"/> Otro: _____ Ciudad: _____ |
| 24. Actualmente, ¿tiene un médico en Colorado que le recete su medicamento para VIH? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| Si su respuesta es afirmativa, ¿cuál es el nombre del médico? | |
| 25. Si respondió "No" a la pregunta 24, ¿desea que le derivemos para recibir atención médica relacionada con el VIH? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N |
| 26. En los últimos doce meses, ¿se ha realizado exámenes para revisar su conteo CD4 y/o carga viral? | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro |
| 27. Si respondió "No" a la pregunta 26, explique por qué (no podía pagar, no pensó que fuera necesario): | |
| <i>Su laboratorio reporta directamente a CDPHE los resultados de sus conteos CD4 y carga viral. La legislación federal exige que estos resultados de laboratorio se reporten a US Health Resources and Services Administration (HRSA). Sin embargo, estos números NO están vinculados con su nombre en este reporte para HRSA. Enviaremos esta información a HRSA usando solamente un número de ID único y anónimo. Si usted es nuevo en Colorado o si un laboratorio dentro del estado no ha reportado su CD4 y carga viral a CDPHE, nos comunicaremos con usted para solicitar informes de laboratorio por escrito de estos números.</i> | |
| INGRESOS DEL HOGAR, ACCESO A SEGURO MÉDICO Y OTRA ASISTENCIA PÚBLICA | |
| 28. ¿Ha solicitado Medicaid (incluyendo SSI) en Colorado? (marque todos los que apliquen) | <input type="checkbox"/> No lo sé <input type="checkbox"/> No, nunca lo he solicitado <input type="checkbox"/> Sí, pero no durante el último año <input type="checkbox"/> Sí, recientemente presenté una solicitud el _____/_____ (mm/aaaa) Si presentó una solicitud recientemente, ¿cuál es el estado de esa solicitud? <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Denegada <input type="checkbox"/> Todavía estoy esperando una decisión sobre mi elegibilidad <input type="checkbox"/> Estoy en una lista de espera de Medicaid |

Si presentó una solicitud para Medicaid y fue denegada, ¿qué razón le dieron?

- Dijeron que ganaba demasiado dinero Dijeron que todavía era capaz de trabajar No lo recuerdo
 Otra razón

29. ¿Es usted elegible para Medicare? S N

Si su respuesta es afirmativa, ¿en qué Partes está inscrito?

- PARTE A Fecha de vigencia ____/____ PARTE B Fecha de vigencia ____/____ PARTE D Fecha de vigencia ____/____

Si usted es o llega a ser elegible para Medicare, debe presentar una solicitud adicional “Bridging The Gap, Colorado”. Llame al Servicio de asistencia al 303-392-2716 para preguntar sobre esta solicitud.

30. ¿Está inscrito/se está inscribiendo en el plan de seguro de alto riesgo Cover Colorado? S N

¿Está inscrito/se está inscribiendo en el plan de seguro preexistente GettingUSCovered Colorado? S N

31. ¿Cuál de las siguientes opciones describe mejor su estado de empleo?

- Desempleado por más de 6 meses Recientemente desempleado desde el ____/____/____
 Retirado/Discapacitado En proceso de solicitud por discapacidad
 Empleado autónomo Otro: _____

Empleado por _____ y trabajando _____ horas a la semana

32. Si está empleado, ¿cuándo inició este empleo? ____/____ (mm/aaaa) No estoy empleado

33. ¿Usted es elegible para tener seguro médico por usted mismo o a través de su empleador, cónyuge o alguna otra persona?

- S N No lo sé Si es así, ¿cuándo llegó a ser elegible? ____/____ (mm/aaaa)

34. Si usted es elegible para tener seguro médico (por medio de su empleador, cónyuge u otra persona) ¿está inscrito? (**Esto también incluye COBRA o planes de seguro privados individuales**).

- N/A: no soy elegible para seguro médico No, porque es muy caro
 Sí, estoy inscrito No, debido a una limitación de afección preexistente
 No, porque no cubre los servicios que necesito No, por otra razón (explique) _____
 No, porque me preocupa que mi empleador se entere de que soy VIH positivo _____

Si usted o su cónyuge está empleado, y NO está recibiendo ayuda por parte de ADAP por los costos de seguro médico, su empleador deberá completar el “Formulario de información de seguro del empleador” en la página 8 y adjuntarlo a su formulario de solicitud. Se debe llenar una copia de este formulario para cada miembro de la familia que esté empleado actualmente.

Si usted respondió que le preocupaba si su empleador se enteraba acerca de su estado de VIH, el personal de ADAP se comunicará con usted para discutir una alternativa.

~ Continúe en la siguiente página ~

35. Use las tablas a continuación para describir el ingreso mensual total para su hogar. Proporcione su ingreso bruto (antes de las deducciones) en lugar de su ingreso neto. Deberá adjuntar comprobantes de todos los ingresos detallados en esta tabla, obtenidos por usted u otro miembro de su hogar. Consulte las instrucciones para los tipos de comprobantes que ADAP aceptará.

Incluya solamente a los miembros de su hogar que contribuyen con el ingreso a su hogar. Incluya los ingresos de su cónyuge con quien está casado legalmente (pregunta 13) y los ingresos obtenidos por sus hijos (pregunta 14). NO incluya a otras personas que vivan en su hogar a menos que usted **sea menor de 18 años de edad**, en cuyo caso deberá detallar el ingreso de sus padres o tutor legal. Adjunte hojas adicionales si tiene más de cuatro personas que obtienen ingresos en su hogar.

¿Usted o su cónyuge trabajaron este mes o esperan trabajar el próximo mes? S N

Incluya el trabajo temporal y estacional, así como los ingresos de empleos por cuenta propia. Si no cuenta con ingresos en el hogar (\$0) provenientes de empleo o de cualquier otra fuente, complete la "Declaración de ayuda" en la página 9.

| Nombre del trabajador (usted, cónyuge, dependiente, etc.) | Nombre del empleador | Fecha de inicio (o continuación) | ¿Este trabajo es temporal o estacional? | Monto mensual (promedio) |
|---|----------------------|-------------------------------------|---|-----------------------------|
| | | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | \$ |
| | | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | \$ |

¿Usted, su cónyuge o cualquier otro dependiente recibe ingresos provenientes de alguna de estas otras fuentes? S N

Si es así, marque todas las que apliquen y complete esta tabla:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo | <input type="checkbox"/> SSDI (Supplemental Security Disability Insurance) (Seguro por discapacidad para seguridad complementaria) |
| <input type="checkbox"/> Beneficios para veteranos | <input type="checkbox"/> Discapacidad por corto/largo plazo |
| <input type="checkbox"/> AND (Aid to the Needy Disabled) (Ayuda al discapacitado con necesidad) | <input type="checkbox"/> SSI (Supplemental Security Income) (Ingreso suplementario de seguridad) |
| <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión | <input type="checkbox"/> Ingresos por fideicomiso impositivo |
| <input type="checkbox"/> TANF (Temporary Aid to Needy Families) (Ayuda temporal a familias necesitadas) | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses/inversión |
| <input type="checkbox"/> Compensación para trabajadores lesionados | <input type="checkbox"/> Otro (describa): _____ |
| <input type="checkbox"/> Manutención que se le paga | |

| ESTE CHEQUE ES PARA: <i>(mí, mi cónyuge, mi hijo, etc.)</i> | Tipo de beneficio o ingreso de la lista anterior <i>(por ejemplo, "SSI")</i> | Monto mensual |
|--|--|---------------|
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |
| | | \$ |

Certificación y autorización de ADAP para divulgar información

- Certifico que la información proporcionada en esta solicitud está completa y es exacta, según mi leal saber y entender.
- Comprendo que si la información no es completa y exacta, se puede prevenir o retrasar una determinación de elegibilidad para recibir asistencia de ADAP.
- Comprendo que, para los propósitos de determinar mi elegibilidad para ADAP, CDPHE, sus contratistas y subcontratistas pueden solicitar documentación adicional para verificar mi estado VIH seropositivo, mi residencia en Colorado, así como mi información financiera, de empleo y de seguro, según sea necesario.
- Autorizo al médico que emite mis recetas, administrador del caso, otros departamentos y programas del Estado de Colorado y a otras fuentes de información a divulgar la información necesaria para completar el proceso de solicitud, verificar la exactitud de cualquier información que se haya proporcionado en esta solicitud y verificar mi elegibilidad para recibir los beneficios de ADAP. Autorizo además a CDPHE para que use los datos de los registros de salud pública para verificar que soy portador del virus VIH.
- Autorizo a CDPHE para divulgar información a mis médicos, administrador del caso, centros de tratamiento y otros proveedores de atención médica para facilitar la prestación de los servicios ADAP.
- Comprendo y estoy de acuerdo con presentar información periódica relacionada con mi elegibilidad continuada para recibir los beneficios de ADAP, incluyendo comprobantes de ingresos, de residencia, cobertura de seguro médico y actualizaciones generales en los formularios que me proporcione CDPHE. Comprendo que se evaluarán los cambios en mi situación para determinar mi elegibilidad continuada para recibir los beneficios de ADAP. Se me notificará por escrito si se me llegara a discontinuar de ADAP.
- Estoy de acuerdo con notificar o que mi administrador del caso notifique a CDPHE acerca de cualquier circunstancia que afecte mi participación o elegibilidad para recibir los beneficios de ADAP. Estoy de acuerdo en notificar a CDPHE en los siguientes treinta (30) días si cambio mi dirección u otra información de contacto preferida. Asimismo, autorizo a CDPHE a comunicarse con las personas que se detallan como "Emergency Contact" (Contacto de emergencia) en este formulario si CDPHE ha intentado comunicarse conmigo y no ha tenido éxito.
- Comprendo que, para recibir los beneficios de ADAP, debo recertificarme dos veces al año, de manera puntual, en el mes de mi nacimiento y seis meses después de mi mes de nacimiento.
- Comprendo que mi elegibilidad para ADAP terminará si:
 - No coopero con los esfuerzos para verificar la información en esta solicitud, o
 - No cumplo con las actividades necesarias para identificar/verificar las fuentes potenciales de cobertura alternativa, o
 - No busco otras formas de cobertura, como lo indique CDPHE, para las cuales pueda ser elegible, o
 - CDPHE se entera de representación material de mala fe, información retenida o fraude documentado, o
 - El medicamento que califica ya no se me receta.
- Comprendo que CDPHE se reserva el derecho, en cualquier momento y sin aviso, de modificar el formulario de solicitud para participar en ADAP.
- Comprendo que la ayuda que recibo a través de todos los programas de CDPHE está sujeta al financiamiento estatal y federal. Este financiamiento está limitado y es posible que venza en cualquier momento, sin disponibilidad de fondos ampliados o alternativos.
- Comprendo que completar esta solicitud no garantiza que calificaré para este programa.
- Comprendo que mi nombre, dirección y cualquier otra información de identificación personal proporcionada en esta solicitud estará disponible para CDPHE y sus contratistas y subcontratistas, y que esta información no se divulgará a nadie más, excepto lo exigido o permitido por ley.
- Comprendo que tengo el derecho a pedir una audiencia completa si considero que una decisión sobre mi elegibilidad no fue justa o correcta, o si considero que el personal o contratistas de CDPHE me discriminaron por mi edad, raza, etnia, sexo, identidad de género, discapacidad, religión, nacionalidad u orientación sexual.
- Comprendo que conforme a la Ley de Inmunidad gubernamental (Governmental Immunity Act) de Colorado, C.R.S. § 24-10-101 et seq., CDPHE no es responsable de los daños, en caso de alguna lesión que surja por mi participación en ADAP.
- Comprendo que puedo rechazar esta autorización en cualquier momento por escrito. Sin embargo, la divulgación permanecerá válida hasta que informe a ADAP, por escrito, acerca de mi deseo de terminar los servicios a través del programa, o hasta que deje de calificar para recibir dichos servicios, lo que ocurra primero, con excepción de las acciones que ya sea hayan tomado en conformidad con esta autorización.
- Una copia de esta autorización tiene el mismo efecto que la original.

Nombre del solicitante (en letra de molde)

Firma del solicitante o
padre/madre/tutor legal

Fecha

Devolver esta solicitud a:

CDPHE HIV Care and Treatment Program

ADAP-3800

4300 Cherry Creek Dr. South, Denver, CO 80246

Teléfono: (303) 692-2716 Fax: (303) 691-7736

**RECUERDE NOTIFICAR A
ADAP SI ALGO CAMBIA EN
ESTA SOLICITUD**

Formulario de información de seguro del empleador

SOLICITANTE: Este formulario es necesario si usted o su cónyuge están empleados y han indicado que no son elegibles o no se han inscrito en un seguro médico. Es posible que suceda esto porque su empleador no ofrece seguro médico, usted no es elegible por razones específicas o el seguro no cubre los servicios necesarios. **Se debe proporcionar una copia de este formulario por cada miembro de la familia que esté empleado actualmente.**

EMPLEADOR: Complete este formulario, su representante autorizado lo debe firmar y devuelva el formulario al empleado. Deberá proporcionar esta información cada seis meses.

NOMBRE DEL EMPLEADO:

EMPLEADOR (Nombre del negocio):

Debe completarlo el EMPLEADOR:

1. ¿Ofrece algún plan de seguro médico a alguno de sus empleados? Sí No

*Si su respuesta es **NO**, pase a la parte de firmas de este formulario.*

*Si su respuesta es **SÍ**, ¿a quién se le ofreció el seguro médico y fue aceptado?*

| | | |
|--|---|---|
| Empleado | <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Ofrecido, pero no aceptado <input type="checkbox"/> Ofrecido y aceptado | Si no es elegible, explique si esta persona <u>podría</u> llegar a ser elegible en el futuro y cuándo (p. ej., cuando tenga empleo a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/___ |
| Nombre(s) del cónyuge: _____ | <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Ofrecido, pero no aceptado <input type="checkbox"/> Ofrecido y aceptado | Si no es elegible, explique si esta persona <u>podría</u> llegar a ser elegible en el futuro y cuándo (p. ej., cuando tenga empleo a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/___ |
| Nombre(s) de dependiente(s): _____ _____ | <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> Ofrecido, pero no aceptado <input type="checkbox"/> Ofrecido y aceptado | Si no es elegible, explique si los dependientes <u>podrían</u> llegar a ser elegibles en el futuro y cuándo (p. ej., cuando el empleado trabaje a tiempo completo). Posible fecha de elegibilidad: ___/___/___ |

2. ¿Cuál es la fecha para el próximo periodo de inscripción abierta de su compañía? ___/___/___

¿Cuándo inicia la cobertura después de la inscripción abierta? ___/___/___

COMENTARIOS: _____

➡ **Adjunte una copia del resumen de beneficios para empleados u otra información del plan, si está disponible.**

| | | |
|--|---------------|------------------|
| REPRESENTANTE DEL EMPLEADOR QUE COMPLETA ESTE FORMULARIO: | CARGO: | TELÉFONO: |
| FIRMA AUTORIZADA DEL EMPLEADOR | | FECHA: |

EMPLEADOR: Devuelva este formulario al empleado, junto con la explicación de beneficios.

DECLARACIÓN DE AYUDA PARA _____ (NOMBRE DEL SOLICITANTE)

COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE SI NO APORTA LA PRUEBA DE RESIDENCIA EN SU NOMBRE O SI USTED REPORTA UN INGRESO EN EL HOGAR DE \$0

SECCIÓN 1: SI OTRA PERSONA LE PROPORCIONA AYUDA, ÉL/ELLA DEBE COMPLETAR ESTA PARTE DEL FORMULARIO Y FIRMAR LA SECCIÓN 3. ESTA PERSONA DEBE PROPORCIONAR PRUEBA DE QUE VIVE EN LA DIRECCIÓN QUE SE INDICA.

Nombre de la persona que proporciona la ayuda:

¿Cuál es su relación con el solicitante?

- Legalmente casado en el Estado de Colorado
- Pareja doméstica/unión civil/pareja
- Su padre/madre (biológico(a) o adoptivo(a))
- Su hijo(a) (biológico(a) o adoptivo(a))
- Otro familiar (hermano, hermana, tía, tío, cuñado, suegra, etc.)
- Otro (amigo, vecino, etc.)

Tipo de ayuda proporcionada sin cargo o por un cargo mínimo (marque todas las que apliquen):

- Alojamiento
- Alimentos
- Teléfono
- Otro (describa): _____

¿Durante qué parte de los últimos 12 meses vivió el solicitante en su hogar? _____

En su Declaración de impuestos de EE. UU. más reciente, ¿declaró al solicitante como un dependiente?

- Sí
- No
- No ha presentado una Declaración de impuestos de EE. UU.

Proporcione la información de contacto actual para que nos comuniquemos con usted para verificar la información.

Dirección postal: _____

Teléfono en horas hábiles (____) ____ - _____

SECCIÓN 2: SI TIENE \$0 DE INGRESO EN EL HOGAR Y NO ESTÁ RECIBIENDO AYUDA DE NINGUNA OTRA PERSONA, COMPLETE ESTA PARTE DEL FORMULARIO Y FIRME EN LA SECCIÓN 3.

Explique cómo cubre los costos de lo siguiente:

Alojamiento _____

Alimentos _____

Transporte _____

Teléfono _____

Servicios públicos (electricidad, gas, agua, etc.)

Otro (cigarrillos, etc.) _____

Si se mantiene con sus ahorros, proporcione un estado de cuenta bancario o describa por qué dicha documentación no está disponible (por ejemplo, sus ahorros están en forma de efectivo o de una tarjeta de crédito recargable):

SECCIÓN 3: FIRMA LEGALMENTE VINCULANTE

Al firmar a continuación, afirmo que el contenido de este formulario está completo y exacto, según mi leal saber y entender. Reconozco que las falsas declaraciones intencionales en este formulario pueden constituir un intento para defraudar al Estado de Colorado, lo que puede provocar severas penalizaciones criminales y civiles. Autorizo al Estado de Colorado para que se comunique conmigo y para llevar a cabo cualquier investigación necesaria para verificar la exactitud de las declaraciones hechas en este formulario.+

Firma del proveedor de ayuda

Firma del solicitante

Fecha

