



Colorado Department  
of Public Health  
and Environment

## Instrucciones para completar el Formulario de Solicitud de ADAP

V031512

**Nombre:** Incluya su nombre legal completo. No coloque sobrenombres. Si el nombre que coloque aquí no coincide con su nombre en otras partes de su solicitud (como sus comprobantes de pago), adjunte una explicación.

**Dirección residencial y dirección postal:** Indique su actual dirección residencial completa y su dirección postal. No se aceptarán direcciones que estén fuera del estado. ADAP enviará por correo postal a un apartado de correos en Colorado, pero usted DEBE indicar una dirección residencial válida en Colorado. Si no autoriza que nos comuniquemos con usted a ninguna dirección, la oficina de ADAP no podrá enviarle recordatorios de recertificación, **su tarjeta de medicamentos** recetados y otra información importante.

**Prueba de residencia en Colorado:** DEBE adjuntar un comprobante de que usted vive en Colorado. Si no proporciona el comprobante, podría demorar o impedir su recertificación. Las formas preferidas de comprobante de residencia para ADAP son:

- 1) Una licencia de conducir vigente de Colorado o una identificación emitida por el estado con su dirección actual y válida de Colorado. Si usted proporciona un cambio de dirección escrito a mano en el reverso de la ID, es posible que el personal de ADAP deba darle seguimiento para obtener comprobantes adicionales.
- 2) Un contrato de alquiler, un estado de cuenta de hipoteca, un recibo de alquiler, un recibo de hotel u otro comprobante de que usted ha pagado vivienda en Colorado.
- 3) Un recibo por servicios públicos con una dirección de servicio en Colorado en el nombre del solicitante. Es preferible presentar recibos de gas, electricidad, agua, cable o línea telefónica fija que muestren su dirección residencial (no apartado postal). No se aceptan recibos de teléfono celular.
- 4) Otra forma de identificación emitida por el gobierno con su dirección residencial válida de Colorado.

En general, el nombre en el comprobante de residencia debe coincidir con el suyo. Si usted vive con alguien más y su nombre **no** aparece en ninguna de las formas que son la prueba de residencia que se detallan arriba, siga las instrucciones en la Declaración de ayuda (**Sección 1**) que se incluye en la **página 9** del formulario de recertificación. Para hacer preguntas acerca de estos requisitos, llame a la Oficina de ADAP al (303) 682-2716.

**Administrador del caso/Trabajador social:** este podría ser su administrador del caso en su proyecto local de SIDA, su trabajador social en la clínica de su médico o el trabajador a cargo de inscripciones en su clínica. Si el personal de ADAP tiene preguntas acerca de algo en su formulario, es posible que nos comuniquemos con su administrador del caso o trabajador social para obtener respuestas, especialmente si tenemos problema para localizarle a usted.

**Estado civil:** Detalle solamente un matrimonio que esté reconocido por el estado de Colorado, incluyendo matrimonio de hecho. Las relaciones domésticas, uniones civiles y matrimonios de parejas del mismo sexo no son reconocidas bajo la ley de Colorado. Si usted está legalmente casado, ADAP tomará en cuenta a su cónyuge como parte de su hogar, con propósitos de elegibilidad. En general, su hogar debe tener un ingreso igual o menor al 400% del nivel de pobreza federal (NPF) para que usted sea elegible. Mientras más numeroso sea su hogar, más ingresos podrá obtener y aún ser considerado elegible para recibir los beneficios de ADAP.

Número de hijos: Para determinar si usted es elegible, ADAP necesita saber el tamaño de su hogar. Todo hijo que viva con usted se considerará parte de su hogar para propósitos de elegibilidad de ADAP. Si usted paga más del 50% de los costos de vivienda para otros hijos que no viven con usted (por ejemplo, a través de pagos de pensión alimenticia), ADAP también considerará a esos hijos en el tamaño de su hogar. En general, su hogar debe tener un ingreso igual o menor al 400% del nivel de pobreza federal para que usted sea elegible. Mientras más numeroso sea su hogar, más ingresos podrá obtener y aún ser considerado elegible para ADAP.

Seguro médico: Colorado ADAP cuenta con asistencia disponible para ayudar con los costos de seguro médico, incluyendo primas y costos por desembolsos directos en efectivo. Por lo tanto, si ha evitado el seguro médico debido al costo, ADAP puede ayudarle. **Si ya recibe ayuda de ADAP para pagar el costo del seguro médico, no es necesario proporcionar información adicional del seguro médico como parte del proceso de recertificación, y el resto de estas instrucciones de seguro médico no aplican para usted.**

Si usted está empleado, su empleador deberá completar y firmar el “Formulario de información de seguro del empleador” que se encuentra en la **página 8** del formulario de recertificación. Si su cónyuge legalmente casado está empleado, su empleador deberá completar y firmar el “Formulario de información de seguro del empleador”. Asegúrese de adjuntar una descripción de los beneficios disponibles, particularmente sobre el beneficio de medicamentos con receta médica. El personal de ADAP revisará esta información y, si lo considera apropiado, se comunicará con usted para discutir la inscripción en el plan, con ayuda financiera de ADAP. Después de que su empleador le haya devuelto completo y firmado el “Formulario de información de seguro del empleador”, usted debe adjuntarlo a su formulario de recertificación.

No hay nada en el “Formulario de información de seguro del empleador” que indique a su empleador que usted tiene VIH o padece SIDA. El personal de ADAP no divulgará su estado VIH positivo si necesitáramos comunicarnos con el empleador para obtener información adicional. *NUNCA se les pide a los solicitantes que divulguen su estado VIH para obtener información sobre el seguro médico de su empleador.* Si a usted le preocupa inscribirse en el seguro médico de su empleador por esta razón, llame a la Oficina de ADAP al (303) 692-2716 para discutir alternativas.

Por requerimientos federales, usted deberá proporcionar esta información cada seis meses, incluso si no cambió de empleador y si este aún ofrece exactamente el mismo plan de seguro médico.

Ingresos en el hogar: En la **página 5** del formulario de recertificación hay tablas para que usted detalle los ingresos de su hogar. Esto incluye ingresos del trabajo e ingresos de otras fuentes, como SSI, SSDI o una pensión. Incluya el ingreso que ha obtenido (el solicitante), el ingreso que obtuvo su cónyuge legal y el ingreso que obtuvieron sus hijos, a quienes ADAP considera como parte de su hogar. NO incluya el ingreso pagado a otras personas en su hogar, como su pareja no casada u otros familiares. Si el solicitante tiene menos de 18 años de edad, incluya el ingreso que obtuvieron sus padres o tutores legales.

Por cada monto en dólares que detalle en la tabla de la **página 6**, deberá proporcionar documentos por escrito que respalden sus cifras. El documento preferido es su Declaración federal de impuestos de EE.UU. presentada más recientemente, con todas las hojas secundarias y tablas. Si no ha presentado una declaración de impuestos, se aceptan las siguientes alternativas:

- 1) Un Formulario IRS W-2 “Wage and Tax Statement” (Declaración de salario e impuestos), Formulario IRS 1099 “Miscellaneous Income Form” (Formulario de ingresos varios) u otra declaración de ingresos emitida por el gobierno;
- 2) Una carta de asignación que muestre el beneficio bruto por parte de una fuente de pago (como el Seguro Social o desempleo en Colorado);

- 3) Un mes de recibos de pago o avisos de pago consecutivos de un empleador;
- 4) Estados de cuenta bancarios que muestren claramente los depósitos de todas las fuentes de ingresos.

Si usted trabaja por su cuenta y no tiene declaración de impuestos, llame al (303) 692-2716 y pida una "ADAP Net Self-Employment Income Worksheet" (Hoja de trabajo de Ingresos netos de empleo por cuenta propia de ADAP).

Si usted muestra que el ingreso de su hogar es \$0, DEBE completar y adjuntar la "Declaración de ayuda" que se encuentra en la **página 9** del formulario de recertificación. Si alguien más (como un amigo u otro familiar) le ayuda, dicha persona debe completar la **Sección 1** de la Declaración de ayuda y firmarla. Si usted no recibe ayuda de nadie más, complete la **Sección 2** de la Declaración de ayuda y fírmela. *NUNCA se les pide a los solicitantes que divulguen su estado VIH para completar una "Declaración de ayuda".*