



Colorado Department
of Public Health
and Environment

Programa Colorado AIDS Drug Assistance Formulario de Recertificación



Use este formulario para **renovar** su inscripción con el Colorado AIDS Drug Assistance Program (ADAP), que incluye Medication Assistance, Health Insurance Assistance, así como Bridging the Gap, Colorado. Use este formulario, incluso si su inscripción ha vencido. Complete toda la información solicitada en este formulario. La legislación federal exige que Colorado Department of Public Health and Environment (CDPHE) revise la elegibilidad del cliente dos veces al año. Este formulario no es opcional. Si no devuelve este formulario, es posible que pierda su asistencia para medicamentos y/o seguro por parte de CDPHE y su Organización de servicio de SIDA regional. Este formulario tiene la intención de informarnos acerca de cualquier cambio que pudiera afectar su elegibilidad para los servicios financiados por Ryan White.

1. Nombre legal completo (Apellido):	(Nombre):	(MI):	¿Ha cambiado su nombre en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
---	-----------	-------	--

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

3. ¿Cuál es su etnia? Hispano/ Latino(a) No hispano Desconocida 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. Marque si alguna afirmación de las siguientes fue verdadera para usted en algún momento en los últimos seis meses:

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Me quedé sin hogar | <input type="checkbox"/> Me mudé a una institución (hogar de cuidados paliativos, hogar de ancianos, etc.) |
| <input type="checkbox"/> Me mudé a una vivienda temporal | <input type="checkbox"/> Estuve fuera del estado por más de dos meses |

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

Condado

COLORADO

Código postal

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?			
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	Condado	COLORADO	Código postal
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? <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 servicio 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		
13. ¿Cuál es su estado civil actual?			
<input type="checkbox"/> Soltero <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Legalmente separado <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 a quienes les da 50% o más de manutención mensual? _____			
15. Si es mujer, ¿estuvo embarazada en algún momento durante los últimos seis meses?			
<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy segura			
16. Si es mujer y estuvo embarazada, ¿tuvo un nacimiento vivo durante los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			
Si es así, ¿cuándo? Mes _____ Día _____			
17. ¿Cuál es su Número de seguro social? _____ - _____ - _____			
INFORMACIÓN MÉDICA			
18. ¿Quién emite actualmente sus recetas de medicamentos para VIH?			
19. ¿Cuándo fue su última visita con su médico de VIH? Mes _____ Año _____			

20. ¿Alguna vez su médico o laboratorio le ha dicho que usted tiene SIDA? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy segura
21. ¿Alguna vez le han dicho que usted tiene Hepatitis C? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro
22. En los últimos seis meses, ¿se le ha extraído sangre para hacer un chequeo de su conteo CD4? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro
23. En los últimos seis meses, ¿se le ha extraído sangre para hacer un chequeo de su carga viral? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy seguro
<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 de ninguna manera. Estos se reportarán a HRSA usando solamente un número de ID único y anónimo. Si su laboratorio no reporta los resultados de sus pruebas a CDPHE, se le pedirá a usted que envíe una verificación por escrito de estos valores.</i>
INGRESO, ACCESO A SEGURO MÉDICO Y OTRA ASISTENCIA PÚBLICA
24. ¿Solicitó o recibió Medicaid en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si fue así, ¿cuándo? ____/____ Estado de la solicitud: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Aún estoy esperando la decisión
25. ¿Solicitó ayuda por discapacidad médica en los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si fue así, ¿cuándo? ____/____ Estado de la solicitud: <input type="checkbox"/> Aprobado <input type="checkbox"/> Denegado <input type="checkbox"/> Aún estoy esperando la decisión
26. ¿Es usted elegible para Medicare? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si su respuesta es sí, ¿en qué Partes está inscrito? <input type="checkbox"/> PARTE A Fecha de vigencia ____/____ <input type="checkbox"/> PARTE B Fecha de vigencia ____/____ <input type="checkbox"/> PARTE D Fecha de vigencia ____/____ Si usted llega a ser elegible para Medicare, debe enviar una solicitud adicional "Bridging The Gap, Colorado".
27. ¿Está inscrito en el plan de seguro de alto riesgo Cover Colorado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Está inscrito en el plan de seguro preexistente GettingUSCovered Colorado? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
28. ¿Cuál de las siguientes afirmaciones describe mejor su estado de empleo? <input type="checkbox"/> Desempleado por más de seis meses <input type="checkbox"/> Recientemente desempleado a partir de ____/____/____ <input type="checkbox"/> Jubilado/Discapacitado <input type="checkbox"/> En proceso de solicitud por discapacidad <input type="checkbox"/> Empleado por <input type="checkbox"/> Otro: _____ <input type="checkbox"/> Empleado por _____ y trabajando _____ horas a la semana
29. Si está empleado, ¿inició este empleo durante los últimos seis meses? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> No estoy empleado
30. ¿Usted es elegible para seguro médico a través de su empleador, cónyuge o alguna otra persona? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si es así, ¿cuándo llegó a ser elegible? ____/____ (mm/aaaa)

31. Si usted es elegible para seguro médico (por medio de su empleador, cónyuge u otra persona) ¿está inscrito?

- N/A: No soy elegible para seguro médico
 No, porque es muy caro
 Sí, estoy inscrito
 No, debido a una limitación de condición 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 “Employer Insurance Information Form” (Formulario de información de seguro del empleador) en la página 7 y adjuntarlo a su formulario de recertificación.

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.

32. Use las tablas a continuación para describir el ingreso mensual total para su hogar. Proporcione su ingreso bruto, 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 del empleo por cuenta propia. Si no cuenta con ingresos en el hogar (\$0) provenientes de empleo o de cualquier otra fuente, complete la “Statement of Support” (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: (mí, mi cónyuge, mi hijo, etc.)	Tipo de beneficio o ingreso de la lista anterior (por ejemplo, "SSI")	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 seropositivo VIH, 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 ADAP. Autorizo además a CDPHE para que use los datos de los registros de salud pública para verificar que estoy viviendo con 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 en presentar información periódica relacionada con mi elegibilidad continuada para 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 ADAP. Se me notificará por escrito si se me llegara a discontinuar de ADAP.
- Estoy de acuerdo en notificar o que mi administrador del caso notifique a CDPHE acerca de cualquier circunstancia que afecte mi participación o elegibilidad para 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 debo recertificarme para ADAP 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 el cual puedo 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 para modificar el formulario de solicitud de 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 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 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 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

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 CAMBIA ALGO 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 para o para inscribirse 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.

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 firma de este formulario*

*Si su respuesta es **SÍ**, ¿cuál fue el seguro médico que se ofreció 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) de 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 su explicación de beneficios

Employer Insurance Information Form

APPLICANT: This form is required if you or your spouse are employed and you have said that you are not eligible for or enrolled in health insurance. This may be because your employer does not offer health insurance, you are not eligible for specific reasons, or the insurance does not cover needed services.

EMPLOYER: Please complete this form, have an authorized representative sign it, and return the form to the employee. This information will need to be provided every six months.

EMPLOYEE NAME:
EMPLOYER (Business Name)

To be completed by the EMPLOYER:

1. Do you offer a health insurance plan to any of your employees? Yes No

*If **NO**, skip to the signature portion of this form*

*If **YES**, to who was the health insurance offered, and was it accepted?*

Employee	<input type="checkbox"/> Not eligible <input type="checkbox"/> Offered, but not accepted <input type="checkbox"/> Offered and accepted	If not eligible, explain if this person <u>could</u> become eligible in the future, and when (e.g., becomes full time). Potential eligibility date: ___/___/___
Spouse Name(s): _____	<input type="checkbox"/> Not eligible <input type="checkbox"/> Offered, but not accepted <input type="checkbox"/> Offered and accepted	If not eligible, explain if this person <u>could</u> become eligible in the future, and when (e.g., employee becomes full time). Potential eligibility date: ___/___/___
Dependent(s) Name(s): _____ _____	<input type="checkbox"/> Not eligible <input type="checkbox"/> Offered, but not accepted <input type="checkbox"/> Offered and accepted	If not eligible, explain if dependents <u>could</u> become eligible in the future, and when (e.g., employee becomes full time). Potential eligibility date: ___/___/___

2. What is the date for your company's next open enrollment period? ___/___/___

When does coverage begin after open enrollment? ___/___/___

COMMENTS: _____

➡ **Please attach a copy of your employee benefits summary or other plan information, if available.**

EMPLOYER REPRESENTATIVE COMPLETING THIS FORM:	TITLE:	PHONE:
EMPLOYER'S AUTHORIZED SIGNATURE		DATE:

EMPLOYER: Please return this form to the employee along with explanation of benefits

DECLARACIÓN DE AYUDA PARA _____ (NOMBRE DEL SOLICITANTE)

COMPLETE ESTE FORMULARIO SOLAMENTE SI NO APORTA LA PRUEBA DE RESIDENCIA EN SU NOMBRE O 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 E 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 de 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. Declaro 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 otra investigación necesaria para verificar la exactitud de las declaraciones hechas en este formulario.+

Firma del proveedor de ayuda

Firma del solicitante

Fecha

STATEMENT OF SUPPORT FOR _____ (NAME OF APPLICANT)

COMPLETE THIS FORM ONLY IF YOU CANNOT PROVIDE PROOF OF RESIDENCY IN YOUR NAME

OR YOU REPORT \$0 HOUSEHOLD INCOME

SECTION 1 – IF SOMEONE ELSE PROVIDES YOU WITH SUPPORT, HAVE HIM/HER FILL OUT THIS PART OF THE FORM AND HAVE HIM/HER SIGN IN SECTION 3. THIS PERSON MUST PROVIDE PROOF THAT THEY RESIDE AT THE ADDRESS LISTED.

Name of person providing support:

What is your relationship to the applicant?

- Legally married in the State of Colorado
- Domestic partner/civil union/partner
- His/her parent (biological or adoptive)
- His/her child (biological or adoptive)
- Other relative (brother, sister, aunt, uncle, brother-in-law, mother-in-law, etc.)
- Other (friend, neighbor, etc.)

Type of support provided for free or minor charge (check all that apply):

- Lodging
- Food
- Telephone
- Other (describe): _____

For what part of the past 12 months did the applicant live in your household? _____

On your most recent U.S. Tax Return, did you claim the applicant as a dependent?

- Yes
- No
- Have not filed a U.S. Tax Return

Please provide current contact information so we can contact you to verify any information.

Mailing Address: _____

Daytime Phone (____) ____ - _____

SECTION 2 – IF YOU HAVE \$0 OF HOUSEHOLD INCOME AND ARE NOT RECEIVING SUPPORT FROM ANY OTHER INDIVIDUAL, COMPLETE THIS PART OF THE FORM AND SIGN IN SECTION 3.

Explain how you cover the costs of the following:

Housing/shelter _____

Food _____

Transportation _____

Telephone _____

Utilities _____

Other (cigarettes, etc.) _____

If you are living off of savings, please provide a bank statement or describe why such documentation is not available (for example, your savings is in the form of cash or a reloadable credit card):

SECTION 3 – LEGALLY BINDING SIGNATURE

By signing below, I assert that the contents of this form are complete and accurate, to the best of my knowledge. I acknowledge that intentional misrepresentations in this form may constitute an attempt to defraud the State of Colorado, which could result in severe criminal and civil penalties. I authorize the State of Colorado to contact me and to conduct other research necessary to verify the accuracy of the statements made on this form.

Support Provider Signature

Applicant Signature

Date