

# **COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**FISCAL YEAR 2009**

**MANUAL**

**SECTION VI:**

**CLIENT AFFIDAVIT and APPLICATION**

**EFFECTIVE: JULY 1, 2008**

# COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM (CICP) CLIENT APPLICATION

Check if Emergency Application

## SECTION I : Applicant Information

Last Name	First Name	M.I.	Phone Number (     )
Address		City/Zip	

Household Members (First & Last Names)	Residency Code	Relation Code	Birth Date	Social Security or State ID #	Ineligibility Codes														
					Medicaid							CHP+							
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7	
<b>1</b> <b>APPLICANT</b>		<b>1</b>																	
<b>2</b>																			
<b>3</b>																			
<b>4</b>																			
<b>5</b>																			
<b>6</b>																			
<b>7</b>																			

**Please Explain Other Type of Ineligibility for Medicaid or CHP+:**

**Other Information:**

### Reference Codes

Medicaid Ineligibility Codes	CHP+ Ineligibility Codes
<b>A</b> Received Medicaid denial letter, attach letter to application	<b>1</b> Received CHP+ denial letter, attach letter to application
<b>B</b>	<b>2</b> Child is eligible for Medicaid
<b>C</b> Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status	<b>3</b> Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status
<b>D</b> Applicant is no longer pregnant and beyond post-partum	<b>4</b> Child has other primary health insurance coverage
<b>E</b> Transitional Medicaid benefits have been discontinued	<b>5</b> Child was insured under an employer plan with at least 50% employer coverage in the past 3 months, unless dropped due to change in employment status or employer eliminated coverage
<b>F</b> Individual no longer receiving SSI or SSDI	<b>6</b> A member of the family is eligible for health benefits coverage under a State health benefits plan or public agency in the state (i.e., employed by the State Government)
<b>G</b> Does not meet Medicaid's definition of disability or incapacity and is under 65 years of age	<b>7</b> Does not meet age requirement, Adult, 19 years of age or older

**Relation Codes:**    1 Self    2 Spouse    3 Child    4 Stepchild    5 Other

**Residency Codes:**    1 Colorado resident & US citizen    2 Colorado resident & documented legal immigrant    3 Migrant farm worker & US citizen    4 Migrant farm worker & documented legal immigrant    5 Non-resident, counted in family size only    6 Medicaid eligible, counted in family size only    7 Counted in family size only

**SECTION II: Calculating Income and Resources**

INCOME SOURCE	Monthly Amount	Annualized Total	EQUITY IN RESOURCES	Actual Value	Minus Amount Owed	Equals Equity	Minus Protected	CICP Equity Calculation
1. Gross Employment Income	\$	\$	7. Vehicle Equity	\$	\$	\$	\$ 4,500	\$
2. Self Employment Income	\$	\$	8. Real Property	\$	\$	\$	\$ 0	\$
3. Unearned Income	\$	\$	9. Liquid Resources	\$	\$	\$	\$ 0	\$
4. Total Income (Lines 1+2+3)	\$	\$	10. Business Equity	\$	\$	\$	\$ 50,000	\$
5. Monthly Expense or In Kind Income	\$	\$	<b>11. Total Equity</b> (Lines 7+8+9 +10)					\$
<b>6. CICP Income Calculation (Line 4 or 5)</b>	\$	\$	12. Less Family Size Deduction	Family Size _____		X \$2,500		\$
<b>CICP Rate: _____ Date: ____ / ____ / ____</b>  <b>Client Copayment Annual Cap: _____ (Line 16 times 0.10)</b>			<b>13. Equity Resources CICP Calculation</b> (Line 11 minus line 12; cannot be a negative number)					\$
			14. Total Family Financial Status (Lines 6+13)					\$
			15. Minus Allowable Deductions					\$
			<b>16. Equals CICP Income and Equity in Resources</b> (Line 14 minus Line 15)					\$

**PENALTY CLAUSE, CONFIRMATION STATEMENT AND AUTHORIZATION FOR RELEASE OF INFORMATION**

I certify that the information provided to complete this application is true. I understand that if I make false statements on this application, I commit a Class 5 Felony. In addition, misrepresenting my eligibility for assistance under this program is a Class 2 Misdemeanor (26-15-112, C.R.S.) If applicable, I understand that legal immigrants receiving assistance under this program shall agree to refrain from executing an affidavit of support for the purpose of sponsoring an alien on or after July 1, 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

I understand that the provider has a right to obtain any recovery or right of recovery for a patient who would have a right of recovery. This means that if I am found to have a claim for any benefits payable for any treatment, which is given, while I am eligible for assistance under this program that this provider has the right to be included in the claims process. I authorize the provider to use any information contained in this application to verify my eligibility for assistance under this program, and to obtain records pertaining to eligibility from a financial institution as defined in section 15-15-201(4), C.R.S., or from any insurance company.

**YOU HAVE 15 DAYS TO APPEAL YOUR CICP RATE.** Ask your eligibility technician for more information on the appeal process. **I understand it is my responsibility to notify the provider of an income or household change that may influence the rating on this application and failure to do so voids this application.**

\_\_\_\_\_  
Print or Type Applicant Name

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature and Date

\_\_\_\_\_  
Print or Type Eligibility Technician Name

\_\_\_\_\_  
Eligibility Technician Signature and Date

\_\_\_\_\_  
Print or Type Facility Name

\_\_\_\_\_  
Facility Phone Number

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 1 - Employment Income and Unearned Income**

**Record all income and cash from other sources on this page and attach it to the Application**

<i>Payment Sources</i>	<i>Monthly Amount</i>		<i>Annualized Amount</i>
Employment income	_____	X 12	_____
Old Age Pension	_____	X 12	_____
Supplemental Security Income (SSI/SSDI)	_____	X 12	_____
Aid to Needy & Disabled	_____	X 12	_____
Pension plans (name plans):	_____	X 12	_____
_____			
_____			
Commissions, bonuses, & tips	_____	X 12	_____
Alimony received	_____	X 12	_____
Rental income	_____	X 12	_____
Interest income	_____	X 12	_____
Monetary gains	_____	X 12	_____
Trust accounts	_____	X 12	_____
Settlements (do not annualize, show total amount received)	_____		_____
Other income (list source)			
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____

**Total**

\_\_\_\_\_

*(use this figure on line 1 or 2 of Section II of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility*

\_\_\_\_\_  
*Phone*

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 2 - Net Self-Employment Income**

**Record all monthly business expenses for the applicant on this page and attach it to the Application. Obtain a profit and loss worksheet or general ledger. If the applicant does not have a profit and loss worksheet or a general ledger, self-declaration of expenses is acceptable. Do not use tax forms for determining income.**

**If a self-employed person can document that they are paying themselves, do not complete this worksheet. Show their income on Worksheet 1.**

	<i>Monthly Amount</i>		<i>Annualized Amount</i>
<b><i>Gross Business Deposits</i></b>	_____	X 12	_____
 <b><i>Business Expenses</i></b>			
Mortgage/Rent of Business Premises	_____	X 12	_____
Phone/Utilities	_____	X 12	_____
Business Taxes (not for personal income tax payments)	_____	X 12	_____
Insurance	_____	X 12	_____
Gross Labor Wages (not for self)	_____	X 12	_____
Tools/Equipment			
Office Supplies	_____	X 12	_____
Merchandise/Purchases/Cost of goods	_____	X 12	_____
Repairs and Upkeep of Equipment	_____	X 12	_____
License/Certification Fees Paid	_____	X 12	_____
Fuel/Gas for Business-Related Travel	_____	X 12	_____
Legal Fees	_____	X 12	_____
Advertising	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X12	_____
<b><i>Total Business Expenses</i></b>			_____

***Net Profit (Gross Business Deposits minus Total Business Expenses)*** \_\_\_\_\_  
*(use this figure on line 3 of Section II of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility* *Phone*

## COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

### Worksheet 3 - Monthly Expense

**DO NOT COMPLETE THIS FORM IF THE CLIENT RECEIVES EMPLOYMENT INCOME  
AND/OR UNEARNED INCOME**

**Record all monthly expenses for the applicant on this page and attach it to the Application. Obtain documentation to support monthly expenses.**

<i>Expense</i>	<i>Monthly Amount</i>	<i>Expense</i>	<i>Monthly Amount</i>
Auto insurance	\$ _____	Eye exams & lenses	\$ _____
Auto loan	\$ _____	Groceries (food & toiletries)**	\$ _____
Auto maintenance & gas	\$ _____	Loans	\$ _____
Child & elderly care	\$ _____	Pharmacy	\$ _____
Alimony (paid)	\$ _____	Physicians	\$ _____
Child support (paid)	\$ _____	Rent/mortgage	\$ _____
Credit cards	\$ _____	Telephone	\$ _____
Dental	\$ _____	Gas, electricity, water, sewer, trash (all utilities)	\$ _____
Diapers & baby formula	\$ _____	Other expenses (list)	\$ _____

**\*\*Do not include the value of Food Stamps or WIC**

**Total \$ \_\_\_\_\_ X 12 months = \$ \_\_\_\_\_ yearly income**  
*(use this figure on line 4 of Section II of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility*

\_\_\_\_\_  
*Phone*

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 4 - Allowable Deductions**

<u>Self Declared Deductions</u>	<i>Amount per month</i>	<i>Annualized Amount</i>
Elderly Care	_____ X 12	_____
Day Care	_____ X 12	_____
Paid Alimony	_____ X 12	_____
Child Support	_____ X 12	_____
Health Insurance Premium(s)	_____ X 12	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

*Paid or Outstanding Medical Bills from  
non-CICP provider (attach receipts)  
(Must be Documented)*

*Date paid*

*Amount*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

*Paid or Outstanding Medical Bills from  
CICP Provider that incurred prior to 90 days of  
application date (attach receipts)  
(Must be Documented)*

*Date Paid*

*Amount*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

***Grand Total*** \_\_\_\_\_  
*(use this figure on line 15 of Section II of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility*

\_\_\_\_\_  
*Phone*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO - SOLICITUD DEL CLIENTE**

Solicitud de emergencia

**SECCIÓN I : Información del solicitante**

<b>Apellidos</b>	<b>Nombre(s)</b>	<b>Número de teléfono</b> (      )
<b>Domicilio</b>		<b>Ciudad/Código postal</b>

Personas que viven en su casa (nombres y apellidos)	Código residencia	Código relación	Fecha nacimiento	Seguro Social o núm. identificación estatal	Códigos de exclusión													
					Medicaid							CHP+						
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7
<b>1 SOLICITANTE</b>		<b>1</b>																
<b>2</b>																		
<b>3</b>																		
<b>4</b>																		
<b>5</b>																		
<b>6</b>																		
<b>7</b>																		

**Por favor explique otro tipo de exclusión para Medicaid o CHP+:**

**Información adicional:**

**Códigos de referencia**

Códigos de exclusión de Medicaid	Códigos de exclusión CHP+
<b>A</b> Recibió negación de Medicaid, adjunte carta a esta solicitud	<b>1</b> Recibió negación de CHP+, por favor adjunte carta a esta solicitud
<b>B</b>	<b>2</b> Hijo(a) cubre requisitos para ser elegido en Medicaid
<b>C</b> Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por al menos 5 años o tiene estatus de refugiado	<b>3</b> Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por la menos 5 años o tiene estatus
<b>D</b> Solicitante no está embarazada y fuera del periodo de posparto	<b>4</b> Hijo(a) cuenta con otro seguro principal para cubrir atención de salud
<b>E</b> Los beneficios de Medicaid de transición han sido discontinuados	<b>5</b> Hijo(a) asegurado a través de un plan del trabajo cubierto por empleador al menos 50% en los últimos 3 meses, a menos que la cobertura haya sido eliminada por cambio de empleo o plan de cobertura
<b>F</b> Solicitante ha dejado de recibir SSI o SSDI	<b>6</b> Un miembro de la familia califica para recibir beneficios de salud a través de un plan del estado o una agencia pública en el estado (por eje. si es empleado del gobierno del estado)
<b>G</b> No cubre definición de Medicaid para discapacidad o incapacidad y tiene menos de 65 años	<b>7</b> No cubre requisito de edad, adulto, 19 años o más

**Códigos de relación:** 1 Solicitante 2 Esposo(a) 3 Hijo(a) 4 Hijo(a) adoptivo(a) 5 Otro

**Códigos de residencia:** 1 Residente de Colorado y ciudadano de EE.UU. 2 Residente de Colorado e inmigrante legal 3 Campesino migrante y ciudadano de EE.UU. 4 Campesino migrante e inmigrante legal 5 No residente, incluido solamente en tamaño de la familia 6 Califica para Medicaid, incluido solamente en tamaño de la familia 7 Incluido solamente en el tamaño de familia



**SECCIÓN II: Ingresos y bienes**

FUENTE DE INGRESOS	Cantidad mensual	Total por año	VALOR NETO DE BIENES/PROPIEDADES	Valor	Menos cantidad que debe	Igual a valor neto	Menos cantidad protegida	Valor neto para CICP
1. Ingreso neto por empleo	\$	\$	7. Vehículo	\$	\$	\$	\$ 4,500	\$
2. Ingreso negocio propio	\$	\$	8. Bienes raíces	\$	\$	\$	\$ 0	\$
3. Ingreso no ganado	\$	\$	9. Recursos monetarios	\$	\$	\$	\$ 0	\$
4. Ingreso total (líneas 1+2+3)	\$	\$	10. Capital del negocio	\$	\$	\$	\$ 50,000	\$
5. Gastos mensuales o ingreso en especie	\$	\$	<b>11. Capital total</b> (líneas 7+8+9 +10)					\$
<b>6. Cálculo de ingreso de CICP</b> (líneas 4 o 5)	\$	\$	12. Menos deducción por tamaño de la familia	Tamaño de la familia _____	X \$2,500		\$	
<b>Tarifa de CICP:</b> _____ <b>Fecha:</b> ____ / ____ / ____  <b>Límite anual de copago del cliente:</b> _____ (línea 16 x 0.10)	<b>13. Cálculo de valor neto de bienes de acuerdo a CICP</b> (línea 11 menos línea 12; no puede ser un número negativo)						\$	
	14. Estado financiero total de la familia (líneas 6+13)						\$	
	15. Menos deducciones permitidas						\$	
	<b>16. Ingresos y valor neto de bienes para CICP</b> (línea 14 menos línea 15)						\$	

**CLÁUSULA DE SANCIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN**

Certifico que la información proporcionada para llenar esta solicitud es verídica. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito clase 5. Además presentar información falsa para ser elegido para recibir ayuda de este programa es una infracción clase 2 (26-15-112, C.R.S.). Si se aplica a mi caso, entiendo que los inmigrantes legales que reciben asistencia de este programa deben estar al tanto de que no pueden presentar declaración de apoyo para patrocinar la residencia de un extranjero a partir de julio 1, 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

Entiendo que el proveedor tiene el derecho de obtener la recuperación o derecho de recuperación para un paciente que tenga el derecho de recuperación. Esto significa que si yo tengo un reclamo para cualquier beneficio por cualquier tratamiento recibido mientras califico para CICP, el proveedor tiene el derecho de ser incluido en el proceso de reclamo. Autorizo al proveedor para utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar que califico para este programa y para obtener los documentos referentes mi calificación de institutos financieros según está definido en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros.

**TIENE 15 DÍAS PARA APELAR LA CUOTA DE CICP. Pida al técnico de selección del programa que le de mayor información sobre el proceso de apelación. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de cualquier cambio en ingreso o composición del hogar que pueda influir en la evaluación de esta solicitud y que de no hacerlo esta aplicación será cancelada.**

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante y fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del técnico de selección

\_\_\_\_\_  
Firma del técnico de selección y fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del establecimiento

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del establecimiento

# PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

## Hoja de trabajo 1 – Ingresos por empleo y no ganado

**Anote cualquier otro ingreso o dinero recibido de otras fuentes en esta página y adjunte a la solicitud**

<i>Fuentes de ingreso</i>	<i>Cantidad mensual</i>	<i>Cantidad anual</i>
Ingreso por empleo	_____ X 12	_____
Pensión de jubilación	_____ X 12	_____
Ingreso de seguro suplementario (SSI/SSDI)	_____ X 12	_____
Ayuda para necesitados y discapacitados	_____ X 12	_____
Planes de pensión (nombre de los planes):	_____ X 12	_____
_____		
_____		
Comisiones, bonos y propinas	_____ X 12	_____
Asistencia de divorcio recibida	_____ X 12	_____
Ingreso por rentas	_____ X 12	_____
Ingreso por intereses	_____ X 12	_____
Ganancias monetarias	_____ X 12	_____
Cuentas de fideicomiso	_____ X 12	_____
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	_____	_____
Otros ingresos (mencione las fuentes)		
_____	_____ X 12	_____
_____	_____ X 12	_____
_____	_____ X 12	_____

**Total**

(Use esta cantidad en la línea 1 o 2 de la sección II de la solicitud)

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

## PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

### Hoja de trabajo 2 – Ingreso neto por trabajo independiente (por cuenta propia)

Anote todos los gastos mensuales del negocio del solicitante en esta página y adjunte a la solicitud. Obtenga una hoja de trabajo de la ganancia y la pérdida o un libro de contabilidad general. No use formas de impuestos para determinar los ingresos.

Si la persona que trabaja por cuenta propia puede documentar el salario que se paga, no use esta forma. Muestre su ingreso en la Hoja de trabajo 1.

	<i>Cantidad mensual</i>		<i>Cantidad anual</i>
<i>Depósitos netos de su negocio</i>	_____	X 12	_____
<b><i>Gastos de su negocio</i></b>			
El hipoteca/alquiler de local de negocio	_____	X 12	_____
Teléfono/Utilidades	_____	X 12	_____
El negocio Tasa (no para pagos de impuesto sobre la renta)	_____	X 12	_____
Partido Laborista bruto Emprende (no para ser)	_____	X 12	_____
Equipar con herramienta/equipo	_____	X 12	_____
La oficina Suministra	_____	X 12	_____
Comercialice/las compras/el costo de Bienes	_____	X 12	_____
Repairs y el Mantenimiento del Equipo	_____	X 12	_____
Los Honorarios de la licencia/certificación Pagaron	_____	X 12	_____
El abastece de combustible/gas para el Viaje Negocio-Relacionado	_____	X 12	_____
Gastos judiciales	_____	X 12	_____
Publicidad	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X12	_____
<b><i>Total gastos del negocio</i></b>			_____
<b><i>Ganancia neta</i></b>			
<b><i>(depósitos netos</i></b>			
<b><i>menos gastos totales</i></b>			
<b><i>del negocio)</i></b>			_____
			<i>(Use esta cantidad en la línea 3 de la sección II de la solicitud)</i>

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**

**Hoja de trabajo 3 – Gastos mensuales**

**NO LLENE ESTA FORMA SI EL CLIENTE RECIBE INGRESO POR EMPLEO Y/O INGRESO NO GANADO**

**Anote todos los gastos mensuales del solicitante en esta página y adjunte a la solicitud. Obtenga documentación que compruebe gastos mensuales.**

<i>Gasto</i>	<i>Cantidad mensual</i>	<i>Gasto</i>	<i>Cantidad mensual</i>
Seguro de auto	\$ _____	Exámenes oculares y lentes	\$ _____
Hipoteca de auto	\$ _____	Despensa (alimentos y artículos de cuidado personal)**	\$ _____
Mantenimiento de auto y gasolina	\$ _____	Préstamos	\$ _____
Cuidado de niños y ancianos	\$ _____	Farmacia	\$ _____
Pago de pensión por divorcio	\$ _____	Médicos	\$ _____
Manutención de hijos (pago)	\$ _____	Renta/pago de hipoteca	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Atención dental	\$ _____	Gas, electricidad, agua, drenaje, basura (servicios públicos)	\$ _____
Pañales y formula para bebé	\$ _____	Otros gastos (por favor mencione)	\$ _____

**\*\*No incluya el valor de estampas de alimentos o WIC**

**Total \$ \_\_\_\_\_ X 12 meses = \$ \_\_\_\_\_ ingreso anual**  
*(Use esta cantidad en la línea 4 de la sección II de la aplicación)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**

**Hoja de trabajo 4 – Deducciones permitidas**

<u><b>Deducciones declaradas por el solicitante</b></u>	<b>Cantidad mensual</b>		<b>Cantidad por año</b>
Cuidado de ancianos	_____	<b>X 12</b>	_____
Guardería	_____	<b>X 12</b>	_____
Pago de pensión por divorcio	_____	<b>X 12</b>	_____
Manutención de hijos	_____	<b>X 12</b>	_____
Pago de seguro médico	_____	<b>X 12</b>	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

<b>Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor que no es de CICP (adjunte recibos)</b> <b><u>(Debe documentarlo)</u></b>	<b>Fecha en que se pagó</b>	<b>Cantidad</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

<b>Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor de CICP durante los 90 días previos a la fecha de la solicitud (adjunte recibos)</b> <b><u>(Debe documentarlo)</u></b>	<b>Fecha en que se pagó</b>	<b>Cantidad</b>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

**Gran total** \_\_\_\_\_  
(Use esta cantidad en la línea 15 de la sección II de la solicitud)

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento* *Teléfono*

**Affidavit for Lawful Presence  
Colorado Indigent Care Program**

I, \_\_\_\_\_, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado that (check one):

\_\_\_\_\_ I am a United States citizen, or

\_\_\_\_\_ I am a Legal Permanent Resident of the United States, or  
I am lawfully present in the United States pursuant to federal law.

I understand that this sworn statement is required by law because I have applied for a public benefit. I understand that state law requires me to provide proof that I am lawfully present in the United States prior to receipt of this public benefit. I further acknowledge that making a false, fictitious, or fraudulent statement or representation in this sworn affidavit is punishable under the criminal laws of Colorado as perjury in the second degree under Colorado Revised Statute 18-8-503 and it shall constitute a separate criminal offense each time a public benefit is fraudulently received.

\_\_\_\_\_  
**Applicant Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

**For Eligibility Technician Use: Please mark the box that indicates which document was verified for lawful presence and keep a photocopy of the document presented in the applicant's file.**

- Drivers License or Identification Card      State of Issuance \_\_\_\_\_
- Birth Certificate
- United States Passport
- Certificate of Naturalization or Certificate of Citizenship
- Other \_\_\_\_\_ (insert document number from list on reverse side)

**SAVE Verification Completion Date (for non-U.S. citizens only) \_\_\_\_\_**

**OPTIONAL**

**If a United States Citizen (or a person from American Samoa, Swains Island or Northern Mariana Islands) is unable to present any of the lawful presence documents (see reverse) the applicant may complete the self-declaration statement below to comply with the evidence of lawful presence requirement.**

I, \_\_\_\_\_, swear or affirm under penalty of perjury under the laws of the State of Colorado and possibly subject to later verification of status that I am a United States citizen or non-citizen national (American Samoa, Swains Island, or Northern Mariana Islands).

\_\_\_\_\_  
Signature

\_\_\_\_\_  
Date

**Acceptable Documentation for Determining Lawful Presence**

1. Colorado Driver's License
2. Colorado Identification Card
3. Driver's License OR State Identification Card issued in an approved state\*
4. United States Military Identification Card or a Military Dependents' Identification Card
5. United States Coast Guard Merchant Mariner Card
6. Native American Tribal Document

\*Alabama, Arizona, Arkansas, California, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, West Virginia, and Wyoming

### **Acceptable Documents for U.S. Citizens**

7. Birth Certificate from any state, the District of Columbia and all United States territories
8. United States Passports (except for "limited" passports issued for less than five years)
9. Report of Birth Abroad of a United States Citizen, form FS-20
10. Certificate of Birth issued by a foreign service post (FS-545)
11. Certification of Report of Birth (DS-1350)
12. Certification of Naturalization (N-550 or N-570)
13. Certificate of Citizenship (N-560 or N-561)
14. U.S. Citizen Identification Card (I-97)
15. Northern Mariana Identification Card for an applicant born prior to November 3, 1986
16. Statement provided by a U.S. Consular Officer certifying that the individual is a U.S. citizen
17. American Indian Card with classification code "KIC" identifying members of the Texas Band of Kickapoos
18. Certain religious records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XI)
19. Evidence of civil service employment by the U.S. government before June 1, 1976
20. Certain early school records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XIII)
21. Certain U.S. Census records (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XIV)
22. Adoption Finalization Papers (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XV)
23. Any other document that establishes a U.S. place of birth or in some way indicates U.S. citizenship
24. Documents for collectively naturalized citizens (see CICP Rules 8.904.C.2.a.XVIII)
25. Applicants with Derivative U.S. Citizenship (see CICP Rules 8.904.2.a.XIX)
26. Adoption of a foreign-born child by a U.S. citizen (see CICP Rules 8.904.2.a.XX)
27. U.S. citizenship obtained by marriage (see CICP Rules 8.904.2.a.XXI)
28. Waiver requested from Colorado Department of Revenue
29. Written self-declaration or third-party declaration

### **Acceptable Documents for Non-U.S. Citizens—THESE MUST BE VERIFIED IN SAVE**

30. "Green Card" Form I-551
31. "Green Card" Form I-551 with the code CU6, CU7 or CH6
32. Unexpired Temporary I-551 Stamp on Form I-94
33. Unexpired I-551 stamp with the code CU6, CU7 or CH6
34. I-94 with stamp showing admission under Section 203(a)(7)
35. I-94 annotated with stamp showing admission under Section 207
36. I-94 with stamp showing admission for at least one year under Section 212(d)(5)
37. I-94 with stamp showing grant of asylum
38. I-94 with stamp showing parole as "Cuba/Haitian Entrant"
39. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(3)
40. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(5)
41. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "274a.12(a)(10)
42. Employment Authorization Card, Form I-688B annotated "A3"
43. Employment Authorization Document, I-765
44. Employment Authorization Document, Form I-766 annotated "A3"
45. Employment Authorization Document, Form I-776 annotated "A5"
46. Employment Authorization Document, Form I-766 annotated "A10"
47. Grant letter from the Asylum Office, USCIS or U.S. Department of Health and Human Services
48. Refugee Travel Document, Form I-571
49. Order from immigration judge showing deportation or removal withheld
50. For aliens who have been subjected to cruelty see CICP Rules 8.904.2.b.VIII
51. Waiver requested from Colorado Department of Revenue ( <http://www.revenue.state.co.us/main/home.asp>)

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

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo ante pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que (marque una opción):

\_\_\_\_\_ Soy ciudadano de los Estados Unidos, o

\_\_\_\_\_ Soy residente permanente legal de los Estados Unidos, o  
Me encuentro en los Estados Unidos de manera legal de acuerdo con la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley debido a que he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal requiere que yo presente prueba de mi presencia legal en los Estados Unidos antes de que reciba este beneficio público. Además, reconozco que cualquier declaración o representación falsa, ficticia o fraudulenta en esta declaración jurada se castiga de acuerdo con las leyes criminales de Colorado como perjurio en segundo grado de acuerdo con el estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y debe constituir una ofensa criminal separada cada vez que se recibe un beneficio público de manera fraudulenta.

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Para uso exclusivo del técnico de selección: Por favor marque el recuadro que indica el documento que fue verificado para presencia legal y mantenga una fotocopia en el expediente del solicitante.**

- Licencia de manejo o tarjeta de identificación      Estado en que se expidió: \_\_\_\_\_
- Acta de nacimiento
- Pasaporte de los Estados Unidos
- Certificado de naturalización o de ciudadanía
- Otro \_\_\_\_\_ (elija nombre del documento de la lista al reverso)

**Fecha en que se completó verificación en SAVE (sólo para quienes no son ciudadanos de los Estados Unidos)**

\_\_\_\_\_

**OPCIONAL**

**Si un ciudadano de los Estados Unidos (o una persona de Samoa Americana, las Isla de Swains o las Islas Marianas del Norte) no puede presentar ninguno de los documentos para comprobar presencia legal (ver lista al reverso), el solicitante puede llenar la declaración de abajo para cumplir con el requisito de presencia legal.**

Yo, \_\_\_\_\_, juro o afirmo ante pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado y posiblemente sujeto a posterior verificación de estatus, que soy ciudadano de los Estados Unidos o no ciudadano nacional (Samoa Americana, Isla de Swains, Islas Marianas del Norte).

\_\_\_\_\_  
**Firma del solicitante**

\_\_\_\_\_  
**Fecha**

**Documentación Aceptable para Determinar Presencia Legal**

1. Licencia de manejo de Colorado
2. Tarjeta de identificación de Colorado
3. Licencia de manejo o tarjeta de identificación expedida en uno de los estados aprobados\*



4. Tarjeta de identificación del ejército de los Estados Unidos o tarjeta de identificación para dependientes de militares
5. Tarjeta de la guardia costera o marina mercante de los Estados Unidos
6. Documento de pertenencia a una tribu de Indios Americanos

\* Alabama, Arizona, Arkansas, California, Connecticut, Delaware, District of Columbia, Florida, Georgia, Idaho, Indiana, Iowa, Kansas, Kentucky, Louisiana, Maine, Minnesota, Mississippi, Missouri, Montana, Nevada, New Hampshire, New Jersey, New York, North Dakota, Ohio, Oklahoma, Pennsylvania, Rhode Island, South Carolina, South Dakota, Virginia, West Virginia, and Wyoming.

#### Documentos Aceptables para Ciudadanos de los Estados Unidos

7. Acta de nacimiento de cualquier estado, el Distrito de Columbia y todos los territorios de los Estados Unidos
8. Pasaportes de los Estados Unidos (con excepción de pasaportes "limitados" expedidos por menos de cinco años)
9. Reporte de ciudadano nacido fuera de los Estados Unidos, forma FS-20
10. Certificado de nacimiento expedido por un puesto de servicio foráneo (FS-545)
11. Certificación del reporte de nacimiento (DS-1350)
12. Certificado de naturalización (N-550 o N-570)
13. Certificado de ciudadanía (N-560 o N-561)
14. Tarjeta de identificación de ciudadano de los Estados Unidos (I-97)
15. Tarjeta de identificación de las Islas Marianas del Norte para solicitantes que nacieron antes del 3 de noviembre de 1986
16. Declaración provista por un oficial consular de los Estados Unidos certificando que la persona es ciudadana de los Estados Unidos
17. Tarjeta de indio americano con código de clasificación "KIC" que identifica miembros de la banda de Kickapoos de Texas
18. Ciertos documentos religiosos (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a. XI)
19. Evidencia de empleo en el servicio civil del gobierno de los Estados Unidos antes de junio 1 de 1976
20. Ciertos documentos escolares de la infancia (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XIII)
21. Ciertos documentos del censo (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XIV)
22. Papeles de finalización de adopción (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XV)
23. Cualquier otro documento que establece los Estados Unidos como lugar de nacimiento o de alguna forma indica ciudadanía de los Estados Unidos
24. Documentos para naturalizaciones colectivas (ver reglas de CICP 8.904.C.2.a.XVIII)
25. Solicitantes con uno de sus padres ciudadano de los Estados Unidos y uno que no es ciudadano de los Estados Unidos (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XIX)
26. Adopción de un bebé extranjero por un ciudadano de los Estados Unidos (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XX)
27. Ciudadanía de los Estados Unidos obtenida a través de matrimonio (ver reglas de CICP 8.904.2.a.XXI)
28. Dispensa solicitada por el Departamento de Ingresos del estado de Colorado
29. Declaración escrita por el solicitante o por una tercera persona

#### Documentos Aceptables para No Ciudadanos de los Estados Unidos – ESTOS DOCUMENTOS DEBEN SER VERIFICADOS EN SAVE

30. "Tarjeta verde" Forma I-551
31. "Tarjeta verde" Forma I-551 con los códigos CU6, CU7 o CH6
32. Sello vigente temporal I-551 en Forma I-94
33. Sello temporal I-551 con los códigos CU6, CU7 o CH6
34. I-94 con sello que muestra admisión bajo Sección 203(a)(7)
35. I-94 anotada con sello que muestra admisión bajo Sección 207
36. I-94 con sello que muestra admisión por lo menos de un año bajo Sección 212(d)(5)
37. I-94 con sello que muestra admisión otorgando asilo
38. I-94 que muestra sello que muestra admisión provisional para personas de Cuba o Haití
39. Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(3)
40. Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(5)
41. Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "274a.12(a)(10)
42. Tarjeta de autorización de empleo, Forma anotada I-688B "A3"
43. Documento de autorización de empleo, I-765
44. Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A3"
45. Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A5"
46. Documento de autorización de empleo, Forma anotada I-766 "A10"
47. Carta de aprobación de la Oficina de Asilo del USCIS o del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos
48. Documento de viaje de refugiado, Forma I-571
49. Orden de juez de inmigración que muestra deportación o remoción aplazada
50. Para extranjeros que han sido sujetos de crueldad ver reglas de CICP 8.904.2.b.VIII
51. Dispensa solicitada por el Departamento de Ingresos del estado de Colorado (<http://www.revenue.state.co.us/main/home.asp>)