

**COLORADO INDIGENT CARE
PROGRAM**

FISCAL YEAR 2015-16

**MANUAL
SECTION IV:
Application**

EFFECTIVE: JULY 1, 2015

Table of Contents

| | | |
|---------------------|--|-----------|
| ARTICLE I. | CICP Application and Worksheets in English | 1 |
| Section 1.01 | CICP Application..... | 1 |
| Section 1.02 | Ineligibility Code Legend | 3 |
| Section 1.03 | Worksheet 1 Earned and Unearned Income..... | 4 |
| Section 1.04 | Worksheet 2 Self-Employment Income..... | 6 |
| Section 1.05 | Worksheet 3 Equity in Resources | 8 |
| Section 1.06 | Worksheet 4 Allowable Deductions | 9 |
| Section 1.07 | Worksheet 5 Health Insurance Information..... | 11 |
| ARTICLE II. | CICP Application and Worksheets in Spanish | 12 |
| Section 2.01 | Aplicación de Cliente..... | 12 |
| Section 2.02 | Leyenda de Código de Inelegibilidad | 14 |
| Section 2.03 | Hoja de Trabajo 1 Ingreso de Empleo y de Ingresos no Ganados | 15 |
| Section 2.04 | Hoja de Trabajo 2 Ingreso Neto por Trabajo Independiente | 17 |
| Section 2.05 | Hoja de Trabajo 3 Equidad de Los Recursos..... | 19 |
| Section 2.06 | Hoja de Trabajo 4 Deducciones Permitidas..... | 20 |
| Section 2.07 | Hoja de Trabajo 5 Seguro de Enfermedad..... | 22 |
| ARTICLE III. | Lawful presence | 23 |
| Section 3.01 | Affidavit for Lawful Presence in English | 23 |
| Section 3.02 | Acceptable Lawful Presence Documents..... | 24 |
| Section 3.03 | Declaración Jurada de Presencia Legal..... | 29 |
| Section 3.04 | Documentos de Presencia Legales Aceptables | 30 |
| ARTICLE IV. | Other | 36 |
| Section 4.01 | County Codes..... | 36 |
| Section 4.02 | Copay Category | 37 |
| Section 4.03 | Ability To Pay Table..... | 38 |



Section I: APPLICANT

Homeless Rate _____

Today's Date: _____

Emergency Application _____

| | | |
|------------------|-------------------|-----------------------|
| Last Name | First Name | Middle Initial |
|------------------|-------------------|-----------------------|

| | | | |
|----------------|-------------|-----------------|---------------------|
| Address | City | Zip Code | Phone Number |
|----------------|-------------|-----------------|---------------------|

| List Household Members | Relationship Code | Date of Birth | Medicaid Number | Social Security Number | Residency Code | Medicaid/CHP+ Ineligibility Codes |
|------------------------|-------------------|---------------|-----------------|------------------------|----------------|-----------------------------------|
| 1. APPLICANT | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Notes: For a list of Relationship, Residency, and Medicaid/CHP+ Eligibility codes, please refer to the Eligibility Section of CICIP Manual, Article V.

Section II: Calculating Income

| Income Source | Monthly Income | Annualized Total |
|--|----------------|------------------|
| 1. Gross Employment Income | _____ | _____ |
| 2. Unearned Income | _____ | _____ |
| 3. Self-Employment Income | _____ | _____ |
| 4. Total Income (Lines 1 + 2 + 3) | _____ | _____ |

| Equity In Resources | Vehicle Equity | Liquid Resources |
|---|--|--|
| Amount Owed Equity (Value - Amount Owed) Minus Protected Portion 5. Total Equity | _____ _____ \$7,500 _____ | _____ _____ _____ _____ |
| 6. Total Resources (See Worksheet 3) | _____ | |
| 7. Family Size Deduction | Family Size _____ X _____ \$2,500 \$ _____ | |
| 8. Equity In Resources (cannot be negative) | _____ | |
| 9. Total Family Financial Status (Lines 4 + 8) | _____ | |
| 10. Allowable Deductions (See Worksheet 4) | _____ | |
| 11. Net Family Financial Status (Lines 9 - 10) | _____ | |
| 12. Liquid Asset Spend Down | _____ | |
| 13. Grand Total Net CICP Income (Lines 11 - 12) | _____ | |

CICP Rate: _____ Client Copayment Annual Cap (Line 13 times 0.10): _____

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.). I authorize the provider to use any information contained in the 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. 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 the provider has the right to be included in the claims process. 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. **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.**

YOU HAVE 15 DAYS TO APPEAL YOUR RATE
(Ask your eligibility technician for more information on the appeal process)

Print Applicant Name

Applicant Signature and Date

Print Eligibility Technician Name

Eligibility Technician Signature and Date

Print Facility Name

Facility Phone Number

Section 1.02 Ineligibility Code Legend

Relationship Codes

1. Self
2. Spouse/Civil Union Partner
3. Child
4. Stepchild
5. Other

Residency Codes

1. Colorado Resident & U.S. Citizen
2. Colorado Resident & Documented Legal Immigrant
3. Migrant Farm Worker & U.S. Citizen
4. Migrant Farm Worker & Documented Legal Immigrant
5. Non-Resident
6. Medicaid Eligible
7. Counted in Family Size Only

Medicaid/CHP+ Ineligibility Codes

- A. Has the Applicant Received a Medicaid/CHP+ Denial Letter?
- B. Applicant is not a U.S. Citizen, has not been a legal resident for at least 5 years, or does not have refugee status
- C. Transitional Medical Benefits have been discontinued
- D. Over Income for Medicaid and is:
 - a. **NOT A CHILD**
 - b. **NOT PREGNANT**
 - c. **NOT DISABLED**
- E. Has Primary Insurance - NOT Eligible for Medicaid
- F. **Other - Provide a brief Explanation**



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 1 - Earned and Unearned Income

| Payment Sources | Monthly Income | Annualized Income |
|--|----------------|-------------------|
| Earned Income: | | |
| Employment Income | \$ _____ | \$ _____ |
| Unearned Income: | | |
| Unemployment/Workers Compensation | \$ _____ | \$ _____ |
| Old Age Pension (OAP) | \$ _____ | \$ _____ |
| Supplemental Security Income (SSI/SSDI) | \$ _____ | \$ _____ |
| Retirement Plans/Pensions: | | |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Commissions, Bonuses, Gifts, Tips | \$ _____ | \$ _____ |
| Alimony Received | \$ _____ | \$ _____ |
| Rental Property Income | \$ _____ | \$ _____ |
| Interest Income from interest bearing accounts | \$ _____ | \$ _____ |
| Monetary/Capital Gains | \$ _____ | \$ _____ |
| Monetary Settlements (do not annualize, show total amount received) | \$ _____ | \$ _____ |

Income from other Sources:

| | | |
|-----------------------|----------|----------|
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| | | |
| Earned Income Total | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| Unearned Income Total | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| Total Income | \$ <hr/> | \$ <hr/> |

Applicant Signature

Date

Eligibility Technician Signature

Date

Facility

Phone



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM
Worksheet 2 - Net Self-Employment Income

| | | Monthly | Annualized |
|-----------|---|----------|------------|
| Revenue: | Gross Business Income | \$ _____ | \$ _____ |
| Expenses: | Mortgage/Rent of Business Property | \$ _____ | \$ _____ |
| | Phone/Utilities | \$ _____ | \$ _____ |
| | Business Taxes (non-personal) | \$ _____ | \$ _____ |
| | Insurance | \$ _____ | \$ _____ |
| | Gross Wages | \$ _____ | \$ _____ |
| | Tools/Equipment | \$ _____ | \$ _____ |
| | Office Supplies | \$ _____ | \$ _____ |
| | Merchandise/Cost of goods | \$ _____ | \$ _____ |
| | Repairs/Upkeep of Equipment | \$ _____ | \$ _____ |
| | License/Certification Fees Paid | \$ _____ | \$ _____ |
| | Fuel for Business-related Travel | \$ _____ | \$ _____ |
| | Legal Fees | \$ _____ | \$ _____ |
| | Advertising | \$ _____ | \$ _____ |
| | Day Care Provider Reductions (if applicable) | \$ _____ | \$ _____ |

| | | | |
|-----------------|-------|----------|----------|
| Other Expenses: | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |

| | | | |
|-----------------|--|----------|----------|
| Total Expenses: | | \$ _____ | \$ _____ |
|-----------------|--|----------|----------|

| | | | |
|--|--|----------|----------|
| Total Expenses Attributed to Business: | | \$ _____ | \$ _____ |
|--|--|----------|----------|

| | | | |
|-------------------|--|----------|----------|
| Net Profit | | \$ _____ | \$ _____ |
|-------------------|--|----------|----------|

(use this figure on line 3,
Section II of the CACP)

| | |
|---------------------|------|
| Applicant Signature | Date |
|---------------------|------|

| | |
|----------------------------------|------|
| Eligibility Technician Signature | Date |
|----------------------------------|------|

| | |
|----------|------|
| Facility | Date |
|----------|------|



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 3 - Equity In Resources

Applicant's Vehicle Value

| Vehicle Make/Model | Value | Amount Owed |
|--------------------|----------|-------------|
| Vehicle 1 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Vehicle 2 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Vehicle 3 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| TOTAL VALUE | \$ _____ | \$ _____ |

Liquid Resources

| | Value | Amount Owed |
|------------------------|----------|-------------|
| Checking Accounts | \$ _____ | \$ _____ |
| Savings Accounts | \$ _____ | \$ _____ |
| Trust Accounts | \$ _____ | \$ _____ |
| Certificate of Deposit | \$ _____ | \$ _____ |
| TOTAL VALUE | \$ _____ | \$ _____ |



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM
Worksheet 4 - Allowable Deductions

| | Monthly Expenses | Annualized Expenses |
|---|------------------|---------------------|
| Elderly Care | \$ _____ | \$ _____ |
| Day Care | \$ _____ | \$ _____ |
| Paid alimony | \$ _____ | \$ _____ |
| Child Support | \$ _____ | \$ _____ |
| Health Insurance Premium(s) | \$ _____ | \$ _____ |
| Use of Personal Vehicle for Business Purposes | \$ _____ | \$ _____ |
| Subtotal: | \$ _____ | \$ _____ |

*Paid or Outstanding Medical Bills from CICIP Provider incurred more than 90 days after the application date. **MUST BE DOCUMENTED** (attach receipts)*

| CICIP Provider | Date Incurred | Outstanding \$ Amount | Total Monthly \$ Amount Paid | Annualized \$ Amount |
|------------------|---------------|-----------------------|------------------------------|----------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Subtotal: | | | | _____ |

*Paid or Outstanding Medical Bills from a non-CICIP Provider incurred regardless of age. **MUST BE DOCUMENTED** (attach receipts)*

| Non-CICIP Provider | Date Incurred | Outstanding \$ Amount | Total Monthly \$ Amount Paid | Annualized \$ Amount |
|--------------------|---------------|-----------------------|------------------------------|----------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Subtotal: | | | | _____ |

| Medical Expense Description | Date Incurred | Total Monthly \$ Amount Paid | Annualized \$ Amount |
|-----------------------------|---------------|---------------------------------|----------------------|
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

Subtotal: \$ _____

Grand Total: \$ _____
(use this figure on Line 11 of Section II of the application)

Applicant Signature _____ Date _____

Eligibility Technician Signature _____ Date _____

Facility _____ Phone _____



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM
Worksheet 5 - Health Insurance

Name of Insurance _____

Policy Number _____

Group Number _____

Coverage Start Date _____

Coverage End Date _____

Policyholder's Name _____

Policyholder's Address _____

Name of Insurance _____

Policy Number _____

Group Number _____

Coverage Start Date _____

Coverage End Date _____

Policyholder's Name _____

Policyholder's Address _____



SECCIÓN I : Solicitante

Tasa de Personas sin Hogar: _____

Fecha: _____

Solicitud de Emergencia: _____

Apellidos _____ **Nombre** _____ **Inicial de Segundo Nombre** _____

Dirección _____ **Ciudad** _____ **Código Postal** _____ **Número de Teléfono** _____

| Miembros del Hogar | Código Relación | Fecha Nacimiento | Número de Medicaid | Número de Seguro Social | Código Residencia | Códigos de Medicaid/CHP+ |
|--------------------------|-----------------|------------------|--------------------|-------------------------|-------------------|--------------------------|
| 1. _____ APPLICANT _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 2. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 3. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 4. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 5. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 6. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |
| 7. _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ | _____ |

Notas: Para una lista de los códigos de relación, residencia y elegibilidad de Medicaid/CHP, por favor consulte la Sección Elegibilidad de Manual del CICP, Artículo V.

SECCIÓN II: Cálculo de los Ingresos

| Fuente de Ingresos | Cantidad Mensual | Cantidad Annual |
|--|------------------|-----------------|
| 1. Ingresos de Empleo Bruto | _____ | _____ |
| 2. Ingresos no Ganados | _____ | _____ |
| 3. Ingresos de Autoempleo | _____ | _____ |
| 4. Total de Ingresos (Líneas 1 + 2 + 3) | _____ | _____ |

| Equidad de Los Recursos | Equidad de Vehículo | Recursos Líquidos |
|--|--|-------------------|
| Cantidad Debida | _____ | _____ |
| Equidad (Valor - Cantidad Debida) | _____ | _____ |
| Menos Cantidad Protegida | \$7,500 | _____ |
| 5. Equidad Total | _____ | _____ |
| 6. Recursos Totales (Hoja de Trabajo 3) | _____ | |
| 7. Dedución por el Tamaño de la Familia | Tamaño de la Familia _____ X _____ \$2,500 | \$ _____ |
| 8. Equidad de Los Recursos (no puede ser negativo) | _____ | |
| 9. Situación Financiera Familiar Total (Líneas 4 + 8) | _____ | |
| 10. Menos Deduciones Permitidas (Hoja de Trabajo 4) | _____ | |
| 11. Estado financiero neto de la Familia (Líneas 9 - 10) | _____ | |
| 12. Activos Líquidos Pasar hacia Abajo | _____ | |
| 13. Gran Total Ingresos Netos de CICP (Líneas 11 - 12) | _____ | |

Tarifa de CICP: _____ Límite Anual de Copago del Cliente (Línea 13 multiplicado por 0.10): _____

CLAUSULA DE PENALIZACIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA LA DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN

Certifico que la información proporcionada para completar esta solicitud es verdadera. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito de clase 5. Además, tergiversando mi elegibilidad para ayuda bajo este programa es una clase 2 delito (26-15-112, C.R.S.). Autorizo al proveedor de utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar mi elegibilidad para ayuda bajo este programa y para obtener registros relacionados a la elegibilidad de una institución financiera como se define en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros. Entiendo que el proveedor tiene derecho a obtener cualquier recuperación o derecho de recuperación de un paciente que tiene un derecho de recuperación. Esto significa que si me declaran tener una reclamación de beneficios pagaderos por cualquier tratamiento que se da, mientras que soy elegible para ayuda bajo este programa que el proveedor tiene derecho a ser incluidos en el proceso de reclamos. En su caso, entiendo que los inmigrantes legales recibir ayuda bajo este programa deberán convenir abstenerse de ejecutar una declaración jurada de apoyo con el fin de patrocinar a un extranjero en o después del 01 de julio de 1997. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de un cambio de ingresos o en su casa que puede influir en la calificación en esta solicitud y no hacerlo invalidará esta solicitud.

TIENE 15 DÍAS PARA APELAR SU RITMO CICP

(Pregunte a su técnico de elegibilidad para obtener más información sobre el proceso de apelación)

Escribir Nombre del Solicitante

Firma del Solicitante y Fecha

Escribir Nombre del Técnico de Elegibilidad

Firma del Técnico de Elegibilidad y Fecha

Escribir Nombre del Establecimiento

Número de Teléfono del Establecimiento

Section 2.02 Leyenda de Código de Inelegibilidad

Códigos de Relación

1. Sí Mismo
2. Cónyuge/Pareja Unión Civil
3. Niño
4. Hijastro(a)
5. Otro

Códigos de Residencia

1. Residentes de Colorado y Ciudadano
2. Residentes de Colorado y Inmigrantes Legales Documentados
3. Trabajador Agrícola Migrante y Ciudadano
4. Trabajador Agrícola Migrante y Inmigrantes Legales Documentados
5. No es Residente
6. Elegibles para Medicaid
7. Sólo Contados en el Tamaño de la Familia

Códigos de Elegibilidad de Medicaid/CHP+

- A. ¿El solicitante ha recibido una carta de denegación de Medicaid/CHP?
- B. Solicitante no es un ciudadano estadounidense, no ha sido residente legal por al menos 5 años o no tiene la condición de refugiado
- C. Transición sobre beneficios ha sido descatalogados
- D. Sobre ingresos de Medicaid y no es:
 - a. **UN NIÑO**
 - b. **EMBARAZADA**
 - c. **DISCAPACITADOS**
- E. Tiene seguro primario - NO ES elegible para Medicaid
- F. **Otros - Proporcionan una breve Explicación**



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Trabajo 1 – Ingreso de Empleo y de Ingresos no Ganados

| Fuentes de Pago | Cantidad Mensual | Cantidad Annual |
|--|------------------|-----------------|
| Ingresos del Trabajo: | | |
| Ingreso por empleo | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingresos no Ganados: | | |
| Desempleo/Compensación de Trabajadores | \$ _____ | \$ _____ |
| Subsidio de la Tercera Edad (OAP) | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingreso de Seguro Suplementario (SSI/SSDI) | \$ _____ | \$ _____ |
| Pensión de Jubilación : | | |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Comisiones, Bonos y Propinas | \$ _____ | \$ _____ |
| Asistencia de Divorcio | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingreso por Rentas | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingreso por Intereses | \$ _____ | \$ _____ |
| Monetarios y las Ganancias de Capital | \$ _____ | \$ _____ |
| Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido) | \$ _____ | \$ _____ |

Ingresos de otras Fuentes:

| | | |
|------------------------------|----------|----------|
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| <hr/> | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| | | |
| Total de Ingresos Salariales | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| | | |
| Total de Ingresos no Ganados | \$ <hr/> | \$ <hr/> |
| | | |
| Total de Ingresos | \$ <hr/> | \$ <hr/> |

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad

Fecha

Establecimiento

Teléfono



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO
Hoja de Trabajo 2 – Ingreso Neto por Trabajo Independiente (por cuenta propia)

| | | Cantidad Mensual | Cantidad Annual |
|----------|--|------------------|-----------------|
| Ingreso: | Los Ingresos Brutos del Negocio | \$ _____ | \$ _____ |
| Gastos: | Hipoteca/Alquiler de Negocios | \$ _____ | \$ _____ |
| | Teléfono/Utilidades | \$ _____ | \$ _____ |
| | Impuestos de Negocio | \$ _____ | \$ _____ |
| | Seguro | \$ _____ | \$ _____ |
| | Salario Bruto | \$ _____ | \$ _____ |
| | Herramientas y Equipo | \$ _____ | \$ _____ |
| | Suministros de Oficina | \$ _____ | \$ _____ |
| | Mercancía/Costo de las Mercancías | \$ _____ | \$ _____ |
| | Reparaciones/Mantenimiento del Equipo | \$ _____ | \$ _____ |
| | Licencia/Certificación Pagaron | \$ _____ | \$ _____ |
| | Gas para Viajar Relacionadas con el Negocio | \$ _____ | \$ _____ |
| | Gastos Judiciales | \$ _____ | \$ _____ |
| | Publicidad | \$ _____ | \$ _____ |
| | Reducciones de Proveedor de Guardería | \$ _____ | \$ _____ |

| | | | |
|---------------------------------------|-------|----------|----------|
| Otros Gastos | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Gastos Totales: | | \$ _____ | \$ _____ |
| Totales Gastos Atribuidos a Negocios: | | \$ _____ | \$ _____ |
| Ingresos Netos | | \$ _____ | \$ _____ |

(utilizar esta figura en la línea 3, sección II de la solicitud de centro)

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del Técnico de Elegibilidad _____ Fecha _____

Establecimiento _____ Teléfono _____



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Trabajo 3 - Equidad de Los Recursos

Valor Vehículo del Solicitante

| Vehículo Marca/Modelo | Valor | Cantidad Debida |
|-----------------------|----------|-----------------|
| Vehículo 1 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Vehículo 2 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| Vehículo 3 _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| VALOR TOTAL | \$ _____ | \$ _____ |

Recursos Líquidos

| | Valor | Cantidad Debida |
|-------------------------|----------|-----------------|
| Cuentas de Cheques | \$ _____ | \$ _____ |
| Cuentas de Ahorro | \$ _____ | \$ _____ |
| Cuentas de Confianza | \$ _____ | \$ _____ |
| Certificado de Depósito | \$ _____ | \$ _____ |
| VALOR TOTAL | \$ _____ | \$ _____ |



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO
Hoja de Trabajo 4 – Deducciones Permitidas

| | Cantidad Mensual | Cantidad Annual |
|---|------------------|-----------------|
| Cuidado de los Ancianos | \$ _____ | \$ _____ |
| Guardería | \$ _____ | \$ _____ |
| Pago de Pensión por Divorcio | \$ _____ | \$ _____ |
| Manutención de Menores | \$ _____ | \$ _____ |
| Pago de Seguro Médico | \$ _____ | \$ _____ |
| Uso de Vehículo Personal para Fines Comerciales | \$ _____ | \$ _____ |
| Subtotal: | \$ _____ | \$ _____ |

*Pagados o las facturas médicas pendientes de centro proveedor había incurrido más de 90 días después de la fecha de solicitud. **DEBEN SER DOCUMENTADOS** (adjuntar recibos)*

| CICP Proveedor | Fecha Incurrida | Cantidad Pendiente | Total Mensual Importe Pagado | Importe Anualizado |
|----------------|-----------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | | | Subtotal: | _____ |

*Pagados o las facturas médicas pendientes desde un proveedor no CICP incurridos independientemente de su edad. **DEBEN SER DOCUMENTADOS** (adjuntar recibos)*

| Proveedor que no es de CICP | Fecha Incurrida | Cantidad Pendiente | Total Mensual Importe Pagado | Importe Anualizado |
|-----------------------------|-----------------|--------------------|---------------------------------|--------------------|
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| | | | Subtotal: | _____ |

*Un solo pago los gastos médicos incurridos durante los últimos 12 meses, que se aplica como un único plano deducción a los ingresos. **DEBEN SER DOCUMENTADOS** (adjuntar recibos)*

| Descripción de Gastos Médicos | Fecha Incurrida | Total Mensual Importe Pagado | Importe Anualizado |
|-------------------------------|-----------------|---------------------------------|--------------------|
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |
| _____ | \$ _____ | \$ _____ | \$ _____ |

Subtotal: \$ _____

Gran Total: \$ _____

(utilizar esta figura en la línea 11 de la sección II de la aplicación)

Firma del Solicitante

Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad

Fecha

Establecimiento

Teléfono



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Trabajo 5 - Seguro de Enfermedad

Nombre de Seguro _____

Número de Póliza _____

Número de Grupo _____

Fecha Inicio de la Cobertura _____

Cobertura Fecha de Finalización _____

Nombre del Titular de la Póliza _____

Dirección del Titular de la Póliza _____

Nombre de Seguro _____

Número de Póliza _____

Número de Grupo _____

Fecha Inicio de la Cobertura _____

Cobertura Fecha de Finalización _____

Nombre del Titular de la Póliza _____

Dirección del Titular de la Póliza _____

**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 misrepresentation 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.

- Driver's License or Identification Card _____
State of Issuance _____
- Birth Certificate
- United States Passport
- Certificate of Naturalization or Certificate of Citizenship
- Other _____

(include document number)

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

Section 3.02 Acceptable Lawful Presence Documents

Applicants who are U.S. citizens must provide one of the following documents to meet the lawful presence requirement.

1. Colorado Driver's License;
2. Colorado Identification Card;
3. Driver's License or State Identification Card issued in an approved state. All states are approved with the exception of the following:
 - Hawaii
 - Illinois
 - Maryland
 - Nebraska
 - New Mexico
 - Utah
 - Washington
4. United States Military Identification Card or Military Dependents' Identification Card;
5. United States Coast Guard Merchant Mariner Card;
6. Native American Tribal Document;
7. Birth Certificate from any state, the District of Columbia or any United States territory;
8. United States Passport;
9. Report of Birth Abroad of a United States Citizen (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-55- 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 births prior to November 3, 1986);
16. Statement 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. Religious records recorded in one of the fifty states, the District of Columbia or U.S. territories issued within three months after birth showing that the birth occurred in such jurisdiction and the date of the birth or the individual's age at the time the record was made;
19. Evidence of civil service employment by the U.S. government before June 1, 1976;
20. Early school records showing the date of admission to the school, the child's date and place of birth and the names' and places of birth of the parents;
21. Census record showing name, U.S. citizenship or a U.S. place of birth or age of applicant;

22. Adoption Finalization Papers showing the child's name and place of birth in one of the 50 states, D.C. or U.S. territories. Where the adoption is not finalized and the State or other jurisdiction listed above in which the child was born will not release a birth certificate prior to final adoption, a statement from a state-approved adoption agency showing the child's name and place of birth in one of such jurisdictions. The source of the information must be an original birth certificate and must be indicated in the statement;
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 from Puerto Rico (PR), the U.S. Virgin Islands (VI), or Northern Mariana Islands (NMI), formerly part of the Trust Territory of the Pacific Islands (TTPI):
 - a. Puerto Rico
 - i. Evidence of birth in PR on or after April 11, 1899 and the applicant's statement that he or she was residing in the U.S., a U.S. possession, or PR on January 13, 1941; or
 - ii. Evidence that the applicant was a PR citizen and the applicant's statement that he or she was residing in PR on March 1, 1917 and that he or she did not take an oath of allegiance to Spain.
 - b. U.S. Virgin Islands
 - iii. Evidence of birth in the U.S. Virgin Islands (VI) and the applicant's statement of residence in the U.S., a U.S. possession, or the U.S. VI on February 25, 1927; or
 - iv. The applicant's statement indicating residence in the U.S. VI as a Danish citizen on January 17, 1917 and that he or she did not make a declaration to maintain Danish citizenship; or
 - v. Evidence of birth in the U.S. VI and the applicant's statement indicating residence in the U.S., U.S. Possession or Territory or the Canal Zone on June 28, 1932.
 - c. Northern Mariana Islands (formerly part of the Trust Territory of the Pacific Islands)
 - vi. Evidence of birth in NMI, TTPI citizenship and residence in the NMI, the U.S., or a U.S. territory or possession on November 3, 1986 (NMI local time) and the applicant's statement that he or she did not owe allegiance to a foreign state on November 4, 1986 (NMI local time); or
 - vii. Evidence of TTPI citizenship in the NMI since before November 3, 1981 (NMI local time), voter registration prior to January 1, 1975 and the applicant's statement that he or she did owe allegiance to a foreign state on November 4, 1986 (NMI local time); or
 - viii. Evidence of continuous domicile in the NMI since before January 1, 1974 and the applicant's statement that he or she did not owe allegiance to a foreign state on November 4, 1986 (NMI local time);
25. Applicants with Derivative U.S. Citizenship
 - d. Applicant born abroad to two U.S. citizens:
 - ix. The applicant shall present evidence of U.S. citizenship of the parents and the relationship of the applicant to the parents, and the evidence that at least one parent resided in the U.S. or an outlying possession prior to the applicant's birth.

- e. Applicant born abroad to a U.S. citizen parent and a U.S. non-citizen national parent:
 - x. The applicant shall present evidence that one parent is a U.S. citizen and the other is a U.S. non-citizen national, evidence of the relationship of the applicant to the U.S. citizen parent and the evidence the U.S. citizen parent resided in the U.S., a U.S. possession, American Samoa or Swain's Island for a period of at least one year prior to the applicant's birth.
 - f. Applicant born out of wedlock abroad to a U.S. citizen mother:
 - xi. The applicant shall present evidence of U.S. citizenship of the mother, evidence of the relationship to the applicant and, for births on or before December 24, 1952, evidence that the mother resided in the U.S. prior to the applicant's birth or, for births after December 24, 1952, evidence that the mother had resided, prior to the child's birth, in the U.S. or a U.S. possession for a period of one year.
 - g. Applicant born in the Canal Zone or the Republic of Panama:
 - xii. The applicant shall present a birth certificate showing birth in the Canal Zone on or after February 26, 1904 and before October 1, 1979 and evidence that one parent was a U.S. citizen at the time of the applicant's birth; or
 - xiii. A birth certificate showing birth in the Republic of Panama on or after February 26, 1904 and before October 1, 1979 and evidence that at least one parent was a U.S. citizen and employed by the U.S. government or the Panama Railroad Company or its successor in title.
 - h. All other situations where an applicant claims to have a U.S. citizen parent and an alien parent, or claims to fall within one of the above categories but is unable to present the listed documentation:
 - xiv. If the applicant is in the U.S., refer him or her to the local Department of Homeland Security (formerly known as the Immigration and Naturalization Service, or INS) office for determination of U.S. citizenship; or
 - xv. If the applicant is outside the U.S., refer him or her to the State Department consular office for a U.S. citizenship determination;
26. Adoption of a foreign-born child by a U.S. citizen
- i. If the birth certificate shows a foreign place of birth and the applicant cannot be determined to be a naturalized citizen under any of the above criteria, refer the applicant to the local Department of Homeland Security office for a determination of U.S. citizenship;
27. U.S. citizenship obtained by marriage
- j. The applicant shall present evidence that she was married to a U.S. citizen before September 22, 1922, or
 - k. If the husband was an alien at the time of their marriage, that the husband became a U.S. citizen before September 22, 1922.
 - l. If the marriage was later terminated, the woman shall demonstrate that she resided in the U.S. at the time it was terminated and that she has continued to reside in the U.S.;
28. Waiver requested from the Department of Revenue (See Section 9.03);
29. Written self-declaration or third-party declaration

(See the optional section on the bottom portion of the Affidavit for a self-declaration form that may be used by applicants.);

Additional clarification is provided below which pertains to acceptable lawful presence documentation for U.S. Citizens:

- Drivers' Licenses: Drivers' licenses and state identification cards issued in Colorado and other acceptable states must be valid. This means they must be current and not expired. If a hole is punched in an otherwise acceptable driver's license, for evidence of lawful presence purposes, the license is deemed acceptable.
- Passports: Current and expired United States passports are permissible for demonstrating lawful presence. Limited passports issued for less than five years are not acceptable, even if they are not expired.
- Presumed Genuine: In general, any document presented from the acceptable list of documents for U.S. citizens, (see Section 9.03), shall be presumed genuine unless there is a reasonable basis for questioning the authenticity of the document.
- Do Not Use SAVE: Documents pertaining to U.S. citizens cannot be verified through the Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE) web-based verification information system application. This system only applies to non-U.S. citizens.

Applicants who are not U.S. citizens must provide one of the following documents to meet the lawful presence requirement.

30. "Green Card" (a.k.a. Alien Registration Receipt Card), Department of Homeland Security Form I-551 for aliens lawfully admitted for permanent residence
31. "Green Card" (a.k.a. Alien Registration Receipt Card), Department of Homeland Security Form I-551 with the code CU6, CU7 or CH6 for Cuban or Haitian entrants
32. Unexpired Temporary I-551 Stamp in a foreign passport or on a Department of Homeland Security Form I-94 for aliens lawfully admitted for permanent residence
33. Unexpired temporary I-551 stamp in a foreign passport or on Department of Homeland Security Form I-94 with the code CU6, CU7 or CH6 for Cuban or Haitian entrants
34. Department of Homeland Security Form I-94 with a stamp showing admission under Section 203(a)(7) of the Immigration and Nationality Act for aliens granted conditional entry
35. Department of Homeland Security Form I-94 annotated with a stamp showing admission under Section 207 of the Immigration and Nationality Act for refugees
36. Department of Homeland Security Form I-94 with a stamp showing admission for at least one year under Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act for aliens paroled into the U.S. for at least one year. (Applicant cannot aggregate periods of admission for less than one year to meet the one-year requirement.)
37. Department of Homeland Security Form I-94 annotated with stamp showing grant of asylum under section 208 of the Immigration and Nationality Act
38. Department of Homeland Security Form I-94 with a stamp showing parole as a "Cuban/Haitian Entrant" under Section 212(d)(5) of the Immigration and Nationality Act

39. Employment Authorization Card, Department of Homeland Security Form I-688B annotated 274a.12(a)(3) for refugees
40. Employment Authorization Card, Department of Homeland Security Form I-688B annotated 274a.12(a)(5) for asylees
41. Employment Authorization Card, Department of Homeland Security Form I-688B annotated 274a.12(a)(10) for aliens whose deportation or removal was withheld
42. Employment Authorization Card, Department of Homeland Security Form I-688B annotated "A3" for aliens granted conditional entry
43. Employment Authorization Document, Department of Homeland Security Form I-765 for refugees
44. Employment Authorization Document, Department of Homeland Security Form I-766 annotated "A3" for refugees or aliens granted conditional entry
45. Employment Authorization Document, Department of Homeland Security Form I-766 annotated "A5" for asylees
46. Employment Authorization Document, Department of Homeland Security Form I-766 annotated "A10" for aliens paroled into the U.S. for at least one year
47. Grant letter from the Asylum Office or U.S.C.I.S. for asylees or a Grant letter from the Department of Health and Human Services granting refugee status to human trafficking victims
48. Refugee Travel Document, Department of Homeland Security Form I-571
49. Order from an immigration judge showing deportation withheld under Section 243(h) of the Immigration and Naturalization Act as in effect prior to April 1, 1997, or removal withheld under Section 241(b) (3) of the Act.
50. For aliens who have been battered or subjected to extreme cruelty, see Attachment 5, Exhibit B, at U.S. Attorney General Order No. 2129-97. The documentation for Violence Against Women Act self-petitioners is the Department of Homeland Security-issued "Notice of Prima Facie Determination" or "Notice of Approval".
51. Waiver requested from the Department of Revenue
(See Section 9.03)

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

Yo, _____, juro o afirmo bajo pena de perjurio según las leyes del estado de

Colorado queque (marque un opción):

Soy ciudadano de los Estados Unidos, O

Soy residente permanente legal de los Estados Unidos, O

Soy legalmente presente en los Estados Unidos en virtud de la ley federal.

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado un beneficio público. Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público. Además reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o tergiversación en esta declaración jurada es punible con arreglo a las leyes penales de Colorado como perjurio en segundo grado bajo estatuto revisado de Colorado 18-8-503 y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

Firma del Solicitante

Fecha

Para el uso técnico de elegibilidad: Por favor, marque la casilla que indica qué documento se verificó la presencia legal y mantener una fotocopia del documento presentado en archivo de la demandante.

Licencia de manejo o tarjeta de identificación

Estado de emisión

Certificado de Nacimiento

Pasaporte de los Estados Unidos

Certificado de Naturalización o Certificado de Ciudadanía

Otro

(Incluir número de documento)

Fecha en que se completó verificación en SAVE _____

(sólo para los que 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 completar la declaración abajo para cumplir con las pruebas del requisito de presencia legal.

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

Firma del Solicitante

Fecha

Section 3.04 Documentos de Presencia Legales Aceptables

Los solicitantes que son ciudadanos de Estados Unidos deben proporcionar uno de los siguientes documentos para cumplir con el requisito de 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. Todos los Estados son aprobados, con la excepción de los siguientes:
 - Hawaii
 - Illinois
 - Maryland
 - Nebraska
 - New Mexico
 - Utah
 - Washington
4. Tarjeta de identificación militar de los Estados Unidos o tarjeta de identificación de un militar dependientes
5. Tarjeta de la guardia costera o marina mercante de los Estados Unidos
6. Documento de pertenencia a una tribu de Indios Americanos
7. Certificado de Nacimiento de cualquier estado, el Distrito de Columbia y los territorios de los Estados Unidos
8. Pasaportes de los Estados Unidos
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. Registros religiosos registrados en uno de los cincuenta Estados, los territorios del distrito de Columbia o de Estados Unidos expedidos dentro de tres meses después del nacimiento, mostrando que el nacimiento ocurrió en esa jurisdicción y la fecha de nacimiento o la edad del individuo en el momento que se realizó el registro

19. Evidencia de empleo en el servicio civil del gobierno de los Estados Unidos antes de junio 1 de 1976
20. Primeros registros de la escuela que especifique la fecha de admisión a la escuela, el niño fecha y lugar de nacimiento y los nombres y lugares de nacimiento de los padres
21. Registro de censo que muestra nombre, ciudadanía estadounidense o un lugar de nacimiento estadounidense o edad de candidato
22. Adopción Finalización documentos mostrando el nombre del niño y el lugar de nacimiento de uno de los 50 estados, D. C. o territorios de los ESTADOS UNIDOS. Teniendo en cuenta que la adopción no está finalizado y el Estado o en otra jurisdicción enumerados anteriormente en el que nació el niño no se libera un certificado de nacimiento previo a la aprobación definitiva, una declaración de un estado de aprobado agencia de adopción que muestra el nombre del niño y el lugar de nacimiento de una de estas jurisdicciones. La fuente de la información debe ser un certificado de nacimiento original y deberá estar indicado en la declaración
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 Ciudadanos Colectivamente Naturalizados de Puerto Rico (PR), las Islas Vírgenes (VI) estadounidenses o Northern Mariana Islands (NMI), antes parte del Mandato de las Islas Pacíficas (TTPI):
 - a. Puerto Rico
 - i. Pruebas de nacimiento en PR en o después del 11 de Abril de 1899 y declaración del solicitante que él o ella residía en los Estados Unidos, una posesión de Estados Unidos o PR el 13 de Enero de 1941; o
 - ii. Evidencia que el solicitante es un ciudadano de PR y declaración del solicitante que él o ella residía en PR en 01 de Marzo de 1917 y que él o ella no tomó un juramento de lealtad a España
 - b. U.S. Virgin Islands
 - i. Prueba de nacimiento en los Estados Unidos Islas Vírgenes (VI) y declaración del solicitante de la residencia en los Estados Unidos, una posesión de Estados Unidos o el VI de los Estados Unidos el 25 de Febrero de 1927; o
 - ii. Declaración del solicitante indicando la residencia en la VI de los Estados Unidos como ciudadano danés en 17 de Enero de 1917 y él o ella no hizo una declaración para mantener la ciudadanía danesa; o
 - iii. Pruebas de nacimiento en el VI de los Estados Unidos y la declaración del solicitante indicando la residencia en los Estados Unidos, posesión de Estados Unidos, territorio o la zona del Canal en 28 de Junio de 1932
 - c. Northern Mariana Islands (antes parte del Mandato de las Islas Pacíficas)
 - i. Evidencia del nacimiento en NMI, TTPI ciudadanía y residencia en la NMI, Estados Unidos, o territorio de Estados Unidos o posesión en 03 de Noviembre de 1986 (hora local de NMI) y el solicitante de la declaración de que él o ella lo hizo no debe lealtad a un Estado extranjero en 04 de Noviembre de 1986 (NMI hora local)

- ii. Evidencia de ciudadanía TTPI en el NMI desde antes de 03 de Noviembre de 1981 (hora local de NMI), registro de votantes antes del 01 de Enero de 1975 y declaración del solicitante que debe lealtad a un Estado extranjero en 04 de Noviembre de 1986 (NMI hora local)
- iii. Pruebas de domicilio continuo en el NMI desde antes de 01 de Enero de 1974 y declaración del solicitante que él o ella lo hizo no debe lealtad a un Estado extranjero en 04 de Noviembre de 1986 (NMI hora local)

25. Solicitantes con ciudadanía estadounidense derivada

- a. Solicitantes nacidos en el extranjero a dos ciudadanos de Estados Unidos:
 - i. El solicitante deberá presentar pruebas de ciudadanía de los padres y la relación del solicitante a los padres y el que al menos uno de los padres residía en los Estados Unidos o una posesión periférica antes del nacimiento del solicitante
- b. Solicitantes nacidos en el extranjero de un padre ciudadano de los Estados Unidos y un padre Nacional de no ciudadano de Estados Unidos
 - i. El solicitante deberá presentar pruebas de que uno de los padres es ciudadano estadounidense y el otro es una evidencia nacional, del no ciudadano de Estados Unidos de la relación del solicitante a que el padre ciudadano de los Estados Unidos y las pruebas que el padre ciudadano de los Estados Unidos residió en los Estados Unidos, una posesión de Estados Unidos, Samoa Americana o de Swain isla por un período de al menos un año antes del nacimiento del solicitante
- c. Solicitante nacidos fuera del matrimonio en el extranjero a un ciudadano de los Estados Unidos. Madre
 - i. El solicitante deberá presentar pruebas de ciudadanía de la madre, evidencia de la relación al solicitante y, para nacidos en o antes del 24 de Diciembre de 1952, evidencia que la madre residió en los Estados Unidos antes del nacimiento del solicitante o, para los nacimientos después de 24 de Diciembre de 1952, evidencia que la madre haya residido, antes del nacimiento del niño, en los Estados Unidos o una posesión de Estados Unidos por un período de un año
- d. Solicitante nacido en la zona del Canal o la República de Panamá
 - i. El solicitante deberá presentar un certificado de nacimiento mostrando el nacimiento en la zona del Canal en o después 26 de Febrero de 1904 y antes de 01 de Octubre de 1979 y la evidencia que uno de los padres era ciudadano estadounidense al momento de nacimiento del solicitante; o
 - ii. Un certificado de nacimiento mostrando el nacimiento de la República de Panamá en o después 26 de Febrero de 1904 y antes de 01 de Octubre de 1979 y la evidencia al menos uno de los padres era ciudadano estadounidense y empleadas por el gobierno de Estados Unidos, la compañía del ferrocarril de Panamá o su sucesor en el título
- e. Todas otras situaciones donde un candidato afirma tener un padre del ciudadano estadounidense y un padre extranjero, o afirma caerse dentro de una de las susodichas categorías, pero es incapaz de presentar la documentación puesta en una lista

- i. Si el solicitante es en los Estados Unidos, referirse a él o ella al local Departamento de seguridad nacional (anteriormente conocido como la inmigración y Naturalización o INS) Oficina para la determinación de la ciudadanía de los Estados Unidos; o
- ii. Si el solicitante está fuera de los Estados Unidos, consulte con él o ella a la oficina consular del Departamento de estado para una determinación de ciudadanía de los Estados Unidos

26. Adopción de un bebé extranjero por un ciudadano de los Estados

- a. Si la partida de nacimiento aparece que un extranjero lugar de nacimiento y el solicitante no puede ser determinado a ser un ciudadano naturalizado en alguno de los criterios anteriores, se refieren al solicitante a la oficina local del Departamento de seguridad nacional para la determinación de ciudadanía

27. Ciudadanía de los Estados Unidos obtenida por matrimonio

- a. El solicitante deberá presentar pruebas de que estaba casada con un ciudadano estadounidense antes de 22 de Septiembre de 1922
- b. Si el marido era un extranjero en el momento de su matrimonio, que el marido se convirtió en ciudadano estadounidense antes de 22 de Septiembre de 1922
- c. Si la Unión fue terminada más tarde, la mujer deberá demostrar que residió en los Estados Unidos en el tiempo se terminó y que ella ha continuado residiendo en los Estados Unidos

28. Dispensa solicitada por el Departamento de Ingresos del estado de Colorado (Sección 9.03)

29. Declaración escrita por el solicitante o por una tercera persona (Consulte la sección opcional en la parte inferior de la declaración jurada en un formulario de auto declaración que puede ser utilizado por los solicitantes)

Aclaración adicional es proporcionado por debajo de la cual se refiere a documentación aceptable presencia legal para los ciudadanos de los Estados Unidos:

- Licencias de Conducir: Los conductores licencias y tarjetas de identificación del estado emitidas en Colorado y otros Estados aceptables deben ser válidas. Esto significa que deben estar vigente y no expirado. Si un agujero es perforado en una otra forma aceptable de licencia, evidencia de efectos de presencia legal, la licencia se considerará aceptable
- Pasaportes: Corriente y pasaportes de Estados Unidos vencidas son admisibles para demostrar la presencia legal. Limitada los pasaportes emitidos por menos de cinco años no son aceptables, incluso si ellos no se cumplan
- Presume el Genuino: en general, cualquier documento presentado en la lista de documentos aceptable para los ciudadanos de los Estados Unidos, (Sección 9.03), se presumirá auténtico a menos que haya una base razonable para cuestionar la autenticidad del documento
- No utilice SAVE: Documentos pertenecientes a los ciudadanos estadounidenses no pueden ser verificados a través de la verificación sistemática de Alien para aplicación de sistema de información de verificación basado en la web de derechos (SAVE). Este sistema sólo se aplica a ciudadanos no estadounidenses

Los solicitantes que no son ciudadanos de Estados Unidos deben proporcionar uno de los siguientes documentos para cumplir con el requisito de presencia legal

30. "Tarjeta verde" (Tarjeta de recibo de registro de extranjero), Departamento de patria seguridad formulario I-551 para los extranjeros legalmente admitido para residencia permanente
31. "Tarjeta verde" (Tarjeta de recibo de registro de extranjero), Departamento de patria seguridad formulario I-551 para los extranjeros legalmente admitido para residencia permanente con los códigos CU6, CU7 o CH6 para entrantes Cubanos o Haitianos
32. Vigente temporal sello I-551 en un pasaporte extranjero o en un departamento de patria seguridad formulario I-94 para los extranjeros legalmente admitido para residencia permanente
33. Vigente temporal sello I-551 en un pasaporte extranjero o en un departamento de patria seguridad formulario I-94 para los extranjeros legalmente admitido para residencia permanente con los códigos CU6, CU7 o CH6 para entrantes Cubanos o Haitianos
34. Departamento de patria seguridad formulario I-94 con un sello de admisión bajo la sección 203(a)(7) de la ley de inmigración y nacionalidad para extranjeros otorgado entrada condicional
35. Departamento de patria seguridad formulario I-94 con un sello mostrando admisión bajo la sección 207 de la ley de inmigración y nacionalidad de los refugiados
36. Departamento de patria seguridad formulario I-94 con un sello de admisión por lo menos un año bajo la Sección 212(d)(5) de la ley de inmigración y nacionalidad para extranjeros paroled en Estados Unidos por al menos un año. (Solicitante no puede agregar períodos de admisión por menos de un año cumplir el requisito de un año)
37. Departamento de patria seguridad formulario I-94 con sello mostrando la concesión de asilo bajo la sección 208 de la ley de inmigración y nacionalidad
38. Departamento de patria seguridad formulario I-94 con un sello mostrando libertad condicional como un "competidor cubano/haitiano" bajo la Sección 212(d)(5) de la ley de inmigración y nacionalidad
39. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-688B anota 274a.12 (a) (3) para los refugiados
40. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad del Territorio Nacional Formulario I-688B anota 274a.12 (a) (5) para los asilados
41. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad del Territorio Nacional Formulario I-688B anota 274a.12 (a) (10) para extranjeros cuya expulsión o extracción fue retenido
42. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-688B anotada "A3" para los extranjeros entrada condicional
43. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-765 para los refugiados
44. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-766 anotado "A3" para refugiados o extranjeros otorgado entrada condicional
45. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-766 anotado "A5" para los asilados
46. Autorización de Empleo, Departamento de Seguridad Nacional Formulario I-766 anotado "A10" para los extranjeros paroled en Estados Unidos por al menos un año

47. Carta de Grant de la Oficina del Asilo o U.S.C.I.S. para asylees o una carta de Grant del Ministerio de Sanidad y Servicios sociales que conceden estado del refugiado a víctimas del tráfico humanas
48. Documento de Viaje para Refugiados, el Departamento de Seguridad del Territorio Nacional Formulario I-571
49. Orden de un juez de inmigración de deportación retenidos en virtud de la Sección 243 (h) de la Ley de Inmigración y Naturalización como en efecto antes del 1 de Abril de 1997, o el retiro retenidos en virtud de la Sección 241 (b) (3) de la Ley
50. En el caso de extranjeros que han sido golpeadas o sometidas a la extrema crueldad, consulte el Anexo 5, Documento B, Procurador General de los Estados Unidos en orden numero 2129-97. La documentación de Ley sobre la Violencia Contra la Mujer de peticionarios es el Departamento de Seguridad del Territorio Nacional de "Aviso de determinación Prima Facie" o "Notificación de aprobación"
51. Exención solicitada desde el Departamento de ingresos (Sección 9.03)

ARTICLE IV. Other

Section 4.01 County Codes

| | |
|----------------|---------------|
| 01 Adams | 25 Grand |
| 02 Alamosa | 26 Gunnison |
| 03 Arapahoe | 27 Hinsdale |
| 04 Archuleta | 28 Huerfano |
| 05 Baca | 29 Jackson |
| 06 Bent | 30 Jefferson |
| 07 Boulder | 31 Kiowa |
| 08 Chaffee | 32 Kit Carson |
| 09 Cheyenne | 43 Montrose |
| 10 Clear Creek | 44 Morgan |
| 11 Conejos | 45 Otero |
| 12 Costilla | 46 Ouray |
| 13 Crowley | 47 Park |
| 14 Custer | 48 Phillips |
| 15 Delta | 49 Pitkin |
| 16 Denver | 50 Prowers |
| 17 Dolores | 51 Pueblo |
| 18 Douglas | 52 Rio Blanco |
| 19 Eagle | 53 Rio Grande |
| 20 Elbert | 54 Routt |
| 21 El Paso | 55 Saguache |
| 22 Fremont | 56 San Juan |
| 23 Garfield | 57 San Miguel |
| 24 Gilpin | 58 Sedgwick |
| | 59 Summit |
| | 60 Teller |
| | 61 Washington |
| | 62 Weld |
| | 63 Yuma |
| | 64 Broomfield |

Section 4.02 Copay Category

| CICP Rating | Percent of Federal Poverty Level | Inpatient Facility & Ambulatory Surgery | Inpatient & Emergency Room Physician | Clinic | Hospital Emergency Room & Emergency Transportation | Specialty Outpatient | Prescription Laboratory Clinic Radiology & Imaging |
|----------------------|---|--|---|---------------|---|-----------------------------|---|
| N¹ | 40% | \$15 | \$7 | \$7 | \$15 | \$15 | \$5 |
| A | 62% | \$65 | \$35 | \$15 | \$25 | \$25 | \$10 |
| B | 81% | \$105 | \$55 | \$15 | \$25 | \$25 | \$10 |
| C | 100% | \$155 | \$80 | \$20 | \$30 | \$30 | \$15 |
| D | 117% | \$220 | \$110 | \$20 | \$30 | \$30 | \$15 |
| E | 133% | \$300 | \$150 | \$25 | \$35 | \$35 | \$20 |
| F | 159% | \$390 | \$195 | \$25 | \$35 | \$35 | \$20 |
| G | 185% | \$535 | \$270 | \$35 | \$45 | \$45 | \$30 |
| H | 200% | \$600 | \$300 | \$35 | \$45 | \$45 | \$30 |
| I | 250% | \$630 | \$315 | \$40 | \$50 | \$50 | \$35 |
| Z² | 40% | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 | \$0 |

The following information explains the different types of medical care charges:

- The **Inpatient Facility & Ambulatory Surgery** copay is required for charges related to non-physician (facility) services incurred while receiving care in a hospital for a continuous stay of 24 hours or longer or Ambulatory Surgery for operative procedures received by a client who is admitted to and discharged from the hospital setting on the same day.
- The **Inpatient and Emergency Room Physician** copay is required for charges related to services provided directly by the physician in the hospital setting, including emergency room care.
- The **Clinic** copay is required for charges related to non-physician (facility) **and** physician services received in the outpatient clinic setting. This includes charges for primary and preventive medical care. Does not include charges for outpatient services provided in a hospital (i.e., emergency room care, outpatient surgery, radiology).
- The **Emergency Room** copay is required for charges related to non-physician (facility) services incurred while receiving care in the hospital setting for a continuous stay of less than 24 hours, including the **Emergency Room**.
- The **Specialty Outpatient** copay is required for charges related to non-physician (facility) **and** physician services received in the specialty outpatient clinic setting, but does not include charges for outpatient services provided in the hospital setting (i.e., emergency room physician, ambulatory surgery). Specialty outpatient charges include distinctive medical care (i.e., oncology, orthopedics, hematology, pulmonary) that is not normally available as primary and preventative medical care.
- Clients receiving a **Magnetic Resonance Imaging (MRI), Computed Tomography (CT), Positron Emission Tomography (PET), Sleep Studies, Catheterization laboratory (cath lab), or other Nuclear Medicine services** in an Outpatient setting are responsible for the **Hospital Inpatient** copay **in addition** to the **Outpatient Specialty or Emergency Room** copay.
- Clients receiving emergency transportation/ambulance services from CICP providers approved to discount such services are responsible for the **Emergency Transportation** copay.
- Clients receiving specialized care, are responsible for the Specialty copay.
- The **Prescription** copay is required for prescription drugs received at a qualified CICP health care provider's pharmacy.
- The **Laboratory & Radiology Services** copay is required for charges related to laboratory tests received by the client that are not associated with an inpatient facility or hospital outpatient charge during the same period; radiology and imaging services in **clinic setting**.

¹ Clients with an "N" CICP rating have an annual copay cap of \$120

² Homeless clients with a "Z" CICP rating are exempt from CICP copays

Section 4.03 Ability To Pay Table

| Family Size | Z | N | A | B | C | D |
|----------------------|---------------------------|--------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| 1 | \$0-\$4,708 | \$0-\$4,708 | \$4,709-\$7,297 | \$7,298-\$9,534 | \$9,535-\$11,770 | \$11,771-\$13,771 |
| 2 | \$0-\$6,372 | \$0-\$6,372 | \$6,373-\$9,877 | \$9,878-\$12,903 | \$12,904-\$15,930 | \$15,931-\$18,638 |
| 3 | \$0-\$8,036 | \$0-\$8,036 | \$8,037-\$12,456 | \$12,457-\$16,273 | \$16,274-\$20,090 | \$20,091-\$23,505 |
| 4 | \$0-\$9,700 | \$0-\$9,700 | \$9,701-\$15,035 | \$15,036-\$19,643 | \$19,644-\$24,250 | \$24,251-\$28,373 |
| 5 | \$0-\$11,364 | \$0-\$11,364 | \$11,365-\$17,614 | \$17,615-\$23,012 | \$23,013-\$28,410 | \$28,411-\$33,240 |
| 6 | \$0-\$13,028 | \$0-\$13,028 | \$13,029-\$20,193 | \$20,194-\$26,382 | \$26,383-\$32,570 | \$32,571-\$38,107 |
| 7 | \$0-\$14,692 | \$0-\$14,692 | \$14,693-\$22,773 | \$22,774-\$29,751 | \$29,752-\$36,730 | \$36,731-\$42,974 |
| 8 | \$0-\$16,356 | \$0-\$16,356 | \$16,357-\$25,352 | \$25,353-\$33,121 | \$33,122-\$40,890 | \$40,891-\$47,841 |
| 9 | \$0-\$18,020 | \$0-\$18,020 | \$18,021-\$27,931 | \$27,932-\$36,491 | \$36,492-\$45,050 | \$45,051-\$52,709 |
| 10 | \$0-\$19,684 | \$0-\$19,684 | \$19,685-\$30,510 | \$30,511-\$39,860 | \$39,861-\$49,210 | \$49,211-\$57,576 |
| 11 | \$0-\$21,348 | \$0-\$21,348 | \$21,349-\$33,089 | \$33,090-\$43,230 | \$43,231-\$53,370 | \$53,371-\$62,443 |
| 12 | \$0-\$23,012 | \$0-\$23,012 | \$23,013-\$35,669 | \$35,670-\$46,599 | \$46,600-\$57,530 | \$57,531-\$67,310 |
| 13 | \$0-\$24,676 | \$0-\$24,676 | \$24,677-\$38,248 | \$38,249-\$49,969 | \$49,970-\$61,690 | \$61,691-\$72,177 |
| 14 | \$0-\$26,340 | \$0-\$26,340 | \$26,341-\$40,827 | \$40,828-\$53,339 | \$53,340-\$65,850 | \$65,851-\$77,045 |
| 15 | \$0-\$28,004 | \$0-\$28,004 | \$28,005-\$43,406 | \$43,407-\$56,708 | \$56,709-\$70,010 | \$70,011-\$81,912 |
| 16 | \$0-\$29,668 | \$0-\$29,668 | \$29,669-\$45,985 | \$45,986-\$60,078 | \$60,079-\$74,170 | \$74,171-\$86,779 |
| Poverty Level | 40% & Homeless | 40% | 62% | 81% | 100% | 117% |

| Family Size | E | F | G | H | I |
|----------------------|-------------------|--------------------|---------------------|---------------------|---------------------|
| 1 | \$13,772-\$15,654 | \$15,655-\$18,714 | \$18,715-\$21,775 | \$21,776-\$23,540 | \$23,541-\$29,425 |
| 2 | \$18,639-\$21,187 | \$21,188-\$25,329 | \$25,330-\$29,471 | \$29,472-\$31,860 | \$31,861-\$39,825 |
| 3 | \$23,506-\$26,720 | \$26,721-\$31,943 | \$31,944-\$37,167 | \$37,168-\$40,180 | \$40,181-\$50,225 |
| 4 | \$28,374-\$32,253 | \$32,254-\$38,558 | \$38,559-\$44,863 | \$44,864-\$48,500 | \$48,501-\$60,625 |
| 5 | \$33,241-\$37,785 | \$37,786-\$45,172 | \$45,173-\$52,559 | \$52,560-\$56,820 | \$56,821-\$71,025 |
| 6 | \$38,108-\$43,318 | \$43,319-\$51,786 | \$51,787-\$60,255 | \$60,256-\$65,140 | \$65,141-\$81,425 |
| 7 | \$42,975-\$48,851 | \$48,852-\$58,401 | \$58,402-\$67,951 | \$67,952-\$73,460 | \$73,461-\$91,825 |
| 8 | \$47,842-\$54,384 | \$54,385-\$65,015 | \$65,016-\$75,647 | \$75,648-\$81,780 | \$81,781-\$102,225 |
| 9 | \$52,710-\$59,917 | \$59,918-\$71,630 | \$71,631-\$83,343 | \$83,344-\$90,100 | \$90,101-\$112,625 |
| 10 | \$57,577-\$65,449 | \$65,450-\$78,244 | \$78,245-\$91,039 | \$91,040-\$98,420 | \$98,421-\$123,025 |
| 11 | \$62,444-\$70,982 | \$70,983-\$84,858 | \$84,859-\$98,735 | \$98,736-\$106,740 | \$106,741-\$133,425 |
| 12 | \$67,311-\$76,515 | \$76,516-\$91,473 | \$91,474-\$106,431 | \$106,432-\$115,060 | \$115,061-\$143,825 |
| 13 | \$72,178-\$82,048 | \$82,049-\$98,087 | \$98,088-\$114,127 | \$114,128-\$123,380 | \$123,381-\$154,225 |
| 14 | \$77,046-\$87,581 | \$87,582-\$104,702 | \$104,703-\$121,823 | \$121,824-\$131,700 | \$131,701-\$164,625 |
| 15 | \$81,913-\$93,113 | \$93,114-\$111,316 | \$111,317-\$129,519 | \$129,520-\$140,020 | \$140,021-\$175,025 |
| 16 | \$86,780-\$98,646 | \$98,647-\$117,930 | \$117,931-\$137,215 | \$137,216-\$148,340 | \$148,341-\$185,425 |
| Poverty Level | 133% | 159% | 185% | 200% | 250% |

Poverty Level refers to the percent of Federal Poverty Level which corresponds to the upper limit of income in each rating level
 Rev. 3/2015