

www.colorlatina.org/rhcp/

The Reproductive Health Care Program

Programa de Atención de Salud Reproductiva

Isabela Rosales

Faith-Aware Community Organizing Manager
Gerente de la Organización Comunitaria de la
Fe



**COLORADO
ORGANIZATION FOR
LATINA
OPPORTUNITY AND
REPRODUCTIVE RIGHTS**

About COLOR

Founded in 1998, the Colorado Organization for Latina Opportunity and Reproductive Rights (COLOR) is a community-rooted organization that works to enable Latinx individuals and their families to lead safe, healthy and self-determined lives.



Sobre COLOR

Fundada en 1998, la Organización de Colorado para las Oportunidades y los Derechos Reproductivos de las Latinas (COLOR) es una organización de base comunitaria que trabaja para permitir que las personas latinas y sus familias lleven una vida segura, saludable y autodeterminada.

Context

- In 2021, COLOR passed Senate Bill 9, which requires that the Department of Health Care Policy and Financing (HCPF) provides family planning services to undocumented Coloradans.
- We've identified barriers to enrollment, including a difficult application process and a need for outreach for those who are eligible, but are unaware of this program.



Contexto

- En 2021, COLOR aprobó el Proyecto de Ley Senatorial 9, que requiere que el Departamento de Política y Financiamiento de la Atención Médica (HCPF) brinde servicios de planificación familiar a los habitantes de Colorado indocumentados.
- Hemos identificado barreras para la inscripción, incluido un proceso de solicitud difícil y la necesidad de llegar a quienes son elegibles, pero desconocen este programa.

Comparisons/ Comparaciones

SilverEnhanced (OmniSalud)

- Full Coverage
- Low income
- Private Insurance
- No restrictions (age or condition)
- 11,000 spots
- Started 2022

- Cobertura completa
- De bajos ingresos
- Seguro Privado
- Sin restricciones (edad o condición)
- 11.000 lugares reservados
- Iniciado en el 2022

RHCP (Medicaid)

- Only family planning and family planning-related
- Low income
- Medicaid
- No restrictions (age or condition)
- Started 2022

- Sólo planificación familiar y temas relacionados con la planificación familiar.
- De bajos ingresos
- A través de Medicaid
- Sin restricciones (edad o condición)
- Iniciado en el 2022

CoverAll (Medicaid)

- Full Coverage
- Low income
- Medicaid
- Under 18, OR perinatal period (prenatal + 12 m/o after giving birth)
- Starts 1/1/25

- Cobertura completa
- De bajos ingresos
- A través de Medicaid
- Menor de 18 años o período perinatal (prenatal + 12 meses después del parto)
- Comienza el 1/1/25

Who Qualifies?

Low income
(according to medicaid
eligibility)

Household size	Max income
1	\$19,392
2	\$26,228
3	\$33,064
4	\$39,900

¿Quién califica?

De bajos ingresos
(según la elegibilidad de
medicaid)

Tamaño del hogar	Ingreso Máximo
1	\$19,392
2	\$26,228
3	\$33,064
4	\$39,900

Who Qualifies?

Must be a “Colorado Resident”

A resident of Colorado is defined as a **person who is living within the state of Colorado and considers Colorado to be their place of residence at the time of application.** Therefore, we do not categorize anyone’s residency in Colorado based on their citizenship or Legal immigrant status.

If the person is living in the State of CO and considers this their place of residence when applying we will determine that as meeting residency requirements regardless if they have an actual address.

Note the County in the application

¿Quién califica?

Debe ser “Residente de Colorado”

Un residente de Colorado se define como **una persona que vive dentro del estado de Colorado y considera que Colorado es su lugar de residencia al momento de la solicitud.** Por lo tanto, no clasificamos la residencia de nadie en Colorado según su ciudadanía o estatus de inmigrante legal.

Si la persona vive en el estado de CO y considera que este es su lugar de residencia al presentar la solicitud, determinaremos que cumple con los requisitos de residencia independientemente de si tiene una dirección.

Anote el condado en la solicitud



What services are covered?

FREE Family Planning Services

- Contraceptive Counseling Office visits to talk about family planning, how to make healthy decisions about your reproductive health, and which method is best for you
- Different kinds of birth control (including birth control pill, ring, IUD, implants, or the shot)
- Device insertion and removal (IUDs, implant), and related services, including management of side effects.
- Emergency contraception
- Sterilization Services (tubal ligation and vasectomy)
- Basic Fertility Assessments

FREE Family Planning Related Services

- Sexually transmitted infection (STI)
- testing, diagnosis, treatment and prevention
- Cervical cancer screenings and counseling
- Tobacco cessation and depression screenings

¿Cuales servicios están cubiertos?

Servicios GRATUITOS de planificación familiar

- Visitas a la oficina de asesoramiento anticonceptivo para hablar sobre planificación familiar, cómo tomar decisiones saludables sobre su salud reproductiva y qué método es mejor para usted
- Diferentes tipos de anticonceptivos (incluidas la píldora anticonceptiva, el anillo, el DIU, los implantes o la inyección)
- Inserción y extracción de dispositivos (DIU, implantes) y servicios relacionados, incluido el manejo de efectos secundarios.
- Anticoncepción de emergencia
- Servicios de Esterilización (ligadura de trompas y vasectomía)
- Evaluaciones básicas de fertilidad

Servicios GRATUITOS relacionados con la planificación familiar

- Infección de transmisión sexual (ITS)
- pruebas, diagnóstico, tratamiento y prevención
- Exámenes de detección y asesoramiento para el cáncer de cuello uterino
- Detección de depresión y abandono del tabaco

What about public charge?

This program was created specifically for immigrants without documentation!

Your information is safe and the services are ready for you to use, and will not be considered under a public charge test.



¿Qué pasa con la carga pública?

¡Este programa fue creado específicamente para inmigrantes sin documentación!

Su información está segura y los servicios están listos para su uso y no serán considerados bajo una prueba de carga pública.

How to apply **PEAK**

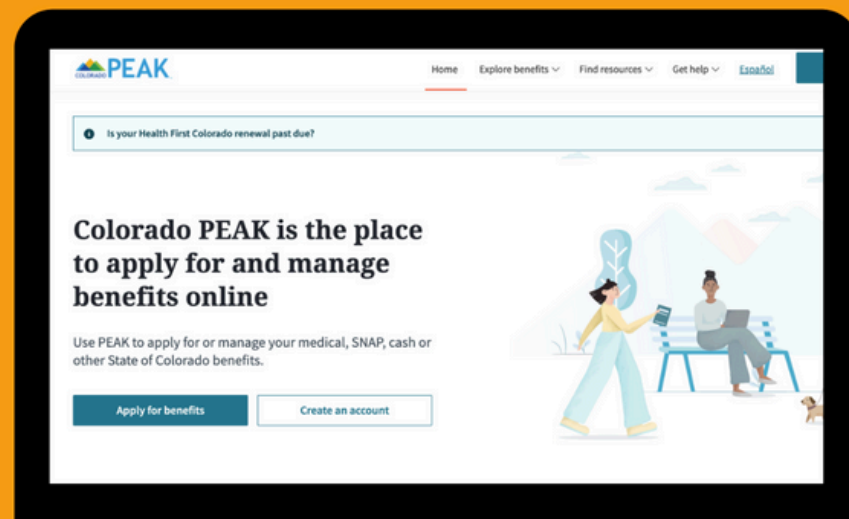
Cómo aplicar

HEALTH FIRST COLORADO'S
**Reproductive Health
Care Program**

PROGRAMA DE ATENCION DE
**Salud Reproductiva de
Health First Colorado**

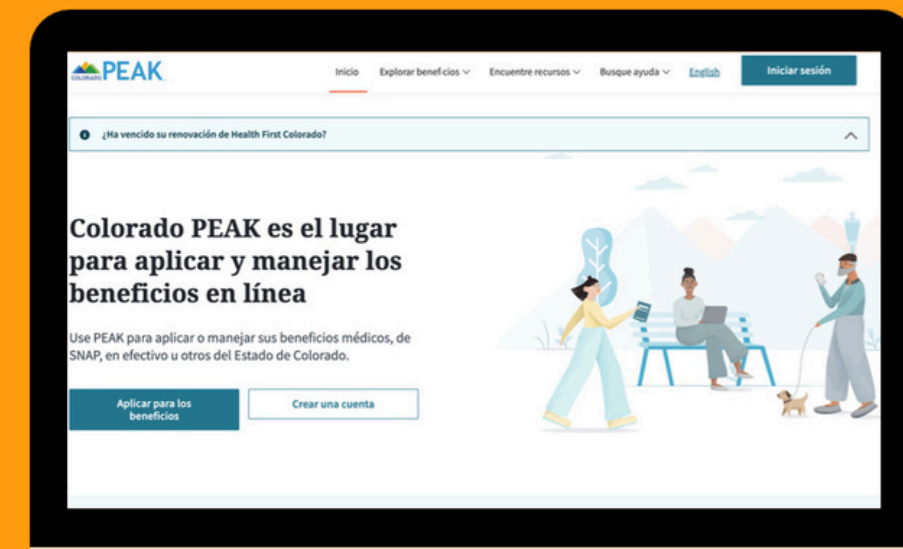
(enrollment guide)

ENROLLMENT STEPS THROUGH PEAK




(guía de inscripción)

PASOS DE INSCRIPCIÓN ATRAVEZ DE PEAK




Enrollment Guide

Noteworthy Steps


 This program is for children and adults

Adult Financial offers cash assistance for children and adults who are either over the age of 60, disabled,
[Adult Financial information page](#)

 **Health coverage (2)**

Health First Colorado (Colorado's Medicaid program)
Health First Colorado offers health coverage to Coloradans who qualify.
[Health First Colorado \(Colorado's Medicaid program\) information page](#)

Behavioral Health Administration Community Services
Behavioral Health Administration Community Services gives people in Colorado access to mental health
[Behavioral Health Administration Community Services Information page](#)


 **Transit (1)**

RTD LIVE
RTD LIVE offers discounted bus and lightrail rides for people who live in the Denver metro area.
[RTD LIVE information page](#)




Guía de Inscripción

pasos notables


 Este programa es para niños y adultos

Adult Financial ofrece asistencia en efectivo para los niños y adultos mayores de 60 años, discapacitados, qu
[Página de información del Adult Financial](#)

 **Cobertura de la salud (2)**

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)
Health First Colorado ofrece la cobertura de la salud para los habitantes de Colorado que califican.
[Página de información del Health First Colorado \(Programa Medicaid de Colorado\)](#)

Servicios Comunitarios de la Administración de Salud del Comportamiento
Los Servicios Comunitarios de la Administración de Salud del Comportamiento les brindan a las personas e
(alcohol y drogas).
[Página de información del Servicios Comunitarios de la Administración de Salud del Comportamiento](#)

 **Traslado (1)**

RTD LIVE



Enrollment Guide

Noteworthy Steps

Guía de Inscripción

pasos notables

Basic information ✓ Address Contact information

Juan (33 yrs)

Where Juan lives

Is Juan a participant in the Address Confidentiality Program (ACP)? [Learn more](#)

Yes No

Juan doesn't have a home address or is currently experiencing homelessness [Learn more](#)

Yes No

*Home address line 1

123 Street Rd

Home address line 2

Enter home address line 2

*City *State *Zip code

*Juan's mailing address is different than their home address

Yes No

Información básica ✓ Domicilio Información de contacto

Juan (33 años)

Dónde Juan vive

¿Juan participa en el Programa de Confidencialidad de Dirección (ACP o Address Confidentiality Program)?

Sí No

Juan no tiene una dirección o actualmente no tiene hogar [Más información](#)

Sí No

*Dirección particular Línea 1

123 Street Rd

Dirección particular Línea 2

Ingrese dirección particular línea 2

*Ciudad *Estado *Código postal

*La dirección postal de Juan es diferente de la dirección particular

Sí No

Enrollment Guide

Noteworthy Steps

Guía de Inscripción

pasos notables

< Contact information Review information Primary applicant details

Juan (33 yrs)

Household member information

Please enter information for the new household member below.

*First name: Juan Middle name: Enter middle name

*Last name: Cruz Jr, Sr, etc.: Select jr, sr, etc.

*Date of birth: 12 / 13 / 1989

*Gender on birth certificate: Male Female

Social Security Number (if available): XXX-XX-XXXX

you DO NOT need to have a social security number for this application and you can leave this blank

i You will need to add relevant information to your case for the household member you are adding (examples: Programs requested, income, and employment). You will need to click "Add" for each of the sections to report any relevant information about your household member. Once you provide relevant information, click the "Next" button to provide all information.

< Información de contacto Revise la información Detalles del solicitante principal

Juan (33 años)

Información del miembro del hogar

Por favor, ingrese la información del nuevo miembro del hogar a continuación

*Nombre: Juan Segundo nombre: Ingrese segundo nombre

*Apellido: Cruz Jr, Sr, etc.: Seleccione jr, sr, etc.

*Fecha de nacimiento: 12 / 13 / 1989

*Género en la partida de nacimiento: Masculino Femenino

Número del Seguro Social (si estuviera disponible): XXX-XX-XXXX

NO necesita tener un número de seguro social para esta solicitud y puede dejarlo en blanco

i Es necesario que usted agregue información relevante a su caso para el miembro del hogar que está adicionando (ejemplos: ingresos y trabajos). Por favor, haga clic en "Agregar" para cada una de las secciones con el fin de brindar cualquier información relevante. Una vez que brinde la información relevante para cada sección, haga clic en el botón "Siguiente" para suministrar toda la información.

Enrollment Guide

Noteworthy Steps

Guía de Inscripción

pasos notables

Primary applicant details ✓ Household members

Program selection

Please choose which benefits Juan wants to apply for.

Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) [Learn more](#)

Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) [Learn more](#)

Does Juan need help paying medical bills from the last three (3) months? [Learn more](#)

Yes No

Does Juan want to apply for Family Planning Benefits? [Learn more](#)

Yes No

Previous

Detalles del solicitante principal ✓ Miembros del hogar

Selección del programa

Elija qué beneficios desea solicitar Juan.

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) [Más información](#)

Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) [Más información](#)

¿Necesita Juan ayuda para pagar las facturas médicas a partir de los últimos tres (3) meses? [Más información](#)

Sí No

¿Juan desea solicitar los beneficios de planificación familiar? [Más información](#)

Sí No

Previo

Enrollment Guide

Noteworthy Steps

Guía de Inscripción

pasos notables

< Household members Programs requested Ciudadanía

Juan (33 yrs)

Citizenship

i You do not have to answer these questions if this person is not asking for benefits.

*Does Juan have a Social Security Number (SSN)? [Learn more](#)

Yes No

*Is this person a U.S. citizen? [Learn more](#)

Yes No

Previous

< Miembros del hogar Programas solicitados Ciudadanía

Juan (33 años)

Ciudadanía

i Usted no tiene que responder estas preguntas si esta persona no está pidiendo beneficios.

*Juan tiene un número de Seguridad Social? [Más información](#)

Sí No

*¿Es esta persona un ciudadano de Estados Unidos? [Más información](#)

Sí No

Previo

Enrollment Guide

Noteworthy Steps

household members ✓ Programs requested ✓ Citi

Juan (33 yrs)

Citizenship

i You do not have to answer these questions if this person is not asking for benefits.

*Does Juan have a Social Security Number (SSN)? [Learn more](#)

Yes No

Has Juan applied for a Social Security Number (SSN)?

Yes No

Why doesn't Juan have a Social Security Number (SSN)?

Is not eligible to receive an SSN ▼

Does Juan have a Taxpayer Identification Number (TIN)? [Learn more](#)

Yes No

*Is this person a U.S. citizen? [Learn more](#)

Yes No

Guía de Inscripción

pasos notables

Miembros del hogar ✓ Programas solicitados ✓ Ciudadanía

Juan (33 años)

Ciudadanía

i Usted no tiene que responder estas preguntas si esta persona no está pidiendo beneficios.

*Juan tiene un número de Seguridad Social? [Más información](#)

Sí No

¿Juan ha solicitado un Número de Seguro Social (SSN)?

Sí No

¿Por qué Juan no tiene un Número de Seguridad Social?

No es elegible para recibir un NSS. ▼

¿Tiene Juan un Número de Identificación Tributaria (TIN o Taxpayer Identification Number)?

Sí No

*¿Es esta persona un ciudadano de Estados Unidos? [Más información](#)

Sí No

Enrollment Guide

Noteworthy Steps

Guía de Inscripción

pasos notables

*Is this person a U.S. citizen? [Learn more](#)

Yes No

*Is Juan, or their spouse or parent, a veteran or an active-duty member of the U.S. military?

Yes No

*Non citizenship status [Learn more](#)

Undocumented Alien ▼

*When did Juan enter the U.S.? (If you don't know the exact date, you can estimate.)

08 ▼ 17 ▼ 2000 ▼

Did Juan experience a life or limb-threatening emergency in the past four months? If so, please tel

June

July

August

September

*Does Juan have a non-citizen document?

Yes No

Does Juan want to apply for Emergency Medicaid and/or Reproductive Benefits?

Yes No

*¿Es esta persona un ciudadano de Estados Unidos? [Más información](#)

Sí No

*¿Es Juan o su cónyuge o padre un veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas militares de

Sí No

*Estado como no ciudadano [Más información](#)

Extranjero Indocumentado ▼

*¿Cuándo Juan ingresó a Estados Unidos? (Si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

¿Experimentó Juan una emergencia amenazante para la vida o sus miembros en los último cuatro m

Julio

Agosto

Septiembre

Octubre

*¿Tiene Juan un Documento como No Ciudadano?

Sí No

¿Desea Juan solicitar los beneficios de Medicaid de Emergencia y/o beneficios de reproducción?

Sí No



Thank You Gracias!

Questions?
¿Preguntas?

Isabela Rosales

Faith-Aware Community Organizing Manager
Gerente de la Organización Comunitaria de la
Fe

