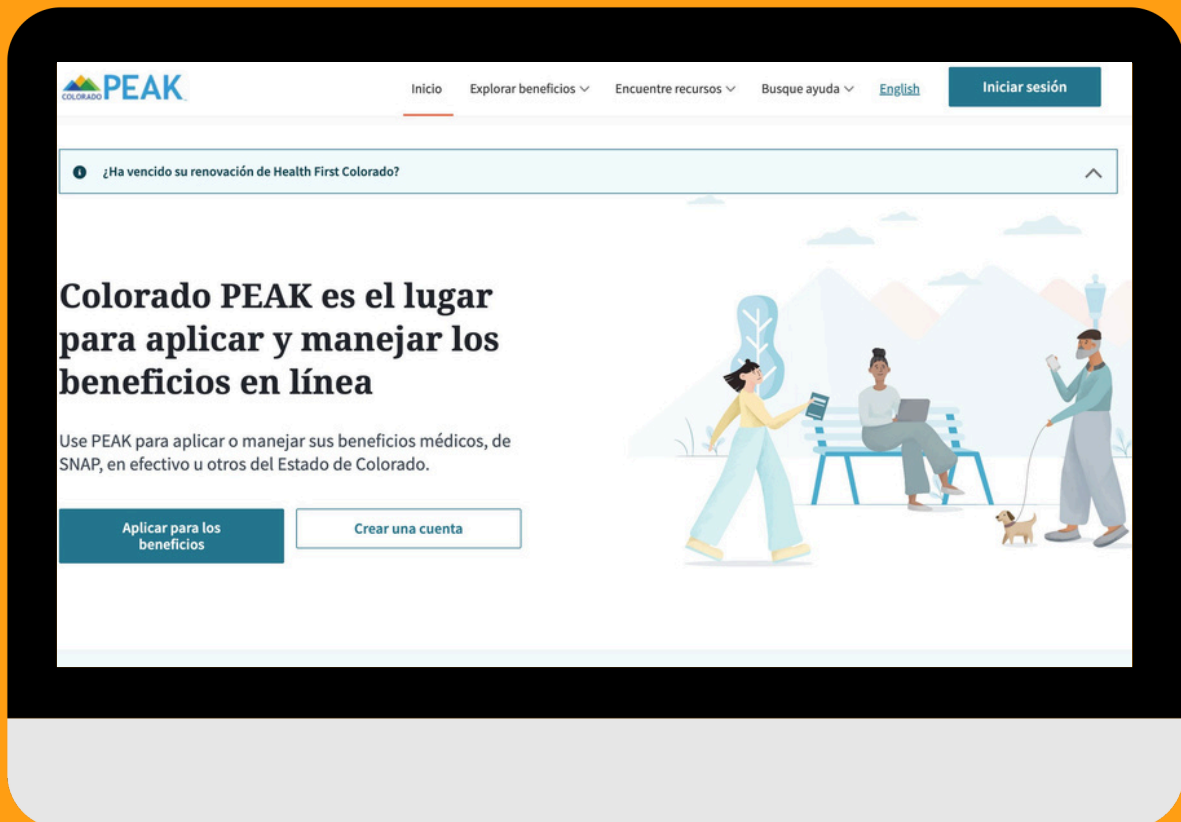


PROGRAMA DE ATENCIÓN DE Salud Reproductiva de Health First Colorado PASOS DE INSCRIPCIÓN A TRAVÉS DE PEAK



Aplique para los beneficios

Crear una cuenta PEAK

Si está a punto de empezar, puede crear una cuenta PEAK para aplicar por los beneficios

Con una cuenta PEAK, usted puede:

- Guardar su aplicación y finalizarla más tarde
- Rastrear el estado de su aplicación
- Actualizar su caso en línea
- Revisar su saldo y hacer los pagos
- Imprimir las tarjetas de Identificación médica

[Crear una cuenta PEAK](#)

[Aplicar como invitado](#)

Continúe con su aplicación

Si usted ya tiene una cuenta PEAK, inicie sesión para finalizar su aplicación



[Iniciar sesión](#)



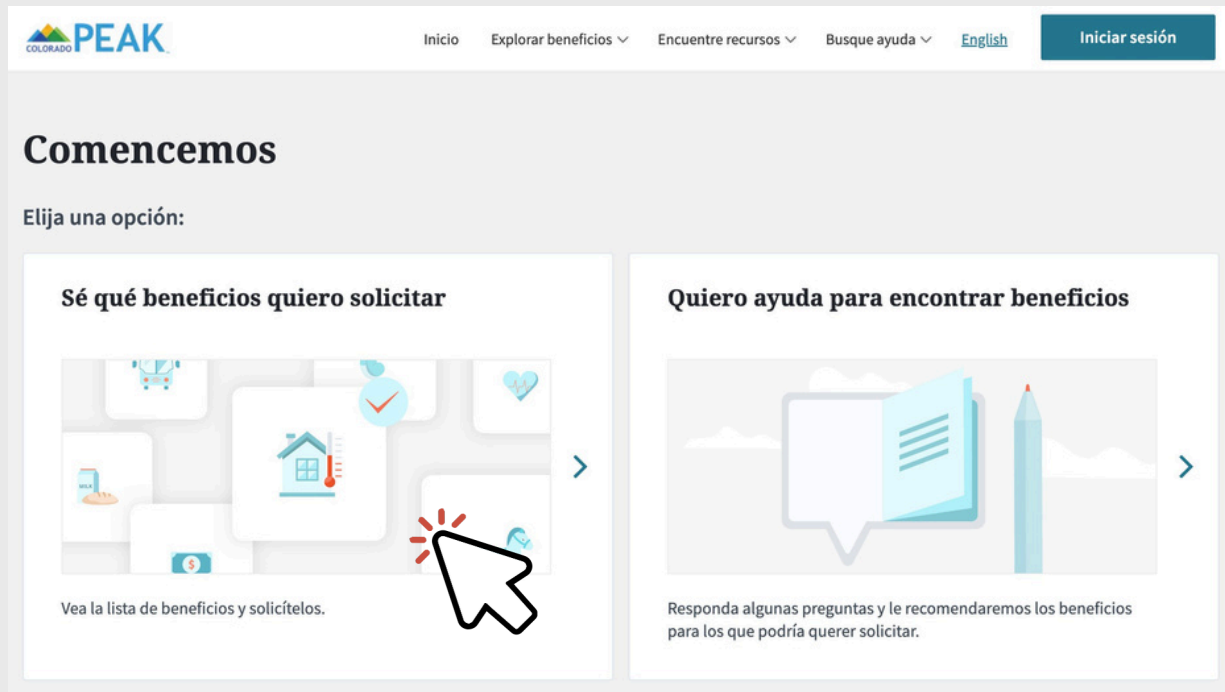
Cree una cuenta PEAK, si aún no lo ha hecho. Si aplica como invitado, deberá completar su solicitud de una sola vez y no podrá guardar su progreso. También es posible que la aplicación se agote después de un período de inactividad y se pierda todo su progreso.

X

¿Está seguro de que quiere aplicar como un invitado?

Si aplica como invitado, no puede guardar su aplicación para finalizarla más tarde. Será necesario que complete toda la aplicación de una vez.

[Cancelar](#) [Continuar como invitado](#)




PEAK COLORADO Inicio Explorar beneficios ▾ Encuentre recursos ▾ Busque ayuda ▾ English Iniciar sesión

Comencemos

Elija una opción:

Sé qué beneficios quiero solicitar



Vea la lista de beneficios y solicítelos.

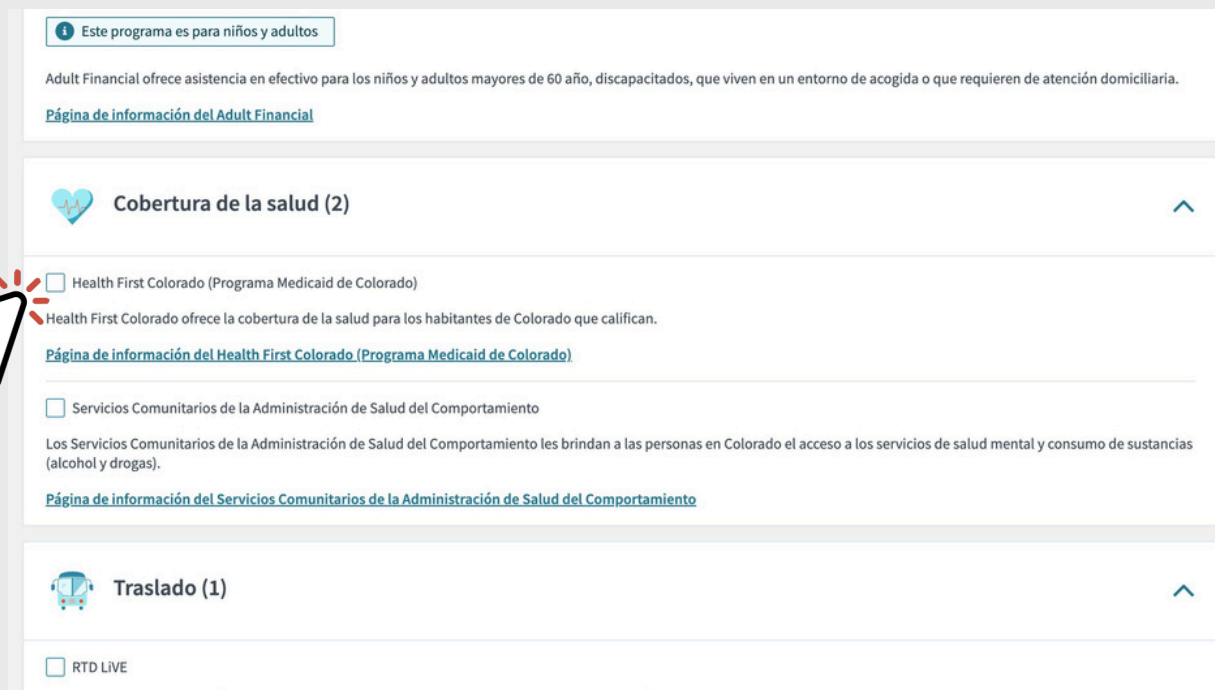
Quiero ayuda para encontrar beneficios



Responda algunas preguntas y le recomendaremos los beneficios para los que podría querer solicitar.



Elija el programa Medicaid de Health First Colorado (Colorado), bajo "Cobertura de la salud".



Este programa es para niños y adultos

Adult Financial ofrece asistencia en efectivo para los niños y adultos mayores de 60 año, discapacitados, que viven en un entorno de acogida o que requieren de atención domiciliaria.
[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 en Colorado el acceso a los servicios de salud mental y consumo de sustancias (alcohol y drogas).
[Página de información del Servicios Comunitarios de la Administración de Salud del Comportamiento](#)

Traslado (1)

- RTD LIVE



Aplicar para los beneficios

< Información básica ✓ Domicilio Información de contacto Revise la información >

*Primer nombre legal Segundo nombre

*Apellido legal [Más información](#) Jr, Sr, etc.

Fecha de nacimiento

¿Dónde está presentando esta solicitud?



Complete la “Información básica”; seleccione la opción adecuada para el lugar donde está completando esta solicitud (ya sea desde su casa, u organización comunitaria, etc).

Aplicar para los beneficios

< Información básica ✓ Domicilio Información de contacto Revise la información >

*Primer nombre legal Segundo nombre

*Apellido legal [Más información](#) Jr, Sr, etc.

Fecha de nacimiento

¿Dónde está presentando esta solicitud?

- Proveedor de atención infantil
- Iglesia/Organizaciones Basadas en la Fe.
- Organización comunitaria
- Oficinas Condados
- Centro de recursos familiares
- Banco de Alimentos



Complete la información de "Domicilio"; asegúrese de seleccionar el condado correcto (las solicitudes se envían a las oficinas de cada condado).

< Información básica Domicilio Información de contacto Revise la información >

Juan (33 años)

Dónde Juan vive

¿Juan participa en el Programa de Confidencialidad de Dirección (ACP o Address Confidentiality Program)? [Más información](#)

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

Información del hogar

*¿Alguien en Juan's hogar usa la misma dirección particular?

Sí No

5

Complete la "Información de contacto"; Le pedirá que verifique su dirección de correo electrónico enviando un código a esa dirección de correo electrónico.

< Información básica ✔
Domicilio ✔
Información de contacto ✔
Revise la información ✔ >



Información de contacto [Más información](#)

Queremos asegurarnos de que podemos contactarnos con usted con actualizaciones importantes sobre su caso. Por favor, háganos saber cómo podemos ponernos en contacto con usted.

Dirección de correo electrónico [Más información](#)

Verificar mi dirección de correo electrónico



Número de teléfono móvil [Más información](#)

***Vuelva a ingresar el número del móvil**

Número telefónico adicional (opcional)



Preferencias de la comunicación

¿Cómo le gustaría que le hagamos saber cuando haya nuevos mensajes en su Buzón de PEAK? [Más información](#)

 **Inscríbese para recibir notificaciones electrónicas**

 **Siga recibiendo las cartas en el correo**

123 Street Rd, Denver, Colorado 80205

Por favor, elija al menos una opción [Más información](#)

Dirección de correo electrónico: juancruz@gmail.com

Texto: (720)-288-9289

Correo de USA: 123 Street Rd
Denver, Colorado 80205



Reciba más información sobre los beneficios

¿Le gustaría adherirse para recibir más información sobre su cobertura, beneficios, encontrar profesionales y cómo obtener ayuda? [Más información](#)

Sí No

Si elije recibir textos, está de acuerdo con estos [Términos y Condiciones](#):

- Se pueden aplicar tarifas por mensaje y datos.
- Varía la frecuencia del mensaje.
- Las comunicaciones del Caso se enviarán a partir del breve código 267325 y los mensajes de información se enviarán desde el breve código 66596.
- Usted puede adherirse en cualquier momento escribiendo el texto "DETENER" para el breve código o recibir asistencia escribiendo el texto "AYUDA".



Preferencias de idioma

Idioma preferido de escritura

Idioma preferido para hablar

Previo

Próximo



Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta.

< Domicilio ✔
Información de contacto ✔
Revise la información ✔
Detalles del solicitante principal ✔ >

○
Juan (33 años)

Programa(s) seleccionado(s)

Puede actualizar los programas seleccionados a continuación.

☰ Resumen del Programa(s) seleccionado(s)
Editar

Cobertura de la salud
Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)

Información básica

Usted puede actualizar la información de Juan a continuación.

📄 Información básica de Juan
Editar

Primer nombre legal
Juan

Apellido legal
Cruz

Fecha de nacimiento
12/13/1989

Estado civil
Nunca Casado

Domicilio

Usted puede actualizar la información del domicilio de Juan a continuación.

🏠 Dirección de Juan
Editar

Juan no tiene una dirección o actualmente no tiene hogar
No

Dirección particular
123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205

La dirección postal de Juan es diferente de la dirección particular
No

Dirección postal
123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205

Información de contacto

Usted puede actualizar la información Contacto de Juan a continuación.

📞 Información de contacto
Editar

Dirección de correo electrónico
juancruz@gmail.com

Número de teléfono móvil
(720)-288-9289

Preferencia de la comunicación
Texto

Idioma escrito preferido
Inglés

Idioma hablado preferido
Inglés

Previo
Próximo



Complete los "Detalles del solicitante principal";

< Información de contacto ✔
Revise la información ✔
Detalles del solicitante principal ✔
Miembros del hogar ✔ >

○
 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	<div style="display: flex; gap: 10px;"> 12 ▼ 13 ▼ 1989 ▼ </div>
*Género en la partida de nacimiento	
<input checked="" type="radio"/> Masculino <input type="radio"/> Femenino	
Número del Seguro Social (si estuviera disponible)	
XXX-XX-XXXX	

NO es necesario tener un número de seguro social para realizar esta solicitud, y puede dejar este campo en blanco.

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

Estado civil

*¿Cuál es el estado civil de Juan?

Nunca Casado ▼

Fecha de estado civil

MM ▼
DD ▼
YYYY ▼

Otra Información sobre Juan

¿Alguna vez Juan usó otro nombre? (Ejemplos: nombre de soltera, alias)

Sí No

¿Es Juan víctima de violencia doméstica? [Más información](#)

Sí No

¿Dónde vive Juan ?

Vive solo ▼

¿Cuándo esta persona se unió al hogar? (Si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)

08 ▼
17 ▼
2010 ▼

*¿Este miembro del hogar murió dentro del año de cobertura? [Más información](#)

Sí No

Previo

Próximo



Si varios miembros de una familia están solicitando el programa, puede agregarlos aquí.

< [Revise la información](#) ✓
[Detalles del solicitante principal](#) ✓
Miembros del hogar
[Resumen de miembros del hogar](#) >

Miembros del hogar

Agregar, editar o eliminar miembros del hogar.

📘 [Vea qué miembros del hogar debe agregar a su solicitud.](#)

Resumen de miembros del hogar

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género	
Juan	Cruz	12/13/1989	Masculino	Editar

+ Agregar

Previo

Próximo

(Esto solo aparecerá si elige agregar otro miembro del hogar)

Miembro del hogar

Información del miembro del hogar

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

***Nombre**

Segundo nombre

***Apellido**

Jr, Sr, etc.

***Fecha de nacimiento**

MM ▼

DD ▼

YYYY ▼

***Género en la partida de nacimiento**

Masculino Femenino

Número del Seguro Social (si estuviera disponible)

Cancelar

Guardar



En la sección de "Programas solicitados" seleccione "Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)"

Detalles del solicitante principal ✓ Miembros del hogar ✓ Programas solicitados Ciudadanía y presencia legal >

Juan (33 años)

Selección del programa

Elija qué beneficios desea solicitar Juan.

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

Previo Próximo



Detalles del solicitante principal ✓ Miembros del hogar ✓ Programas solicitados Ciudadanía y presencia legal >

Juan (33 años)

Selección del programa

Elija qué beneficios desea solicitar Juan.

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

Asegúrese de seleccionar "Sí" para los beneficios de planificación familiar.

Previo Próximo



Complete la sección "Ciudadanía y presencia legal"; usted **NO** necesita un número de seguro social, ni ser ciudadano para calificar para este programa.

< Miembros del hogar Programas solicitados Ciudadanía y presencia legal Resumen de miembros del hogar >

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 Próximo



< Miembros del hogar Programas solicitados Ciudadanía y presencia legal Resumen de miembros del hogar >

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)? [Más información](#)

Sí No

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

Sí No

Puede seleccionar "no es elegible para recibir un SSN"



*¿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 Estados Unidos?

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 meses? Si fuera así, por favor díganos en qué mes(es):

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

Aquí es donde debe seleccionar "Sí" para solicitar beneficios reproductivos.



¿Esto afectará la "carga pública"?

En pocas palabras, no

El gobierno federal utiliza el término "carga pública" al decidir quién es elegible para la admisión a los EE. UU. o quién puede convertirse en residente permanente. Una solicitud de no ciudadano puede ser denegada si se determina que "en cualquier momento es probable que sea una carga pública".

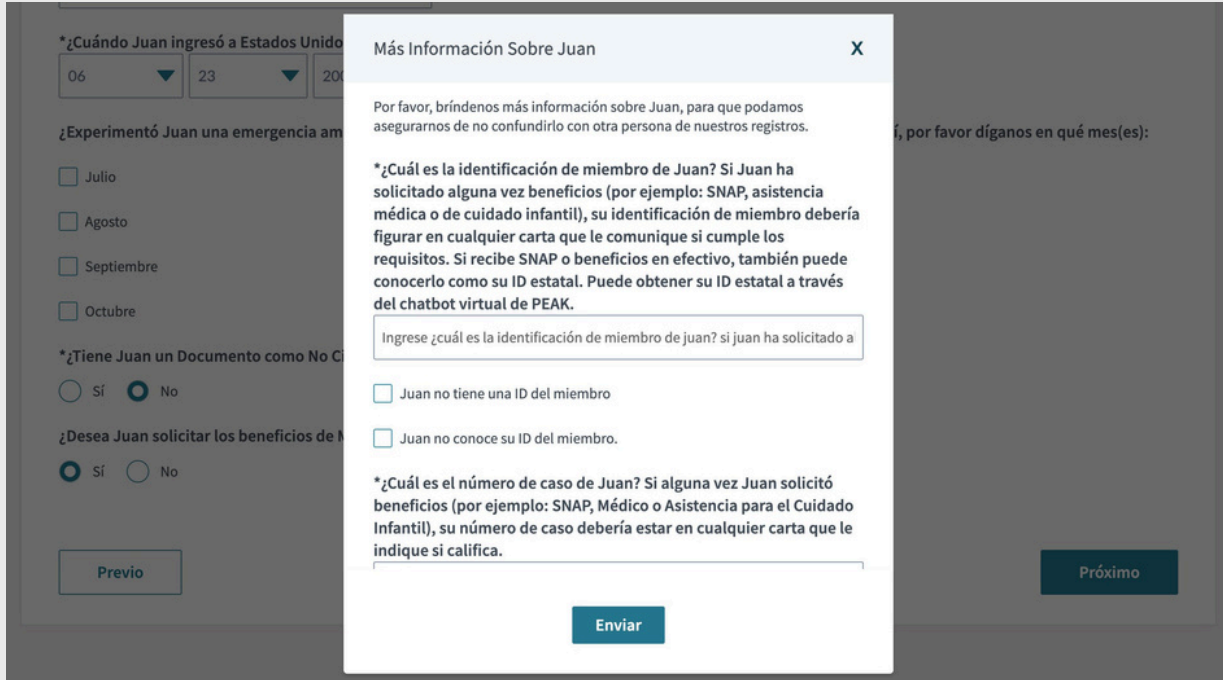
Durante la administración de Trump, se agregaron beneficios públicos adicionales a la lista. Sin embargo, esos beneficios se eliminaron en 2021 y las reglas más recientes entraron en vigor en diciembre de 2022.

Los beneficios que utilicen sus familiares no se considerarán en la prueba de carga pública. Los únicos beneficios considerados son los utilizados por el propio solicitante.

Si necesita más ayuda o tiene preguntas, lo mejor es hablar con un abogado de inmigración. Puede encontrar una lista en:

<https://www.immigrationlawhelp.org/search?state=CO>

En esta pantalla, cuando
seleccione "siguiente", aparecerá
esto:



The screenshot shows a web form with a modal window titled "Más Información Sobre Juan". The modal contains the following text and fields:

Más Información Sobre Juan X

Por favor, brínden más información sobre Juan, para que podamos asegurarnos de no confundirlo con otra persona de nuestros registros.

*¿Cuál es la identificación de miembro de Juan? Si Juan ha solicitado alguna vez beneficios (por ejemplo: SNAP, asistencia médica o de cuidado infantil), su identificación de miembro debería figurar en cualquier carta que le comunique si cumple los requisitos. Si recibe SNAP o beneficios en efectivo, también puede conocerlo como su ID estatal. Puede obtener su ID estatal a través del chatbot virtual de PEAK.

Ingrese ¿cuál es la identificación de miembro de Juan? si Juan ha solicitado a

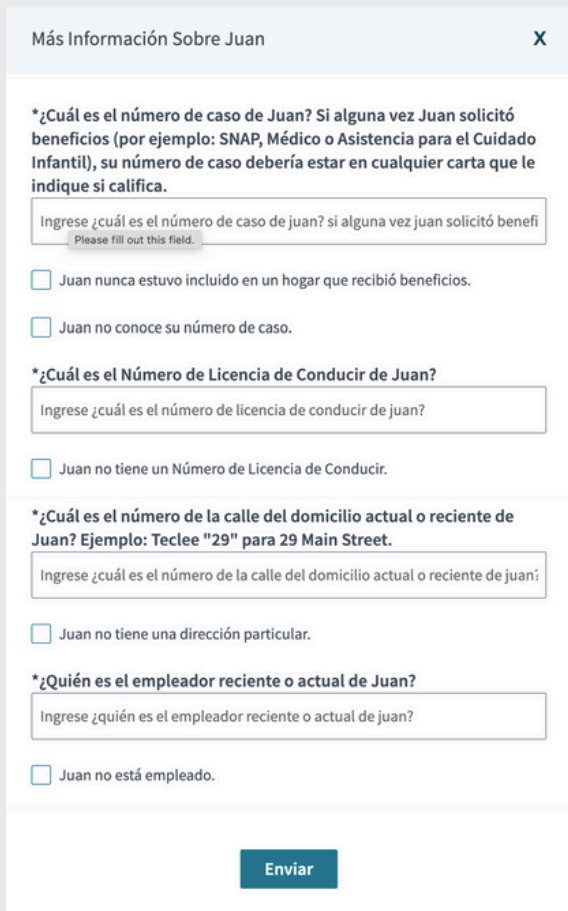
Juan no tiene una ID del miembro

Juan no conoce su ID del miembro.

*¿Cuál es el número de caso de Juan? Si alguna vez Juan solicitó beneficios (por ejemplo: SNAP, Médico o Asistencia para el Cuidado Infantil), su número de caso debería estar en cualquier carta que le indique si califica.

Ingresar

Enviar



Más Información Sobre Juan X

*¿Cuál es el número de caso de Juan? Si alguna vez Juan solicitó beneficios (por ejemplo: SNAP, Médico o Asistencia para el Cuidado Infantil), su número de caso debería estar en cualquier carta que le indique si califica.

Ingrese ¿cuál es el número de caso de Juan? si alguna vez Juan solicitó benefi

Please fill out this field.

Juan nunca estuvo incluido en un hogar que recibió beneficios.

Juan no conoce su número de caso.

*¿Cuál es el Número de Licencia de Conducir de Juan?

Ingrese ¿cuál es el número de licencia de conducir de Juan?

Juan no tiene un Número de Licencia de Conducir.

*¿Cuál es el número de la calle del domicilio actual o reciente de Juan? Ejemplo: Teclee "29" para 29 Main Street.

Ingrese ¿cuál es el número de la calle del domicilio actual o reciente de Juan?

Juan no tiene una dirección particular.

*¿Quién es el empleador reciente o actual de Juan?

Ingrese ¿quién es el empleador reciente o actual de Juan?

Juan no está empleado.

Enviar

Complete toda la información
que pueda; esto es con el fin
de poder identificarlo, ya que
no está utilizando un SSN.



Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta.

< | **Programas solicitados** | **Ciudadanía y presencia legal** | **Resumen de miembros del hogar** | Representante de confianza >

Miembros del hogar

Editar miembros del hogar.

Resumen de miembros del hogar

Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género	
Juan	Cruz	12/13/1989	Masculino	Editar

Programas solicitados por individuos

A continuación se muestra una descripción general de los programas solicitados.

Resumen de los programas solicitados

Individuo(s)	Programa(s) solicitado(s)	
Juan (33 años)	Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)	Editar

[Previo](#) [Próximo](#)

12

Si alguien lo está ayudando con la solicitud, agréguelo como “representante de confianza”; de lo contrario, puede omitir la pregunta.



Ciudadanía y presencia legal Resumen de miembros del hogar Representante de confianza Etnia y raza

Representante de confianza

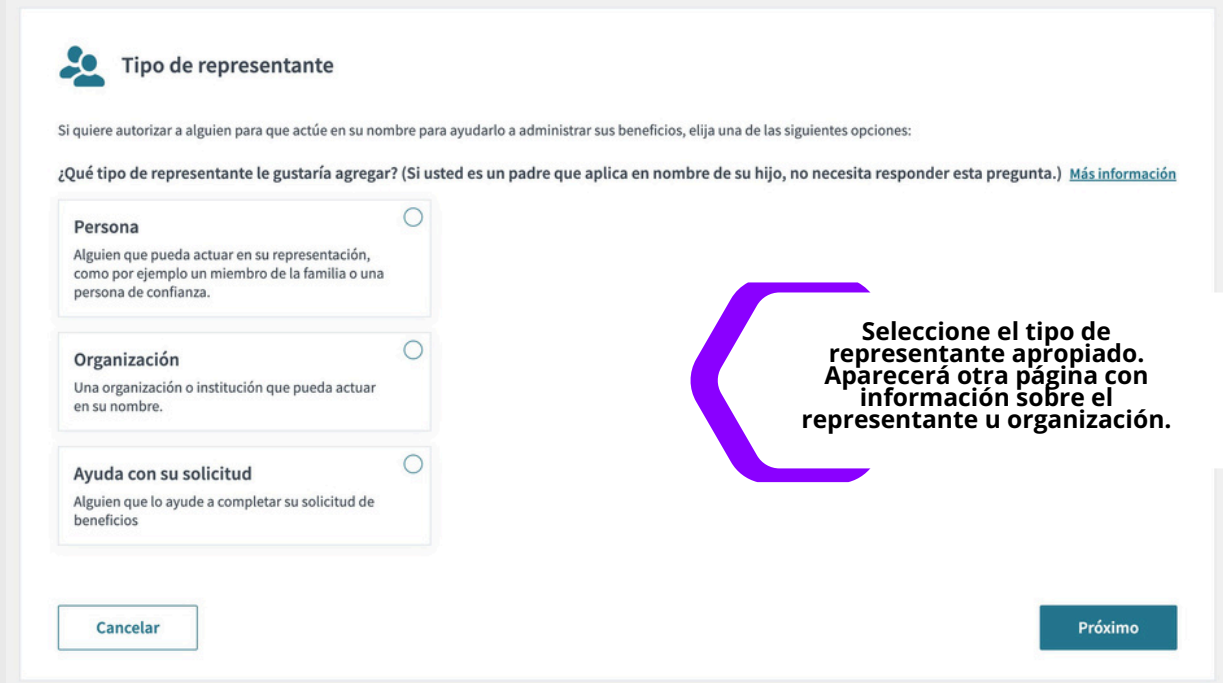
Usted no brindó ninguna información con respecto a un representante autorizado u organización, tutor legal/poder de representación o ayuda con su aplicación. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.


[+ Agregar](#)

[Previo](#) [Próximo](#)



Agregar representante confiable



 Tipo de representante

Si quiere autorizar a alguien para que actúe en su nombre para ayudarlo a administrar sus beneficios, elija una de las siguientes opciones:

¿Qué tipo de representante le gustaría agregar? (Si usted es un padre que aplica en nombre de su hijo, no necesita responder esta pregunta.) [Más información](#)

Persona
Alguien que pueda actuar en su representación, como por ejemplo un miembro de la familia o una persona de confianza.

Organización
Una organización o institución que pueda actuar en su nombre.

Ayuda con su solicitud
Alguien que lo ayude a completar su solicitud de beneficios

[Cancelar](#) [Próximo](#)

Seleccione el tipo de representante apropiado. Aparecerá otra página con información sobre el representante u organización.

Este es un ejemplo de la página para obtener información sobre el representante de confianza (organización autorizada):



Agregue un organización autorizada



Más información sobre su organización autorizada

Usted nos informó que quiere agregar una organización de confianza. Una organización de confianza que puede actuar en su nombre. Para SNAP, tiene que brindar el nombre de una persona que sea un proveedor, un miembro del personal o un voluntario en la organización de confianza. [Más información](#)

¿Alguna de las siguientes opciones se aplica a su representante de confianza? Elija todas las opciones que correspondan.

- Albacea o curador
- Representante de emergencia
- Tutor legal
- Fiduciario
- Poder financiero
- Poder médico duradero
- Representante de vida en grupo



El rol de representante de confianza

En lo que respecta a mis beneficios de cobertura de salud, mi representante de confianza puede...

- Ayudarme a completar mi solicitud o renovación.
- Brindar la verificación de ciudadanía e identidad.
- Recibir comunicaciones sobre cobertura de salud.
- Responder a solicitudes de información de una fuente externa.



Información de contacto

*Nombre de la organización

*Nombre

Segundo nombre

*Apellido

Jr, Sr, etc.

En la atención de: [Más información](#)

*Línea de dirección 1

Línea de dirección 2

*Ciudad

*Estado

*Código postal



***Condado**

Número de teléfono

Tipo de teléfono

Dirección de correo electrónico



Firma

Autorizo a:

***Nombre completo del representante de confianza**

para que me represente en mi solicitud, cambios y renovaciones para SNAP, Efectivo, Atención infantil y/o cobertura de salud. Autorizo a esta persona a brindar información y documentación que pueda ser necesaria para completar mi solicitud de beneficios. Le brindaré a esta persona información que es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

Mi representante y yo entendemos que existen sanciones por brindar información que sabemos que es falsa. En lo que respecta a SNAP, si brindo información falsa sobre mi identidad o residencia para poder obtener beneficios múltiples al mismo tiempo, se me descalificará para recibir los beneficios de SNAP durante 10 años. Por brindar información falsa para SNAP y/o Asistencia en efectivo, se me descalificará para recibir los beneficios durante 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. Por SNAP y/o Asistencia en efectivo, además de perder los beneficios, me pueden multar con hasta \$250,000, me pueden enviar a prisión durante hasta 20 años o ambos, dependiendo del valor de los beneficios.

Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede ser exigible de la misma manera que la firma escrita.

Firma de la persona que aplica

***Al seleccionar sí y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando electrónicamente este formulario.**

Sí No

Nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Cancelar

Guardar

El solicitante tendrá que firmar la autorización al final de esta sección.



Complete la "Información sobre origen étnico y raza".

< Resumen de miembros del hogar Representante de confianza Etnia y raza Residencia >

Juan (33 años)

Etnia y raza

Etnia

Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza (Por favor, marque todos los recuadros que correspondan) [Más información](#)

- Indígena Americano/ Nativo de Alaska
- Asiático
- Negro/ Afroamericano
- Nativo Hawaiano/ Islas del Pacífico
- Blanco/ Caucásico
- Otro/ desconocido

Previo Próximo



Complete la sección de "Residencia"; se trata de si el solicitante ha vivido en Colorado.

< Representante de confianza Etnia y raza Residencia Información de presentación de declaración de impuestos >

Juan (33 años)

Residencia en CO de Juan

***¿Es Juan residente de Colorado? [Más información](#)**

Sí No

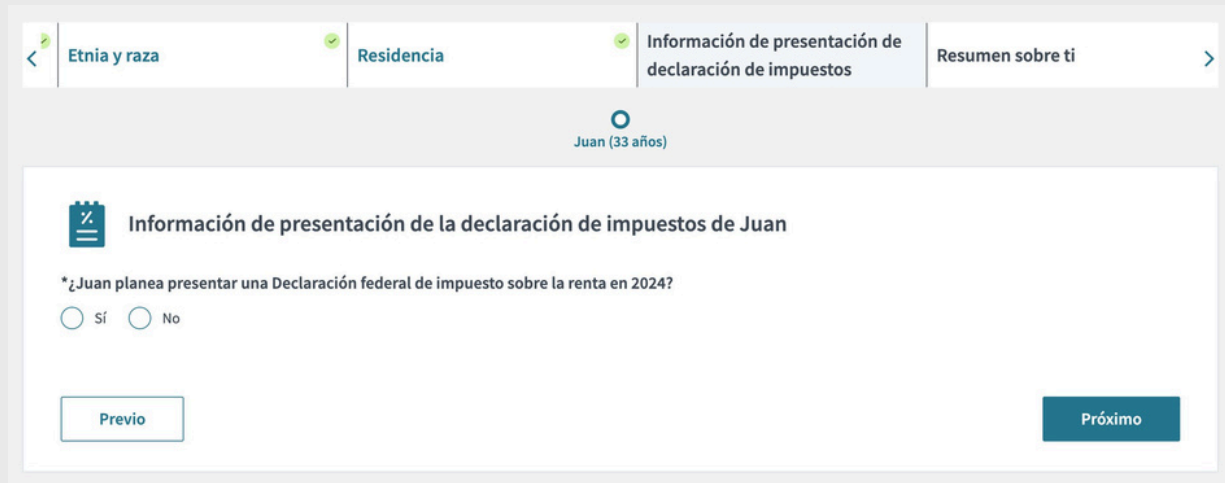
¿Se mudó Juan fuera de Colorado?

Sí No

Previo Próximo

15

Complete la “Información de presentación de declaración de impuestos” si corresponde.



Navigation: Etnia y raza (checked), Residencia (checked), Información de presentación de declaración de impuestos (active), Resumen sobre ti

Juan (33 años)

Información de presentación de la declaración de impuestos de Juan

*¿Juan planea presentar una Declaración federal de impuesto sobre la renta en 2024?

Sí No

Previo Próximo

16

Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta.



Navigation: Residencia (checked), Información de presentación de declaración de impuestos (checked), Resumen sobre ti (active), Preguntas sobre discapacidad y atención

Juan (33 años)

Ciudadanía y presencia legal

Edite o quite la información del ciudadanía y presencia legal

Resumen de ciudadanía y presencia legal Editar

Número de seguridad social (SSN o Social Security Number)

Sin condición de ciudadanía
Extranjero Indocumentado

¿Es Juan o su cónyuge o padre un veterano o miembro en servicio activo de las fuerzas militares de EE.UU.?
No

Etnia y raza

Edite o elimine la información de estado de raza, etnia y tribal.

Etnia y raza de Juan Editar

Etnia
Hispano/Latino



Raza
Blanco/ Caucaésico

Domicilio

Usted puede actualizar la información del domicilio de Juan a continuación.

 Dirección de Juan

Editar

Juan no tiene una dirección o actualmente no tiene hogar
No

Dirección particular
123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205

La dirección postal de Juan es diferente de la dirección particular
No

Dirección postal
123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205

Residencia

Usted puede actualizar la información de residencia de Juan a continuación.

 Residencia de Juan

Editar

Estado del residente de Colorado
Sí

Información de presentación de declaración de impuestos

Edite la información de presentación de declaración de impuestos.

 Información de presentación de declaración de impuestos

Editar

¿Tiene previsto esta persona presentar una declaración de impuestos federales?
Sí

¿Cuál es la situación fiscal de esta persona?
Soltero

Deducción fiscal

No ha proporcionado ninguna información sobre las deducciones fiscales de Juan. Si tiene información que aportar al respecto, agréguela a continuación.

+ Agregar

Previo

Próximo

17

Complete las “Preguntas sobre discapacidad y atención”, si corresponde.

< <input checked="" type="checkbox"/> Información de presentación de declaración de impuestos <input checked="" type="checkbox"/>	Resumen sobre ti <input checked="" type="checkbox"/>	Preguntas sobre discapacidad y atención <input checked="" type="checkbox"/>	Preguntas sobre Medicare y SSI >
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------

i Si tiene una condición médica compleja o una discapacidad, incluso si la Administración de la Seguridad Social le ha denegado el estatus de discapacidad, por favor complete una solicitud de determinación de discapacidad de Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado). Disponible en inglés, español y en tamaño de letra grande.



Ciego o Incapacitado

*¿Alguien en su hogar es ciego o incapacitado?

Sí No



Ayuda con el cuidado personal

*¿Alguien en su hogar necesita ayuda con el cuidado personal? [Más información](#)

Sí No



Información sobre el centro médico/de enfermería

*¿Alguien se ha mudado a un centro de enfermería, cuidados intensivos, hospital o centro a largo plazo durante 30 días en los últimos 90 días?

Sí No



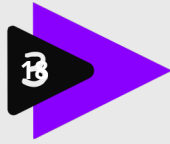
Información sobre futuro Centro médico/ Asilo de ancianos y convalecientes

*¿Alguien en su hogar necesitará mudarse a un asilo de ancianos, cuidados intensivos, hospital, hogar grupal, institución de salud mental o centro de atención a largo plazo dentro de los próximos 30 días, o necesitará atención médica en el hogar para quedarse en su hogar?




Sí No


Previo

Próximo




Complete las "Preguntas sobre Medicare y SSI", si corresponde.

 Resumen sobre ti	 Preguntas sobre discapacidad y atención	Preguntas sobre Medicare y SSI	Generalidades del programa 
----------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Medicare Parte A, Parte B, Parte C o Parte D

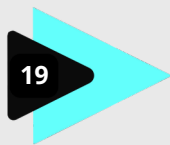
*¿Hay alguien en el hogar que recibe o puede recibir la Parte A, B, C, o D de Medicare, aunque realmente no la esté recibiendo?

Sí No




 Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)


*¿Usted o alguien en el hogar ha solicitado SSI u otros beneficios del Seguro Social?


Sí No





Seleccione otros programas a los que desee postularse, si corresponde; puede omitir esta sección.

 Preguntas sobre discapacidad y atención	 Preguntas sobre Medicare y SSI	Generalidades del programa	Resumen médico 
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------

 Para editar la información suministrada en los pasos previos, use las pestañas de progreso de la solicitud para acceder a la parte de su solicitud donde se requiere un cambio

 Programas para los que puede ser elegible

 Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP por sus siglas en inglés)






 Dado que usted solicitó el Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado), también podría calificar para SNAP. SNAP es un beneficio mensual para ayudarlo a comprar comestibles.

¿Le gustaría presentar la solicitud para SNAP ahora? Su condado lo contactará para completar una entrevista después de que presente su solicitud.

Sí No



Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta (para información médica).

  Preguntas sobre Medicare y SSI 	Generalidades del programa 	Resumen médico	Resumen de la cobertura médicos 
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Juan (33 años)

Medicare

Usted no brindó ninguna información con respecto a Medicare de Juan. Si tiene información para brindar, agréguela a continuación.

[+ Agregar](#)

Servicios y apoyo a largo plazo

Usted no ha brindado ninguna información sobre los servicios y apoyos a largo plazo de Juan. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.

[+ Agregar](#)

Discapacidad, ceguera o incapacidad para trabajar

Usted no ha brindado información sobre discapacidad, ceguera o incapacidad para trabajar de Juan. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.

[+ Agregar](#)

Condición del Ingreso del seguro suplementario (SSI o Supplemental Security Income)

Usted no agregó ninguna información con respecto al estado del Ingreso de Seguridad Suplementaria de Juan. Si tiene información para brindar sobre esto, por favor haga clic en agregar a continuación.

[+ Agregar](#)

[Previo](#) [Próximo](#)



Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta (para cobertura médica).

< ✓	Generalidades del programa ✓	Resumen médico ✓	Resumen de la cobertura médicos	Cambios en el hogar >
-----	------------------------------	------------------	---------------------------------	-----------------------

○
Juan (33 años)

Costos médicos

Usted no brindó ninguna información con respecto a los costos médicos de Juan. Si tiene información que aportar, agréguela a continuación.

+ Agregar

Acceso al seguro de salud

Usted no agregó ninguna información con respecto al acceso de Juan al seguro de salud. Si tiene información para brindar sobre esto, por favor haga clic en agregar a continuación.

+ Agregar

Póliza del seguro médico

Usted no agregó ninguna información con respecto a la póliza del seguro de salud de Juan's. Si tiene información para brindar sobre esto, por favor haga clic en agregar a continuación.

+ Agregar

Previo Próximo

23

Complete las preguntas sobre “Cambios en el hogar” si corresponde.

Resumen médico	Resumen de la cobertura médicos	Cambios en el hogar	Miembros sin seguro
----------------	---------------------------------	----------------------------	---------------------

Juan (33 años)

Seleccionar una de estas opciones le permitirá adquirir un plan o realizar cambios en su plan actual fuera del período de inscripciones abiertas o, si ya pagó su nuevo plan, durante el período de inscripciones abiertas. Esto aplica si usted tiene derecho a créditos fiscales o a reducciones de los costos compartidos, o para comprar un plan comercial de seguro de salud por medio de Connect for Health Colorado.

Pérdida de la cobertura

*¿Juan ha perdido o perderá la cobertura médica? [Más información](#)

Sí No

Obtención de cobertura

*¿Juan ha obtenido o obtendrá cobertura médica?

Sí No

Cambio en la situación legal

*¿Juan ha visto un cambio en su estado de encarcelamiento?

Sí No

Cambios en el hogar

Elija todos los cambios que pueden aplicarse al hogar:

- Se mudó a Colorado
- Muerte del cónyuge
- Muerte de un hijo dependiente
- Nacimiento, adopción o colocación en adopción
- Cambio en el domicilio permanente
- Orden de manutención de menores / Otra orden judicial
- Obtención de otro dependiente (en el hogar fiscal)
- Quitar otro dependiente (del hogar fiscal)

Cambios individuales


Elija todos los cambios que pueden aplicarse a usted:

- Matrimonio, unión civil legalmente vinculante o pareja de hecho
- Divorcio/Anulación/Separación legal
- Cambio en los ingresos

24


Complete la información de "Miembros sin seguro" si corresponde.

<	Resumen de la cobertura médicos	Cambios en el hogar	Miembros sin seguro	Condición militar	>
---	---------------------------------	---------------------	----------------------------	-------------------	---

 **Miembros no asegurados**

¿Ha habido algún miembro de su hogar que no haya estado asegurado en los últimos seis meses?

Sí No

 **Cobertura de seguro de salud privado**

¿Hay algún miembro del hogar que esté perdiendo o esperando perder la cobertura de un seguro médico privado que aún no se haya notificado?

Sí No

[Previo](#) [Próximo](#)

25

Complete la información de "Condición militar" si corresponde.

<	Cambios en el hogar	Miembros sin seguro	Condición militar	Sentencia de prisión o cárcel	>
---	---------------------	---------------------	--------------------------	-------------------------------	---

¿Hay alguien en su hogar que sea miembro activo o retirado de las fuerzas armadas?


Sí No

[Previo](#) [Próximo](#)

26

Complete la información de "Sentencia de prisión o cárcel" si corresponde.

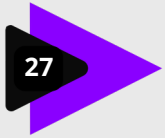
<	Miembros sin seguro	Condición militar	Sentencia de prisión o cárcel	Otra información	>
---	---------------------	-------------------	-------------------------------	-------------------------	---


Juan (33 años)

*¿Está Juan actualmente en la cárcel o prisión, o estuvo recientemente en la cárcel o prisión en los últimos 90 días?

Sí No

[Previo](#) [Próximo](#)



Complete "Otra información" si corresponde.

Condición militar Sentencia de prisión o cárcel Otra información Empleos e ingresos

Juan (33 años)

Inscripción en la Escuela

Usted no brindó ningún dato sobre la información de inscripción en la escuela de Juan. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.

+ Agregar

Condición militar

Usted no brindó ningún dato sobre la información de la condición militar. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.

+ Agregar

Sentencia de prisión o cárcel

Sentencia de prisión o cárcel

¿Juan actualmente está en prisión o en la cárcel?	¿Cuál es la fecha de la sentencia de prisión o cárcel?	Actualmente está a la espera de una decisión sobre los cargos	¿Cuál es la fecha de liberación?	Número de preso del Departamento correccional
No				

Editar Quitar

+ Agregar

Previo Próximo



Esto solo aparecerá si agrega "Inscripción en la escuela".

Inscripción en la escuela o programa de capacitación

Nos ha dicho que All está asistiendo a la escuela o que ha habido cambios en su matrícula escolar.

Escolaridad actual y futura

¿Está Juan yendo a la escuela, incluidos K-12, colegio o universidad, escuelas de oficios o programas de capacitación? [Más información](#)

Sí No

Cancelar Guardar



Esto solo aparecerá si
agrega "Estado militar".

Estado militar

Estado militar de Juan [Más información](#)

Seleccione estado militar de Juan ▼

Fecha de inicio del servicio militar

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

Fecha de finalización del servicio militar (Si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

Cancelar Guardar



Complete la sección de "Empleos e ingresos" si corresponde.

< ✓ Sentencia de prisión o cárcel ✓ Otra información ✓ Empleos e ingresos Facturas del hogar >

○
Juan (33 años)

i Informe todas las formas en que Juan gana u obtiene dinero, incluidos regalos y pagos por única vez.

Ingreso

No ha proporcionado ninguna información sobre los ingresos de Juan. Si tiene información para proporcionar sobre esto, agréguela a continuación.

+ Agregar

Ingresos, gastos y deducciones anteriores

No ha proporcionado ninguna información sobre el trabajo anterior de Juan, su autoempleo, otras fuentes de ingresos, gastos y deducciones. Si tiene información que aportar al respecto, añádala a continuación.

+ Agregar

Previo Próximo

Esto solo aparecerá si
agrega "Ingresos".



Gano dinero con

Informe todas las formas en que Juan gana dinero: [Más información](#)

Solo puede informar una fuente de ingresos a la vez.

Trabajo y empleos [Más información](#)

- Sueldos, salarios o propinas de un trabajo, incluidos los pagos por única vez, la bonificación y la indemnización por despido
- Empleo por cuenta propia (ejemplos: si obtiene un 1099, cuidado de niños o granja)
- Empleo - Otro

Desempleo y otros pagos gubernamentales [Más información](#)

- Desempleo
- Pago por parentesco
- Servicios de adopción y refugiados

Discapacidad, compensación laboral y acuerdos legales [Más información](#)

- Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI) y Seguro de Discapacidad de Seguridad Social (SSDI)
- Plan privado por discapacidad
- Compensación del trabajador
- Reclamo legal o liquidación

Ayudas, becas y estudio y trabajo [Más información](#)

- Beca
- Beca educativa
- Estudio y trabajo

Manutención de los hijos y del cónyuge [Más información](#)

- Manutención conyugal (ejemplos: pagos de manutención o pensión alimenticia)
- Manutención de los hijos

Jubilaciones, pensiones e inversiones [Más información](#)

- Plan de jubilación o pensión (ejemplos: 401K, tradicional o Roth IRA)
- Inversión (ejemplos: intereses y dividendos)
- Jubilación de Seguridad Social

Alquilar una habitación, propiedad o equipo [Más información](#)

- Una habitación

Donaciones, obsequios, préstamos, ganancias o trabajo para el comercio [Más información](#)

- Juegos de azar, lotería u otras ganancias
- Donaciones o regalos (ejemplos: ropa, comida, regalos)
- Bienes o servicios a cambio de trabajo (ejemplos: si trabaja para alguien que le da alojamiento y comida)

Continúa la sección



Ingresos de un préstamo o hipoteca

Otros [Más información](#)

Pago por participar en grupos de trabajo, juntas y comités

Otro dinero no declarado

Previo

Próximo

Esto solo aparecerá si
agrega "ingresos, gastos y
deducciones anteriores".



Ingresos, gastos y deducciones anteriores

*¿Recibió Juan durante 2023 algún ingreso de un trabajo anterior, de un trabajo por cuenta propia o de cualquier otra fuente que deba incluirse en la declaración de impuestos? [Más información](#)

Sí No

*¿Juan tuvo gastos o deducciones pasadas durante 2023 que se incluirán en su declaración de impuestos? [Más información](#)

Sí No

Cancelar

Guardar

28

Complete las “Facturas de servicios públicos y del hogar” si corresponde.

< Otra información Empleos e ingresos Facturas del hogar Resumen de la solicitud de asistencia médica >

Facturas de servicios públicos y del hogar

Usted no brindó ninguna información con respecto a las facturas de servicios públicos y del hogar. Si tiene información para brindar sobre esto, agréguela a continuación.

+ Agregar

Atención de niños y adultos

No nos ha proporcionado ninguna información sobre el cuidado de niños y adultos. Si tiene información que aportar al respecto, añádala a continuación.

+ Agregar

Previo Próximo

Esto solo aparecerá si agrega “facturas de servicios públicos y del hogar”.



¿Qué es lo que paga el hogar?

Informar todos los gastos o facturas que paga su grupo familiar de la lista a continuación.

Usted solo podrá informar una factura a la vez.

Vivienda o albergue [Más información](#)

Renta

Hipoteca o interés hipotecario

Seguro de renta o del propietario

Impuestos a la propiedad

Asociación de Propietarios (HOA o Homeowners Association)

Otro

Servicios públicos y teléfono [Más información](#)

Electricidad, calefacción o refrigeración (ejemplos: gas, propano y combustible)

Agua, cloaca y recolección de basura

Teléfono (ejemplos: teléfono celular y teléfono fijo)

Otro

Previo Próximo

Solo puede agregar uno a la vez.

Esto solo aparecerá si
agrega un gasto de
vivienda.



Facturas de vivienda o refugio

Esfuércese por brindar la información solicitada a continuación. Un trabajador de elegibilidad hará un seguimiento con usted, según sea necesario.

***Tipo de facturas de vivienda o refugio**

Seleccione tipo de facturas de vivienda o refugio ▼



Costo

***Frecuencia de facturas de vivienda o refugio**

Seleccione frecuencia de facturas de vivienda o refugio ▼

***Monto pagado** [Más información](#)

Ingrese el monto

i Si su hogar comparte esta factura con alguien (por ejemplo, un compañero de piso), indíquenos su parte de la factura.

***Fecha de facturación (si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)**

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

Cancelar

Guardar

Esto solo aparecerá si
agrega un gasto de
"Servicios públicos o de
telefonía".



Servicios públicos o de telefonía

Esfuércese por brindar la información solicitada a continuación. Un trabajador de elegibilidad hará un seguimiento con usted, según sea necesario.

***Tipo de servicios públicos o de telefonía**

Seleccione tipo de servicios públicos o de telefonía ▼

 **Costo**

***Frecuencia de servicios públicos o de telefonía**

Seleccione frecuencia de servicios públicos o de telefo. ▼

***Monto pagado** [Más información](#)

Ingrese el monto

 Si su hogar comparte esta factura con alguien (por ejemplo, un compañero de piso), indíquenos su parte de la factura.

***Fecha de facturación (si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)**

MM ▼ DD ▼ YYYY ▼

¿Algún miembro de su grupo familiar recibió beneficios del Programa de asistencia de energía para bajos ingresos (LEAP o Low-Income-Energy Assistance Program) de más de \$20 este mes o en los últimos 12 meses?

Sí No

Cancel

Save

Esto solo aparecerá
si agrega un gasto
de "Atención de
niños y adultos".



Atención de niños y adultos

Usted nos ha indicado que alguien de su familia paga o pagó recientemente por cuidados de niños o adultos en su hogar. Por favor, responda las siguientes preguntas para obtener más información sobre este gasto.



Información de la persona

*¿Quién paga por esta atención?

Seleccione ¿quién paga por esta atención?

¿Para quién es la atención?

Seleccione ¿para quién es la atención?

Motivo de la atención

Elija el motivo

*Fecha de inicio del cuidado (si no sabe la fecha exacta puede hacer una estimación.)

MM DD YYYY



Costo

*Frecuencia de la factura de atención

Seleccione frecuencia de la factura de atención

*Factura de atención El [Más información](#)

Ingrese el monto

*¿Pagó la factura completa?

Sí No

*Monto pagado [Más información](#)

Ingrese el monto



Proveedor

¿Quién recibe el pago por la atención?

Una persona Una agencia

Cancelar

Guardar



Revise la información de esta sección y asegúrese de que toda la información sea correcta (para cobertura médica).

[Empleos e ingresos](#)
[Facturas del hogar](#)
[Resumen de la solicitud de asistencia médica](#)
[Registro de votantes](#)


Miembros del hogar

Agregar, editar o eliminar miembros del hogar.


Resumen de miembros del hogar
[Editar](#)


Nombre	Apellido	Fecha de nacimiento	Género
Juan	Cruz	12/13/1989	Masculino

Direcciones


Resumen de direcciones
[Editar](#)

Individuo	Actualmente no tiene hogar	Dirección particular	Estado	Dirección postal
Juan (33)	No	123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205	Colorado	123 Street Rd, Denver, Colorado, 80205

Información de contacto


Resumen de información de contacto

Dirección de correo electrónico	Número de teléfono móvil
juancruz@gmail.com	(970)-027-3030

[Editar](#)

Programa(s) seleccionado(s)


Puede actualizar los programas seleccionados a continuación.


Resumen del Programa(s) seleccionado(s)
[Editar](#)

Individuo(s)	Programa(s) solicitado(s)
Juan (33 años)	Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado)

Información de presentación de declaración de impuestos

Edite la información de presentación de declaración de impuestos


Resumen de información de presentación de declaración de impuestos
[Editar](#)

Individuo	¿Tiene previsto esta persona presentar una declaración de impuestos federales?	¿Cuál es la situación fiscal de esta persona?	¿Esta persona vive con sus padres, pero los padres no van a presentar la declaración de impuestos conjunta?	¿Espera esta persona ser reclamada por un pariente con el que no vive la mayor parte del tiempo o no vive en absoluto?
Juan (33)	Sí	Soltero		

Continúa el resumen de la sección



Sentencia de prisión o cárcel

Edite la información de la Sentencia de prisión o cárcel a continuación.

Individuo	¿Actualmente está en prisión o en la cárcel?	Fecha de la sentencia de prisión o cárcel	Fecha de liberación	Actualmente está a la espera de una decisión sobre los cargos	Número de preso del Departamento correccional
Juan (33)	No				

[Editar](#)

Discapacidad, ceguera o incapacidad para trabajar

Usted no ha brindado información sobre discapacidad, ceguera o incapacidad para trabajar.

Servicios y apoyo a largo plazo

Usted no ha brindado ninguna información sobre los servicios y apoyos a largo plazo.

Estado del Ingreso del seguro suplementario (SSI)

Usted no agregó ninguna información con respecto al estado del Ingreso de Seguridad Suplementaria de su hogar.

Resumen de los recursos

No ha proporcionado ninguna información sobre los recursos.

Facturas de servicios públicos y del hogar

Usted no brindó ninguna información con respecto a las facturas de servicios públicos y del hogar.

Ingresos

No ha proporcionado ninguna información sobre los ingresos.

Ingresos, gastos y deducciones anteriores

No ha proporcionado ninguna información sobre el trabajo anterior, su autoempleo, otras fuentes de ingresos, gastos y deducciones.

Póliza del seguro médico

Usted no agregó ninguna información con respecto a la póliza del seguro de salud.

Acceso al seguro de salud

Usted no agregó ninguna información con respecto al acceso al seguro de salud.

[Previo](#)

[Próximo](#)

30

Salte la página “Registro de votantes” (seleccione “No”).

<	Facturas del hogar	Resumen de la solicitud de asistencia médica	Registro de votantes	Firme y presente	>
---	--------------------	----------------------------------------------	----------------------	------------------	---

¿Le gustaría registrarse para votar o actualizar su registro del votante ahora?

Sí No

También puede registrarse para votar completando y enviando por correo un formulario en papel del registro de votantes.

[Formulario de Registro de Votantes](#)

¿Necesita ayuda para completar su registro de votantes?

- Si usted se encuentra en una oficina de Servicios Humanos, Centro de Recursos, Servicios Comunitarios y requiere ayuda para llenar el registro electoral por favor pida asistencia. El personal en estas oficinas le puede ayudar.
- Si no se encuentra en ninguna de las oficinas mencionadas anteriormente y requiere ayuda, le rogamos ponerse en contacto con su oficina local del secretario del Condado.

[Previo](#) [Próximo](#)



Firme y envíe

<
✔ Facturas del hogar
✔ Resumen de la solicitud de asistencia médica
✔ Registro de votantes
✔ **Firme y presente**
>

Para presentar su nueva solicitud, necesitará

- ✔ [Lea los derechos y responsabilidades](#)
- ✔ Firma tu nueva solicitud

Si tiene un tutor legal, él o ella debe firmar a continuación. Si tiene un poder legal o un representante autorizado, usted o esa persona puede firmar esta nueva solicitud. Si alguien más lo ayuda con la nueva solicitud, debería firmar la nueva solicitud usted mismo.

Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y puede hacerse valer en la misma forma que una firma escrita.

Acordé presentar esta nueva solicitud para mí mismo y/o mi familia. Al firmar esta nueva solicitud electrónicamente, certifico que revisé esta nueva solicitud; que entiendo y estoy de acuerdo con los Derechos, Responsabilidades y Sanciones y que, bajo pena de perjurio, certifico que la información que suministré es verdadera incluida la información con respecto al estado de ciudadanía y como extranjero. Recibí información sobre cómo aplicar, cuál es la información disponible y qué es necesario que suministre en el sitio de aplicación para que me ayuden a obtener los beneficios.

- Comprendo las preguntas y las declaraciones en esta nueva solicitud.
- He leído y he comprendido mis Derechos y Responsabilidades.
- Comprendo las sanciones por dar falso testimonio o infringir las normas.
- Comprendo que la agencia puede contactar a otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y el nivel de beneficios.
- Yo entiendo que el incumplimiento en reportar o marcar cualquiera de los gastos indicados o listados será visto como una declaración de mi parte en el sentido de que yo no deseo recibir una deducción por los gastos que no están reportados o marcados.
- Comprendo que puedo ser castigado(a) por la ley si no digo la verdad completa.
- Comprendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y el mismo valor una firma escrita.

***Al seleccionar sí y escribir mi nombre a continuación, estoy firmando electrónicamente esta nueva solicitud.**

Sí No

***Nombre**

Inicial del segundo nombre

***Apellido**

Previo

Enviar

Recibirá noticias sobre su solicitud dentro de los 45 días siguientes; puede ir a la oficina de servicios humanos de su condado si no recibe respuesta o si tiene alguna pregunta.

Puede encontrar la oficina de su condado aquí:

<https://cdhs.colorado.gov/contact-your-county>