

Colorado Indigent Care Program Manual

Fiscal Year 2016-17

Section IV: Application

Effective July 1, 2016



COLORADO
Department of Health Care
Policy & Financing

Contents

ARTICLE I. C ICP Application and Worksheets in English	1
Section 1.01 C ICP 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
ARTICLE II. C ICP Application and Worksheets in Spanish	14
Section 2.01 Client Application	14
Section 2.02 Ineligibility Code Legend	16
Section 2.03 Worksheet 1 Earned and Unearned Income.....	17
Section 2.04 Worksheet 2 Net Self-Employment Income.....	19
Section 2.05 Worksheet 3 Equity in Resources	21
Section 2.06 Worksheet 4 Allowable Deductions	22
ARTICLE III. Affidavit for Lawful Presence in Englishpresence	27
Section 3.01 Affidavit for Lawful Presence in English	27
Section 3.02 Affidavit for Lawful Presence in Spanish	29
ARTICLE IV. Other	31
Section 4.01 County Codes	31
Section 4.02 Copay Category	32
Section 4.03 Ability to Pay Table	34



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

CLIENT APPLICATION

Section I: APPLICANT

Homeless Rate: _____

Today's Date: _____

Emergency Application: _____

Last Name		First Name		Middle Initial			
Address		City		Zip Code		County	Phone Number
List Household Members		Relationship Code	Date of Birth	Health First CO Number	Social Security Number	Residency Code	Health First CO/CHP+ Ineligibility Codes
1.	APPLICANT						
2.							
3.							
4.							
5.							
6.							
7.							

Notes:

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
Value	\$ _____	\$ _____
Amount Owed	\$ _____	
Equity (Value - Amount Owed) Minus Protected Portion	\$ _____ \$7,500	
5. Total Equity	\$ _____	\$ _____
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

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 CHP+
- F. **Other - Provide a brief Explanation**



COLORADO
Department of Health Care
Policy & Financing

COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 1 - Earned and Unearned Income

Payment Sources	Monthly Income	Annualized Income
-----------------	----------------	-------------------

Earned Income:

Employment Income	\$ _____	\$ _____
-------------------	----------	----------

Unearned Income:

Documented Self-Declared

Unemployment/Workers Compensation	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-----------------------------------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

Old Age Pension (OAP)	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-----------------------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

Supplemental Security Income (SSI/SSDI)	\$ _____	\$ _____	☐	☐
---	----------	----------	--------------------------	--------------------------

Retirement Plans/Pensions:

_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

Bonuses and Gifts	\$ _____	\$ _____	☐	☐
-------------------	----------	----------	--------------------------	--------------------------

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:			<u>Documented</u>	<u>Self-Declared</u>
----------------------------	--	--	-------------------	----------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

	\$		\$	☐	☐
--	----	--	----	--------------------------	--------------------------

Earned Income Total	\$		\$	
---------------------	----	--	----	--

Unearned Income Total	\$		\$	
-----------------------	----	--	----	--

Total Income	\$		\$	
---------------------	----	--	----	--

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

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

Facility	Phone
----------	-------



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

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 Application)

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	Year	Mileage	Value	Amount Owed
Vehicle 1 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 2 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 3 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 4 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 5 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 6 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehicle 7 _____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Applicant declares they own no vehicles ☐			SECTION TOTAL	\$ _____

Liquid Resources

	Value
Applicant declares they have no bank accounts ☐	
Checking Accounts	\$ _____
Savings Accounts	\$ _____
Trust Accounts	\$ _____
Certificate of Deposit	\$ _____
IRA	\$ _____
SECTION TOTAL	\$ _____

Applicant Signature _____ Date _____

Eligibility Technician Signature _____ Date _____

Facility _____ Date _____



COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

Worksheet 4 - Allowable Deductions

<u>Documented</u>	<u>Self-Declared</u>		Monthly Expenses	Annualized Expenses
☐	☐	Elderly Care	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Day Care	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Paid alimony	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Child Support	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Health Insurance Premium(s)	\$ _____	\$ _____
		Pharmaceuticals	\$ _____	\$ _____
		Use of Personal Vehicle for Business Purposes	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

*Outstanding Medical Bills from a CICIP Provider incurred more than 90 days prior to the application date. **PAYMENT PLANS MUST BE DOCUMENTED***

CICIP Provider	Date Incurred	Outstanding \$ Amount	Total Monthly \$ Amount Paid	Annualized \$ Amount
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Total from Worksheet 4.5	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

*Outstanding Medical Bills from a non-CICIP Provider incurred regardless of age. **PAYMENT PLANS MUST BE DOCUMENTED***

Non-CICIP Provider	Date Incurred	Outstanding \$ Amount	Total Monthly \$ Amount Paid	Annualized \$ Amount
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Total from Worksheet 4.5	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

Fully Paid and Single Payment Medical Expenses incurred during the past 12 months, applied as a single flat deduction to income.

MUST BE DOCUMENTED (attach receipts)

Medical Expense Description	Date Paid	Total Monthly \$ Amount Paid	Annualized \$ Amount
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

Total from Worksheet 4.5 \$

Subtotal: \$

Grand Total: \$
(use this figure on Line 10 of Section II of the application)

Applicant Signature _____ Date _____

Eligibility Technician Signature _____ Date _____

Facility _____ Phone _____

Outstanding Bills from a Non-CICP provider

[illegible]

[illegible]



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO
APLICACIÓN DE CLIENTE

SECCIÓN I : Solicitante

Tasa de Personas sin Hogar: _____

Fecha: _____

Solicitud de Emergencia: _____

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

Dirección	Ciudad	Código Postal	Provincia	Número de Teléfono	Códigos de Primera Salud/CHP+
Miembros del Hogar	Código Relación	Fecha Nacimiento	Número de Primera Salud	Número de Seguro Social	Código Residencia
1. _____ APPLICANT	_____	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____

Nota:

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	
Valor	\$ _____	\$ _____
Cantidad Debida	\$ _____	
Equidad (Valor - Cantidad Debida)	\$ _____	
Menos Cantidad Protegida	\$7,500	
5. Equidad Total	\$ _____	\$ _____
6. Recursos Totales (Hoja de Trabajo 3)	\$ _____	
7. Deducción 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 Deducciones 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): \$ _____

CLÁUSULA 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 el 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

Ineligibility Code Legend

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 CHP+
- F. **Otros - Proporcionan una breve Explicación**



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

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

Fuentes de Pago	Cantidad Mensual	Cantidad Annual		
Ingresos del Trabajo:				
Ingreso por empleo	\$ _____	\$ _____		
			<u>Documentado</u>	<u>Declarado</u>
Ingresos no Ganados:				
Desempleo/Compensación de Trabajadores	\$ _____	\$ _____	☐	☐
Subsidio de la Tercera Edad (OAP)	\$ _____	\$ _____	☐	☐
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI/SSDI)	\$ _____	\$ _____	☐	☐
Pensión de Jubilación :				
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
Bonos y Regalos	\$ _____	\$ _____	☐	☐
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:			<u>Documentado</u>	<u>Declarado</u>
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
_____	\$ _____	\$ _____	☐	☐
Total de Ingresos Salariales		\$ _____		
Total de Ingresos no Ganados		\$ _____		
Total de Ingresos		\$ _____		

_____	_____
Firma del Solicitante	Fecha

_____	_____
Firma del Técnico de Elegibilidad	Fecha

_____	_____
Establecimiento	Teléfono



COLORADO
Department of Health Care
Policy & Financing

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Cálculo 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 Cálculo 3 - Equidad de Los Recursos

Valor Vehículo del Solicitante

Vehículo	Marca/Modelo	Año	Kilometraje	Valor	Cantidad Debida
Vehículo 1	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 2	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 3	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 4	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 5	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 6	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Vehículo 7	_____	_____	_____	\$ _____	\$ _____
Solicitante declara no poseen ningún vehículo ☐				SECCIÓN TOTAL	\$ _____

Recursos Líquidos

	Valor
Solicitante declara que no tienen ninguna cuenta de Banco ☐	
Cuentas de Cheques	\$ _____
Cuentas de Ahorro	\$ _____
Cuentas de Confianza	\$ _____
Certificado de Depósito	\$ _____
IRA	\$ _____
SECCIÓN TOTAL	\$ _____

Firma del Solicitante _____ Fecha _____

Firma del Técnico de Elegibilidad _____ Fecha _____

Establecimiento _____ Teléfono _____



PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Cálculo 4 – Deducciones Permitidas

<u>Documentado</u>	<u>Declarado</u>		Cantidad Mensual	Cantidad Annual
☐	☐	Cuidado de los Ancianos	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Guardería	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Pago de Pensión por Divorcio	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Manutención de Menores	\$ _____	\$ _____
☐	☐	Pago de Seguro Médico	\$ _____	\$ _____
		Farmacia	\$ _____	\$ _____
		Uso de Vehículo Personal para Fines Comerciales	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

Facturas médicas pendientes de centro proveedor había incurrido más de 90 días antes de la fecha de solicitud. PLANES DE PAGO DEBEN SER DOCUMENTADOS

CICP Proveedor	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Total de hoja de cálculo 4.5	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

Facturas médicas pendientes desde un proveedor no CICP incurridos independientemente de su edad. PLANES DE PAGO DEBEN SER DOCUMENTADOS

Proveedor que no es de CICP	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
_____	_____	\$ _____	\$ _____	\$ _____
		Total de hoja de cálculo 4.5	\$ _____	\$ _____
		Subtotal:	\$ _____	\$ _____

Totalmente pagado y solo pago los gastos médicos incurridos durante los últimos 12 meses, que se aplica como un único plano deducción.

DEBEN SER DOCUMENTADOS (adjuntar recibos)

Descripción de Gastos Médicos	Fecha Pagado	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$
	\$	\$	\$

Total de hoja de cálculo 4.5 \$

Subtotal: \$

Gran Total: \$

(utilizar esta figura en la línea 10 de la sección II de la aplicación)

Firma del Solicitante Fecha

Firma del Técnico de Elegibilidad Fecha

Establecimiento Teléfono

Rev Julio 2016

PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

Hoja de Cálculo 4.5 – Deducciones Permitidas Continuado

Facturas Médicas Pendientes de un Proveedor CACP

CICP Proveedor	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
		\$ _____	\$ _____	\$ _____
SECCIÓN TOTAL			\$	\$

Facturas Médicas Pendientes de un Proveedor No-CICP

Proveedor que no es de CICP	Fecha Incurrida	Cantidad Pendiente	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
		\$	\$	\$
			SECCIÓN TOTAL	\$

Totalmente Pagado y Pago Solo Gastos Médicos

Descripción de Gastos Médicos	Fecha Pagado	Total Mensual Importe Pagado	Importe Anualizado
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

SECCIÓN TOTAL \$

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.
- ☐ I am not a United States citizen, but I am a Permanent Resident of the United States.
- ☐ I am not a United States citizen, but 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 "state public benefit", as that term is defined under section 24-76.5-102(3), C.R.S. (2016). I understand that state law requires me to provide proof that I am lawfully present in the United States prior to receipt of this state public benefit. I further acknowledge that making a false, fictitious, or fraudulent statement or representation in this sworn affidavit is punishable under the criminal laws of Colorado as perjury in the second degree under section 18-8-503, C.R.S. (2016) and it shall constitute a separate criminal offense each time a public benefit is fraudulently received.

Applicant Signature

Date

FOR INTERNAL USE ONLY

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.

- ☐ A current, valid Colorado driver's license or a Colorado identification card, issued pursuant to article 2 of title 42, C.R.S., unless the applicant holds a license or card that states, "Not Valid for Federal Identification, Voting, or Public Benefit Purposes", or
- ☐ Any out-of-state driver's license or state issued identification if that state requires that the Applicant prove lawful presence prior to issuance of the license or identification card, or
- ☐ A United States military card or a military dependent's identification card, or
- ☐ A United States Coast Guard Merchant Mariner card, or
- ☐ A Native American tribal document, or
- ☐ Other documentation pulled from SAVE or found on a Federal list of acceptable documentation for establishing lawful presence (see 1 CCR 204-30 sections 2.1.4 and 2.1.6)

Name of document accepted (include document number):

Date verified in SAVE (if applicable): _____

Please Note: If the applicant is a United States citizen or non-citizen national and is unable to present any of the documents listed on this form they may submit a written declaration or a third-party written declaration. These options should be used with caution.

SELF DECLARATION

I, _____, self-declare and swear or affirm under penalty of perjury, and possibly subject to later verification of status, that I am a United States citizen or non-citizen national.

Signature

Date

THIRD-PARTY DECLARATION

I, _____, swear or affirm under penalty of perjury, and possibly subject to later verification of status, that I have personal knowledge that the Applicant is a United States citizen or non-citizen national.

Signature

Date

For Colorado Department of Revenue's Lawful Presence Rule, see 1 CCR 204-30 Rule 5:
<http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6860&fileName=1%20CCR%20204-30>

States that require Applicants to prove lawful presence prior to issuing a driver's license or identification card are also called REAL ID compliant states. A list of REAL ID compliant states can be found at:

<https://www.dhs.gov/current-status-states-territories>

**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
- ☐ No soy un ciudadano de Estados Unidos pero soy residente permanente de los Estados Unidos
- ☐ No soy un ciudadano de Estados Unidos pero estoy legalmente presente en Estados Unidos bajo de la Ley Federal

Entiendo que esta declaración jurada es requerida por la ley porque he solicitado una "prestación pública estatal", como ese término se define en la sección 24-76.5-102(3), C.R.S. (2016). Entiendo que la ley estatal requiere que demuestren que estoy legalmente presente en Estados Unidos antes de recibir este beneficio público del estado. Además, reconozco hacer una declaración falsa, ficticia o fraudulenta o representación en esta declaración jurada jurada está penado por las leyes penales de Colorado como perjurio en el segundo grado en la sección 18-8-503, C.R.S. (2016) y constituirá un delito separado cada vez que fraudulentamente se recibe un beneficio público.

Firma del Solicitante

Fecha

SÓLO PARA USO INTERNO

Por favor marque la casilla que indica que documento se verificó presencia legal y fotocopia del documento en el archivo del solicitante.

- ☐ Un válido y corriente licencia de conductor de Colorado o un Colorado tarjeta de identificación, emitido de conformidad con el artículo 2 del título 42, C.R.S., a menos que el solicitante es titular de una licencia o tarjeta que dice, "no son válidos para identificación federal, votar o beneficio público", o
- ☐ Un licencia de cualquier conducir fuera del estado o estado emitido identificación si ese estado requiere que el solicitante probar presencia legal antes de la expedición de la licencia o tarjeta de identificación, o
- ☐ Una tarjeta militar de Estados Unidos o tarjeta de identificación de dependiente militar o
- ☐ Una tarjeta de Estados Unidos guardacostas Merchant Mariner, o
- ☐ Un documento tribal americano nativo, o
- ☐ Otra documentación tirado de SAVE o se encuentran en una lista Federal de documentación aceptable para establecer presencia legal (véase 1 CCR 204-30 secciones 2.1.4 y 2.1.6)
Nombre de document aceptado (incluir número):

Fecha verificado en SAVE (si corresponde): _____

Por favor nota: Si el solicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional y es incapaz de presentar cualquiera de los documentos listado en este formulario puede enviar una declaración escrita o un declaración por escrito del tercero. Estas opciones deben usarse con precaución. El solicitante debe firmar abajo.

Declaración del uno mismo

Yo, _____ mismo-declara y juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que yo soy un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

Tercero Declaración

Yo, _____ juro o afirmo bajo pena de perjurio y posiblemente sujeta a verificación posterior de la situación, que tengo conocimiento personal que el solicitante es un ciudadano o no ciudadano nacional.

Firma del Solicitante

Fecha

Estado de presencia legal del Departamento de ingresos de Colorado, véase 1 CCR 204-30 regla 5:

<http://www.sos.state.co.us/CCR/GenerateRulePdf.do?ruleVersionId=6860&fileName=1%20CCR%20204-30>

Estados que requieren los aspirantes probar presencia legal antes de la expedición de licencia de conducir o tarjeta de identificación también se llaman Estados compatibles con ID REAL. Una lista de Estados conformes ID REAL puede encontrarse en:

<https://www.dhs.gov/current-status-states-territories>

ARTICLE IV. Other

County Codes

01 Adams	24 Gilpin	47 Park
02 Alamosa	25 Grand	48 Phillips
03 Arapahoe	26 Gunnison	49 Pitkin
04 Archuleta	27 Hinsdale	50 Prowers
05 Baca	28 Huerfano	51 Pueblo
06 Bent	29 Jackson	52 Rio Blanco
07 Boulder	30 Jefferson	53 Rio Grande
08 Chaffee	31 Kiowa	54 Routt
09 Cheyenne	32 Kit Carson	55 Saguache
10 Clear Creek	33 Lake	56 San Juan
11 Conejos	34 La Plata	57 San Miguel
12 Costilla	35 Larimer	58 Sedgwick
13 Crowley	36 Las Animas	59 Summit
14 Custer	37 Lincoln	60 Teller
15 Delta	38 Logan	61 Washington
16 Denver	39 Mesa	62 Weld
17 Dolores	40 Mineral	63 Yuma
18 Douglas	41 Moffat	64 Broomfield
19 Eagle	42 Montezuma	
20 Elbert	43 Montrose	
21 El Paso	44 Morgan	
22 Fremont	45 Otero	
23 Garfield	46 Ouray	

Copay Category

CICP Rating	Percent of FPL	Ambulatory Surgery	Inpatient Facility	Inpatient Physician	Emergency Room Physician	Emergency Room	Emergency Transportation
Z¹	40%	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
N²	40%	\$15	\$15	\$7	\$7	\$15	\$15
A	62%	\$65	\$65	\$35	\$35	\$25	\$25
B	81%	\$105	\$105	\$55	\$55	\$25	\$25
C	100%	\$155	\$155	\$80	\$80	\$30	\$30
D	117%	\$220	\$220	\$110	\$110	\$30	\$30
E	133%	\$300	\$300	\$150	\$150	\$35	\$35
F	159%	\$390	\$390	\$195	\$195	\$35	\$35
G	185%	\$535	\$535	\$270	\$270	\$45	\$45
H	200%	\$600	\$600	\$300	\$300	\$45	\$45
I	250%	\$630	\$630	\$315	\$315	\$50	\$50

CICP Rating	Percent of FPL	Clinic	Specialty Outpatient	Prescription	Laboratory	Radiology & Imaging
Z³	40%	\$0	\$0	\$0	\$0	\$0
N⁴	40%	\$7	\$15	\$5	\$5	\$5
A	62%	\$15	\$25	\$10	\$10	\$10
B	81%	\$15	\$25	\$10	\$10	\$10
C	100%	\$20	\$30	\$15	\$15	\$15
D	117%	\$20	\$30	\$15	\$15	\$15
E	133%	\$25	\$35	\$20	\$20	\$20
F	159%	\$25	\$35	\$20	\$20	\$20
G	185%	\$35	\$45	\$30	\$30	\$30
H	200%	\$35	\$45	\$30	\$30	\$30
I	250%	\$40	\$50	\$35	\$35	\$35

¹ Clients with a “Z” CICP rating are exempt from CICP copays

² Clients with an “N” CICP rating have an annual copay cap of up to \$120

³ Clients with a “Z” CICP rating are exempt from CICP copays

⁴ Clients with an “N” CICP rating have an annual copay cap of up to \$120

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

- The **Ambulatory Surgery** copay is required for charges related to non-physician (facility) 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 Facility** 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.
- The **Inpatient or 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 **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.
- Clients receiving emergency transportation/ambulance services from CICP providers approved to discount such services are responsible for the **Emergency Transportation** copay.
- 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 **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 either the **Outpatient Specialty or Emergency Room** copay.
- The **Prescription** copay is required for prescription drugs received at a qualified CICP health care provider's pharmacy.
- The **Laboratory** 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.
- The **Radiology and Imaging Services** copay is required for charges related to radiology and imaging services in the **Clinic or Specialty Outpatient setting**.

Ability to Pay Table

Family Size	Z	N	A	B	C	D
1	\$0 - \$4,752	\$0 - \$4,752	\$4,753 - \$7,366	\$7,367 - \$9,623	\$9,624 - \$11,880	\$11,881 - \$13,900
2	\$0 - \$6,408	\$0 - \$6,408	\$6,409 - \$9,932	\$9,933 - \$12,976	\$12,977 - \$16,020	\$16,021 - \$18,743
3	\$0 - \$8,064	\$0 - \$8,064	\$8,065 - \$12,499	\$12,500 - \$16,330	\$16,331 - \$20,160	\$20,161 - \$23,587
4	\$0 - \$9,720	\$0 - \$9,720	\$9,721 - \$15,066	\$15,067 - \$19,683	\$19,684 - \$24,300	\$24,301 - \$28,431
5	\$0 - \$11,376	\$0 - \$11,376	\$11,377 - \$17,633	\$17,634 - \$23,036	\$23,037 - \$28,440	\$28,441 - \$33,275
6	\$0 - \$13,032	\$0 - \$13,032	\$13,033 - \$20,200	\$20,201 - \$26,390	\$26,391 - \$32,580	\$32,581 - \$38,119
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	\$13,901 - \$15,800	\$15,801 - \$18,889	\$18,890 - \$21,978	\$21,979 - \$23,760	\$23,761 - \$29,700
2	\$18,744 - \$21,307	\$21,308 - \$25,472	\$25,473 - \$29,637	\$29,638 - \$32,040	\$32,041 - \$40,050
3	\$23,588 - \$26,813	\$26,814 - \$32,054	\$32,055 - \$37,296	\$37,297 - \$40,320	\$40,321 - \$50,400
4	\$28,432 - \$32,319	\$32,320 - \$38,637	\$38,638 - \$44,955	\$44,956 - \$48,600	\$48,601 - \$60,750
5	\$33,276 - \$37,825	\$37,826 - \$45,220	\$45,221 - \$52,614	\$52,615 - \$56,880	\$56,881 - \$71,100
6	\$38,120 - \$43,331	\$43,332 - \$51,802	\$51,803 - \$60,273	\$60,274 - \$65,160	\$65,161 - \$81,450
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	\$106,74 - \$133,425
12	\$67,311 - \$76,515	\$76,516 - \$91,473	\$91,474 - \$106,431	\$106,432 - \$115,060	\$115,06 - \$143,825
13	\$72,178 - \$82,048	\$82,049 - \$98,087	\$98,088 - \$114,127	\$114,128 - \$123,380	\$123,38 - \$154,225
14	\$77,046 - \$87,581	\$87,582 - \$104,702	\$104,703 - \$121,823	\$121,824 - \$131,700	\$131,70 - \$164,625
15	\$81,913 - \$93,113	\$93,114 - \$111,316	\$111,317 - \$129,519	\$129,520 - \$140,020	\$140,02 - \$175,025
16	\$86,780 - \$98,646	\$98,647 - \$117,930	\$117,931 - \$137,215	\$137,216 - \$148,340	\$148,34 - \$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. 3/2016