

VERIFICACION DE LA INFORMACION

Sírvase proporcionar la mayor cantidad de la siguiente información como sea posible. Todas las facturas y comprobantes de la información debe ser actual. Le informaremos si necesitamos alguna otra información en el momento de su aplicación sea procesada o en el momento de la entrevista. *Si usted tiene un patrocinador, usted puede necesitar una prueba de ingresos de su patrocinador y los recursos.*

1. PRUEBA DE TODOS LOS INGRESOS RECIBIDOS POR USTED O OTROS MIEMBROS DE SU HOGAR.

El ingreso es cualquier dinero que su hogar recibe. Prueba de ingresos pueden incluir, pero no limitado a:

Salarios / Propinas	Pensión de Jubilación	Ingresos de Alquiler
Beneficios de Veteranos	Seguridad Social	Interés del ahorro, CD, etc.
Manutención de Niños	Asignación Militar	Inquilino / Huésped
Inquilino / Huésped	Colorado Works en efectivo	Trabajo por su cuenta propia
Préstamos para la Educación /Subvención		
Pensión alimenticia / Mantenimiento		
Regalos / Subsidios / Contribuciones		

2. NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL (SSN).

El número de Seguro Social o prueba de solicitar un número de Seguro Social debe ser proporcionada para cada miembro solicitando beneficios. Si un miembro no desea aplicar para los beneficios o no tiene uno no es necesario.

3. PRUEBA DE EDAD E IDENTIDAD.

Usted puede ser requerido proporcionar una identificación para usted y para todos los miembros de la familia que solicita beneficios tales como:

Certificado de nacimiento	Identificación para beneficios de salud
Registro Bautismal	Identificación del trabajo
Pasaporte de EE.UU.	Otros tipos de documentación
Licencia de Conducir	

Tarjetas de identidad para ciudadanos de los EE.UU. (CIS-I-179 o de la CEI-I-197)
Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (CIS formulario N-560 o NH-561)
Certificado de Naturalización (CIS formulario N-550 o N-570)
Certificado de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de los EE.UU.
(Departamento de Estado de las formas FS-545 o DS-1350)

4. PRUEBA DE CIUDADANÍA Y RESIDENCIA.

Usted puede ser requerido a proporcionar prueba de ciudadanía y residencia.

Si usted es un ciudadano de los EE.UU., puede ser obligado a ofrecer la prueba, tales como:

Certificado de nacimiento	Identificación para beneficios de salud
Registro Bautismal	Identificación del trabajo
Pasaporte de EE.UU.	Otros tipos de documentación
Licencia de Conducir	

Formas de Servicios de Ciudadanía e Inmigración (CIS), tales como:

Tarjetas de identidad para ciudadanos de los EE.UU. (CIS-I-179 o de la CEI-I-197)
Certificado de Ciudadanía de los EE.UU. (CIS formulario N-560 o NH-561)
Certificado de Naturalización (CIS formulario N-550 o N-570)
Certificado de nacimiento en el extranjero de un ciudadano de los EE.UU.
(Departamento de Estado de las formas FS-545 o DS-1350)

Si usted no es no un ciudadano legal, puede ser obligado a ofrecer prueba de su estado, tales como:

Documentos del CIS

I-551 Tarjeta de Residente Extranjero

I-94 de Entrada / Salida

I-688B o I-766 Documento de Autorización de Empleo

Una carta de la CIS para indicar el estado de una persona

5. PRUEBA DE RECURSOS. (No se requiere para Colorado Works)

Usted puede ser requerido a proporcionar la prueba de recursos. Prueba de recursos pueden incluir, pero no están limitados a:

Vehículos	Fondos Fiduciarios	Cuenta de Cheques / Ahorros
Propiedad Inmueble	Seguros de Vida	Otros
Acciones y bonos	Seguros de entierro	
Fondos para el Retiro	Propiedad dónde usted no vive	

6. COMPROBANTE DE LOS GASTOS.

Usted puede ser requerido presentar pruebas de los gastos del hogar. Prueba de gastos pueden incluir, pero no están limitados a:

Utilidades	Pagos de manutención infantil
Gastos médicos	Gastos de cuidado de niños
Gastos de alquiler o hipoteca	
Gastos de la atención de los miembros del hogar con discapacidad	

7. ARREGLOS DE VIVIENDA. (Para Asistencia Alimentaria únicamente)

Si usted vive con otras personas en la misma casa, una explicación de su organización de la vida será útil. Se debe incluir la forma de comprar y preparar los alimentos y cómo se pagó el alquiler o la hipoteca y servicios públicos.

8. INFORMACIÓN DEL MANUTENCIÓN AL NIÑO. (Solamente para Asistencia Alimentaria y Colorado Works)

Si un padre a su hijo (s) está fuera de la casa, usted debe traer copias de las órdenes de la corte. Estas órdenes son órdenes de la corte la participación de un divorcio, manutención infantil o el establecimiento de paternidad. Además de los números de seguro social para usted y sus hijos, por favor proporcione el número de seguridad social (s) del padre ausente (s), si está disponible.

Lo que Debo Saber - Mis Derechos y las Responsabilidades

Completando y firmar este Estado de forma de reaplicación de Colorado y otros documentos requirió a determinar si puedo conseguir los beneficios Y aceptando esos beneficios que puedo conseguir, comprendo y acepto la información siguiente:

- Tengo el derecho de aplicar otra vez para cualquier tipo de ayuda financiera y/o médica y para ver si yo todavía puedo conseguir los beneficios.
- **Tengo el derecho de aplicar otra vez para beneficios sometiéndose una aplicación para la ayuda siempre que tengan mi nombre, la dirección y la firma. Puedo mandar esta aplicación por correo, deja caer lejos en la oficina, o por un representante autorizado. Si todos en mi casa reciben SSI, yo puedo aplicar otra vez para beneficios en la oficina local de Seguridad social.**
- Tengo el derecho de pedir ayuda a conseguir prueba para ver si yo todavía puedo conseguir los beneficios.
- Yo no tengo que dar información en el estatus de ciudadanía ni inmigración de miembros de la familia que no piden los beneficios. Entiendo que yo tengo que entregar información sobre el estatus de inmigración, o la condición de ciudadanía, de miembros de mi familia que ESTÁN solicitando beneficios. También entiendo que la información sobre el estatus de inmigración/ ciudadanía puede verificarse a través del sistema SAVE (Systematic Alien Verification for Entitlements) y que la información recibida puede afectar un cambio en la elegibilidad, o los beneficios, de mi hogar.
- Tengo el derecho para mi información para permanecer confidencial (privado). **Comprendo que mi firma en esta forma autoriza Federal, el Estado, y funcionarios locales contactar a otras personas u organizaciones para verificar y compartir la información que di.** Permitiré el departamento para utilizar números del seguro social y otra información de mi aplicación para solicitar y recibir información o registros para verificar la información en mi aplicación. Suelto el departamento de toda la obligación para compartir esta información con otras agencias para este fin.
- Debo dar el departamento toda la prueba y los documentos necesitados antes que pueda ver si yo todavía puedo conseguir los beneficios.
- **Si doy información falsa, o información de cuero, a propósito para que yo y/o mis miembros de la familia podamos conseguir los beneficios, o conseguir más beneficios que debo conseguir, los YO/ NOSOTROS debemos pagar la espalda de programas para cualquier beneficio recibido. Es un crimen de conseguir los beneficios que YO/NOSOTROS no debemos conseguir. Este crimen puede ser castigado bajo estado y/o ley federal por multas, tiempo de prosecución y/o cárcel.**
- Debo trabajar con estado y personal federal si mi caso es revisado. Mi casa no conseguirá los beneficios de alimento si me niego a trabajar con el personal para revisar mi caso. Una revisión puede ser una revisión de control de calidad.
- Comprendo que el departamento me dirá por escrito cómo y para informar Cuándo cualquier cambio para cada uno de los programas que recibo los beneficios.
- Si tengo otro seguro, que seguro pagará mis cuentas médicas primero y mi Ayuda Médica pagará último. Debo decir el departamento acerca de nuevo alcance de seguro de enfermedad.
- Yo no puede utilizar los beneficios de ayuda de alimento para comprar artículos no comida. Ejemplos no comida de artículo son: las bebidas del alcohol, el tabaco, boletos de lotería, la munición, los explosivos y sustancias controladas.
- Yo no puede comerciar, puede vender, puede obtener ni puede cambiar mis beneficios de ayuda de alimento a nadie que no es autorizado a utilizarlos para mi casa. Para hacer esto puede ser considerado ‘ ‘ traficando con drogas.’ ’
- Yo no puede utilizar otra persona beneficios de ayuda de alimento para mi casa.
- Yo no le puede dar mis beneficios de ayuda de alimento a alguien que no es parte de mi casa.
- Comprendo que cualquiera en mi casa que rompe cualquiera de estas reglas puede perder a propósito ayuda de alimento y/o beneficios de Trabajos de Colorado. Yo, o los miembros de mi familia podemos perder estos beneficios para las razones y el plazo de tiempo siguientes:
 - **Si yo o cualquiera en mi casa rompe intencionalmente las reglas de programa, yo puedo perder los beneficios por 12 meses para el primer delito, 24 meses para la segunda ofensa, y permanentemente para la tercera ofensa;**
 - **Si yo o cualquiera en mi casa infringe el reglamento a propósito, yo puedo perder los beneficios durante 1 años, reciben una multa hasta \$250.000, y o es encarcelado hasta 20 años. Yo, o cualquiera en mi casa, también puede ser impedido del Programa para**

un adicionales 18 meses por mandato judicial;

- **Si yo o cualquiera en mi casa utiliza o recibe los beneficios en una transacción que implica la venta de una sustancia controlada, yo puedo perder mis beneficios durante 2 años para el primer delito y permanentemente para la segunda ofensa;**
- **Si yo o cualquiera en mi casa utiliza o recibe mis beneficios en una transacción que implica la venta de fusiles, la munición o los explosivos, yo perderé mis beneficios permanentemente;**
- **Si yo o cualquiera en mi casa traficó con drogas los beneficios para una cantidad de \$500 o más, como determinado por un tribunal de justicia, yo perderé mis beneficios permanentemente;**
- **Si yo o cualquiera en mi casa ha recibido múltiples beneficios distorsionando mi identidad o la residencia, yo perderé mis beneficios durante 10 años.**

Comprendo que eso conseguir ayuda de alimento, todos los miembros de mi casa que son requeridas a registrar para el trabajo debe asistir todas las citas planificada con el Empleo Primero y completa cualquier Empleo Primero tareas. Cualquiera que no mantiene el Empleo Primero citas ni completa el Empleo Primero tareas no pueden poder conseguir ayuda de alimento.

Comprendo que si soy un adulto entre las edades de 18 y 49, con ningunos niños bajo la edad de 18 en mi casa, yo puedo poder conseguir los beneficios de ayuda de alimento por sólo 3 meses durante los próximos 3 años a menos que:

- Trabajo en un trabajo 80 horas cada mes y el informe que información al Empleo Primero;
- Trabajo todas las horas asignadas por mi Empleo Primero oficina, inclusive Workfare u otras actividades;
- Tengo prueba médica que estoy físicamente o mentalmente incapaz de trabajar;
- Soy dicho por el departamento que soy exento.

Comprendo que el departamento utilizará las respuestas que di en esta forma de reaplicación para ver si yo todavía puedo conseguir los beneficios y si mi cantidad del beneficio cambia. Comprendo que el departamento permitirá que sepa si mi cantidad del beneficio ha cambiado y lo que la nueva cantidad es. Si pienso que el departamento cometió un error, yo puedo pedir una Audición de Feria. El departamento me dirá por escrito de cómo pedir una Audición de Feria.

La información doméstica de la violencia y servicios están disponibles a usted. Si usted jamás se siente que está en la llamada inmediata de peligro 911. Si querría recibir información con respecto a la seguridad y servicios para usted y para su familia en Colorado, la Coalición de la llamada Colorado Contra Violencia Doméstica en 303-831-9632 o peaje liberta en 1-888-778-7091. Usted también puede encontrar la ubicación de servicios cerca de usted yendo a <http://www.colorado.gov/apps/cdhs/dvs>. Para la información sobre servicios en Colorado así como otros estados llama la Línea Directa Doméstica Nacional de Violencia en 1-800-799-SAFE (7233) o TTY 1-800-787-3224 o va a <http://www.ndvh.org>. La mayoría de los programas domésticos de violencia proporcionan: refugio de emergencia, apoyo de teléfono, la información sobre violencia doméstica, y sobre las referencias; la seguridad que planea; los grupos de apoyo; los servicios de niños. Algunos programas domésticos de la violencia ofrecen ayuda con tales cosas como órdenes de protección, archivando para el divorcio, yendo a cortejar; envoltura de transición; y aconsejar.

- Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

STATE OF COLORADO



**Aviso de Redeterminación
Usted debe De Actuar Ahora**

RETURN AS SOON AS POSSIBLE

Fecha: _____
CBMS # o SSN #: _____
Nombre: _____
Dirección: _____

Regrese su información a:
El Paso County Dept. of Human Services
1675 GARDEN OF THE GODS RD
COLORADO SPRINGS CO 80907-9444

Programas: Food Assistance

Para determinar si usted todavía califica para recibir los beneficios, por favor conteste las preguntas, firme, ponga la fecha y regrese el formulario.

Cualquier cambio reportado puede resultar en una reducción o terminación de los beneficios. Entregar este formulario después de la fecha límite puede resultar en un retraso de los beneficios expedidos. He leído esta forma para renovar mis beneficios y según mi propio entendimiento, mis respuestas son verdaderas. Esta información incluye a las personas que viven en mi hogar, información de ciudadanía y no-ciudadanía. He reportado todas las fuentes de ingresos, dinero en efectivo y las propiedades que recibo o poseo. Comprendo y acepto la información proporcionada en la pagina titulada "Lo Que Debo Saber".

Firma aquí: _____ **Fecha:** _____

Su número de telefono para llamarle: _____

Se mudó de domicilio? Sí No

Si se mudó, cual es su nuevo domicilio? _____

Por favor conteste esta sección:

En su casa hay un inmigrante o trabajador temporal? Sí No
El dinero (antes de deducciones) que recibirá este mes es menos Sí No
de \$150.00
Todo el dinero que tiene, en efectivo y en cuentas bancarias es menos Sí No
de \$100.00?
Son sus gastos mensuales de vivienda y utilidades más que el ingreso total? (Ingreso es: la suma de dinero mensual incluyendo efectivo, dinero que recibe como regalo y su dinero en cuentas bancarias)? Sí No

Conteste en páginas adicionales si usted no puede escribir sus respuestas en el espacio proporcionado.

Las personas que viven con usted

Nombre y Apellidos	Relación a usted	Fecha de nacimiento	Macho/Hembra Fecha	¿Hace estos beneficios de necesidad de persona?	Las personas que no desean los beneficios no Tienen que contestar Estas preguntas.		
					Numero de Seguro Social	Ciudadano Americano	Grupo Etnico
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	
				Y N		Y N	

*La Etnicidad es opcional. Las opciones incluyen: Asia=A, Hispano/Latino=H, Indio, Americano/Alaska, Nativo AI, Blanco=W, Nativo Hawaiano/Isla del Pacifico=NH, Negro/Africano=B, Otro=O

*Macho/Hembra es opcional

Quien compra los alimentos y come con usted? _____

Alguien en su hogar está embarazada? Sí No Quién? _____

Fecha en que dará a luz? _____ Cuántos bebés espera?

Escriba el _____ nombre del _____ padre:

Para una decisión más rápida mande verificación de su embarazo con fecha que va a dar a luz.

Hay alguien en el hogar, de 18 años o mayor, en la escuela? Sí No

Quién? _____

Hay alguien en el hogar, de 18 años o mayor, que no va a la escuela en este momento (excluyendo descansos)? Sí No

Quién? _____

Hay algún miembro en su hogar: En la cárcel/prisión Asilo de ancianos

Albergue Comunitario En Rehabilitación Un criminal condenado

Que no cumple con los términos de su condena, que ocurrió en fecha de o después del 07/02/2014, por uno o más de lo siguiente: abuso sexual con agravantes, asesinato, explotación sexual y/o abuso de un menor(es), o agresión sexual.

Un criminal fugitivo, un violador en libertad condicional o violador de persona en libertad condicional.

Si, sí, proporcione el nombre de la persona en el hogar y la fecha que esto sucedió:

El dinero en su hogar:

Díganos sobre todo el dinero en su hogar:

Nadie en mi hogar tiene ingresos

Algun miembro de su hogar perdió el trabajo en los pasados 60 días? Sí No

Quién? _____ Cuándo? _____
 Nombre de empleador: _____ Número de teléfono de empleador: _____
 La fecha que recibió su último cheque: _____ La cantidad de su último cheque: \$ _____

Alguien en su hogar está en huelga: Sí No
 Quién? _____ Cuándo? _____
 Hay algún otro tipo de entrada de dinero en su hogar? Sí No

Ejemplos: Desempleo, manutención de hijos, jubilación, beneficios de seguro social, beneficios de veteranos, regalo monetario, trabajo a cambio de alquiler/renta, compensación al trabajador, pensión o incapacidad.

La persona que recibe tal dinero:	De donde viene ese Dinero?	Cantidad	Con qué frecuencia se recibe?

Debe enviar verificación de todo el dinero que entra al hogar. Haremos una decisión más rápida si envía sus verificaciones con este formulario.

Las cosas que usted paga:

Díganos acerca de cualquier cambio en las cosas que usted paga: Yo no tengo cambios

Por favor díganos si usted tiene cualquier cambio en lo que usted paga de renta/hipoteca, aseguranza de casa, impuestos de la propiedad, pago de asociación, las utilidades, el cuidado de niños o adultos, gastos médicos y manutención de hijos ordenado por la corte o alguna otra cosa nueva que usted paga.

Tipo de Gasto	Frecuencia	Cantidad que usted Pagaba:	Cantidad que ahora	Con que se paga?
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

Debe enviar comprobantes de las cosas que paga. Haremos una decisión más rápida si envía sus verificaciones con este formulario.

¿Recibió LEAP en los últimos 12 meses calendario? Si No

Si yo no informo y proporciono prueba solicitada de renta, hipoteca, gastos de albergue, aseguranza de propiedad, la orden de la corte de manutención de los hijos, el cuidado de niños o adultos y los gastos médicos pagados por personas mayores o personas incapacitadas, yo estoy indicando que yo no deseo que ese gasto específico sea utilizado como una deducción para determinar mi cantidad de beneficio alimenticio.

Díganos de todo dinero de usted o cualquier persona en su hogar. Si usted o cualquiera en su hogar trabaja, por favor conteste lo siguiente:

La persona Que trabaja	El nombre del Empleador y su Número de teléfono	Con qué frecuencia se le paga	Cuánto recibe antes de deducciones
			\$
			\$
			\$

Las cosas que usted posee

Si recibe Asistencia Financiera para Adultos, Asistencia Médica para Adultos, El Programa de Ahorros de Medicare o los Beneficios de Cuidado a Largo Plazo:

Por favor díganos acerca de las cosas que posee:

Por favor díganos si tiene dinero en efectivo, cuentas bancarias, inversiones, anualidades, aseguranzas, notas promisorias, (terrenos y/o casas), pagarés, vehículos, cuentas de retiro o jubilación y si tiene nuevas cosas que usted posee.

Tipo	Valor	Valor Actual	El nombre de la persona que Posee el artículo/cuenta
	\$	\$	
	\$	\$	
	\$	\$	

Debe enviar verificación de todo el dinero que recibe en su hogar. Haremos una decisión mes rápida si envía las verificaciones con este formulario.

Usted ha regalado algo de valor desde la última vez que aplicó o recertificó? Sí No

La persona quien regaló: _____

Qué fue regalado y cuándo? _____ Valor: \$ _____

Si recibe beneficios de Asistencia Médica y/o CHP +:

Alguien en el hogar tiene cambios en su aseguranza de salud médica? Sí No

Quién? _____ Que cambió? _____

Deténgase aquí si sólo recibe Asistencia para alimentos, Asistencia financiera para adultos (OAP, AND, etc.) o Colorado Works. Si recibe Asistencia médica, responda estas preguntas adicionales.

A partir del 1 de octubre de 2013, los cambios en la ley federal requieren que Colorado haga preguntas adicionales sobre usted y su familia. Hemos identificado que usted no ha proporcionado la información requerida a partir del 1 de octubre de 2013.

Instrucciones: Por favor complete las preguntas a continuación para usted, su cónyuge/pareja del mismo sexo, y niños que viven con usted y/o cualquier persona incluida en su misma declaración federal de impuestos, en caso de que usted haga la declaración fiscal. Si no hace una declaración fiscal, de todos modos deberá agregar a los miembros de su familia que viven con usted. Use más hojas si es necesario.

Envíe esta carta a la persona y dirección indicada arriba, o si lo prefiere la puede registrar en Peak Redetermination, accediendo al sitio <http://coloradopeak.force.com/>.

¿Usted Planea Completar una Declaración de Impuestos Federales el PRÓXIMO AÑO?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1-3 <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, conteste la pregunta 3	<i>Todavía puede aplicar para Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program), CHP+, o seguro (aseguranza) de salud aún si no completa una declaración de impuestos federales.</i>
1. ¿Va a completar una declaración junto con su cónyuge?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de su cónyuge <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Va a reclamar dependientes en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de sus dependientes <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Va a ser reclamado como depende en la declaración de impuestos de alguien más?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de la persona que lo va a reclamar <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es su relación con la persona que lo va a reclamar?	

¿Alguien Más en su Hogar Tiene Plan de Completar Una Declaración de Ingresos Federales el PRÓXIMO AÑO?	<input type="checkbox"/> Sí Si la respuesta es sí, conteste las preguntas 1-3 <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es no, conteste la pregunta 3	<i>Todavía puede aplicar para Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program), CHP+, o seguro (aseguranza) de salud aún si no completa una declaración de impuestos federales.</i>
Nombre		
1. ¿Va a completar una declaración junto con su cónyuge?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de su cónyuge <input type="checkbox"/> No	
2. ¿Va a reclamar dependientes en su declaración de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de sus dependientes <input type="checkbox"/> No	
3. ¿Va a ser reclamado como depende en la declaración de impuestos de alguien más?	<input type="checkbox"/> Sí Si sí , por favor escriba el nombre completo legal de la persona que lo va a reclamar <input type="checkbox"/> No ¿Cuál es su relación con la persona que lo va a reclamar?	