

2017 Formulario de Admisión para Clientes

Actualizado 10. Febrero, 2017

Datos Basicos del Cliente:			Fecha de Evaluación: / /	
*Nombre:	*Apellido:	Inicial del Segundo nombre:		
*Fecha de nacimiento: / /	Edad:	*Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Otro	¿Es usted veterano militar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Cuál es su idioma principal?	*¿Cuál es Su raza?		*¿Es usted hispano o latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*¿Usted tiene una discapacidad visual (no se puede corregir con lentes)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Usted recibe Medicaid? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
*¿Usted vive solo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Usted es casado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		¿Cuántas personas viven en su casa?	
¿Cuál es su ingreso mensual?			¿Cuál es el ingreso mensual del hogar?	
*¿Si usted vive solo, es su ingreso mensual abajo de \$1,005? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			*¿Si usted tiene pareja, es el ingreso mensual del hogar abajo de \$1,353? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Usted use algun dispositivo auxiliar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Si contesta sí, cuales? _____	
*Dirección residencial (número, calle):			Dirección postal (calle/Apdo postal):	
*Apartamento (si es aplicable):			Ciudad postal:	
*Ciudad residencial:			Estado postal, código postal:	
*Estado residencial, código postal:			Dirección de correo electrónico:	
*Condado residencial:				
* Teléfono principal (incluyendo la AREA):			Teléfono secundario (incluyendo la AREA):	
Contacto de emergencia:			Relación:	Número telefónico:
¿Como se enterarán de estos servicios?				
<input type="checkbox"/> Folleto de AAA <input type="checkbox"/> Hoja informative de AAA <input type="checkbox"/> Canal 9 Senior Source (TV) <input type="checkbox"/> Sitio de comida congregam <input type="checkbox"/> De un Cliente actual <input type="checkbox"/> De un Amigo/Persona familiar <input type="checkbox"/> Feria de Mayores <input type="checkbox"/> Por casualidad <input type="checkbox"/> Sitio Web <input type="checkbox"/> Otro _____				
¿Quiere enterarse de otros servicios? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			¿Si contesta sí, como podemos comunicarnos? <input type="checkbox"/> Correo <input type="checkbox"/> Correo Electronico <input type="checkbox"/> Teléfono	
¿Cuándo es el mejor tiempo para contactar ustedes?			Por favor, dinos cuales otros servicios quiere recibir:	

He sido informado de las políticas sobre contribuciones voluntarias, quejas, y derechos de apelación. Estoy al tanto que para recibir servicios solicitados, puede ser necesario compartir información con otros departamentos or proveedores de servicios y adjunto doy mi consentimiento. (Si llenado por asesor o telefono, por favor marque aquí y firme abajo).

Firma _____

Fecha _____

Soló uso de oficina: Llenado por _____

Fecha _____



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

DECLARACIÓN JURADA DE PRESENCIA LEGAL

PROGRAMA DE SALUD DENTAL DE COLORADO PARA PERSONAS MAYORES DE BAJOS INGRESOS

Yo, _____, juro de afirmar bajo pena de perjurio bajo las leyes del estado de Colorado que **(marque uno)**:

- Soy un ciudadano de Estados Unidos
- 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 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:

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): _____



COLORADO

Department of Health Care
Policy & Financing

DECLARACIÓN DEL UNO MISMO Y TERCERA DECLARACIÓN

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.

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:

Fecha:

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:

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>