

# **COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**FISCAL YEAR 2008**

**MANUAL**

**SECTION VI:**

**CLIENT APPLICATION**

**EFFECTIVE: JULY 1, 2007**

# COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM (CICP) CLIENT APPLICATION

Check if Emergency Application

## SECTION I : Applicant Information

Last Name	First Name	M.I.	Phone Number (     )
Address		City/Zip	

Household Members (First & Last Names)	Residency Code	Relation Code	Birth Date	Social Security or State ID #	Ineligibility Codes														
					Medicaid							CHP+							
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7	
<b>1</b> <b>APPLICANT</b>		<b>1</b>																	
<b>2</b>																			
<b>3</b>																			
<b>4</b>																			
<b>5</b>																			
<b>6</b>																			
<b>7</b>																			

**Please Explain Other Type of Ineligibility for Medicaid or CHP+:**

**Other Information:**

### Reference Codes

Medicaid Ineligibility Codes	CHP+ Ineligibility Codes
<b>A</b> Received Medicaid denial letter, attach letter to application	<b>1</b> Received CHP+ denial letter, attach letter to application
<b>B</b> Does not meet Medicaid standard of assistance of resource level	<b>2</b> Child is eligible for Medicaid
<b>C</b> Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status	<b>3</b> Applicant is not a U.S. citizen and has not been a legal resident for at least 5 years or have refugee status
<b>D</b> Applicant is no longer pregnant and beyond post-partum	<b>4</b> Child has other primary health insurance coverage
<b>E</b> Transitional Medicaid benefits have been discontinued	<b>5</b> Child was insured under an employer plan with at least 50% employer coverage in the past 3 months, unless dropped due to change in employment status or employer eliminated coverage
<b>F</b> Individual no longer receiving SSI or SSDI	<b>6</b> A member of the family is eligible for health benefits coverage under a State health benefits plan or public agency in the state (i.e., employed by the State Government)
<b>G</b> Does not meet Medicaid's definition of disability or incapacity and is under 65 years of age	<b>7</b> Does not meet age requirement, Adult, 19 years of age or older

**Relation Codes:**    **1** Self    **2** Spouse    **3** Child    **4** Stepchild    **5** Other

**Residency Codes:**    **1** Colorado resident & US citizen    **4** Migrant farm worker & documented legal immigrant    **7** Counted in family size only  
                                  **2** Colorado resident & documented legal immigrant    **5** Non-resident, counted in family size only  
                                  **3** Migrant farm worker & US citizen    **6** Medicaid eligible, counted in family size only

**SECTION II: Calculating Income and Resources**

INCOME SOURCE	Monthly Amount	Annualized Total	EQUITY IN RESOURCES	Actual Value	Minus Amount Owed	Equals Equity	Minus Protected	CICP Equity Calculation
1. Gross Employment Income	\$	\$	7. Vehicle Equity	\$	\$	\$	\$ 4,500	\$
2. Self Employment Income	\$	\$	8. Real Property	\$	\$	\$	\$ 0	\$
3. Unearned Income	\$	\$	9. Liquid Resources	\$	\$	\$	\$ 0	\$
4. Total Income (Lines 1+2+3)	\$	\$	10. Business Equity	\$	\$	\$	\$ 50,000	\$
5. Monthly Expense or In Kind Income	\$	\$	<b>11. Total Equity</b> (Lines 7+8+9 +10)					\$
<b>6. CICP Income Calculation (Line 4 or 5)</b>	\$	\$	12. Less Family Size Deduction	Family Size _____	X \$2,500		\$	
<b>CICP Rate: _____ Date: ____ / ____ / ____</b>  <b>Client Copayment Annual Cap: _____ (Line 16 times 0.10)</b>			<b>13. Equity Resources CICP Calculation</b> (Line 11 minus line 12; cannot be a negative number)					\$
			14. Total Family Financial Status (Lines 6+13)					\$
			15. Minus Allowable Deductions					\$
			<b>16. Equals CICP Income and Equity in Resources</b> (Line 14 minus Line 15)					\$

**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.) 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 (26-15-104.3, C.R.S.).

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 this provider has the right to be included in the claims process. I authorize the provider to use any information contained in this 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.

**YOU HAVE 15 DAYS TO APPEAL YOUR CICP RATE.** Ask your eligibility technician for more information on the appeal process. **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.**

\_\_\_\_\_  
Print or Type Applicant Name

\_\_\_\_\_  
Applicant Signature and Date

\_\_\_\_\_  
Print or Type Eligibility Technician Name

\_\_\_\_\_  
Eligibility Technician Signature and Date

\_\_\_\_\_  
Print or Type Facility Name

\_\_\_\_\_  
Facility Phone Number

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 1 - Employment Income and Unearned Income**

**Record all income and cash from other sources on this page and attach it to the Application**

<i>Payment Sources</i>	<i>Monthly Amount</i>		<i>Annualized Amount</i>
Employment income	_____	X 12	_____
Old Age Pension	_____	X 12	_____
Supplemental Security Income (SSI/SSDI)	_____	X 12	_____
Aid to Needy & Disabled	_____	X 12	_____
Pension plans (name plans):	_____	X 12	_____
_____			
_____			
Commissions, bonuses, & tips	_____	X 12	_____
Alimony received	_____	X 12	_____
Rental income	_____	X 12	_____
Interest income	_____	X 12	_____
Monetary gains	_____	X 12	_____
Trust accounts	_____	X 12	_____
Settlements (do not annualize, show total amount received)	_____		_____
Other income (list source)			
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____
_____	_____	X 12	_____

***Total***

*(use this figure on line 1 or 2 of Section V of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility*

\_\_\_\_\_  
*Phone*

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 2 - Net Self-Employment Income**

**Record all monthly business expenses for the applicant on this page and attach it to the Application. Obtain a profit and loss worksheet or general ledger. If the applicant does not have a profit and loss worksheet or a general ledger, self-declaration of expenses is acceptable. Do not use tax forms for determining income.**

**If a self-employed person can document that they are paying themselves, do not complete this worksheet. Show their income on Worksheet 1.**

	<i>Monthly Amount</i>		<i>Annualized Amount</i>
<b><i>Gross Business Deposits</i></b>	_____	X 12	_____
 <b><i>Business Expenses</i></b>			
Mortgage/Rent of Business Premises	_____	X 12	_____
Phone/Utilities	_____	X 12	_____
Business Taxes (not for personal income tax payments)	_____	X 12	_____
Insurance	_____	X 12	_____
Gross Labor Wages (not for self)	_____	X 12	_____
Tools/Equipment			
Office Supplies	_____	X 12	_____
Merchandise/Purchases/Cost of goods	_____	X 12	_____
Repairs and Upkeep of Equipment	_____	X 12	_____
License/Certification Fees Paid	_____	X 12	_____
Fuel/Gas for Business-Related Travel	_____	X 12	_____
Legal Fees	_____	X 12	_____
Advertising	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X 12	_____
Other (please list)	_____	X12	_____
<b><i>Total Business Expenses</i></b>			_____

***Net Profit (Gross Business Deposits minus Total Business Expenses)*** \_\_\_\_\_  
*(use this figure on line 3 of Section V of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature* *Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility* *Phone*

## COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM

### Worksheet 3 - Monthly Expense

**DO NOT COMPLETE THIS FORM IF THE CLIENT RECEIVES EMPLOYMENT INCOME  
AND/OR UNEARNED INCOME**

**Record all monthly expenses for the applicant on this page and attach it to the Application. Obtain documentation to support monthly expenses.**

<i>Expense</i>	<i>Monthly Amount</i>	<i>Expense</i>	<i>Monthly Amount</i>
Auto insurance	\$ _____	Eye exams & lenses	\$ _____
Auto loan	\$ _____	Groceries (food & toiletries)**	\$ _____
Auto maintenance & gas	\$ _____	Loans	\$ _____
Child & elderly care	\$ _____	Pharmacy	\$ _____
Alimony (paid)	\$ _____	Physicians	\$ _____
Child support (paid)	\$ _____	Rent/mortgage	\$ _____
Credit cards	\$ _____	Telephone	\$ _____
Dental	\$ _____	Gas, electricity, water, sewer, trash (all utilities)	\$ _____
Diapers & baby formula	\$ _____	Other expenses (list)	\$ _____

**\*\*Do not include the value of Food Stamps or WIC**

**Total \$ \_\_\_\_\_ X 12 months = \$ \_\_\_\_\_ yearly income**  
*(use this figure on line 4 of Section V of the application)*

---

*Applicant Signature*

*Date*

---

*Eligibility Technician Signature*

*Date*

---

*Facility*

*Phone*

**COLORADO INDIGENT CARE PROGRAM**

**Worksheet 4 - Allowable Deductions**

<u>Self Declared Deductions</u>	<i>Amount per month</i>	<i>Annualized Amount</i>
Elderly Care	_____ X 12	_____
Day Care	_____ X 12	_____
Paid Alimony	_____ X 12	_____
Child Support	_____ X 12	_____
Health Insurance Premium(s)	_____ X 12	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

*Paid or Outstanding Medical Bills from  
non-CICP provider (attach receipts)  
(Must be Documented)*

*Date paid*

*Amount*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

*Paid or Outstanding Medical Bills from  
CICP Provider that incurred prior to 90 days of  
application date (attach receipts)  
(Must be Documented)*

*Date Paid*

*Amount*

_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

***Sub-total*** \_\_\_\_\_

***Grand Total*** \_\_\_\_\_  
*(use this figure on line 15 of Section V of the application)*

\_\_\_\_\_  
*Applicant Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Eligibility Technician Signature*

\_\_\_\_\_  
*Date*

\_\_\_\_\_  
*Facility*

\_\_\_\_\_  
*Phone*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO - SOLICITUD DEL CLIENTE**

Solicitud de emergencia

**SECCIÓN I : Información del solicitante**

<b>Apellidos</b>	<b>Nombre(s)</b>	<b>Número de teléfono</b> (      )
<b>Domicilio</b>		<b>Ciudad/Código postal</b>

Personas que viven en su casa (nombres y apellidos)	Código residencia	Código relación	Fecha nacimiento	Seguro Social o núm. identificación estatal	Códigos de exclusión													
					Medicaid							CHP+						
					A	B	C	D	E	F	G	1	2	3	4	5	6	7
<b>1 SOLICITANTE</b>		<b>1</b>																
<b>2</b>																		
<b>3</b>																		
<b>4</b>																		
<b>5</b>																		
<b>6</b>																		
<b>7</b>																		

**Por favor explique otro tipo de exclusión para Medicaid o CHP+:**

**Información adicional:**

**Códigos de referencia**

Códigos de exclusión de Medicaid	Códigos de exclusión CHP+
<b>A</b> Recibió negación de Medicaid, adjunte carta a esta solicitud	<b>1</b> Recibió negación de CHP+, por favor adjunte carta a esta solicitud
<b>B</b> No cubre el nivel de recursos del estándar de asistencia de Medicaid	<b>2</b> Hijo(a) cubre requisitos para ser elegido en Medicaid
<b>C</b> Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por al menos 5 años o tiene estatus de refugiado	<b>3</b> Solicitante no es ciudadano de EE.UU. y no ha sido residente legal por la menos 5 años o tiene estatus
<b>D</b> Solicitante no está embarazada y fuera del periodo de posparto	<b>4</b> Hijo(a) cuenta con otro seguro principal para cubrir atención de salud
<b>E</b> Los beneficios de Medicaid de transición han sido discontinuados	<b>5</b> Hijo(a) asegurado a través de un plan del trabajo cubierto por empleador al menos 50% en los últimos 3 meses, a menos que la cobertura haya sido eliminada por cambio de empleo o plan de cobertura
<b>F</b> Solicitante ha dejado de recibir SSI o SSDI	<b>6</b> Un miembro de la familia califica para recibir beneficios de salud a través de un plan del estado o una agencia pública en el estado (por eje. si es empleado del gobierno del estado)
<b>G</b> No cubre definición de Medicaid para discapacidad o incapacidad y tiene menos de 65 años	<b>7</b> No cubre requisito de edad, adulto, 19 años o más

**Códigos de relación:** 1 Solicitante 2 Esposo(a) 3 Hijo(a) 4 Hijo(a) adoptivo(a) 5 Otro

**Códigos de residencia:** 1 Residente de Colorado y ciudadano de EE.UU. 2 Residente de Colorado e inmigrante legal 3 Campesino migrante y ciudadano de EE.UU. 4 Campesino migrante e inmigrante legal 5 No residente, incluido solamente en tamaño de la familia 6 Califica para Medicaid, incluido solamente en tamaño de la familia 7 Incluido solamente en el tamaño de familia



**SECCIÓN II: Ingresos y bienes**

FUENTE DE INGRESOS	Cantidad mensual	Total por año	VALOR NETO DE BIENES/PROPIEDADES	Valor	Menos cantidad que debe	Igual a valor neto	Menos cantidad protegida	Valor neto para CICP
1. Ingreso neto por empleo	\$	\$	7. Vehículo	\$	\$	\$	\$ 4,500	\$
2. Ingreso negocio propio	\$	\$	8. Bienes raíces	\$	\$	\$	\$ 0	\$
3. Ingreso no ganado	\$	\$	9. Recursos monetarios	\$	\$	\$	\$ 0	\$
4. Ingreso total (líneas 1+2+3)	\$	\$	10. Capital del negocio	\$	\$	\$	\$ 50,000	\$
5. Gastos mensuales o ingreso en especie	\$	\$	<b>11. Capital total</b> (líneas 7+8+9 +10)					\$
<b>6. Cálculo de ingreso de CICP</b> (líneas 4 o 5)	\$	\$	12. Menos deducción por tamaño de la familia	Tamaño de la familia _____	X \$2,500		\$	
<b>Tarifa de CICP:</b> _____ <b>Fecha:</b> ____ / ____ / ____  <b>Límite anual de copago del cliente:</b> _____ (línea 16 x 0.10)	<b>13. Cálculo de valor neto de bienes de acuerdo a CICP</b> (línea 11 menos línea 12; no puede ser un número negativo)							\$
	14. Estado financiero total de la familia (líneas 6+13)							\$
	15. Menos deducciones permitidas							\$
	<b>16. Ingresos y valor neto de bienes para CICP</b> (línea 14 menos línea 15)							\$

**CLÁUSULA DE SANCIÓN, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DAR INFORMACIÓN**

Certifico que la información proporcionada para llenar esta solicitud es verídica. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito clase 5. Además presentar información falsa para ser elegido para recibir ayuda de este programa es una infracción clase 2 (26-15-112, C.R.S.). Si se aplica a mi caso, entiendo que los inmigrantes legales que reciben asistencia de este programa deben estar al tanto de que no pueden presentar declaración de apoyo para patrocinar la residencia de un extranjero a partir de julio 1, 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

Entiendo que el proveedor tiene el derecho de obtener la recuperación o derecho de recuperación para un paciente que tenga el derecho de recuperación. Esto significa que si yo tengo un reclamo para cualquier beneficio por cualquier tratamiento recibido mientras califico para CICP, el proveedor tiene el derecho de ser incluido en el proceso de reclamo. Autorizo al proveedor para utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar que califico para este programa y para obtener los documentos referentes mi calificación de institutos financieros según está definido en la sección 15-15-201(4), C.R.S., o de cualquier compañía de seguros.

**TIENE 15 DÍAS PARA APELAR LA CUOTA DE CICP. Pida al técnico de selección del programa que le de mayor información sobre el proceso de apelación. Entiendo que es mi responsabilidad notificar al proveedor de cualquier cambio en ingreso o composición del hogar que pueda influir en la evaluación de esta solicitud y que de no hacerlo esta aplicación será cancelada.**

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del solicitante

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante y fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del técnico de selección

\_\_\_\_\_  
Firma del técnico de selección y fecha

\_\_\_\_\_  
Escriba a máquina o con letra de molde nombre del establecimiento

\_\_\_\_\_  
Número telefónico del establecimiento

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**

**Hoja de trabajo 1 – Ingresos por empleo y no ganado**

**Anote cualquier otro ingreso o dinero recibido de otras fuentes en esta página y adjunte a la solicitud**

<i>Fuentes de ingreso</i>	<i>Cantidad mensual</i>	<i>Cantidad anual</i>
Ingreso por empleo	_____ X 12	_____
Pensión de jubilación	_____ X 12	_____
Ingreso de seguro suplementario (SSI/SSDI)	_____ X 12	_____
Ayuda para necesitados y discapacitados	_____ X 12	_____
Planes de pensión (nombre de los planes):	_____ X 12	_____
_____		
_____		
Comisiones, bonos y propinas	_____ X 12	_____
Asistencia de divorcio recibida	_____ X 12	_____
Ingreso por rentas	_____ X 12	_____
Ingreso por intereses	_____ X 12	_____
Ganancias monetarias	_____ X 12	_____
Cuentas de fideicomiso	_____ X 12	_____
Arreglos judiciales (no anote la suma anual solo el total recibido)	_____	_____
Otros ingresos (mencione las fuentes)		
_____	_____ X 12	_____
_____	_____ X 12	_____
_____	_____ X 12	_____

**Total**

*(Use esta cantidad en la línea 1 o 2 de la sección V de la solicitud)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

## PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO

### Hoja de trabajo 2 – Ingreso neto por trabajo independiente (por cuenta propia)

Anote todos los gastos mensuales del negocio del solicitante en esta página y adjunte a la solicitud. Obtenga una hoja de trabajo de la ganancia y la pérdida o un libro de contabilidad general. No use formas de impuestos para determinar los ingresos.

Si la persona que trabaja por cuenta propia puede documentar el salario que se paga, no use esta forma. Muestre su ingreso en la Hoja de trabajo 1.

	<i>Cantidad mensual</i>		<i>Cantidad anual</i>
<i>Depósitos netos de su negocio</i>	_____	X 12	_____
<b><i>Gastos de su negocio</i></b>			
El hipoteca/alquiler de local de negocio	_____	X 12	_____
Teléfono/Utilidades	_____	X 12	_____
El negocio Tasa (no para pagos de impuesto sobre la renta)	_____	X 12	_____
Partido Laborista bruto Emprende (no para ser)	_____	X 12	_____
Equipar con herramienta/equipo	_____	X 12	_____
La oficina Suministra	_____	X 12	_____
Comercialice/las compras/el costo de Bienes	_____	X 12	_____
Repairs y el Mantenimiento del Equipo	_____	X 12	_____
Los Honorarios de la licencia/certificación Pagaron	_____	X 12	_____
El abastece de combustible/gas para el Viaje Negocio-Relacionado	_____	X 12	_____
Gastos judiciales	_____	X 12	_____
Publicidad	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X 12	_____
Otro (por favor lista)	_____	X12	_____
<b><i>Total gastos del negocio</i></b>			_____
<b><i>Ganancia neta</i></b>			
<b><i>(depósitos netos</i></b>			
<b><i>menos gastos totales</i></b>			
<b><i>del negocio)</i></b>			_____
			<i>(Use esta cantidad en la línea 3 de la sección V de la solicitud)</i>

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección*

\_\_\_\_\_  
*Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento*

\_\_\_\_\_  
*Teléfono*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**

**Hoja de trabajo 3 – Gastos mensuales**

**NO LLENE ESTA FORMA SI EL CLIENTE RECIBE INGRESO POR EMPLEO Y/O INGRESO NO GANADO**

**Anote todos los gastos mensuales del solicitante en esta página y adjunte a la solicitud. Obtenga documentación que compruebe gastos mensuales.**

<i>Gasto</i>	<i>Cantidad mensual</i>	<i>Gasto</i>	<i>Cantidad mensual</i>
Seguro de auto	\$ _____	Exámenes oculares y lentes	\$ _____
Hipoteca de auto	\$ _____	Despensa (alimentos y artículos de cuidado personal)**	\$ _____
Mantenimiento de auto y gasolina	\$ _____	Préstamos	\$ _____
Cuidado de niños y ancianos	\$ _____	Farmacia	\$ _____
Pago de pensión por divorcio	\$ _____	Médicos	\$ _____
Manutención de hijos (pago)	\$ _____	Renta/pago de hipoteca	\$ _____
Tarjetas de crédito	\$ _____	Teléfono	\$ _____
Atención dental	\$ _____	Gas, electricidad, agua, drenaje, basura (servicios públicos)	\$ _____
Pañales y formula para bebé	\$ _____	Otros gastos (por favor mencione)	\$ _____

*\*\*No incluya el valor de estampas de alimentos o WIC*

**Total \$ \_\_\_\_\_ X 12 meses = \$ \_\_\_\_\_ ingreso anual**  
*(Use esta cantidad en la línea 4 de la sección V de la aplicación)*

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento* *Teléfono*

**PROGRAMA PARA LA ATENCIÓN DE INDIGENTES DE COLORADO**

**Hoja de trabajo 4 – Deducciones permitidas**

<u><b>Deducciones declaradas por el solicitante</b></u>	<i>Cantidad mensual</i>	<i>Cantidad por año</i>
Cuidado de ancianos	_____ X 12	_____
Guardería	_____ X 12	_____
Pago de pensión por divorcio	_____ X 12	_____
Manutención de hijos	_____ X 12	_____
Pago de seguro médico	_____ X 12	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

<i>Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor que no es de CICP (adjunte recibos)</i> <u><b>(Debe documentarlo)</b></u>	<i>Fecha en que se pagó</i>	<i>Cantidad</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

<i>Recibos médicos pendientes o pagados de un proveedor de CICP durante los 90 días previos a la fecha de la solicitud (adjunte recibos)</i> <u><b>(Debe documentarlo)</b></u>	<i>Fecha en que se pagó</i>	<i>Cantidad</i>
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

**Sub-total** \_\_\_\_\_

**Gran total** \_\_\_\_\_  
(Use esta cantidad en la línea 15 de la sección V de la solicitud)

\_\_\_\_\_  
*Firma del solicitante* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Firma del técnico de selección* *Fecha*

\_\_\_\_\_  
*Establecimiento* *Teléfono*

