

| Finalized English                                                                                                                                                                                                                                                                                        | Finalized Spanish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Health Needs Survey                                                                                                                                                                                                                                                                                      | Encuesta de necesidades de salud                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| Health First Colorado can connect you to the care that you need. If you need more help, you can call your local county human services office or Health First Colorado's Member Contact Center: 800-221-3943 (State Relay: 711) If your physical or behavioral health care need is an emergency, call 911 | Health First Colorado puede conectarlo con los cuidados que necesita. Si necesita más ayuda, puede llamar a la oficina local de servicios humanos del condado o al Centro de contacto para miembros de Health First Colorado: 800-221-3943 (retransmisión estatal: 711). Si su necesidad de atención de salud física o conductual es una emergencia, llame al 911. |
| Take the survey                                                                                                                                                                                                                                                                                          | Tome la encuesta                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
| - Answer a few short questions about what you and your household's current needs are. - Your health plan will use your responses to connect you with care options and resources that meet your needs.                                                                                                    | - Responda algunas preguntas breves sobre cuáles son sus necesidades actuales y las de su hogar. - Su plan de salud utilizará sus respuestas para conectarlo con opciones de atención y recursos que llenen sus necesidades.                                                                                                                                       |
| Your responses are confidential and will only be shared with your health plan. Select Next to continue.                                                                                                                                                                                                  | Sus respuestas son confidenciales y solo se compartirán con su plan de salud. Seleccione Siguiente para continuar.                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Next                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Siguiente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Select the household members who are completing this survey.                                                                                                                                                                                                                                             | Seleccione los miembros del hogar que están completando esta encuesta.                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Does <<Name>> need:                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <<Nombre>> necesita:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Help manage their physical or behavioral health. This includes help with alcohol and drug use.                                                                                                                                                                                                           | Ayudar a controlar su salud física o conductual. Esto incluye ayuda con el consumo de alcohol y drogas.                                                                                                                                                                                                                                                            |
| Information and education about healthy behaviors?                                                                                                                                                                                                                                                       | ¿Información y educación sobre comportamientos saludables?                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| Help finding a provider?                                                                                                                                                                                                                                                                                 | ¿Necesitas ayuda para encontrar un proveedor?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Help managing their medication?                                                                                                                                                                                                                                                                          | ¿Ayuda para administrarse su medicación?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| A ride to health care appointments?                                                                                                                                                                                                                                                                      | ¿Un viaje a las citas médicas?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Help with other benefits like housing or food?                                                                                                                                                                                                                                                           | ¿Ayuda con otros beneficios como vivienda o comida?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| Are there other health care needs <Name> wants help with?                                                                                                                                                                                                                                                | ¿Existen otras necesidades de atención médica con las que <Nombre> quiera ayuda?                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Does <Name> need help with everyday activities like bathing, eating or getting dressed?                                                                                                                                                                                   | ¿ necesita <Nombre> ayuda con actividades cotidianas como bañarse, comer o vestirse?                                                                                                                                                                                                   |
| Yes, but they already get this help from Health First Colorado.                                                                                                                                                                                                           | Sí, pero ya reciben esta ayuda de Health First Colorado.                                                                                                                                                                                                                               |
| Yes, they need this help but don't have it yet.                                                                                                                                                                                                                           | Sí, necesitan esta ayuda pero aún no la tienen.                                                                                                                                                                                                                                        |
| No, they don't need this help.                                                                                                                                                                                                                                            | No, no necesitan esta ayuda.                                                                                                                                                                                                                                                           |
| You already selected 3 times. To choose another day or time, you must unselect one of your options.                                                                                                                                                                       | Ya seleccionó 3 veces. Para elegir otro día u hora, debe desmarcar una de sus opciones.                                                                                                                                                                                                |
| What is the best way to contact your household?                                                                                                                                                                                                                           | ¿Cuál es la mejor manera de contactar a su hogar?                                                                                                                                                                                                                                      |
| Email                                                                                                                                                                                                                                                                     | Correo electronico                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Phone                                                                                                                                                                                                                                                                     | Telefono                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Do you want to update the contact information for your household?                                                                                                                                                                                                         | ¿ Quiere actualizar la información de contacto de su hogar?                                                                                                                                                                                                                            |
| When should your health plan call you? Choose up to 3 times.                                                                                                                                                                                                              | ¿Cuándo debe llamarlo su plan de salud? Elija hasta 3 veces.                                                                                                                                                                                                                           |
| Monday                                                                                                                                                                                                                                                                    | Lunes                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| Tuesday                                                                                                                                                                                                                                                                   | Martes                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Wednesday                                                                                                                                                                                                                                                                 | Miercoles                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| Thursday                                                                                                                                                                                                                                                                  | Jueves                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Friday                                                                                                                                                                                                                                                                    | Viernes                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| To submit your Health Needs Survey, you will need to:                                                                                                                                                                                                                     | Para enviar su Encuesta de Necesidades de Salud, deberá:                                                                                                                                                                                                                               |
| Click to read your rights and responsibilities:                                                                                                                                                                                                                           | Haga clic para leer sus derechos y responsabilidades                                                                                                                                                                                                                                   |
| Sign your Health Needs Survey                                                                                                                                                                                                                                             | Firmar su Encuesta de Necesidades de Salud                                                                                                                                                                                                                                             |
| If you have a legal guardian, they should sign below. If you have power of attorney or an authorized representative, either you or that person may sign this survey. If anyone else is helping you fill out the Health Needs Survey, you should sign the survey yourself. | Si tiene un tutor legal, debe firmar a continuación. Si tiene un poder notarial o un representante autorizado, usted o esa persona pueden firmar esta encuesta. Si otra persona lo está ayudando a completar la Encuesta de Necesidades de Salud, debe firmar la encuesta usted mismo. |
| I understand that an electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a written signature                                                                                                                                            | Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y se puede hacer cumplir de la misma manera que una firma escrita.                                                                                                                                                      |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>I agree to submit this Health Needs Survey for myself and/or my family. By electronically signing this agreement, I certify that I have reviewed the survey, understand and agree to the Rights, Responsibilities, and Penalties, and under penalty of perjury, I attest that the information provided is true, including details concerning citizenship and residency status. I have received information on how to complete, what information is available, and what may be required to provide in this survey</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <p>Acepto enviar esta Encuesta sobre necesidades de salud para mí y/o mi familia. Al firmar electrónicamente este acuerdo, certifico que he revisado la encuesta, entiendo y acepto los Derechos, responsabilidades y sanciones, y bajo pena de perjurio, doy fe de que la información proporcionada es verdadera, incluidos los detalles sobre la ciudadanía y el estado de residencia. He recibido información sobre cómo completar la encuesta, qué información está disponible y qué se puede requerir para proporcionarla.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• I understand the questions and statements on this Health Needs Survey.</li> <li>• I have read and understand my Rights &amp; Responsibilities in the box above.</li> <li>• I understand the penalties for giving false information or breaking the rules.</li> <li>• I understand that the application site may contact other persons or organizations to obtain needed proof of my eligibility and level of benefits.</li> <li>• I understand that failure to report or verify any listed expenses will be seen as a statement by me that I do not want to receive a deduction for unreported or unverified expenses.</li> <li>• I understand I can be punished by law if I do not tell the complete truth.</li> <li>• I understand that an electronic signature has the same legal</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Entiendo las preguntas y afirmaciones de esta Encuesta sobre necesidades de salud.</li> <li>• He leído y comprendo mis derechos y responsabilidades en el cuadro anterior.</li> <li>• Entiendo las sanciones por proporcionar información falsa o infringir las normas.</li> <li>• Entiendo que el sitio de solicitud puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de beneficios.</li> <li>• Entiendo que el hecho de no informar o verificar los gastos enumerados se considerará una declaración de mi parte de que no quiero recibir una deducción por los gastos no informados o no verificados.</li> <li>• Entiendo que puedo ser castigado por la ley si no digo toda la verdad.</li> <li>• Entiendo que una firma electrónica tiene el mismo efecto legal y se puede hacer cumplir de la misma manera que una firma escrita.</li> </ul> |

|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| effect and can be enforced in the same way as a written signature.                                                  |                                                                                                                                                                 |
| By selecting yes and typing my name below, I am electronically signing this survey.                                 | Al seleccionar sí y escribir mi nombre a continuación, firmo electrónicamente esta encuesta.                                                                    |
| First Name                                                                                                          | Primer nombre                                                                                                                                                   |
| Middle Initial                                                                                                      | Inicial del segundo nombre                                                                                                                                      |
| Last Name                                                                                                           | Apellido                                                                                                                                                        |
| Previous                                                                                                            | Previo                                                                                                                                                          |
| Submit                                                                                                              | Enviar                                                                                                                                                          |
| Cancel                                                                                                              | Cancelar                                                                                                                                                        |
| Success!                                                                                                            | ¡Éxito!                                                                                                                                                         |
| You submitted your Health Needs Survey                                                                              | Envió su encuesta sobre necesidades de salud.                                                                                                                   |
| The tracking number for your Health Needs Survey is                                                                 | El número de seguimiento de su encuesta sobre necesidades de salud es                                                                                           |
| Please remember your tracking number. You may need it in the future.                                                | Recuerde su número de seguimiento. Es posible que lo necesite en el futuro.                                                                                     |
| If you have any immediate questions, contact the Member Contact Center: 1-800-221-3943 (Sate Relay: 711)            | Si tiene alguna pregunta inmediata, comuníquese con el Centro de contacto para miembros: 1-800-221-3943 (relé estatal: 711)                                     |
| Additional Resources                                                                                                | Recursos adicionales                                                                                                                                            |
| If you would like to print a copy of your survey response, select "Print or save my Health Needs Survey form" below | Si desea imprimir una copia de su respuesta a la encuesta, seleccione 'Imprimir o guardar mi formulario de encuesta sobre necesidades de salud' a continuación. |
| Print or Save my Health Needs Survey                                                                                | Imprima o guarde mi encuesta sobre necesidades de salud.                                                                                                        |
|                                                                                                                     |                                                                                                                                                                 |
| Optional: You have 12 days to fill this survey (02/03/2022)                                                         | Opcional: tiene 12 días para completar esta encuesta (02/03/2022)                                                                                               |
| Health First Colorado                                                                                               | Health First Colorado                                                                                                                                           |
| Upcoming deadlines                                                                                                  | Próximas fechas límite                                                                                                                                          |
| Health Needs Survey                                                                                                 | Encuesta sobre necesidades de salud                                                                                                                             |
| Household members                                                                                                   | Miembros del Hogar                                                                                                                                              |
| Set a reminder                                                                                                      | Establecer un recordatorio                                                                                                                                      |

|                                                                                                                   |                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| All of the information you provide here is completely confidential and will only be shared with your health plan. | Toda la información que proporcione aquí es completamente confidencial y solo se compartirá con su plan de salud. |
| Answer a few short questions about what you and your household's current needs are.                               | Responda algunas preguntas breves sobre cuáles son sus necesidades actuales y las de su hogar.                    |
| Changes not saved. Please try again.                                                                              | Los cambios no se guardaron. Inténtelo nuevamente.                                                                |
| Update mobile number                                                                                              | Actualice el numero de telefono                                                                                   |
| Update email address                                                                                              | Actualice la dirección de correo electrónico.                                                                     |
| Health Needs Survey submitted for:                                                                                | Encuesta sobre necesidades de salud enviada para:                                                                 |
| Responses for <name> (age)                                                                                        | Respuestas para <nombre> (edad)                                                                                   |