

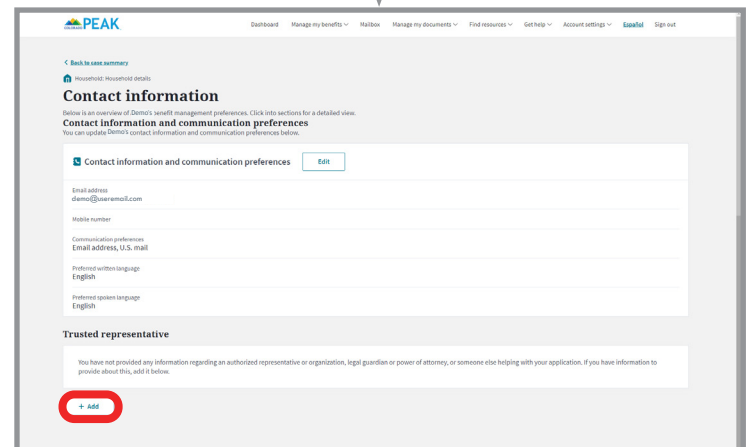
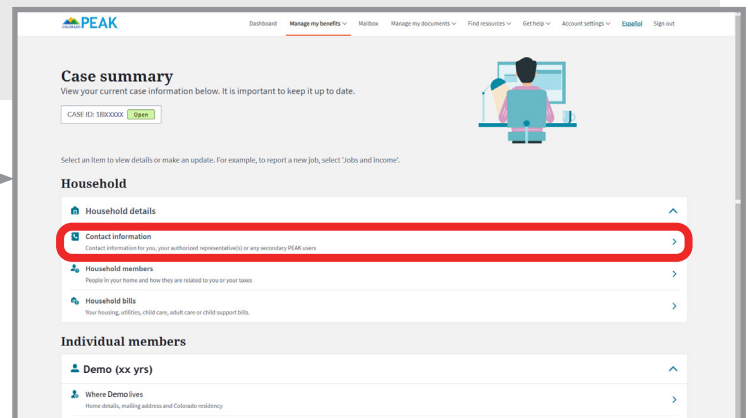
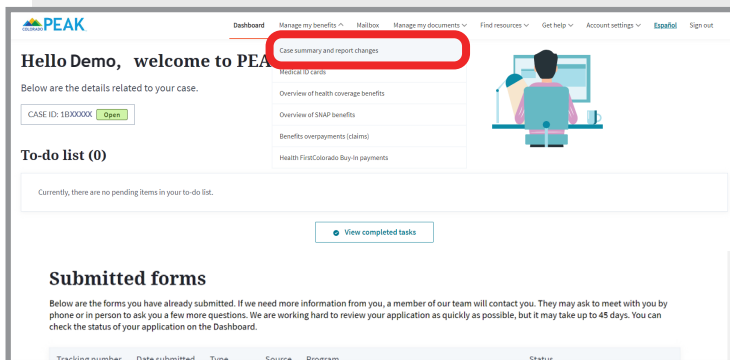
Esta guía explica los tres tipos de representantes de confianza y cómo agregarlos a su caso en PEAK. Los representantes de confianza también se denominan representantes autorizados. Ellos pueden ayudarlo a aplicar y administrar sus beneficios.

Paso 1: Agrega un representante de confianza

Hay dos formas de agregar un representante de confianza en PEAK:

- **Si usted nunca aplico y no tiene una identificación del caso**, usted puede agregar a un representante de confianza mientras aplica para beneficios. Seleccione 'Agregar' en la página de 'Representante de confianza' de una aplicación.
- **Si usted tiene una identificación del caso**, puede agregar a un representante de confianza al reportar un cambio en su caso. En su panel de control PEAK, seleccione 'Administrar mis beneficios' y luego 'Resumen del caso y reportar cambios' en la navegación superior. En la página de 'Resumen del caso', seleccione 'Información de contacto' y luego 'Agregar' en la siguiente página.

Este ejemplo muestra cómo agregar un representante de confianza si ya tiene una identificación del caso.



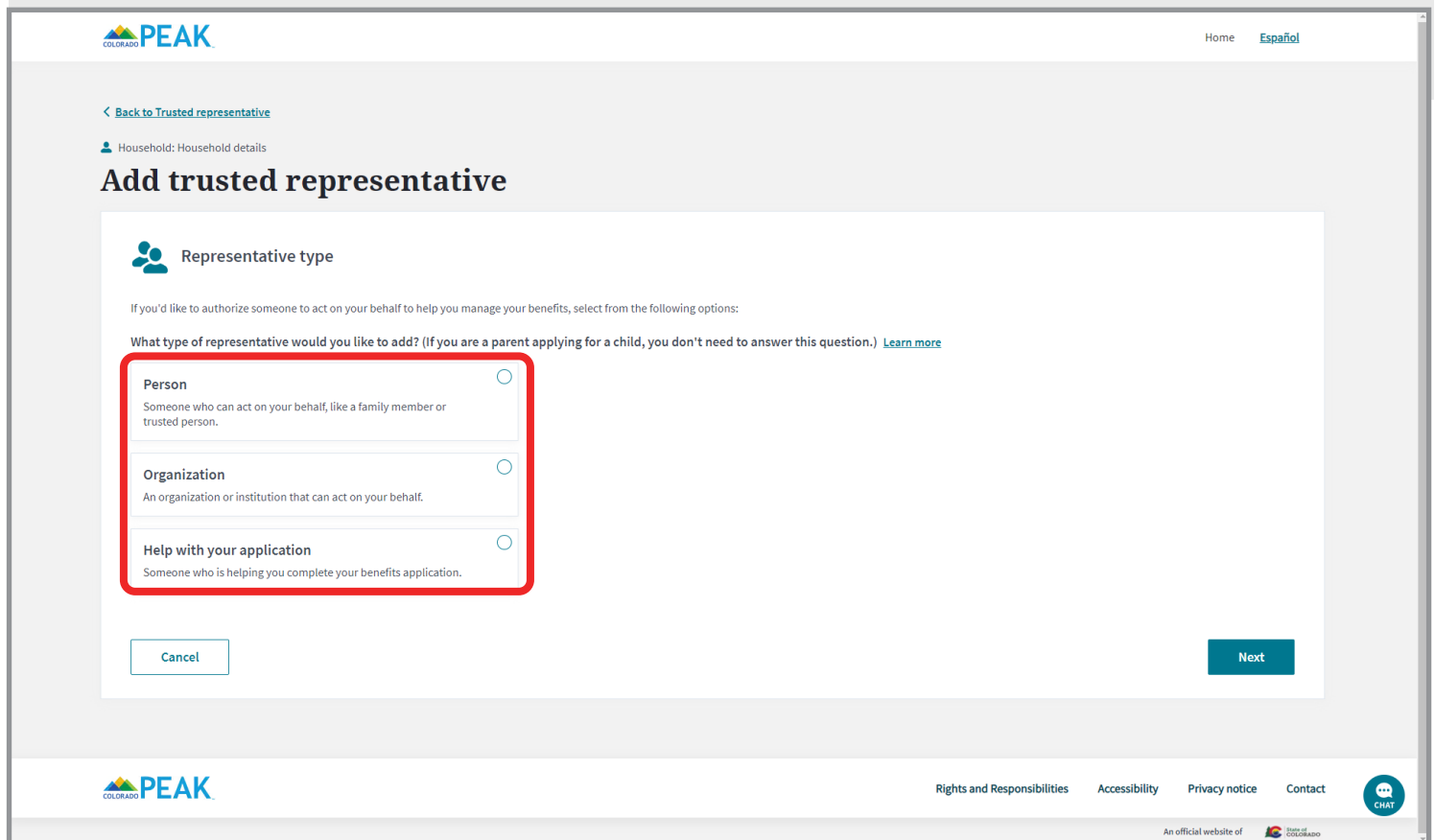
Paso 2: Elija un tipo

Hay tres tipos de representantes de confianza que pueden ayudar de diferentes maneras:

- **Persona:** Este es alguien que puede actuar en su nombre. Este puede ser un familiar u otra persona de confianza.
- **Organización:** Esta es una organización que puede actuar en su nombre. Ellos pueden tomar la responsabilidad legal por la información sometida en las aplicaciones.
- **Ayuda con tu aplicación:** Este es alguien en una oficina de aplicaciones que puede ayudarlo a aplicar para beneficios. Este puede ser un asesor de cobertura sanitaria, un asistente de aplicaciones o un proveedor de cuidado infantil.

Seleccione un tipo en la página 'Agregar representante de confianza'.

Importante: Usted solo puede agregar una organización como representante de confianza si usted aplica o ya tiene Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado).



PEAK COLORADO

Home [Español](#)

[Back to Trusted representative](#)

Household: Household details

Add trusted representative

 Representative type

If you'd like to authorize someone to act on your behalf to help you manage your benefits, select from the following options:

What type of representative would you like to add? (If you are a parent applying for a child, you don't need to answer this question.) [Learn more](#)

Person ☐

Someone who can act on your behalf, like a family member or trusted person.

Organization ☐

An organization or institution that can act on your behalf.

Help with your application ☐

Someone who is helping you complete your benefits application.

[Cancel](#) [Next](#)

PEAK COLORADO

[Rights and Responsibilities](#) [Accessibility](#) [Privacy notice](#) [Contact](#) [CHAT](#)

An official website of 

Paso 3: Agrega la información de tu representante de confianza

Dependiendo del tipo de representante de confianza, usted puede que tenga que agregar su información.

- **Persona:** Para agregar a una persona, usted debe agregar su nombre y dirección. También puede agregar su relación con ellos, así como sus roles, responsabilidades e información de contacto.
- **Organización:** Para agregar una organización, usted debe agregar su nombre y dirección. También puede agregar los programas en los que usted desea que le ayuden, así como sus roles, responsabilidades e información de contacto.
- **Ayuda con su aplicación:** Usted no tiene que agregar ninguna información para agregar a un representante de confianza que le ayude con su aplicación. Usted puede reportar que son Consejeros Certificados de aplicaciones, y de ser así, puede agregar un nombre y un identificación de organización.

Paso 4: Firma y guarda

Para agregar a una persona u organización como representante de confianza, usted debe agregar su nombre completo, leer la declaración y firmar electrónicamente. Usted no tiene que firmar para agregar a un representante de confianza que solo pueda ayudar con su aplicación. Después de firmar electrónicamente, seleccione 'Guardar' para continuar.

Importante: Debe terminar y someter su aplicación o cambiar para agregar a su representante de confianza.

I authorize:

*Full name of trusted representative

Enter full name of trusted representative

to represent me in my application, changes, and renewals for SNAP, Cash, Child Care and/or health coverage. I authorize this person to provide information and documents that may be needed to complete my application for benefits. I will give this person information that is true and correct to the best of my knowledge.

My representative and I understand that there are penalties for giving information that we know is false. For SNAP, if we give false information about my identity or residence so that I can get multiple benefits at the same time, then I will be disqualified from receiving SNAP benefits for 10 years. For giving false information for SNAP and/or Cash Assistance, I will be disqualified from receiving benefits for 12 months for the first offense, 24 months for the second offense, and permanently for the 3rd offense. For SNAP and Cash Assistance, in addition to losing benefits, I can be fined up to \$250,000, jailed up to 20 years, or both depending upon the value of the benefits.

I understand that an electronic signature has the same legal effect and can be enforced in the same way as a written signature.

Applicant's signature

*By selecting yes and typing my name below, I am electronically signing this form.

☐ Yes ☐ No

First name

Enter first name

Middle initial

Enter middle initial

Last name

Enter last name

Cancel

Save