

| Finalized English                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Finalized Spanish                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| We received your renewal paperwork for Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) or Child Health Plan Plus (CHP+)[MN1.1], but we need your signature.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Hemos recibido la documentación de renovación de Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado) o del Child Health Plan Plus (CHP+) [MN1.1], pero necesitamos su firma.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| Please sign and date this signature form for the following household members: [ HH Member Name], [ HH Member Name] and [ HH Member Name].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | Por favor, firme y feche este formulario de firma para los siguientes miembros del hogar: [ HH Member Name], [ HH Member Name] y [ HH Member Name].                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <p>Appeals</p> <p>If I disagree with a decision about my health coverage or benefits, I can appeal the decision. Appeal means I tell a county or state office in writing that I disagree with a decision and I want an appeal hearing. Any letter telling me about a benefit or eligibility decision will also tell me how to appeal the decision if I disagree with it. I have the right to represent myself at my appeal hearing. I may also choose a lawyer, relative, friend, or any other person to act as my authorized representative at the appeal hearing.</p>                                                                                                                     | <p>Apelaciones</p> <p>Si no estoy de acuerdo con una decisión sobre mi cobertura sanitaria o mis prestaciones, puedo apelar dicha decisión. Apelar significa que le comunico por escrito a una oficina del condado o del estado que no estoy de acuerdo con una decisión y que deseo una audiencia de apelación. Cualquier carta que me informe sobre una decisión relativa a un beneficio o a la elegibilidad también me indicará cómo apelar la decisión si no estoy de acuerdo con ella. Tengo derecho a representarme a mí mismo en mi audiencia de apelación. También puedo elegir a un abogado, un familiar, un amigo o cualquier otra persona para que actúe como mi representante autorizado en la audiencia de apelación.</p>                        |
| <p>Nondiscrimination</p> <p>The Colorado Department of Health Care Policy and Financing (HCPF) complies with applicable federal and state civil rights laws and does not discriminate against any individual based on race, color, national origin (including limited English proficiency and primary language), ancestry, age, sex (including pregnancy and sex characteristics), sexual orientation, gender identity, gender expression, religion, creed, marital status, or disability. HCPF does not discriminate in employment, admission or access to, treatment or participation in, or receipt of the services and benefits under any of its programs, services and activities.</p> | <p>No discriminación</p> <p>El Departamento de Política Sanitaria y Financiación de Colorado (HCPF) cumple con las leyes federales y estatales aplicables en materia de derechos civiles y no discrimina a ninguna persona por motivos de raza, color, origen nacional (incluido el dominio limitado del inglés y la lengua materna), ascendencia, edad, sexo (incluido el embarazo y las características sexuales), orientación sexual, identidad de género, expresión de género, religión, credo, estado civil o discapacidad. El HCPF no discrimina en el empleo, la admisión o el acceso a, el tratamiento o la participación en, o la recepción de los servicios y prestaciones en el marco de cualquiera de sus programas, servicios y actividades.</p> |
| HCPF provides individuals with the following in a timely manner and free of charge:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | El HCPF ofrece a los particulares los siguientes servicios de forma gratuita y en el plazo adecuado:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Language assistance services. HCPF will provide language assistance services for individuals with limited English proficiency (including individuals' companions with limited English proficiency) to ensure meaningful access to our programs, services and activities. Language assistance services may include: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Electronic and written translated documents</li> <li>o Qualified interpreters</li> <li>o Qualified bilingual/multilingual staff</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios de asistencia lingüística. El HCPF ofrecerá servicios de asistencia lingüística a las personas con un dominio limitado del inglés (incluidos los acompañantes de dichas personas) para garantizar un acceso efectivo a nuestros programas, servicios y actividades. Los servicios de asistencia lingüística pueden incluir: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Documentos traducidos en formato electrónico y escrito</li> <li>o Intérpretes cualificados</li> <li>o Personal bilingüe o multilingüe cualificado</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                              |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Appropriate auxiliary aids and services. HCPF will provide appropriate auxiliary aids and services for individuals with disabilities (including individuals' companions with disabilities) to ensure effective communication. Appropriate auxiliary aids and services may include: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Qualified interpreters, including American Sign Language interpreters</li> <li>o Video remote interpreting</li> <li>o Information in alternate formats (including but not limited to large print, braille, and accessible electronic formats)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayudas y servicios auxiliares adecuados. El HCPF ofrecerá ayudas y servicios auxiliares adecuados a las personas con discapacidad (incluidos los acompañantes de dichas personas que también tengan discapacidad) para garantizar una comunicación eficaz. Entre las ayudas y servicios auxiliares adecuados pueden figurar: <ul style="list-style-type: none"> <li>o Intérpretes cualificados, incluidos intérpretes de lengua de signos americana</li> <li>o Interpretación a distancia por vídeo</li> <li>o Información en formatos alternativos (entre otros, letra grande, braille y formatos electrónicos accesibles)</li> </ul> </li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Reasonable modifications. HCPF will provide reasonable modifications for qualified individuals with disabilities, when necessary to ensure accessibility and equal opportunity to participate in our programs, services and activities.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Modificaciones razonables. El HCPF proporcionará modificaciones razonables a las personas con discapacidad que cumplan los requisitos, cuando sea necesario para garantizar la accesibilidad y la igualdad de oportunidades a la hora de participar en nuestros programas, servicios y actividades.</li> </ul>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
| <p>If an individual believes that HCPF has failed to provide these services or discriminated in another way, a grievance can be filed with the Civil Rights Officer by mail, phone, fax, or email within 60 days of the incident. The Civil Rights Officer can also help file the grievance. Complaint forms are available at <a href="http://hcpf.colorado.gov/americans-disabilities-act">hcpf.colorado.gov/americans-disabilities-act</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <p>Si una persona considera que el HCPF no ha prestado estos servicios o ha discriminado de alguna otra forma, puede presentar una reclamación ante el responsable de derechos civiles por correo, teléfono, fax o correo electrónico en un plazo de 60 días a partir de la fecha del incidente. El responsable de derechos civiles también puede ayudar a presentar la reclamación. Los formularios de reclamación están disponibles en <a href="http://hcpf.colorado.gov/americans-disabilities-act">hcpf.colorado.gov/americans-disabilities-act</a>.</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| <p>To request language assistance services, auxiliary aids and services, a reasonable modification, or to file a grievance, please contact:</p> <p>Civil Rights Officer<br/>Colorado Department of Health Care Policy &amp; Financing<br/>303 E. 17th Avenue<br/>Denver, Colorado 80203<br/>Telephone: 303-866-6010 (State Relay 711)<br/>FAX: 303-866-2828<br/>Email: <a href="mailto:hcpf504ada@state.co.us">hcpf504ada@state.co.us</a></p> <p>Civil rights complaints can also be filed with the U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights:</p> <p>Electronically: <a href="http://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf">ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf</a></p> <p>Via mail:</p> <p>Office for Civil Rights<br/>U.S. Department of Health and Human Services<br/>1961 Stout Street, Rooms 08-148<br/>Denver, CO 80294</p> <p>Learn more at <a href="http://hcpf.colorado.gov">hcpf.colorado.gov</a></p> | <p>Para solicitar servicios de asistencia lingüística, ayudas y servicios auxiliares, una adaptación razonable o para presentar una reclamación, póngase en contacto con:</p> <p>Responsable de Derechos Civiles<br/>Departamento de Política Sanitaria y Financiación de Colorado<br/>303 E. 17th Avenue<br/>Denver, Colorado 80203<br/>Teléfono: 303-866-6010 (Relé de estado 711)<br/>FAX: 303-866-2828<br/>Correo electrónico: <a href="mailto:hcpf504ada@state.co.us">hcpf504ada@state.co.us</a></p> <p>Las quejas sobre derechos civiles también pueden presentarse ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos:</p> <p>Por vía electrónica: <a href="http://ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf">ocrportal.hhs.gov/ocr/smartscreen/main.jsf</a></p> <p>Por correo postal:</p> <p>Oficina de Derechos Civiles<br/>Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE. UU.<br/>1961 Stout Street, Salas 08-148<br/>Denver, CO 80294</p> <p>Más información en <a href="http://hcpf.colorado.gov">hcpf.colorado.gov</a></p> |