

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

Solicitud de Emergencia

**SECCIÓN I : INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE**

Apellidos	Nombre(s)	M.I.	Número de Teléfono
-----------	-----------	------	--------------------

DIRECCION	Ciudad/Código Postal
	CO

Miembros del hogar (nombres y apellidos)	Código residencia	Código relación	Fecha de nacimiento	Seguro Social o Identificación Estatad	Códigos de exclusión					
					Medicaid y CHP+					
					A	B	C	D	E	F
1 SOLICITANTE		1								
2										
3										
4										
5										
6										
7										

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

Información adicional:

**Códigos de referencia**

Códigos de exclusión de Medicaid y CHP+		Código de relación: 1 Solicitante 2 Espos(a) 3 Hijo(a) 4 Hijo(a) adoptivo(a) 5 Otro
A	Recibió negación de Medicaid o CHP+ adjunte a la aplicación	<b>Código de residencia:</b>  1. Residente de Colorado y ciudadano de los Estados Unidos  2. Residente de Colorado y inmigrante legal  3. Trabajador agrícola migrante y ciudadano de los Estados Unidos  4. Trabajador agrícola migrante y inmigrante legal  5. no residente, incluido solamente en tamaño de familia  6. Califica para Medicaid, incluido solamente en tamaño de la familia  7. Incluido solamente en el tamaño de familia
B	Solicitante no es ciudadano de los Estados Unidos y no ha sido residente legal por al menos 5 años o tiene estatus de refugiado	
C	Los beneficios de Medicaid de transición han sido descontinuados	
D	Sobre ingresos para Medicaid y: <input type="checkbox"/> NO ES UN NIÑO <input type="checkbox"/> NO ESTA EMBARAZADA <input type="checkbox"/> NO ESTA DISCAPACITADO	
E	Tiene primaria seguros- no es elegible para CHP+	
F	Otro (Explicación necesaria)	

SECCIÓN II: Ingresos y Bienes									
FUENTE DE INGRESOS	Cantidad mensual	Total por año	EQUIDAD DE LOS RECURSOS	Valor Real	Menos cantidad que debe	Equivale a la Equidad	Menos cantidad protegida	CICP Equidad Calculo	
1. Ingreso neto por empleo	\$0.00	\$0.00	6. Vehículo	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$4,500.00	\$0.00	
2. Ingreso negocio propio	\$0.00	\$0.00	7. Recursos Monetarios	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	\$0.00	
3. Ingreso no ganado	\$0.00	\$0.00	8						
4. Ingreso total (línea 1+2+3)	\$0.00	\$0.00	9						
			10. Equidad total (Líneas 6+7)					\$0.00	
5. Cálculo de ingreso de CICP (línea 4)	\$0.00	\$0.00	11. Menos deducción por Tamaño de la familia	1	X	\$2,500		\$2,500.00	
Is it 3AND App?	NO		12. Recursos de la Equidad Calculo de CICP (línea 10 menos Línea 11; no puede ser numero negativo)					\$0.00	
Tarifa de CICP:	N	Tarifa para Dental:	N	13. Estado financiero total de la familia (líneas 5+12)					\$0.00
Type of Application:	IN HOUSE		14. Menos deducciones permitidas					\$0.00	
Límite Anual de Copago (No incluye copago al dentista)	N/A		15. CICP Ingreso y Equidad en los Recursos (línea 13 menos línea 14)					\$0.00	

**CLAUSULA DE PENALIZACION, DECLARACION DE CONFIRMACION Y AUTORIZACION PARA DAR DIVULGACION DE INFORMACION**

Certifico que la información proporcionada para llenar esta solicitud es verdad. Entiendo que si hago declaraciones falsas en esta solicitud, cometo un delito clase 5. Además presentar información falsa para mi elegibilidad 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 compromete a abstenerse de ejecutar una declaración jurada de apoyo a fin de patrocinar un extranjero en o después del 1 de Junio de 1997 (26-15-104.3, C.R.S.).

Entiendo que el proveedor tiene el derecho de obtener la recuperación para un paciente que tenga el derecho de recuperación. Esto significa que si yo tengo un reclamo para beneficios pagaderos 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. Doy permiso para que el fabricante de productos farmacéuticos o su designado para revisar los registros para fines de auditoria.

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

8/14/2015

Imprimir o Escribir Nombre del Solicitante

PICK ONE

Imprimir o Escribir Nombre del Técnico de Elegibilidad SITIO

Firma del solicitante y fecha

8/14/2015

Firma del técnico/a de selección y fecha

Peak Vista Community Health Centers

719-632-5700

Imprimir o Escribir Nombre del Establecimiento

Número de teléfono del establecimiento