COLORADO
Department of Health Care Policy & Financing

# ELEGIBILIDAD PRESUNTA PARA BCCP

Nombre _____ _____ _____ No. de Seguro Social _____
Apellido Primer nombre Segundo nombre

Dirección Postal _____ _____ Teléfono particular_____
Numero y calle, ruta o número de buzón depto.

_____ Telefono de trabajo _____
Ciudad o Pueblo Estado código postal (Solo si Ud. puede recibir llamadas)

Fecha de nacimiento _____ Teléfono de mensaje_____

¿Tiene Ud. Seguro médico? Sí☐No☐ Si es sí, ¿De qué tipo? Médico☐ Hospital☐ Cáncer☐Otro_____

Numero de Póliza _____ Compañia de seguro médico _____ _____
Número de Teléfono

¿Tiene Ud. hijos menores de 19 años? Sí☐ No☐

¿Cúal es su ingreso bruto mensual? _____

*Estas preguntas son para determinar su elegibilidad para otros programas Médicos de bajos ingresos, las respuestas no le afectaran su elegibilidad bajo El Tratamiento Preventivo del Cáncer de mama y Cáncer cervical.

¿Tiene Ud. algúna incapacidad diagnosticada? Sí☐ No☐

1. Yo certifico que todas las declaraciones en este formulario han sido leídas por mi o leídas a mí y que yo entiendo las preguntas. Yo certifico que toda la información que he dado es cierta y correcta.
2. Yo doy mi permiso a cualquier institución financiera, agencia o departamento de gobierno, doctor, hospital, negocio, o persona dar cualquier información al personal del Departamento que tenga que ver con que yo reciba beneficios.
3. Yo sé que ninguna persona puede ser negada beneficios Médicos para personas de bajos ingresos (Medicaid). Por motivos de raza, color, sexo, edad, religion, origen nacional o creencia política.
4. Yo entiendo que si doy información incorrecta o falsa o si no cumplo en reportar cambios, entonces pueda ser requerido que tenga que pagar los beneficios ya recibidos. Yo entiendo que cualquier información dada es sujeta hacer verificada por un representante autorizado del Departamento.
5. Yo entiendo que aceptando la asistencia médica bajo el BCCP, estoy de acuerdo en dar al Estado cualquier y todo el dinero que sea recibido de cualquier compañia de seguros por el pago de servicios medicos y/o cobros del hospital. Por cuales el Programa de Medicaid ha hecho o hará pagos.
6. Yo entiendo que la solicitud de Medicaid debe ser completada y entregada en 30 días de la fecha en este formulario para recibir beneficios bajo este programa.

_____ _____
Firma del Solicitante Fecha

_____ _____
Testigo si fue firmado con huella Firma de la persona que asistió a completar la solicitud

Completado por el personal de Women's Wellness Connection
Medicaid State ID Issued_____

Date Help Desk Was Called_____

WWC Site Number_____

WWC Site Phone_____

Courtney Sedon
Phone: (303) 866-2721
Fax: (303) 866-2573