



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 _____		Compañía de seguro médico _____		Número de Teléfono _____	
¿Tiene Ud. hijos menores de 19 años? Sí No		*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.			
¿Cuál es su ingreso bruto mensual? _____					
¿Tiene Ud. alguna 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 a ser 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 compañía 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