



Formulario de elegibilidad presunta Programa contra el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero del programa Medicaid de Colorado

Nombre: _____ Inicial del segundo nombre: _____ Apellido: _____

Dirección postal: _____

Teléfono de la casa: _____ Teléfono celular/Otro: _____

Teléfono del trabajo (si puede recibir llamadas en el trabajo): _____

Fecha de nacimiento: _____ Número de Seguro Social: _____

¿Tiene seguro de salud? Sí No

Si respondió "Sí", ¿de qué tipo? Médico Hospitalario Cáncer Otro _____

Número de póliza _____ Nombre de la compañía _____

Teléfono de la compañía _____

*Se hacen estas preguntas para determinar su elegibilidad para otros programas de Medicaid.

*¿Tiene hijos menores de 19 años? Sí No *¿Cuál es su ingreso bruto mensual? \$ _____

*¿Tiene una discapacidad diagnosticada? Sí No

1. Certifico que leí o que me leyeron todas las declaraciones contenidas en este formulario y que entiendo las preguntas. Certifico que toda la información proporcionada es verdadera y correcta.
2. Autorizo a cualquier institución financiera, agencia o departamento gubernamental, médico, hospital, empresa o persona a proporcionar cualquier información a un empleado del Departamento en relación con mi recepción de beneficios.
3. Tengo conocimiento de que a ninguna persona se le pueden negar los beneficios de Medicaid por motivos de raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política.
4. Entiendo que, si proporciono información incorrecta o falsa, o si no informo las modificaciones, es posible que se me solicite el reembolso del valor de los beneficios que reciba. Entiendo que cualquier información proporcionada está sujeta a verificación por parte de un representante autorizado del Departamento.
5. Entiendo que, al aceptar asistencia médica de acuerdo con el Programa contra el cáncer de mama y el cáncer de cuello de útero (Breast and Cervical Cancer Program, BCCP), acepto devolver al estado todo el dinero que se reciba de una compañía de seguros para el reembolso de las facturas médicas y/u hospitalarias por las que el programa Medicaid haya pagado o vaya a pagar en el futuro.
6. Entiendo que la solicitud de Medicaid se debe completar y enviar dentro de los 30 días posteriores a la fecha de este formulario para recibir beneficios de acuerdo con lo estipulado en este programa.

Firma del solicitante

Fecha

Testigo, si firma con una marca

Firma de la persona que ayuda a completar el formulario

Correo electrónico: hcpf_bccp@state.co.us

ID estatal de Medicaid emitida _____ Fecha en que se llamó a la línea de ayuda _____

Número de centro de WWC _____ Teléfono del centro de WWC _____