



360 Peak One Drive, Suite 100
Post Office Box 4337
Frisco, CO 80443
Teléfono: (970) 668-4040
Fax: (970) 668-6699

Se aceptan aplicaciones para la “Care Card” únicamente de lunes a viernes de 8:00am a 11:00am y los días miércoles de 9:00am a 11:00am.

Para mayor información contacte a Brandi al (970) 668-6681 o por e-mail a bthompson@summitclinic.org

Requisitos para elegibilidad

Si usted está solicitando servicios para recibir atención básica de salud o dental, requerimos que presente los siguientes documentos. Si no trae toda la información que le solicitamos su aplicación no podrá completarse el día de hoy y no recibirá la “Care Card”.

1. Por favor traiga una identificación de **TODOS los miembros de su familia, incluyendo sus dependientes**, aunque no vayan a estar cubiertos por la tarjeta. Ejemplos de identificaciones: identificación de Colorado, pasaporte, identificación de otro estado, identificación de su país, acta de nacimiento, “green card”, tarjeta Medicaid o CHP+.

2. ¿Usted tiene trabajo?

Sí

Si tiene negocio propio, por favor traiga la última declaración de impuestos.

¿Tiene los últimos 4 talones de cheque de todos sus trabajos?

Sí. Por favor traiga los últimos 4 talones consecutivos de cheques más recientes de todos los miembros de la familia que trabajan o la última declaración de impuestos.

No. Por favor traiga una carta formal firmada por su patrón especificando cuánto gana por mes, incluyendo las horas que trabaja, cuanto le pagan por hora, donde trabaja y fecha.

No

¿Está recibiendo desempleo?

Sí. Por favor traiga prueba de sus pagos semanales. Ejemplo: carta de desempleo o estado de cuenta del banco de cheque y ahorros de los últimos 3 meses.

No. Por favor traiga copia del estado mensual de su cuenta de cheque y ahorros consecutivos de los últimos tres meses. Si no tiene una cuenta en el banco contactase con Haley al 970-668-6681.

3. ¿Vive en el Condado de Summit?

Sí

Por favor traiga **uno de los siguientes**: contrato de alquiler con su nombre, cuenta de la luz (Xcel), cuenta del cable (Dish, Comcast), carta de la persona a la que le paga la renta, recibo del pago de la hipoteca, o otro documento con su nombre y su dirección física.

No

Por favor traiga prueba de su trabajo en el Condado de Summit (Carta del patrón con fecha y dirección física del trabajo).

4. ¿Tiene seguro médico?

Sí. Por favor traiga su póliza del seguro médico.

No

5. Si usted paga sustento de menores, pensión alimenticia, guardería o cuidado de ancianos: por favor traiga recibos de pago de los últimos tres meses.

INFORMACION DEL SOLICITANTE

Fecha de nacimiento: ____ / ____ / ____ Sexo: F__ M__ Apellido: _____ Nombre: _____

Caja Postal: _____ Ciudad, Estado, Código: _____ Teléfono () _____

¿Tiene Número de Seguro Social? Sí / No _____ - _____ - _____ Estado civil: _____

Dirección física: _____ Ciudad, Estado, Código: _____

¿Está embarazada? Sí / No Fecha de parto: ____ / ____ / ____ ¿Donde trabaja? _____

¿Tiene segundo trabajo? Sí / No _____ ¿Tiene negocio propio? Sí / No _____

Otro tipo de ingreso económico (estampillas de comida, cuidado de niños, desempleo): _____

RAZA (FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)	LENGUAJE (FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)	ORIGEN ETNICO (FAVOR MARQUE CON UN CIRCULO UNA DE LAS SIGUIENTES OPCIONES)
NEGRO O AFROAMERICANO	LENGUAJE DE SEÑAS	HISPANO/A
INDOAMERICANO O NATIVO DE ALASKA	INGLES	NO HISPANO/A
ASIATICO	FRANCES	NO LO SABE O NO LO REPORTA
BLANCO	POLACO	
NO LO SABE O NO LO REPORTA	RUSO	
OTRA RAZA NO ESPECIFICADA AQUI	ESPAÑOL	
NATIVO DE HAWAII O DE OTRA ISLA DEL PACIFICO	OTRO	

INGRESO FAMILIAR \$ _____ SEMANAL / QUINCENAL / 2 VECES AL MES / MENSUAL / ANUAL

NUMERO DE PERSONAS QUE VIVEN CON ESTE INGRESO (inclúyase usted) _____

¿TIENE USTED UN SEGURO MEDICO QUE CUBRA SUS CUIDADOS GENERALES? (Sus visitas del doctor)
 SI ____ NO ____ Deducible: \$ _____

¿En caso que si lo tenga, sabe si cubre Salud para la mujer? SI ____ NO ____ NO SE ____

Médico Familiar _____

Por favor díganos a quien podemos contactar en caso de emergencia (padre o adulto encargado, si es menor de 18). Una emergencia puede ser sangrado severo, pérdida de conocimiento, accidente o cualquier condición, que involucre transporte en ambulancia u hospitalización. Los servicios de salud para la mujer NO requieren permiso de los padres y no requiere del uso de la tarjeta "Care Card". Si eres menor de 18 años en una situación de emergencia, le notificaremos a sus padres o adulto encargado. ¿Este contacto de emergencia sabe que estas recibiendo servicios en esta clínica? SI ____ NO ____

Contacto en caso de emergencia: _____ Relación _____ Teléfono _____

Yo, doy consentimiento para recibir cualquier tratamiento que los proveedores médicos de la Clínica Comunitaria determinen que sea necesario. Yo, certifico que la información arriba detallada es verdadera, precisa y fue completada bajo mi conocimiento (información falsa o incorrecta resultará en cancelación de los servicios). Yo, autorizo a cualquier representante de la Clínica Comunitaria para que se comunique con cualquier persona o agencia para verificar mi información. En caso que ustedes requieran más información, me comprometo en presentarla durante los próximos treinta días.

Me comprometo notificar a la Clínica Comunitaria cualquier tipo de cambio correspondiente al número de miembros en la familia, dirección, teléfono, ingresos, obtención de seguro médico o cualquier tipo de información esencial. Es de mi conocimiento, que tengo que presentar mi tarjeta para cada cita.

Entiendo que soy responsable por todos los cargos de servicio y me comprometo a pagarlos a la hora de mi visita.

FOR STAFF USE ONLY

CARE CARD	DENTAL ONLY
ANNUAL INCOME \$ _____	
FEE CODE _____	HH _____
EXPIRATION ____ / ____ / ____	

Limited English Proficiency? YES NO

INITIALS _____

DATE ____ / ____ / ____

INFORMACION DEL SOLICITANTE (continuación)

Gastos Mensuales

Renta / Hipoteca _____	Seguro del Carro _____
Servicios: _____	Préstamo del Carro _____
Agua/Basura _____	Comida / Restaurantes _____
Electricidad _____	Teléfono / Celular _____
Gas/Propano _____	Cable/Internet _____

Descuentos Permitidos (Debe tener documentos)

Cuidado de niños _____
Sustento de menores _____
Cuidado de ancianos _____
Pensión alimenticia _____
Total Mensual _____

Por favor complete la información sobre su esposo/a o pareja

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____ ¿Está embarazada? Sí / No Fecha de parto: ____ / ____ / ____

¿Solicita la tarjeta? Sí / No Sexo: M ___ F ___ ¿Tiene seguro médico? Sí / No Deducible: \$ _____

¿Dónde trabaja? _____ ¿Tiene segundo trabajo? Sí / No _____

¿Tiene negocio propio? Sí / No _____ Otros ingresos (estampillas de comida, cuidado de niños, desempleo): _____

Por favor complete la información sobre su hijo/a

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____ ¿Solicita la tarjeta? Sí / No Sexo: M ___ F ___

¿Dónde nació? _____ ¿Tiene seguro médico, Medicaid, CHP+? Sí / No Deducible: \$ _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____ ¿Solicita la tarjeta? Sí / No Sexo: M ___ F ___

¿Dónde nació? _____ ¿Tiene seguro médico, Medicaid, CHP+? Sí / No Deducible: \$ _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____ ¿Solicita la tarjeta? Sí / No Sexo: M ___ F ___

¿Dónde nació? _____ ¿Tiene seguro médico, Medicaid, CHP+? Sí / No Deducible: \$ _____

Apellido: _____ Primer Nombre: _____ Fecha de Nacimiento: ____ / ____ / ____

¿Cuál es su relación con esta persona? _____ ¿Solicita la tarjeta? Sí / No Sexo: M ___ F ___

¿Dónde nació? _____ ¿Tiene seguro médico, Medicaid, CHP+? Sí / No Deducible: \$ _____

For Staff Use

Total Annual Income _____ Total Annual expenses _____

HH _____ Fee Code _____

Eligibility Technician Signature: _____ Date _____