



## INFORMACION DEL SOLICITANTE (continuación)

### Descuentos Permitidos (Debe tener documentos)

Cuidado de niños _____	Costo de seguro médico _____
Sustento de menores _____	Gastos médicos _____
Cuidado de ancianos _____	Pensión alimenticia _____
<b>Total Mensual</b> _____	

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

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F
Su empleador:	Otro trabajo:	Tiene negocio propio: Y N
Está embarazada: Y N	Fecha de parto:	Otro tipo de ingreso económico:
Tiene seguro médico: Y N	Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/>	SSN:

### Por favor complete la información sobre su hijo/a(s) que viven aquí con Ud.

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F SSN:
¿Dónde nació?:	Tiene seguro médico : Y N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F SSN:
¿Dónde nació?:	Tiene seguro médico : Y N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F SSN:
¿Dónde nació?:	Tiene seguro médico : Y N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F SSN:
¿Dónde nació?:	Tiene seguro médico : Y N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Su relación a ellos:	Solicita la tarjeta: Y N	Sexo: M F SSN:
¿Dónde nació?:	Tiene seguro médico : Y N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/>	



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 Graciela al  
(970) 668-6681 o por e-mail a [gvalenzuela@summitclinic.org](mailto:gvalenzuela@summitclinic.org)

Por favor traiga todos los documentos aplicables que se indican a continuación

## **Requisitos para pre-evaluación de elegibilidad**

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+. (No se aceptan identificaciones de escuelas)

2. **Prueba de residencia:** Por favor traiga un documento con la **dirección física** donde vive o trabaja:

- Cuenta Xcell (la luz)
- Cuenta de Dish or Comcast
- Carta de la persona con quien vive
- Contrato de arrendamiento
- Recibo de la hipoteca

3. **Prueba de Ingresos:** (De todos los miembros de su familia):

- Los últimos 4 talones de cheques consecutivos y recientes.
- Carta firmada por su patrón en papel membrete especificando cuanto gana por mes, incluyendo las horas que trabaja, cuanto le pagan por hora, fecha, teléfono y dirección de trabajo.
- Ingresos de su propio negocio:
  - Reporte de un mes de depósitos en el cuenta del banco de negocio
  - Estado de cuenta de pérdidas y ganancias, que muestre los ingresos acumulados al año.
  - Recibos para verificar ingresos – los últimos 12 meses.
  - Formulario para personas con su propio negocio (se le dará en la recepción)

4. **Otros ingresos:**

- |                    |                          |                            |
|--------------------|--------------------------|----------------------------|
| a. TANF            | e. Discapacidad          | i. Ingreso por alquiler    |
| b. SSI             | f. Pensión               | j. Beneficios de veteranos |
| c. Social Security | g. Interés/beneficios    | k. Indemnización al        |
| d. Desempleo       | h. Prestaciones sociales | trabajador por riesgo      |
|                    |                          | de trabajo                 |

## **Podemos solicitar mas documentación para el programa de CICP (si es elegible)**

5. **Activos fijos**

- a. El más reciente estado mensual de su cuenta de cheque y ahorro.
- b. Camionetas: Traiga el registro para todas camionetas
- c. También traiga su cuenta que describe cuanto necesita pagar por el préstamo de su auto.
- d. Barcos, RVs
- e. IRAs, bonos, acciones

6. **Deducciones**

- a. Cuidado de niños
- b. Sustento de menores
- c. Pensión alimenticia
- d. Premios de seguro medico
- e. Cuentas médicas del año pasado

**Otra Información:** podemos recibir la última declaración de impuestos en ciertos casos.

**\*\*Nos reservamos el derecho de pedir más documentación en ciertas circunstancias.**

