



La Tarjeta de Descuento o Care Card es un programa de escala móvil de tarifas basado en un cálculo de acuerdo con los ingresos y el tamaño familia con respecto a las pautas federales de pobreza actuales.

La tabla de Pautas Federales de Pobreza del 2023 es la siguiente:

tamaño de Familia Incluido el Aplicante	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Ingreso Familiar Neto Bruto	\$43,740	\$59,160	\$74,580	\$90,000	\$105,420	\$120,840	\$136,260	\$151,680

REQUISITOS PARA SOLICITAR LA TARJETA DE DESCUENTO

1. Solicitud completada
2. Comprobante de domicilio (proporcionar uno de los siguientes):
 - Un recibo de servicios reciente (internet, luz, agua, basura, cable, etc).
 - Formato de comprobante de domicilio junto con el Recibo de Servicios del Rentador.
 - Formato de autodeclaración Domicilio.
3. Prueba de identificación de **TODOS** los miembros de la familia que viven en el **MISMO** hogar. Se prefiere una identificación con foto para adultos. Los hijos adultos mayores de 18 años en educación superior **DEBEN** presentar una identificación de estudiante o inscripción escolar.
4. Comprobante de ingresos (Por favor proporcione **UNO (1)** que corresponda por cada miembro de la familia que este empleado).
 - **Ejemplos de Ingresos del trabajo:**
 - Recibos de pago del último mes calendario (2 quincenales consecutivos o 4 Semanales consecutivos)
 - Carta de verificación de ingresos de su empleador escrita a computadora (describir ingresos brutos, propinas estimadas, si corresponde, con fecha de los últimos 30 días, en papel con membrete de la empresa para incluir la dirección, el número de teléfono y el contacto del empleador). O el formato de Clínica comunitaria.
 - Impuestos del año anterior, W2, Formulario 4506-T
 - **Ejemplos para trabajadores por cuenta propia:**
 - Impuestos (Taxes) forma 1040 o 1099 del año anterior
 - Declaración de ganancias y pérdidas
 - Último mes de depósitos bancarios o libro mayor brutos
 - Hoja de trabajo de autoempleo de la Clínica Comunitaria junto con el último mes de depósitos bancarios
 - **Ejemplos de Ingresos no derivados del trabajo:**
 - Desempleo o compensación laboral
 - Seguro social o ingreso de seguridad suplementario (SSI)
 - Asistencia pública
 - Beneficios para veteranos
 - Beneficios para sobrevivientes
 - Beneficios por discapacidad
 - Ingresos por pensión o jubilación
 - Intereses o dividendos
 - Alquileres, regalías, herencias y fideicomisos
 - Pensión alimenticia
 - Manutención de los hijos
 - Autodeclaración de ingresos para clínica comunitaria

Por favor deje la aplicación junto con los requisitos en la recepción de la clínica principal o mándelo por correo electrónico a frontdesk@summitclinic.org o en línea por medio de IntakeQ (pregunte por el enlace). Si tiene alguna pregunta con respecto a la documentación requerida, o le gustaría hablar con un coordinador de elegibilidad, llame al (970)668-4040



SOLICITUD DE TARJETA DE DESCUENTO

Por favor complete todas las secciones, marque con NA si no aplica:

Nombre y Apellido del Apicante	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	
Dirección física	Ciudad, Estado, Código Postal	# de Teléfono	
Dirección Postal o PO Box #	Ciudad, Estado, Código Postal	Aseguranza Medica: S N	Aseguranza Dental: S N

Por favor escriba la información de su cónyuge y dependes menores de 18 años:

(Estudiantes que sean mayores de 18 deben de proporcionar identificación escolar o comprobante actual de registro escolar Y Adultos Mayores dependientes deben de tener más de 60 años).

NOMBRE	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL APLICANTE	CUENTA CON ASEGURANZA	SOLICITA LA TARJETA
				S N	S N
				S N	S N
				S N	S N
				S N	S N
				S N	S N
				S N	S N
				S N	S N

DECLARACION DE INGRESOS

FUENTE DE INGRESOS	PROPIO	CONYUJE	OTROS	TOTAL
Ingresos Del Trabajo, No Derivados Del Trabajo O Autoempleo				

SOLICITUD PARA MEDICAID/CHP+

Doy permiso a la clínica Comunitaria para solicitar Medicaid / CHP+ en mi nombre y / o miembros de mi familia como se indicó anteriormente.

Si _____ No _____

CERTIFICACION

Certifico que la información anterior sobre el tamaño de la familia y los ingresos es correcta

Nombre (letra) _____

Fecha _____

Firma _____



summit community
CARE CLINIC

CARE CARD APPLICATION CHECK LIST

For Internal Use Only/Usó interno unicamente

Applicant Name

Employee
Initials

Date
Received

Received Application complete and Sign with items provided marked and completed

Please make copies of the following:

Employee
Initials

Date
Received

ALL FAMILY MEMBERS IDENTIFICATION:

*Examples of approved identification: Colorado Driver's License, Colorado Issued ID, Passport, Other state ID, ID from your country, ID from your employer, Green card, School ID

Employee
Initials

Date
Received

PROOF OF INCOME:

Examples of approved income:

- *Last 30 days of consecutive pay stubs
- *Income Verification letter from your employer (gross income, estimated tips, if applicable, dated within the last 30 days, on company letterhead to include address, phone number, and contact for employer)
- *Taxes from prior year, or W2's

If Self Employed, one of the following will be required:

- *Unemployment
- *Workers Compensation
- *Social security or Supplemental
- *Public Assistance
- *Veteran's Benefits
- *Survivor Benefits

Employee
Initials

Date
Received

PROOF OF ADDRESS:

Examples of approved income:

- *Xcel bill (electricity)
- *Dish or Comcast bill
- *Lease showing
- *Mortgage Receipt
- *Self-Declaration of Address

DO NOT RECEIVE APPLICATIONS WITH LACK OF INFORMATION, PLEASE RETURN TO THE PATIENT UNTIL THEY PROVIDE ALL THE REQUIREMENTS

