



summit community
CARE CLINIC

Aplicación para la Tarjeta de Descuento y CACP

Requisitos de Elegibilidad – Rev 7/2/2018

Para hacer una cita por favor llame a la recepción (970)668-4040

Requisitos para Pre-evaluación de elegibilidad: Por favor traiga todos los documentos que apliquen a continuación

- Aplicación completamente llena.**
- 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”, identificaciones de escuelas, tarjeta Medicaid o CHP+.
 - Marque en la aplicación si es ciudadano o residente de los Estados Unidos o si está legalmente en Colorado, ya que existe la posibilidad de que califique para un Programa llamado CACP (Programa de descuento en Colorado).
- 2. Prueba de Ingresos:** Por favor traiga **UNO** de los siguientes:
(Prueba de ingresos de todos los miembros de su familia que trabajen)
 - El último mes de talones de cheques
 - Carta firmada por su patrón en papel membrete especificando cuánto gana por mes, incluyendo las horas que trabaja, cuanto le pagan por hora, fecha, teléfono y dirección de trabajo.
 - Impuestos del año previo o W2’s
 - ***Si tiene negocio propio, requiere traer sus ingresos tales como:***
 - Reporte de un mes de depósitos en la cuenta del banco de su negocio
 - Estado de cuenta de pérdidas y ganancias, que muestre los ingresos acumulados al año.
 - Formulario para personas con su propio negocio (se le dará en la recepción)
 - o impuestos del año anterior.
- 3. Otros ingresos:**
 - a. Desempleo
 - b. Compensación al trabajador
 - c. Social Security (SSI)
 - d. Asistencia pública
 - e. Beneficios de veteranos
 - f. Beneficios de sobreviviente
 - g. Discapacidad
 - h. Pensión o plan de retiro
 - i. Intereses o dividendos
 - j. Ingreso por alquiler
 - k. pensión alimenticia
- 4. Si usted está sin techo (hogar) por favor, pida hablar con el Coordinador de Elegibilidad**

Si usted tiene alguna pregunta con respecto a la documentación requerida y desea hablar con un Coordinador de Elegibilidad por favor llame al (970)668-6681.

FOR STAFF USE ONLY

Name: _____

Date: _____

APLICACION PARA LA TARJETA DE DESCUENTO Y/O CICP

Aplicante (1)

Fecha de Nacimiento: MM _____ DD _____ YYYY _____	Sexo: M / F Estado civil: Soltero/Casado
Nombre:	¿Es usted veterano de Guerra?: Sí / No
Apellido: Código: (1)	¿Está embarazada?: Sí / No Fecha de parto:
Caja Postal: Ciudad: Código Postal:	¿Tiene seguro médico?: Sí / No Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP <input type="checkbox"/>
Dirección Física: Condado:	¿Su seguro cubre salud para la mujer? Sí / No
Ciudad, Estado y Código Postal:	Nombre de su empleador:
Correo electrónico:	¿Tiene un segundo trabajo?
# Teléfono casa : # de celular :	¿Tiene negocio propio? Sí / No
Como cortesía hacemos recordatorios a nuestros pacientes antes de sus citas. ¿Podemos dejarle un mensaje en su teléfono? Sí / No Si respondió sí, díganos que número es el mejor para contactarnos con usted. _____	¿Tiene otro tipo de ingresos económicos? Mencione:
Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí / No No es elegible - código (A): _____	Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____ ¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No
¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____	¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid? - Sí - No - No he aplicado No es elegible – código (D): _____
¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no ese elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____	No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí / No No es elegible – código (F): _____

Marque con un círculo:

RAZA	LENGUAJE/IDIOMA	ORIGEN ETNICO
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	
NATIVO HAWAII	RUSO	
OTRA ISLA DEL PACIFICO	ESPAÑOL	
NO LO SABE O NO LO REPORTA		

Marque con un círculo:

IDENTIDAD SEXUAL (MARQUE UNO)		ORIENTACION SEXUAL (MARQUE UNO)	
FEMENINO	MASCULINO	HETEROSEXUAL (NO LESBIANA u HOMOSEXUAL)	
TRANSGENERO FEMENINO/MASCULINO A FEMENINO		LESBIANA U HOMOSEXUAL	
TRANSGENERO MASCULINO/FEMENINO A MASCULINO		BISEXUAL	ALGO DIFERENTE
NO QUIERO DECIR	OTRO	NO SE	NO QUIERO DECIR

¿Díganos si usted habla inglés? Sí No

¿Díganos como se enteró de nuestros servicios? __Facebook __Amigo/Familiar __Periódico __Radio __Página Web

Otro: _____

En caso de emergencia, ¿A quien podemos contactar? (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, 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.

Firma del Solicitante

Fecha

PARA USO DEL PERSONAL SOLAMENTE

Care Card Prenatal Temp

CICP

ANNUAL INCOME \$ _____

FEE CODE _____ HH _____

Limited English Proficiency? YES NO

INITIALS _____

DATE _____ / _____ / _____

APLICACION PARA LA TARJETA DE DESCUENTO Y/O CICP

Dependiente (Esposo-a/Unión civil (2))

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el solicitante: Código: ()	Solicita la tarjeta: S N	Sexo: M F
Su empleador:	Otro trabajo:	Tiene negocio propio: S N
Está embarazada: S N	Fecha de parto:	Otro tipo de ingreso económico:
¿Tiene seguro médico/aseguranza: Sí/No	Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> CICP <input type="checkbox"/>	
<p>Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí/No No es elegible - código (A): _____</p>	<p>Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____</p> <p>¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No</p>	
<p>¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____</p>	<p>¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid? - Sí – No – No he aplicado No es elegible – código (D):</p>	<p>Marque la opción que aplique: A. Soy un niño B. Estoy embarazada C. Estoy discapacitado/a</p>
<p>¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no ese elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____</p>	<p>No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí / No No es elegible – código (F): _____</p>	

POR FAVOR COMPLETE LA INFORMACION SOBRE SU(S) HIJO/AS(S) QUE VIVEN CON USTED

Dependientes (Menor (3), Persona mayor (4), Estudiante Adulto (5)/Otro (6)

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el solicitante: Código: ()	Solicita la tarjeta: S N	Sexo: M F
Lugar de nacimiento:	¿Tiene seguro médico/aseguranza? : S N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/>	
Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí/No No es elegible - código (A): _____	Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____ ¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No	
¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____	<u>¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid?</u> - Sí - No - No he aplicado No es elegible – código (D):	Marque la opción que aplique: A. Soy un niño B. Estoy embarazada C. Estoy discapacitado/a
¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no es elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____	No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí/ No No es elegible – código (F): _____	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el solicitante: Código: ()	Solicita la tarjeta: S N	Sexo: M F
Lugar de nacimiento:	¿Tiene seguro médico/aseguranza? : S N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/>	
Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí/No No es elegible - código (A): _____	Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____ ¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No	
¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____	<u>¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid?</u> - Sí – No – No he aplicado No es elegible – código (D): _____	Marque la opción que aplique: A. Soy un niño B. Estoy embarazada C. Estoy discapacitado/a
¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no ese elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____	No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí/ No No es elegible – código (F): _____	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el solicitante: Código: ()	Solicita la tarjeta: S N	Sexo: M F
Lugar de nacimiento:	¿Tiene seguro médico/aseguranza? : S N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/>	
Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí/No No es elegible - código (A): _____	Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____ ¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No	
¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____	<u>¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid?</u> - Sí – No – No he aplicado No es elegible – código (D): _____	Marque la opción que aplique: A. Soy un niño B. Estoy embarazada C. Estoy discapacitado/a
¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no ese elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____	No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí/ No No es elegible – código (F): _____	

Apellido:	Nombre:	Fecha de Nacimiento:
Relación con el solicitante: Código; ()	Solicita la tarjeta: S N	Sexo: M F
Lugar de nacimiento:	¿Tiene seguro médico/aseguranza? : S N Medicaid <input type="checkbox"/> CHP+ <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Private <input type="checkbox"/>	
Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Usted ha recibido carta de negación de Medicaid o CHP+ recientemente? Sí/No No es elegible - código (A): _____		Complete únicamente si desea aplicar para CICP: ¿Es usted ciudadano y/o residente de los Estados Unidos (1), Residente de Colorado o está legalmente por los últimos 5 años, (2), trabajador inmigrante y ciudadano de los Estados Unidos (3), trabajador inmigrante y legalmente presente (4), parte de una familia (5)? Código de residencia: _____ No es elegible – código (B): _____ ¿Cuenta usted con un estatus de refugiado? Sí/No
¿Recibe usted algún tipo de beneficio transitorio por parte de Medicaid? Sí/ No No es elegible – código (C): _____	<u>¿Cree usted que sus ingresos son muy altos para aplicar para Medicaid?</u> - Sí - No - No he aplicado No es elegible – código (D): _____	Marque la opción que aplique: A. Soy un niño B. Estoy embarazada C. Estoy discapacitado/a
¿Tiene usted seguro médico/aseguranza? (Si tiene, no ese elegible para CHP+) Sí/No No es elegible – código (E): _____	No. de Seguro Social: _____ ¿Se encuentra usted sin hogar? Sí/ No No ese elegible – código (F): _____	

PARA USO INTERNO DEL PERSONAL / FOR STAFF USE ONLY:

CARE CARD & CICIP INCOME CALCULATION

Eligible for Medicaid/CHP+	YES	NO	Annual Income \$ _____
			Household #: _____
Eligible for WWC (21-64)	YES	NO	Fee code: \$ _____
			CICP Client Annual Cap: \$ _____

Eligibility Technician name and signature:

Information entered in:

Aprima	YES
Dentrix	YES
Excel	YES

Applicant Signature/Firma del Apicante:

NEW PATIENT or RENEWAL

Section for Calculating Income & Self-employment.	Section for Calculating Client Annual Copayment and Cap.
Patient Pay Schedule	
Monthly/ Twice A Month/Bi-weekly (every 2 weeks), weekly/Hourly	Annual income: \$ _____
	N or Z CICIP rating _____ All other CICIP rating _____
	10% calculation: \$ _____
	CICP Client Annual Cap: \$ _____

Care Card / CICIP card:

7/2/2018