



## **LISTA DE REQUERIMIENTOS PARA SOLICITAR LA TARJETA DE DESCUENTO**

1. Aplicación completada
2. Comprobante de domicilio físico
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
4. Comprobante de ingresos

### **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

### **Ingresos del trabajo: Traiga **UNO (1)** de los siguientes para todos los miembros de la familia empleados:**

- Recibos de pago del último mes calendario
- Carta de verificación de ingresos de su empleador (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)
- Impuestos del año anterior, W2, Formulario 4506-T

### **5. Trabajador por cuenta propia: Traiga **UNO (1)** de los siguientes:**

- Impuestos
- Declaración de ganancias y pérdidas
- Un mes de depósitos bancarios o libro mayor brutos
- Hoja de trabajo de autoempleo de Summit Community Care Clinic

**Si no tiene hogar, solicite hablar con el representante de elegibilidad.** 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

Nombre de la Cabeza de la Familia		Numero de Seguro Social		Fecha de Nacimiento	
Dirección física			Ciudad		Estado
Dirección de PO Box		Ciudad	Estado	Codigo Postal	Telefono

**Por favor enumere su conyuje y los integrantes de su familia:**

NOMBRE	FECHA DE NACIMINETO	NUMERO DE SEGURO SOCIAL	Paciente tiene Aseguranza?	RELACION
			Y N	
			Y N	
			Y N	
			Y N	
			Y N	
			Y N	
			Y N	
			Y N	

FUENTE DE INGRESOS	PROPIO	CONYUJE	OTROS	TOTAL
INGRESOS DEL TRABAJO				
INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO				
INGRESOS DE AUTOEMPLEO				

### SOLICITUD PARA MEDICAID/CHP+

Doy permiso a Summit Community Care Clinic para solicitar Medicaid / CHP+ en mi nombre y / o miembros de mi familia como se indicó anteriormente.

Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

### CERTIFICACIÓN

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

Nombre (letra) \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_

