

**REQUISITOS PARA SOLICITAR LA TARJETA DE DESCUENTO**

1. **Solicitud completada**
2. **Comprobante de 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**
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

1. **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 del Aplicante | Número de Seguro Social | Fecha de Nacimiento |
| Dirección física | Ciudad, Estado, Código Postal | # de Teléfono |
| PO Box # | Ciudad, Estado, Código Postal | Aseguranza:  **S N** |

***Por favor enumere su cónyuge y dependes menores de 18 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 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 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

V: 11-16-2020



**CARE CARD APPLICATION CHECK LIST**

**For Internal Use Only**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 1040, 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 | | | | |  | |  | | |  |  | |  | |
| Employee  Initials |  | Date Received | |  | | | | | | |
|  |  |  | | **AFFIDAVIT IF APPLICABLE FOR SENIOR DENTAL PLAN** | | | | | | |

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