



COLORADO DEPARTMENT OF HEALTH CARE POLICY & FINANCING

1570 Grant Street, Denver, CO 80203-1818 • (303) 866-2993 • (303) 866-4411 Fax • (303) 866-3883 TTY

John W. Hickenlooper, Governor • Susan E. Birch MBA, BSN, RN, Executive Director

ELEGIBILIDAD PRESUNTA PARA BCCP

Nombre _____ Apellido _____ Primer nombre _____ Segundo nombre _____	No. de Seguro Social _____
Dirección Postal _____ Numero y calle, ruta o número de buzón _____ depto. _____ Ciudad o Pueblo _____ Estado _____ código postal _____	Teléfono particular _____ Telefono de trabajo _____ (Solo si Ud. puede recibir llamadas)
Fecha de nacimiento _____	Teléfono de mensaje _____

¿Tiene Ud. Seguro médico? Sí No	Si es sí, ¿De qué tipo? Médico Hospital Cáncer Otro _____
Numero de Póliza _____	Compañía de seguro médico _____ Número de Teléfono _____
¿Tiene Ud. hijos menores de 19 años? Sí No	*Estas preguntas son para determinar su elegibilidad para otros programas Médicos de bajos ingresos, las respuestas no le afectaran su elegibilidad bajo El Tratamiento Preventivo del Cáncer de mama y Cáncer cervical.
¿Cuál es su ingreso bruto mensual? _____	
¿Tiene Ud. alguna incapacidad diagnosticada? Sí No	

- Yo certifico que todas las declaraciones en este formulario han sido leídas por mí o leídas a mí y que yo entiendo las preguntas. Yo certifico que toda la información que he dado es cierta y correcta.
- Yo doy mi permiso a cualquier institución financiera, agencia o departamento de gobierno, doctor, hospital, negocio, o persona dar cualquier información al personal del Departamento que tenga que ver con que yo reciba beneficios.
- Yo sé que ninguna persona puede ser negada beneficios Médicos para personas de bajos ingresos (Medicaid). Por motivos de raza, color, sexo, edad, religion, origen nacional o creencia política.
- Yo entiendo que si doy información incorrecta o falsa o si no cumplo en reportar cambios, entonces pueda ser requerido que tenga que pagar los beneficios ya recibidos. Yo entiendo que cualquier información dada es sujeta a ser verificada por un representante autorizado del Departamento.
- Yo entiendo que aceptando la asistencia médica bajo el BCCP, estoy de acuerdo en dar al Estado cualquier y todo el dinero que sea recibido de cualquier compañía de seguros por el pago de servicios medicos y/o cobros del hospital. Por cuales el Programa de Medicaid ha hecho o hará pagos.
- Yo entiendo que la solicitud de Medicaid debe ser completada y entregada en 30 días de la fecha en este formulario para recibir beneficios bajo este programa.

Firma del Solicitante

Fecha

Testigo si fue firmado con huella

Firma de la persona que asistió a completar la solicitud

Completado por el personal de Women's Wellness Connection Medicaid State ID Issued _____
Date Help Desk Was Called _____
WWC Site Number _____
WWC Site Phone _____

Diane Stayton
Phone 303-866-2385
Fax 303-866-2573