

SOLICITUD DEL PACIENTE
Hospitales y clínicas hospitalarias

Sección I: PACIENTE/SOLICITANTE

Fecha de hoy: _____

Persona sin hogar: _____
Solicitud de emergencia: _____

Apellido		Nombre		Inicial del segundo nombre	
Dirección	Ciudad	Código postal	Condado	Núm. de teléfono	
Miembros del hogar	Relación con el paciente	Fecha de nacimiento	Número de Health First CO	Códigos de inelegibilidad para Health First CO/CHP+ (CICP solamente)	Programa seleccionado para el miembro del hogar (CICP, Hospital Discounted Care, o CICP & Hospital Discounted Care)
1. _____	PACIENTE/SOLICITANTE	_____	_____	_____	_____
2. _____	_____	_____	_____	_____	_____
3. _____	_____	_____	_____	_____	_____
4. _____	_____	_____	_____	_____	_____
5. _____	_____	_____	_____	_____	_____
6. _____	_____	_____	_____	_____	_____
7. _____	_____	_____	_____	_____	_____
8. _____	_____	_____	_____	_____	_____
9. _____	_____	_____	_____	_____	_____
10. _____	_____	_____	_____	_____	_____
11. _____	_____	_____	_____	_____	_____
12. _____	_____	_____	_____	_____	_____
13. _____	_____	_____	_____	_____	_____
14. _____	_____	_____	_____	_____	_____
15. _____	_____	_____	_____	_____	_____

Sección II: Cálculo del ingreso

Fuente de ingreso	Ingreso mensual	Total anualizado
1. Ingresos brutos del empleo	\$ _____	\$ _____
2. Ingresos de otras fuentes	\$ _____	\$ _____
3. Ingresos del empleo por cuenta propia	\$ _____	\$ _____
4. Total de ingresos (líneas 1 + 2 + 3)	\$ _____	\$ _____
5. Deducciones permitidas (ver Hoja 3)	\$ _____	

6. Total de ingresos anuales

\$

% del FPG:

Tamaño del hogar

Tope anual del CICIP
(Línea 6 x 0.10):

\$

Máximo mensual a facturar por el centro
en virtud del programa HDC:

Máximo mensual a facturar por el médico
en virtud del programa HDC:

CLÁUSULA DE RESPONSABILIDAD PENAL, DECLARACIÓN DE CONFIRMACIÓN Y AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN

CICP SOLAMENTE: Certifico que, según mi leal saber y entender, la información proporcionada para completar esta solicitud es veraz y correcta. Entiendo que cualquier falsa representación realizada con la intención de defraudar al Programa de Atención a Indigentes de Colorado (CICP) puede dar lugar a una acción penal.

Autorizo al profesional de la salud a utilizar cualquier información contenida en la solicitud para verificar mi elegibilidad para recibir asistencia en virtud del programa CICP o de atención hospitalaria con descuento (HDC), así como para obtener registros que acrediten elegibilidad de un banco u otra institución financiera, según se define en la sección 15-15-201(4) de los Estatutos Revisados de Colorado (CRS), o de cualquier compañía de seguro.

CICP SOLAMENTE: Entiendo que es mi responsabilidad notificar al profesional de la salud de todo cambio en los ingresos o en el hogar que pueda afectar la calificación de esta solicitud con respecto al programa CICP y que la omisión de hacerlo dejará sin efecto esta solicitud para el programa CICP.

USTED TIENE 30 DÍAS CALENDARIO PARA APELAR LA DETERMINACIÓN QUE SE TOME RESPECTO A SU ELEGIBILIDAD PARA EL PROGRAMA CICP Y HDC

(Solicite al técnico de verificación de elegibilidad más información sobre el proceso de apelación)

Nombre del paciente/solicitante (en letra de molde)

Firma del solicitante y fecha

El paciente fue contactado por ☐ teléfono ☐ correo electrónico ☐ otro medio:

Se adjunta documentación de contacto en lugar de la firma.

Nombre del técnico de verificación de elegibilidad

Firma del técnico de verificación de elegibilidad y fecha

Nombre del centro (en letra de molde)

Número de teléfono del centro

Notas a la solicitud: