



El Departamento de políticas y financiamiento de atención médica de Colorado administra una variedad de Programas de asistencia médica para aquellas personas que reúnen los requisitos de elegibilidad y viven en Colorado.

Solicitud de asistencia médica

Esta solicitud está destinada a solicitar tales programas para usted, sus hijos o un familiar.

Para presentar una solicitud para programas de asistencia alimenticia y en efectivo de Colorado, o si quiere solicitar estos programas de asistencia alimenticia y en efectivo Y ADEMÁS Programas de asistencia médica, visite el sitio del departamento de servicios humanos/sociales de su condado:

cdhs.state.co.us/servicebycounty.htm.

Marque todos los programas que solicita:

- Programas de asistencia médica para niños, familias y mujeres embarazadas:**
Para niños de 18 años y menores, familias y mujeres embarazadas, lo cual incluye Medicaid familiar y el Plan de salud infantil plus (Family Medicaid and Child Health Plan *Plus*, CHP+). Podrá disponer de cobertura temporaria inmediata para niños y mujeres embarazadas a través del Programa de presunción de elegibilidad (Presumptive Eligibility Program).
- Programas de asistencia médica de adultos para ancianos, discapacitados y personas ciegas:**
Para personas que tienen 65 años de edad o más, o para aquellos que presentan la solicitud sobre la base de una discapacidad o de ceguera.
- ¿Es una solicitud desde el sitio de Women's Wellness Connection (WWC) debido a cáncer del seno o cervical?
Sí No
- Servicios de atención a largo plazo (Long Term Care, LTC), como atención en residencias para personas de edad avanzada y excepción para servicios en el hogar y la comunidad (Home and Community-Based Services, HCBS) para adultos y niños:**
Para personas que necesitan ayuda para poder pagar servicios recibidos en sus casas o en instalaciones médicas durante más de 30 días. Se requiere una evaluación funcional y médica.
- Programas de ahorro de Medicare (Medicare Savings Programs, MSP):**
Para personas que necesitan ayuda para pagar parte de los costos de Medicare, como primas, deducibles y coseguros.
- Asistencia médica de emergencia:**
Para determinadas personas extranjeras que necesitan ayuda con gastos médicos de emergencia y cumplen con los requisitos de elegibilidad para el programa.
- No estoy seguro**

algunos servicios que pueden estar disponibles son los siguientes:

- Atención preventiva
- Visitas al consultorio
- Medicamentos recetados
- Atención hospitalaria
- Atención odontológica
- Atención de salud mental
- Asistencia en residencia para personas de edad avanzada
- Atención preparto y posparto
- Vacunas
- Primas de Medicare parte B
- Deducibles y copagos de Medicare
- Administración de casos para menores de 21 años de edad

pasos siguientes

- Los niños y las mujeres embarazadas pueden acceder a una cobertura temporaria mientras se está procesando la solicitud de Medicaid familiar o CHP+. Visite: [Colorado.gov/hcpf](https://colorado.gov/hcpf) para encontrar un lugar de Presunción de elegibilidad (Presumptive Eligibility, PE) aprobado en su área.
- Puede imprimir la solicitud y llenarla a mano O BIEN puede hacer clic en cada campo en línea, escribir sus respuestas y luego imprimir la solicitud. No olvide firmar la solicitud impresa.
- Si tenemos todo lo que necesitamos, su solicitud se revisará y se le enviará una carta antes de transcurridos 45 días. La carta le dirá si reúne los requisitos para acceder a la asistencia médica. Si necesita que se determine una discapacidad, se le enviará una carta antes de transcurridos 90 días.
- **Marque la casilla “No corresponde” en la esquina superior derecha de la página y las casillas que rezan N/C dentro de la solicitud si existe alguna sección que no se aplica a usted.**
- Si solicita los Servicios de excepción de HCBS para niños, complete la solicitud colocando al niño como Jefe de familia. No se considerarán los recursos ni los ingresos de los padres para estos programas.
- Nunca envíe documentos originales de prueba de ingresos, identidad o ciudadanía con su solicitud.
- Si necesita ayuda para completar la solicitud, visite un sitio de ayuda para solicitudes aprobado o el departamento de servicios humanos/sociales de su condado. Podrá encontrar un directorio de estos lugares en colorado.gov/hcpf.
- Complete y firme la solicitud. Incluya copias de sus documentos de identificación y ciudadanía certificados y demás verificaciones requeridas, como por ejemplo, de ingresos y gastos.
- Lleve su solicitud al departamento de servicios humanos/sociales de su condado, o envíela por correo. Visite colorado.gov/hcpf para obtener información de contacto del condado.

ciudadanía e identidad

No tiene que ser ciudadano de los Estados Unidos para presentar una solicitud de asistencia. No permita que el miedo derivado de su situación migratoria le impida obtener beneficios para su familia. El hecho de que reciba asistencia médica no impedirá que obtenga su residencia legal permanente o ciudadanía de los Estados Unidos.

Los ciudadanos de los Estados Unidos que presentan solicitudes para los programas de asistencia médica (a excepción de MSP), deben proporcionar prueba de identidad y ciudadanía. Algunos ciudadanos de los Estados Unidos están exentos de brindar tales pruebas. Algunas de estas excepciones son los niños recién nacidos que son hijos de madres que reciben ayuda por parte de Medicaid o CHP+ al momento del nacimiento, clientes que reúnen los requisitos para Ingresos complementarios de seguridad (Supplemental Security Income, SSI) y el Seguro de discapacidad del seguro social (Social Security Disability Insurance, SSDI), personas que reciben ayuda de Medicare actualmente y los niños en adopción.

Cuatro son los documentos que sirven de prueba de **ambas**, ciudadanía e identidad:

- Pasaporte de EE. UU.
- Certificado de naturalización
- Certificado de ciudadanía y
- Documento tribal de indio estadounidense

Si un solicitante no tiene uno de estos documentos, debe proporcionar lo siguiente:

- Un documento que pruebe su condición de ciudadano estadounidense **Y**
- Un documento que pruebe su identidad

Algunos ejemplos de prueba de condición de ciudadano son un certificado de nacimiento de los EE. UU., una tarjeta de identificación nacional de los EE. UU. (Formulario I-197 o I-179), decreto final de adopción o un registro militar oficial que muestre un lugar de nacimiento en los EE. UU.

Algunos ejemplos de prueba de identidad son una licencia de conducir, una tarjeta de identificación estatal con fotografía, una tarjeta de identificación escolar con foto o registros verificados de escuela, sala de cunas o guardería para niños menores de 16 años.

Si un solicitante no tiene ninguno de estos documentos, existen aún más opciones. Para obtener información, llame al servicio al cliente:

- Dentro del área metropolitana de Denver: 303-866-3513
- Fuera del área metropolitana de Denver: 800-221-3943

Se aceptarán **copias** de los documentos de identificación y ciudadanía originales (u originales certificados) **solo** después de que un sitio aprobado por el Estado de Colorado vea los originales y los verifique. Puede llevar los documentos originales para que los verifique la oficina de su localidad del departamento de servicios sociales/humanos de su condado o un Sitio de asistencia para solicitudes.

No se aceptarán copias certificadas.

En el sitio web del Departamento de políticas y financiamiento de atención médica, podrá encontrar un listado de los Sitios de asistencia para solicitudes y presunción de elegibilidad: [Colorado.gov/hcpf](https://colorado.gov/hcpf).

información general

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

Díganos acerca del Jefe de familia o la persona que completa esta solicitud que quiere Asistencia médica para sí, su familia o los hijos que están a su cargo:

Apellido completo	Nombre de soltera	Nombre	Inicial del segundo nombre	
Dirección física	N.º de depto.	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección de correo postal/Casilla de correo	N.º de depto.	Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono (particular)	Teléfono (laboral)	Teléfono (celular/para mensajes)	Dirección de correo electrónico	

¿Qué idioma(s) se habla(n) en su hogar? _____

Díganos acerca de todas las personas que viven en su hogar. (Para los programas para adultos, LTC y MSP, asegúrese de incluir información sobre el solicitante que vive fuera del hogar e información sobre el cónyuge).

Apellido completo	Nombre	Inicial del segundo nombre	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	¿Cuál es la relación de esta persona con usted? (Yo mismo, hijo, hijo adoptivo, cónyuge, amigo, etc.)	¿Recibe esta persona apoyo financiero de al menos 50% del hogar? Sí/No	¿Esta persona presenta solicitud? Sí/No
				YO MISMO		

- ¿Tiene algún miembro del hogar o alguien para el que está presentando la solicitud una afección médica o de desarrollo que haya durado, o se espera que dure, más de 12 meses?
 Sí No Nombre _____
 Si es sí, ¿el miembro del hogar ha solicitado SSI? Sí No
 Fecha de solicitud (mm/dd/aaaa) _____ ¿Cuál es el estado de la solicitud? (pendiente, aprobada, denegada) _____
- ¿Se encuentra algún miembro del hogar o para el que está presentando la solicitud actualmente en un establecimiento médico, como una residencia para personas de edad avanzada, hospital, institución de salud mental o en un hogar colectivo (o lo ha estado en los últimos 90 días)?
 Sí No N/C Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:
 Nombre de la persona en el establecimiento _____ Relación _____ Fecha de entrada _____
 Nombre del establecimiento _____ Dirección del establecimiento _____
- Pueden existir servicios especiales disponibles para los niños y las mujeres embarazadas. Marque todos los servicios médicos que recibe o usa alguno de sus hijos: Servicios médicos Servicios de salud mental o conductual Servicios de salud escolar Medicamentos recetados Otros _____
- ¿Ha estado alguno de sus hijos en la sala de emergencia para recibir tratamiento desde su última visita al médico? Sí No
- ¿Hay alguna persona embarazada en el hogar? Sí No Si es sí, ¿cuál es su nombre? _____
 ¿Cuál es su fecha prevista de parto? _____ ¿Cuántos bebés espera? _____
 Nombre del padre, si vive en el hogar _____

infórmenos acerca de cualquier persona que tenga 18 años o menos, y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE

Un niño/Una persona de 18 años o menos por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Hombre Mujer

Apellido completo

Nombre

Inicial del segundo nombre

Número del seguro social ___ / ___ / ____ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de seguro social

Nombre de la madre, si vive en el hogar:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre del padre, si vive en el hogar:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí No Si la respuesta es no, ¿tiene este niño residencia permanente legal? Sí No
2. Escriba los números de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
3. ¿Tiene este niño un patrocinador? Sí No
4. ¿Recibe este niño SSDI o SSI? Sí No
5. ¿Tiene algún gasto médico realizado para este niño en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha o las fechas en las que se realizó la atención? _____ Usted **posiblemente** pueda acceder a asistencia con **algunos** de estos gastos.
6. ¿Trabaja el padre/la madre o el tutor legal de este niño para un organismo gubernamental del estado de Colorado y tiene acceso a beneficios médicos del estado? Sí No Los hijos de los empleados de un organismo gubernamental de Colorado posiblemente no puedan acceder a CHP+ debido a disposiciones de las leyes federales.
7. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí No Nombre de la escuela _____
Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación (mm/dd/aaaa) _____
8. ¿Se han realizado pasos tendientes a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente?
Sí No N/C
9. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Esto no es obligatorio, pero ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de inscripción de CHP+.
 Caucásico Hispano/Latino Afroamericano Indio estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con foto). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de
(nombre completo del niño) _____ declaro bajo pena de perjurio que tengo
conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____,
en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son fieles y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos acerca de la siguiente persona que tenga 18 años o menos, y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE

Un niño/Una persona de 18 años o menos por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Hombre Mujer

Apellido completo

Nombre

Inicial del segundo nombre

Número del seguro social ___ / ___ / ____ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de seguro social

Nombre de la madre, si vive en el hogar: _____

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre del padre, si vive en el hogar:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí No Si la respuesta es no, ¿tiene este niño residencia permanente legal? Sí No
2. Escriba los números de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
3. ¿Tiene este niño un patrocinador? Sí No
4. ¿Recibe este niño SSDI o SSI? Sí No
5. ¿Tiene algún gasto médico realizado para este niño en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha o las fechas en las que se realizó la atención? _____ Usted **posiblemente** pueda acceder a asistencia con **algunos** de estos gastos.
6. ¿Trabaja el padre/la madre o el tutor legal de este niño para un organismo gubernamental del estado de Colorado y tiene acceso a beneficios médicos del estado? Sí No Los hijos de los empleados de un organismo gubernamental de Colorado posiblemente no puedan acceder a CHP+ debido a disposiciones de las leyes federales.
7. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí No Nombre de la escuela _____
Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación (mm/dd/aaaa) _____
8. ¿Se han realizado pasos tendientes a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente?
Sí No N/C
9. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Esto no es obligatorio, pero ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de inscripción de CHP+.
 Caucásico Hispano/Latino Afroamericano Indio estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con foto). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de (nombre completo del niño) _____ declaro bajo pena de perjurio que tengo conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____, en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son fieles y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos acerca de la siguiente persona que tenga 18 años o menos, y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE

Un niño/Una persona de 18 años o menos por página. Para más de 3 niños, adjunte página(s) adicional(es).

Esta persona es: Hombre Mujer

Apellido completo	Nombre	Inicial del segundo nombre
-------------------	--------	----------------------------

Número del seguro social ___ / ___ / ____ Marque aquí si esta persona no tiene un Número de seguro social

Nombre de la madre, si vive en el hogar:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

Nombre del padre, si vive en el hogar:

Apellido _____ Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____

1. ¿Es el niño ciudadano de los EE. UU.? Sí No Si la respuesta es no, ¿tiene este niño residencia permanente legal? Sí No
2. Escriba los números de registro de extranjero del niño, en caso de tener uno _____
Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.
3. ¿Tiene este niño un patrocinador? Sí No
4. ¿Recibe este niño SSDI o SSI? Sí No
5. ¿Tiene algún gasto médico realizado para este niño en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha o las fechas en las que se realizó la atención? _____ Usted **posiblemente** pueda acceder a asistencia con **algunos** de estos gastos.
6. ¿Trabaja el padre/la madre o el tutor legal de este niño para un organismo gubernamental del estado de Colorado y tiene acceso a beneficios médicos del estado? Sí No Los hijos de los empleados de un organismo gubernamental de Colorado posiblemente no puedan acceder a CHP+ debido a disposiciones de las leyes federales.
7. ¿Es este niño un estudiante de tiempo completo? Sí No Nombre de la escuela _____
Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación (mm/dd/aaaa) _____
8. ¿Se han realizado pasos tendientes a obtener apoyo médico por parte del padre/la madre ausente? Sí No N/C
9. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. Esto no es obligatorio, pero ciertos grupos posiblemente no tengan un honorario de inscripción de CHP+.
 Caucásico Hispano/Latino Afroamericano Indio estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro: _____

También se requiere prueba de identidad para su hijo (por ejemplo, identificación de la escuela con foto). Complete la información en el cuadro a continuación si su hijo tiene 15 años o menos y no dispone de otra identificación al momento de presentar la solicitud:

DECLARACIÓN JURADA PARA ESTABLECIMIENTO DE LA IDENTIDAD

Yo, (nombre del padre/madre/tutor) _____, (relación) _____ de (nombre completo del niño) _____ declaro bajo pena de perjurio que tengo conocimiento directo de que (nombre completo del niño) _____ nació el (mm/dd/aaaa) _____, en (ciudad, estado, país del lugar de nacimiento) _____.

Afirmo y declaro que los hechos estipulados en esta declaración jurada son fieles y precisos.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Firma del padre/madre o tutor _____ Fecha de firma _____

díganos sobre cualquier persona que tenga 19 años o más y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE

Esta persona es: Hombre Mujer

Apellido completo

Nombre

Inicial del segundo nombre

Número del seguro social ___ / ___ / ___

Marque aquí si el adulto no tiene un Número de seguro social

1. ¿Recibe este adulto SSDI o SSI? Sí No
2. ¿Es este adulto ciudadano de los EE. UU.? Sí No Si la respuesta es no, ¿tiene este adulto residencia permanente legal? Sí No
3. ¿Tiene este adulto un patrocinador? Sí No
4. Escriba los números de registro de extranjero de este adulto (en caso de tener uno) _____

Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.

5. ¿Ha incurrido este adulto en algún gasto médico en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha o las fechas en las que se realizó la atención? (mm/dd/aaaa) _____
Usted **posiblemente** pueda acceder a asistencia con **algunos** de estos gastos.
6. ¿Trabaja este adulto para un organismo gubernamental del estado de Colorado y tiene acceso a beneficios médicos del estado?
Sí No Los empleados de un organismo gubernamental del estado de Colorado posiblemente no puedan acceder a CHP+ debido a disposiciones de las leyes federales.
7. ¿Asiste este adulto a la escuela? Sí No Nombre de la escuela _____
Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación (mm/dd/aaaa) _____
8. El estado civil de este adulto es: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo
9. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. No es obligatorio.
 Caucásico Hispano/Latino Afroamericano Indio estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro: _____

díganos acerca de la siguiente persona que tenga 19 años o más y necesite asistencia médica

NO CORRESPONDE

Esta persona es: Hombre Mujer

Apellido completo	Nombre	Inicial del segundo nombre

Número del seguro social ___ / ___ / ___

Marque aquí si el adulto no tiene un Número de seguro social

1. ¿Recibe este adulto SSDI o SSI? Sí No
2. ¿Es este adulto ciudadano de los EE. UU.? Sí No Si la respuesta es no, ¿tiene este adulto residencia permanente legal? Sí No
3. ¿Tiene este adulto un patrocinador? Sí No
4. Escriba los números de registro de extranjero de este adulto (en caso de tener uno) _____

Incluya una copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU.

5. ¿Ha incurrido este adulto en algún gasto médico en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuál fue la fecha o las fechas en las que se realizó la atención? (mm/dd/aaaa) _____
Usted **posiblemente** pueda acceder a asistencia con **algunos** de estos gastos.
6. ¿Trabaja este adulto para un organismo gubernamental del estado de Colorado y tiene acceso a beneficios médicos del estado?
Sí No Los empleados de un organismo gubernamental del estado de Colorado posiblemente no puedan acceder a CHP+ debido a disposiciones de las leyes federales.
7. ¿Asiste este adulto a la escuela? Sí No Nombre de la escuela _____
Último grado que completó _____ Fecha probable de graduación (mm/dd/aaaa) _____
8. El estado civil de este adulto es: Casado Soltero Divorciado Separado Viudo
9. Marque el grupo o los grupos étnicos del niño. No es obligatorio.
 Caucásico Hispano/Latino Afroamericano Indio estadounidense
 Asiático Nativo de Alaska Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico Otro: _____

díganos acerca del seguro de salud

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

1. ¿Alguno de los que solicita asistencia médica recibe actualmente Medicare? Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre de la persona que recibe Medicare _____ Número de Medicare _____

Marque: Parte A Parte B Parte D

Incluya una copia del frente y del dorso de la tarjeta de Medicare si está disponible.

2. ¿Ha tenido alguno de los que solicitan los beneficios un seguro de salud colectivo **a través de un empleador** en los últimos 3 meses?
Sí No **Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 3.**

¿Por qué terminó este seguro? No se ha terminado
 El asegurado ya no es empleado de la compañía
 La compañía ya no ofrece el seguro
 El empleado renunció voluntariamente

Monto que paga/pagaba cada mes \$ _____ Monto que el empleador paga/pagaba cada mes \$ _____

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s) _____

Nombre del asegurado _____ Nombre de la compañía aseguradora _____

Número de teléfono de la compañía aseguradora () _____ Número de póliza _____

Número de grupo _____ ¿Cuándo finalizó este seguro? (mm/dd/aaaa) _____

3. ¿Tiene alguno de los que solicitan los beneficios **otro** tipo de seguro de salud? Sí No

Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 4.

¿Este seguro es COBRA? Sí No

Nombre de la(s) persona(s) cubierta(s) _____

Nombre del asegurado _____ Nombre de la compañía aseguradora _____

Número de grupo/política _____ Número de teléfono de la compañía aseguradora () _____

Incluya una copia del frente y del dorso de la tarjeta de seguro si está disponible.

4. ¿Algún miembro de este hogar tiene acceso a seguro de salud colectivo y quiere ayudar a pagar la prima mensual? Sí No

DEBE COMPLETAR ESTA SECCIÓN PARA NIÑOS DE 18 AÑOS O MENOS

- Para recibir seguro de atención de médica de CHP+, usted debe elegir una Organización de mantenimiento de la salud (Health Maintenance Organization, HMO) para el niño que solicita el beneficio. Debe seleccionar la misma HMO para todos los niños del hogar que solicitan asistencia médica. Nombre de la HMO seleccionada: _____
- Puede encontrar información sobre las HMO de su condado en ChpPlus.org o consulte el cuadro de HMO.
- Si su hijo reúne los requisitos para Medicaid, **Health Colorado** se comunicará con usted para inscribirlo en una HMO.

infórmenos acerca de los ingresos de su hogar

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

1. Si usted o **cualquier miembro** del hogar tiene **ingresos de un trabajo**, complete la siguiente información. Los ingresos deben corresponder al mismo mes y mostrar un pago de mes completo normal. **Si no tiene ingresos de un trabajo, marque: N/C**

Nombre de la persona que trabaja Nombre y apellido	Nombre y teléfono del empleador	Fecha de inicio y horas trabajadas	¿El pago es semanal, quincenal, dos veces por mes o mensual?	Monto mensual total antes de impuestos y deducciones
				\$
				\$
				\$
				\$

2. ¿Algún miembro de su hogar es trabajador independiente? Sí No Si la respuesta es sí, complete el(los) siguiente(es) cuadro(s). Incluya un mes completo de ingresos brutos. **Los gastos deben corresponder al mismo mes que los ingresos brutos.** Complete una casilla para cada empleado independiente.

TRABAJO INDEPENDIENTE

¿La actividad comercial se realiza en el hogar?
Sí No

Nombre:	
Ingresos brutos de un mes	\$
Gasto de hipoteca/renta del comercio	\$
Costos laborales de la actividad comercial brutos	\$
Costo de mercadería para la actividad comercial	\$
Impuestos comerciales pagados	\$
Intereses pagados por la actividad comercial	\$
Servicios públicos pagados por la actividad comercial	\$
Costos de equipos de la actividad comercial	\$
Otros costos de la actividad comercial	\$
Ingresos netos	\$

¿La actividad comercial se realiza en el hogar?
Sí No

Nombre:	
Ingresos brutos de un mes	\$
Gasto de hipoteca/renta del comercio	\$
Costos laborales de la actividad comercial brutos	\$
Costo de mercadería para la actividad comercial	\$
Impuestos comerciales pagados	\$
Intereses pagados por la actividad comercial	\$
Servicios públicos pagados por la actividad comercial	\$
Costos de equipos de la actividad comercial	\$
Otros costos de la actividad comercial	\$
Ingresos netos	\$

infórmenos acerca de los ingresos de su hogar

COMPLETAR PARA TODOS LOS PROGRAMAS

(continuación)

3. Díganos acerca de **otros ingresos** que haya recibido cualquier miembro de su hogar este mes o el mes anterior, incluso si no solicitan los beneficios. Complete una línea por cada elemento. **No combine ingresos recibidos. Por ejemplo, si en su hogar se recibe un cheque de manutención, detalle cuánto recibe cada niño en líneas separadas. Si no tiene otros ingresos, marque: N/C**

Ejemplos de otros ingresos incluidos: • Beneficios de asistencia pública (efectivo) • Retiro ferroviario • Ingresos por renta • Contribuciones por defunción • Retiro/pensión • Beneficios del seguro social • Beneficios de veterano • Beneficios para viudas de veteranos • Manutención • Dividendos/Intereses • Pensión alimenticia • Seguro de desempleo • Compensación laboral • Beneficios por discapacidad • SSI • SSDI • Ayuda financiera • Otro efectivo recibido mensualmente

Tipo de ingreso	Mes	Persona para la cual se usa el dinero o a la cual está destinado	Monto mensual antes de impuestos y deducciones
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

4. ¿Alguna de las personas que solicita los beneficios recibe un pago de una cantidad fija? (liquidación de demanda o seguro, seguro social, SSI, SSDI, beneficios de veterano, herencia, renuncia de anualidad o seguro de vida, otro).
 Sí No Si la respuesta es sí, complete la siguiente información:

Nombre de la persona que recibió la cantidad fija	Tipo de cantidad fija	Monto recibido	Fecha de recepción (mm/dd/aaaa)
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

díganos acerca de los recursos

Completar SOLO para programas médicos, MSP y LTC para adultos

NO CORRESPONDE

Los programas médicos, MSP y LTC para adultos requieren prueba de los recursos.

1. Díganos acerca de los recursos, como por ejemplo:
- Efectivo
 - Cuentas corrientes y de ahorros
 - Certificados de depósito (CD)
 - Anualidades
 - Fondos de inversión
 - Herencia
 - Cuentas PASS
 - Cuentas de desarrollo individual
 - Cuentas de retiro
 - Acciones
 - Bonos
 - Fideicomisos
 - Pagarés
 - Fondos universitarios
 - Cuentas de educación
 - Propiedad (terrenos, casas)
 - Ingresos resultantes de venta(s) de viviendas:

Tipo de recurso	Propietario	Número de cuenta	Monto	Nombre de la institución	¿Propiedad conjunta? Sí o no
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		
			\$		

2. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge algún vehículo? (automóvil, furgoneta, camión, casa rodante, lancha, remolque) Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Propietario(s)	¿Propiedad conjunta? Sí o no	Tipo de vehículo	Año	Marca/Modelo	Valor	Cantidad por pagar

Díganos acerca de los recursos

Completar SOLO para programas médicos, MSP y LTC para adultos

(continuación)

3. ¿Tiene este solicitante o su cónyuge alguna póliza de seguro de vida? Sí No
Si la respuesta es sí, detalle a continuación:

Titular de la póliza	Número de póliza	Personas cubiertas	Compañía aseguradora	Valor nominal	Valor en efectivo

4. ¿Tiene el solicitante o su cónyuge una póliza funeraria o dinero ahorrado para entierro, cremación u otros gastos funerarios? Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Nombre del solicitante o su cónyuge	Monto	¿Es irrevocable? Sí o no	Nombre de la institución o persona que guarda el dinero

5. Posiblemente pueda conseguir ayuda para los gastos funerarios de algunos beneficiarios. Si su familia necesita dicha ayuda, ¿qué preferiría el beneficiario? Cremación Entierro Sin preferencia
6. ¿El solicitante o su cónyuge ha entregado algo de valor durante los últimos 5 años? Por ejemplo, terrenos, casas, dinero, edificios, automóviles, lanchas. Sí No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente:

Persona que entregó el artículo	Artículo entregado	Fecha de entrega del artículo	Valor del artículo	Cantidad por pagar

Reconozco que, cuando firmo esta solicitud, el Estado de Colorado puede comprobar si la información que proporcioné es fiel y precisa.

- Para ayudarlo a organizar los documentos, marque los elementos que envía junto con esa solicitud.
 - Prueba de ciudadanía e identificación para todos los solicitantes. (Excepto MSP)
 - Copia del frente y dorso de la tarjeta de los Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU. (INS), en caso de tener una, para cualquier persona que no sea ciudadano que recibirá atención y solicita la asistencia médica.
 - Para cada solicitante que esté embarazada, envíe una nota del proveedor de atención médica en la que figure la fecha prevista de parto y la cantidad de bebés que espera.
 - Los ingresos informados **recibidos por un empleo** deben ser de este mes o el mes pasado. Los ingresos deben corresponder al mismo mes y representar un pago de mes completo. Si trabaja de forma independiente, complete los cuadros de trabajo independiente de esta solicitud. Los padres que viven en el hogar y que solicitan la asistencia médica para sus hijos deben informar todos los ingresos devengados o no.
 - Si tiene cobertura de un seguro de salud, envíe una copia de la tarjeta del seguro (frente y dorso), en caso de tenerla.
 - Si solicita que **Medicaid** cubra facturas médicas ya emitidas, haga que los talonarios de cheques de pago muestren el mes de la primera factura.
 - Elija una HMO para su(s) hijo(s).
- ¿Cómo se enteró de los programas de asistencia médica? Departamento de servicios sociales/humanos del condado Organización de la comunidad Sitio web de Medicaid/Medical Assistance Medios de comunicación Otro _____
- Si quiere registrarse para votar, puede visitar: sos.state.co.us → Registro de votante
- Si necesitamos información adicional respecto de su solicitud y no podemos ponernos en contacto con usted o el solicitante, ¿hay alguien con quien podamos comunicarnos? Sí No
Nombre _____
Teléfono (____) _____ Dirección _____
Relación con el solicitante _____

FIRMA Y CERTIFICACIÓN:

Mediante la firma de esta solicitud, otorgo permiso al Estado de Colorado, y a quienes este designe, para realizar contactos a fin de verificar la información proporcionada en esta solicitud. Certifico que he leído y comprendo la información del encarte "qué debo saber" y he recibido una copia para que la conserve. Bajo pena de perjurio, certifico que toda la información que he proporcionado es fiel y precisa.

Nombre en letras de molde _____ Firma _____ Fecha _____

Representante autorizado, albacea, tutor, otro contacto: (en letras de molde) _____

Teléfono (____) _____ Firma _____ Fecha _____

Nombre en letras de molde del Representante del organismo o del Especialista en difusión que ayudó a completar la solicitud _____

Firma de la persona que ayudó a completar la solicitud _____

Fecha _____ Teléfono _____ N.º de sitio _____

Página en blanco







Mediante la firma de la Solicitud de asistencia médica, certifico que comprendo lo siguiente:

- El Departamento de políticas y financiamiento de atención médica es la agencia estatal responsable de los Programas de asistencia médica de Colorado.
- Si recibo **Asistencia médica, incluido Medicaid**, debo informar acerca de los ingresos y cualquier otro cambio al departamento de servicios sociales/humanos de mi condado antes de transcurridos 10 días.
- La información proporcionada es confidencial. No obstante, los programas en los que estén inscritos los miembros de mi familia pueden usarla o compartirla con fines de tratamiento, pago, operaciones del programa y demás objetivos permitidos por la ley.
- Debo ser veraz y responder a todas las preguntas de esta solicitud. Si no lo soy, perderé mi Asistencia médica y probablemente deba pagar al departamento la asistencia médica que haya recibido.
- Mi información se verificará con otras agencias estatales y federales, y los datos recibidos pueden afectar mi elegibilidad.
- El uso de beneficios para los que se sabe que mi familia no reúne los requisitos se considera un delito cuyo castigo es el pago de multas o la cárcel.
- Debo cooperar totalmente con el personal del estado o del gobierno federal si se revisa mi caso.
- Si presento una solicitud para Medicaid pero uno de mis progenitores está ausente de mi hogar, debo tratar de obtener el apoyo médico de este. Puedo ponerme en contacto con el organismo a cargo de la Protección del menor para obtener su ayuda.
- La información sobre mi persona que proveo en esta solicitud puede sufrir revisiones y verificaciones realizadas por el departamento de servicios sociales/humanos de mi condado, el Departamento o sus representantes.
- Soy responsable del pago de honorarios y copagos por mí y por mi familia si se requieren.
- Si estoy inscrito en **Medicaid** y otro seguro paga mi atención médica, **Medicaid** será quien pague en último término.
- Debo presentar todos los documentos y pruebas necesarios para que se me considere para los beneficios.
- Tendré que devolver cualquier pago médico, incluidos los pagos de primas, que Medicaid haya realizado, si durante el tiempo en el que los servicios se cubrieron se determina que no reunía los requisitos.
- Si creo que el programa **CHP+** cometió un error, puedo pedir una apelación. **CHP+** me informa los modos de presentar una apelación en cada carta que se me envía.
- La ley establece que el Departamento debe verificar la situación migratoria y la ciudadanía de todos los que soliciten Asistencia médica. No verificará la situación migratoria de ningún miembro de la familia que no solicite dicha Asistencia médica.
- El Departamento revisará mi solicitud sin importar cuál sea mi raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, país de origen o inclinación política.
- La Ley sobre estadounidenses con discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990 otorga las mismas protecciones de derecho civil a las personas con discapacidades que las proporcionadas en función de raza, color, sexo, país de origen, edad y religión. Si desea obtener más información, comuníquese con nuestro contacto con el cliente/ADA, George deCurnou al (303) 866-6010 o por correo electrónico, escribiendo a George.deCurnou@state.co.us.
- Puedo solicitar que se realice una Audiencia imparcial si no estoy de acuerdo con alguna de las medidas tomadas por los Programas de asistencia médica, a excepción de **CHP+**, cuando se procesa esta solicitud. En el dorso de todas las cartas enviadas por los Programas de asistencia médica (incluido **Medicaid**), se encuentra información sobre cómo pedir dicha audiencia.
- Las características del Programa de recuperación de bienes sucesorios para cubrir la asistencia médica son las siguientes: (No incluye el programa Medicare Savings Program) conforme a las leyes federales (Ley del Seguro Social, título 19, sección 1917 [42 U.S.C. 1396p]) y las leyes estatales (25.5-4-302, C.R.S.), el Programa de recuperación de bienes sucesorios para cubrir la asistencia médica autoriza al Departamento de políticas y financiamiento de atención médica a recuperar todos los beneficios de asistencia médica pagados en nombre de clientes de **Medicaid**, incluidos los pagos de capitalización, a partir de los bienes sucesorios de clientes de **Medicaid** que fallecieron y que estuvieron internados de manera permanente y tenían más de 55 años cuando se proporcionaron los beneficios. Las leyes federales y estatales estipulan algunas excepciones al Programa de recuperación de bienes sucesorios para cubrir la asistencia médica. Para obtener más información o realizar preguntas sobre la recuperación de bienes sucesorios para asistencia médica, debe ponerse en contacto con el representante del condado y solicitar el folleto de este programa.
- Permito que la agencia obtenga registros de instituciones financieras que contengan información sobre activos retenidos para la(s) persona(s) mencionada(s) en esta solicitud. Estas incluyen bancos, instituciones de ahorro y préstamo, cooperativas de crédito, compañías de seguro y demás instituciones financieras.

Página en blanco

COBERTURA DE SALUD DE COLORADO — CUADRO COMPARATIVO DE HMO CHP+

A continuación encontrará información sobre los planes médicos de CHP+ que puede elegir. Elija aquel al que pueda acceder en su condado.

 CHP+	 Colorado Access	 DENVER HEALTH Medical Plans, Inc.	 ROCKY MOUNTAIN HEALTH PLANS	 KAISER PERMANENTE	 coloradochoicehp.com
Números de teléfono	888-214-1101 ó 303-751-9021	800-700-8140 ó 720-956-2100	800-346-4643	303-338-3800 u 800-632-9700 TTY 303-338-3820	800-475-8466 ó 719-589-3696
¿En qué condados están los planes de salud de CHP+? * Red de atención administrada por el estado (State Managed Care Network) es el plan de salud para las mujeres embarazadas de todos los condados.	Adams, Alamosa, Arapahoe, Bent, Boulder, Broomfield, Clear Creek, Conejos, Costilla, Crowley, Custer, Denver, Douglas, Elbert, Fremont, Gilpin, Huerfano, Jefferson, Kiowa, Larimer, Lincoln, Logan, Mineral, Morgan, Otero, Park, Phillips, Prowers, Pueblo, Rio Grande, Saguache, Washington, Weld e Yuma	Adams, Arapahoe, Denver y Jefferson	Archuleta, Delta, Dolores, Eagle, Garfield, Grand, Gunnison, Hinsdale, Jackson, Lake, La Plata, Mesa, Moffat, Montezuma, Montrose, Ouray, Pitkin, Rio Blanco, Routt, San Juan, San Miguel y Summit	Adams, Arapahoe, Boulder, Broomfield, Denver, Douglas y Jefferson	Alamosa, Bent, Chaffee, Conejos, Costilla, Crowley, Custer, Fremont, Huerfano, Las Animas, Mineral, Otero, Prowers, Rio Grande, Saguache e Yuma
¿Cómo obtienen atención médica los miembros?	1. Llame a Colorado Access y elija un proveedor de atención primaria (Primary Care Provider, PCP) 2. Concierte una cita con el PCP 3. Presente la tarjeta de identificación de Colorado Access al PCP en la cita	1. Llame al Plan médico de salud de Denver (Denver Health Medical Plan, DHMP) y elija un PCP 2. Concierte una cita con el PCP 3. Presente la tarjeta de identificación de DHMP al PCP en la cita	1. Llame a los Planes de salud de Rock Mountain (Rocky Mountain Health Plans, RMHP) y elija un PCP 2. Concierte una cita con el PCP 3. Presente la tarjeta de identificación de RMHP al PCP en la cita	1. Llame a Kaiser Permanente y elija un PCP 303-338-4477 o TTY 303-338-4448 2. Concierte una cita con el PCP. Llame al 303-338-4545 o TTY 303-338-4428 3. Presente la tarjeta de identificación de Kaiser Permanente en la cita	1. Llame a los Planes de salud de Colorado Choice (Colorado Choice Health Plans) y elija un PCP 2. Concierte una cita con el PCP 3. Presente la tarjeta de identificación de los Colorado Choice Health Plans al PCP en la cita
¿Qué hospitales pueden usar los miembros de CHP+?	<ul style="list-style-type: none"> • Avista Hospital • Instalaciones de Centura • The Children's Hospital • Longmont United • McKee Medical Center • Medical Center of Aurora • Medical Center of the Rockies • National Jewish • North Colorado Medical Center • Platte Valley Medical Center • Poudre Valley Hospital • Presbyterian/St. Luke's Medical Center • Saint Joseph Hospital • San Luis Valley Regional Medical Center • Sky Ridge • St. Mary Corwin Hospital • Swedish Medical Center • University of Colorado Hospital • Y muchos más 	<ul style="list-style-type: none"> • The Children's Hospital* • Denver Health Medical Center • University of Colorado Hospital* * Podrán proporcionarse algunos otros servicios solamente si no se ofrecen en el Denver Health Medical Center. Se requiere autorización previa de Atención administrada de salud de Denver (Denver Health Managed Care) para todos los servicios, excepto para atención de urgencia y emergencias. La atención de urgencia y de emergencias está cubierta en las instalaciones más cercanas. 	Cualquier hospital participante de RMHP. Llame a Servicio al Cliente al 800-346-4643 para obtener una lista o verificar si participa un hospital en particular.	<ul style="list-style-type: none"> • The Children's Hospital • Ejemplar Good Samaritan Medical Center • Ejemplar St. Joseph's Hospital 	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier hospital de los Colorado Choice Health Plans que participe en la red. • Llame a Servicio al Cliente al 800-475-8466 para obtener una lista o verificar si participa un hospital en particular.
¿Qué farmacias pueden usar los miembros de CHP+?	<ul style="list-style-type: none"> • Albertsons • Kmart • King Soopers • Medicine Shoppe • Rite Aid • Safeway • Target • Walgreens • Wal-Mart • Y muchas farmacias locales más 	<ul style="list-style-type: none"> • Albertsons • Denver Health • Kmart • King Soopers • Rite Aid • Safeway • Walgreens • Y muchas farmacias locales más Llame al 720-956-2100 para conocer más farmacias participantes.	Cualquier farmacia participante de RMHP. Llame a Servicio al Cliente al 800-346-4643 para obtener una lista o verificar si participa una farmacia en particular.	Las farmacias de Kaiser Permanente están disponibles en todas las oficinas médicas de Kaiser Permanente. También está disponible el pedido por correo.	Cualquier farmacia de los Colorado Choice Health Plans que participe en la red. Llame al Servicio al Cliente al 800-475-8466 para obtener una lista o verificar si participa una farmacia en particular.
¿Qué servicios especiales están disponibles para los miembros de CHP+?	<ul style="list-style-type: none"> • \$150 para gafas o lentes de contacto por año de beneficio • Copagos reducidos para medicamentos recetados • Más de 200 medicamentos de venta libre, por ejemplo, vitaminas y Tylenol, con receta • Programas de educación en la salud, como Safe T. Tiger • Alimentos por vacunas (Food for Shots): obtenga un certificado de una tienda de comestibles por \$10 y la posibilidad de ganar una tarjeta de regalo de \$250 cuando los niños estén al día con las vacunas antes de los dos años de edad • El personal de Servicio al Cliente habla diversos idiomas, incluido el español 	<ul style="list-style-type: none"> • Sin copagos por medicamentos recetados o visitas cubiertas • Muchos medicamentos de venta libre sin costo alguno, con receta y reabastecimiento en una farmacia de Denver Health • \$150 para gafas o lentes de contacto por año de beneficio • Sin copago para 40 visitas ambulatorias por año de beneficio para fisioterapia, terapia del habla y terapia ocupacional • Sin copago para 30 visitas ambulatorias de salud mental por año de beneficio • Club para héroes saludables (Healthy Heroes Club) para ayudar a los niños a incorporar hábitos saludables • Línea de asesoramiento de enfermería disponible las 24 horas • Boletín trimestral para miembros • Consejeros de salud disponibles para niños con enfermedades crónicas. Llamar al 720-956-2252 • El personal de Servicio al Cliente habla diversos idiomas, incluidos español, vietnamita, camboyano y ruso • Servicios de intérprete y diversos proveedores bilingües 	<ul style="list-style-type: none"> • Educación para la salud y administración de casos para embarazo, asma, diabetes, enfermedades cardíacas y demás afecciones crónicas • Boletín trimestral para miembros • \$50.00 para gafas • Un médico suplente cuando el consultorio del médico de cabecera está cerrado • Personal de servicio al cliente que habla español • Servicios de intérprete 	<ul style="list-style-type: none"> • Línea de asesoramiento de enfermería: 303-338-4545; fuera del horario de atención: 303-861-3434 (TTY 303-338-4428 o visite kp.org) • Servicios de intérprete, personal de servicio al cliente que habla español y muchos proveedores bilingües • Acceso a diversos programas de administración de casos • Evaluación y prueba de detección médica personal • Boletín para miembros cuando se haya registrado en kp.org • Acceso a clases para dejar de fumar, sobre salud de la mujer, nutrición y dieta y control del estrés • Acceso al sitio web seguro para miembros, kp.org Los miembros pueden crear una evaluación médica personal, enviar mensajes de correo electrónico a los médicos, pedir el reabastecimiento de medicamentos recetados, concertar citas y obtener información médica 	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de administración de la atención especializados para niños, que incluyen asma, diabetes, hipertensión y demás afecciones crónicas • Acceso al sitio web seguro para miembros que les permite seleccionar un PCP, ver el historial de reclamaciones y un listado de los proveedores participantes, pedir una nueva tarjeta de identificación y muchas cosas más • Materiales de educación para la salud disponibles para más de 5000 temas diferentes sobre procedimientos y afecciones relacionados con la salud • Teléfonos de Servicio al Cliente atendidos por una persona, no una máquina. Acceso a servicios de intérprete y personal de atención al cliente que habla español • \$50 para gafas
¿Qué sucede si mi hijo necesita atención especial?	El PCP proporciona una derivación para obtener atención de un especialista.	El PCP proporciona una derivación para obtener atención de un especialista.	Los miembros pueden concertar una cita directamente con cualquier especialista participante de RMHP sin necesidad de derivación alguna. Presente la tarjeta de identificación en el momento del servicio.	El PCP de cada miembro ayudará a coordinar un acceso oportuno a la atención de un especialista, y se asegurará de que el miembro consulte con el especialista adecuado según su necesidad particular.	Los miembros pueden concertar una cita directamente con un especialista de los Colorado Choice Health Plans que participe de la red sin derivación alguna. Presente su tarjeta de identificación en el momento del servicio.
¿Cómo acceden los miembros a los servicios de salud mental?	Los miembros pueden ir a cualquier proveedor de salud mental que forme parte de nuestra red de proveedores de salud mental. Los miembros pueden verificar si su proveedor forma parte de nuestra red poniéndose en contacto con nuestro departamento de Servicio al Cliente.	Los miembros pueden dirigirse por sí mismos a un proveedor de salud mental de la red de DHMP. Una enfermera de psiquiatría clínica de DHMP está disponible para responder preguntas y concertar citas llamando al 303-602-8270.	Los miembros pueden concertar una cita directamente con cualquier proveedor de salud mental participante de RMHP sin necesidad de derivación alguna. Presente la tarjeta de identificación en el momento del servicio.	Los miembros pueden obtener acceso a servicios de salud mental comunicándose con la oficina de salud mental de Kaiser Permanente más cercana a su domicilio. Visite kp.org para consultar el directorio de centros.	Los miembros pueden concertar una cita directamente con un proveedor de salud mental de los Colorado Choice Health Plans que participe de la red sin derivación alguna. Presente su tarjeta de identificación en el momento del servicio.

COBERTURA DE SALUD DE COLORADO — MAPA DE HMO CHP+

