

INSTRUCCIONES DEL PROGRAMA DE APOYO PARA EL CUIDADO

El Centro Médico Regional de Telluride brinda atención médica de calidad a todos los residentes del Distrito hospitalario de Telluride independientemente de su capacidad de pago.

**Si tiene alguna pregunta o necesita ayuda para completar esta solicitud, comuníquese con:
Ann Wyatt al 888-862-6085 o 970-369-2390.**

INSTRUCCIONES DE APLICACIÓN:

1. Complete y adjunte **todos los documentos requeridos** y firme la solicitud.
2. Devuelva la solicitud y la documentación al Centro Médico de Telluride **en el plazo de 1 mes.**
3. **Envíe por correo a Telluride Medical Center PO Box 1229 Telluride, CO 81435**
o envíe un fax al 970-728-3404

DOCUMENTOS REQUERIDOS:

Prueba de ingreso:

- Formularios de impuestos del año actual, W-2, W-2 o 1099 para todas las personas empleadas
- O Recibo de pago reciente de todas las personas empleadas en el hogar.

Solicitante que no trabaja:

- Documentación de fuentes de asistencia o apoyo (cartas de familiares, prestamistas, otros programas de asistencia, etc.)
- Extractos bancarios de los últimos 3 meses, extractos de tarjetas de crédito, fideicomisos, ahorros e inversiones estados de cuenta.

Si sus ingresos están dentro de los límites para la calificación de Medicaid, nos comunicaremos con usted y requerir que solicite Medicaid antes de ser aprobado para descuentos internos

INFORMACIÓN DE SOLICITUD DE MEDICAID *(la calificación se basa en los ingresos y el tamaño de la familia)*

Solicite en línea en www.colorado.gov/hcpf

1. Choose
**Clients &
Applicants**

2. Ve a la barra
gris de la izquier-
da y elige **Cómo
Aplicar.**

3. Desplácese hacia
abajo hasta la mitad
y haga
clic en



Solicite por
teléfono:
**Londa al
970-369-5448**