

Solicitud financiera

LISTA DE CONTROL

Cuando solicite reducción en los costos (créditos fiscales) por medio de **Connect for Health Colorado**®, deberá proporcionar cierta información sobre usted y su familia, incluyendo ingresos y cualquier seguro que tengan actualmente.

- ✓ Nombre, dirección, información de contacto
- ✓ Números del Seguro Social
- ✓ Fechas de nacimiento
- ✓ Información del empleador
- ✓ Información sobre los ingresos
- ✓ Información y números de póliza para los planes de seguro de salud
- ✓ Herramienta de cobertura del empleador completada
- ✓ Proveedores de atención médica preferidos
- ✓ Información sobre incapacidad, activos y gastos

Nota: Necesitará información de cada miembro de su familia.

Información de la cita

.....
NOMBRE DEL AGENTE O GUÍA DE COBERTURA DE SALUD

.....
LUGAR Y DOMICILIO

.....
LUGAR DE LA CITA

.....
CIUDAD Y CÓDIGO POSTAL

.....
FECHA Y HORA

.....
TELÉFONO

.....
NOTAS (INCLUIDO PLAN RECOMENDADO,
COMPAÑÍA ASEGURADORA, ETC.)

.....

.....

.....

.....

ConnectforHealthCO.com

855-PLANS-4-YOU (855-752-6749)

TTY: 855-346-3432

