



Prepárese

PLANILLA DE INSCRIPCIÓN

A fin de facilitar un poco el proceso de solicitar un seguro de salud, use esta planilla para recabar datos importantes y considerar los factores clave que incidirán en su elección del plan. Considere programar una cita con uno de nuestros expertos certificados, quien podrá guiarlo por todo el proceso. Póngase en contacto con alguien en su zona, visitando es.ConnectforHealthCO.com/busque-ayuda-en-persona

Nombre

Domicilio actual

Correo electrónico

Teléfono

Compañía actual de seguros de salud

Número de póliza actual

INFORMACIÓN PERSONAL (Reúna los datos siguientes de usted y cada miembro de su familia.)

Nombre

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Compañía de seguros de salud / Número de póliza

Nombre

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Compañía de seguros de salud / Número de póliza

Nombre

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Compañía de seguros de salud / Número de póliza

Nombre

Fecha de nacimiento

Número de Seguro Social

Nombre del empleador

Compañía de seguros de salud / Número de póliza

INGRESO FAMILIAR ANUAL

Considere a todos los dependientes incluidos en su declaración de impuestos y sume sus salarios, sueldos, ingresos de trabajador independiente, intereses y dividendos recibidos, cuota alimentaria recibida, seguro social y otros ingresos, ANTES de la aplicación de impuestos, menos cualquier deducción. **Obtenga ayuda para calcularlo:** <http://bit.ly/2z7kY9f>

\$

MEDICAID

Si está solicitando Health First Colorado (el programa de Medicaid de Colorado) y usted o alguien de su familia ha estado (o está actualmente) en Medicaid, indique lo siguiente:

Número de identificación del estado

Nombre y número del seguro social del titular principal de la cuenta

¿CUÁNTAS PERSONAS INTEGRAN SU FAMILIA?

Incluya a su cónyuge, si lo tiene, más todos los dependientes que aparecen en su declaración del impuesto federal, aunque no necesiten cobertura.

SUS NECESIDADES DE ATENCIÓN MÉDICA

Considere si usted y su familia necesitarán igual, más o menos atención médica el próximo año.

¿Con qué frecuencia acude a su(s) médico(s) cada año?

¿Tiene trastornos médicos crónicos (por ej., diabetes, enfermedad cardíaca, cáncer)? De ser así, anótelos.

SÍ

NO

¿Prevé someterse a alguna cirugía este año?

¿Piensa en tener un bebé este año?

¿Se imagina visitando la sala de emergencia por cuestiones de salud o estilo de vida...?

¿Viaja a menudo y necesita cobertura fuera de su zona?

SUS PRIORIDADES (¿Qué es lo que más le interesa?)

Nombre del medicamento	Concentración del medicamento	Necesario	Conveniente
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Médicos u hospitales preferidos	Nombre y ciudad	Necesario	Conveniente
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

¿CUÁNTO PUEDE PAGAR?

¿Qué tanto podría pagar como cuota mensual?

\$

Consideremos el deducible: ¿Cuánto podría pagar por adelantado en el caso de un accidente o enfermedad grave, antes de que su seguro empiece a ayudarlo a pagar?

\$

es.ConnectforHealthCO.com

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

TTY: 855-346-3432

