



Esté listo para llenar la PLANILLA DE INSCRIPCIÓN



Para facilitar el proceso de solicitud de seguro de salud, use esta planilla para reunir detalles importantes y ayudarle a considerar los factores clave que influirán en su elección. Lleve esta planilla a su cita. ¿No ha hecho la cita? Visite <http://es.connectforhealthco.com/busque-ayuda-en-persona/>

Los documentos que necesita traer con usted:

- Licencia de conducir o identificación con fotografía
- 2 recibos de pago recientes
- Documentos sobre otros ingresos

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

| | | |
|--------|---------------------|---|
| Nombre | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (o tráigalo con usted) |
| Nombre | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (o tráigalo con usted) |
| Nombre | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (o tráigalo con usted) |
| Nombre | Fecha de nacimiento | Número del Seguro Social (o tráigalo con usted) |

DETALLES DEL EMPLEADOR (Reúna los datos siguientes de usted y cada miembro de su familia.)

| | | | |
|----------------------|---|---|----------------------------|
| Nombre del empleador | ¿Ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Costo mensual solo para el empleado, sin incluir a la familia | Salarios anuales o sueldos |
| Nombre del empleador | ¿Ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Costo mensual solo para el empleado, sin incluir a la familia | Salarios anuales o sueldos |
| Nombre del empleador | ¿Ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Costo mensual solo para el empleado, sin incluir a la familia | Salarios anuales o sueldos |
| Nombre del empleador | ¿Ofrece seguro médico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO | Costo mensual solo para el empleado, sin incluir a la familia | Salarios anuales o sueldos |

INGRESO ANUAL DE LA FAMILIA

INGRESO ACTUAL: Considere a todos los dependientes incluidos en su declaración de impuestos y sume sus salarios, sueldos, ingresos de trabajador independiente, intereses y dividendos recibidos, pensión alimenticia recibida, seguro social y otros ingresos, ANTES de la aplicación de impuestos, menos cualquier deducción.

Obtenga ayuda para calcularlo: <http://bit.ly/2yjudnm>

\$

INGRESO FUTURO: Si usted está solicitando ayuda financiera a través de Connect for Health Colorado, necesitaremos un estimado del ingreso familiar anual del año en el que tendrá el plan de seguro de salud. Piense si **ganará menos, más, o lo mismo de lo que actualmente gana** y luego escriba su estimado en la casilla.

\$

CLIENTES RECURRENTE

Si usted o alguien de su familia **ya han enviado una solicitud** a través de Connect for Health Colorado o PEAK, favor de escribir lo siguiente:

| | | |
|---|---|---|
| Nombre de usuario de la cuenta en línea | Contraseña de la cuenta en línea (o tráigala con usted) | ¿Está actualmente inscrito en un plan a través de Connect for Health Colorado? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO |
|---|---|---|

MEDICAID

Si usted o alguien de su familia **ya han enviado una solicitud** para Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) o Colorado Health Plan *Plus* (CHP+), favor de escribir lo siguiente:

| | | |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|
| Número de caso (comienza con 1B) | Número de identificación del estado | Titular principal de la cuenta / Jefe de hogar |
|----------------------------------|-------------------------------------|--|

¿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 cuánta atención médica usted y su familia necesitarán el siguiente 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?

 SÍ

 NO

¿Piensa en tener un bebé este año?

 SÍ

 NO

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

 SÍ

 NO

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

 SÍ

 NO

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

| Nombre del medicamento | Concentración del medicamento | De marca o genérico (marque uno) | Necesario | Conveniente |
|---------------------------------|-------------------------------|---|--------------------------|--------------------------|
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| | | <input type="checkbox"/> DE MARCA <input type="checkbox"/> GENÉRICO | <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 PODRÍA 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



05_2019-SP

