



La Tarjeta de Descuento o Care Card es un programa de escala móvil de tarifas basado a las pautas federales de pobreza actuales.

La tabla de Pautas Federales de Pobreza del 2023 es la siguiente:

tamaño de Familia Incluido el Aplicante	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Límite de Ingreso Familiar Neto Bruto	\$45,180	\$61,320	\$77,460	\$93,600	\$109,740	\$125,880	\$142,020	\$158,160

REQUISITOS PARA SOLICITAR LA TARJETA DE DESCUENTO

1. Solicitud completada (En línea o En papel).
2. Prueba de identificación de **TODOS** los miembros del Núcleo familiar que viven en el **MISMO** hogar, aunque no requieran descuento. Se prefiere una identificación con foto para adultos. Los hijos adultos mayores de 18 años en educación superior **DEBEN** presentar una identificación de estudiante o inscripción escolar.
 - **Ejemplos de Identificación:**
 - Licencia de Conducir
 - Pasaporte
 - Consular
 - Identificación Escolar
 - Certificado de Nacimiento
 - Tarjeta de Seguro Social, etc. (Se acepta cualquier tipo de Identificación de país de origen).
3. Comprobante de ingresos totales familiares (Por favor proporcione **UNO (1)** que corresponda por cada miembro de la familia que este empleado).
 - **Ejemplos de Ingresos del trabajo:**
 - Recibos de pago del último mes calendario (2 quincenales consecutivos o 4 Semanales consecutivos)
 - Carta de verificación de ingresos de su empleador escrita a computadora (describir ingresos brutos, propinas estimadas, si corresponde, con fecha de los últimos 30 días, en papel con membrete de la empresa para incluir la dirección, el número de teléfono y el contacto del empleador). O el formato de Clínica comunitaria.
 - Forma 1040 de impuestos, W2, Formulario 4506-T
 - Autodeclaración de Ingresos
 - **Ejemplos para trabajadores por cuenta propia:**
 - Impuestos (Taxes) forma 1040 o 1099 del año anterior
 - Declaración de ganancias y perdidas
 - Último mes de depósitos bancarios o libro mayor brutos
 - Hoja de trabajo de autoempleo de la Clínica Comunitaria junto con el último mes de depósitos bancarios
 - **Ejemplos de Ingresos no derivados del trabajo:**
 - Desempleo o compensación laboral
 - Seguro social o ingreso de seguridad suplementario (SSI) o 1099
 - Asistencia pública
 - Beneficios para veteranos
 - Beneficios para sobrevivientes
 - Beneficios por discapacidad
 - Ingresos por pensión o jubilación
 - Intereses o dividendos
 - Alquileres, regalías, herencias y fideicomisos
 - Pensión alimenticia
 - Manutención de los hijos
 - Autodeclaración de ingresos para clínica comunitaria

Por favor deje la aplicación junto con los requisitos en la recepción de la clínica médica (Suite 100) o mándelo en línea a <https://intakeq.com/new/groun/asknei> o Código QR. Si tiene alguna pregunta con respecto a la documentación requerida, o le gustaría hablar con un coordinador de elegibilidad, llame al (970)668-4040 o mande correo a frontdesk@summitclinic.org.



SOLICITUD DE TARJETA DE DESCUENTO

Por favor complete **TODAS** las secciones, marque con **NA** si no aplica:

Primer Nombre y Primer Apellido del Aplicante	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento Mes ____ Día ____ Año ____
Dirección física	Ciudad, Estado, Código Postal	# de Teléfono
Dirección Postal o PO Box #	Nombre del Titular del PO Box si es diferente al aplicante:	Ciudad, Estado, Código Postal

¿Está Embarazada?:	S / N	¿Cuenta con Asegurancia Medica?:	S / N	¿Cuenta con Asegurancia Dental que no sea parte de Medicare Advantage Plan?:	S / N
--------------------	---------------------	----------------------------------	---------------------	--	---------------------

Por favor escriba la información de su cónyuge y dependes menores de 18 años aunque no requieran beneficios y marque "SI o NO" si cuentan con asegurancia o "SI o NO" si solicitan servicios de descuento según corresponda:

(Estudiantes que sean mayores de 18 deben de proporcionar identificación escolar o comprobante actual de registro escolar Y Adultos Mayores dependientes deben de tener más de 60 años).

NOMBRE Y APELLIDO Esposo (a) o Pareja y Dependes	FECHA DE NACIMIENTO	# DE SEGURO SOCIAL	RELACION CON EL APLICANTE	CUENTA CON ASEGURANZA		SOLICITA DESCUENTO	
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N
				S	N	S	N

DECLARACION DE INGRESOS MENSUAL

FUENTE DE INGRESOS	PROPIO	CONYUJE	OTROS	TOTAL
Ingrese la cantidad Ingresos totales familiares que recibió durante el último mes ya sean de Trabajo, No Derivados Del Trabajo (donaciones, ayudas monetarias, etc.), Autoempleo, etc.				

SOLICITUD PARA MEDICAID/CHP+

Doy permiso a la clínica Comunitaria para ayudarme a solicitar Medicaid / CHP+ en mi nombre y / o miembros de mi familia listados anteriormente:

 Si

 No

CERTIFICACION

Certifico que la información anterior sobre el tamaño de la familia y los ingresos es correcta.

Firma del Aplicante _____

Fecha de solicitud completada _____





summit community
CARE CLINIC

Use interno unicamente/For Internal Use Only

CARE CARD APPLICATION CHECK LIST

Applicant Name

Employee
Initials

Date
Received

Received Application ALL complete and Sign with items provided marked and completed

Please make copies of the following:

Employee
Initials

Date
Received

ALL FAMILY MEMBERS IDENTIFICATION:

*Examples of approved identification: Colorado Driver's License, Colorado Issued ID, Passport, Other state ID, ID from your country, ID from your employer, Green card, School ID

Employee
Initials

Date
Received

PROOF OF INCOME:

Examples of approved income:

- *Last 30 days of consecutive pay stubs
- *Income Verification letter from your employer (gross income, estimated tips, if applicable, dated within the last 30 days, on company letterhead to include address, phone number, and contact for employer)
- *1040 form, or W2's

If Self Employed, one of the following will be required:

- *Unemployment
- *Workers Compensation
- *Social security or 1099
- *Supplemental
- *Public Assistance
- *Veteran's Benefits
- *Survivor Benefits

