

Solicitud de Servicios Médicos para la atención a Largo Plazo

Departamento de
Pólizas y Financiación
de Atención de la
Salud de Colorado



Este formulario no es una solicitud de Medicaid

Los servicios médicos para la atención a largo plazo pueden ayudarle, de manera regular, con parte o todo el cuidado personal, como, por ejemplo, bañarse, vestirse, comer, movilizarse y usar el baño.

Los servicios médicos para la atención a largo plazo pueden recibirse en lugares tales como centros de enfermería o en el hogar, mediante las exenciones del servicio basado en el hogar y la comunidad, también conocidas como HCBS (o *Home and Community-Based Service*).

Por favor, marque todos los casilleros que le describen:

- Recibo Medicaid
- Recibo el Ingreso suplementario de seguridad (SSI o *Supplemental Security Income*) o la Pensión de jubilación (OAP u *Old Age Pension*)

Por favor, marque el casillero para el servicio que necesita:

- Necesito ingresar en un centro de enfermería
- Necesito ayuda en mi hogar (HCBS)

Si actualmente cuenta con Medicaid, por favor, complete el resto de este formulario y entréguelo al departamento de servicios humanos/sociales de su condado. Es posible que se le pida que proporcione documentos adicionales sobre ingresos y activos. Si usted es menor de 65 años y no ha tenido una discapacidad determinada por la Seguridad Social, por favor, complete también la Solicitud de discapacidad de Medicaid, Colorado.gov/hcpf.

Si actualmente no cuenta con Medicaid, **es** necesaria una solicitud completa.

Usted no puede presentar su solicitud mediante este formulario, Por favor, complete la Solicitud para asistencia médica en Colorado.gov/hcpf y entréguela al departamento de servicios humanos/sociales de su condado.

Escriba su nombre en letra de imprenta (primero, segundo y apellido)		Fecha de nacimiento	Nº de teléfono:	
Nombre del representante autorizado (primero, segundo y apellido)		Parentesco	Teléfono del representante autorizado	
La dirección de su casa	Ciudad/ Población/ Correo	Estado	Apt. Nº	Código Postal
Su firma	Su número del seguro social	Firma del representante autorizado		
Fecha en que se firmó (mm/dd/aaaa)	Nombre del trabajador elegible	Número de teléfono		
	Para uso	exclusivo del funcionario		
Número de CBMS	Persona que recibió el formulario	Fecha del sello de recepción		
	Formulario recibido: (haga un círculo en la opción) por teléfono, por correo, por fax, en persona			