

Explicación de la cobertura de salud

Indique los datos de su cuenta

Nombre completo del titular de la cuenta: _____

Fecha de nacimiento: _____

Domicilio postal: _____ Código postal _____

Correo electrónico: _____ Número de teléfono: _____

Número de cuenta de Connect for Health Colorado: _____

Este formulario confirma que _____ (indique su nombre en imprenta aquí) no califica y no está inscrito en ninguno de los siguientes tipos de cobertura de salud:

- Medicare (no califica para recibir los servicios de Medicare Parte A sin pagar la cuota)
- TRICARE
- Departamento de Asuntos de Veteranos (VA)
- Cuerpo de Paz

Aceptación y firma

Al firmar este formulario, acepto que:

- Revisé cuidadosamente mi cuenta y mi solicitud de Connect for Health Colorado, y afirmo que toda la información es verdadera y correcta, a mi leal saber y entender.
- La información en mi solicitud se usará para determinar si califico para recibir el crédito fiscal para la cuota (reducciones los costos mensuales) y/o para las reducciones en los costos compartidos (reducciones en los costos de desembolso).
- Es mi responsabilidad actualizar mi solicitud **en un plazo de 30 días** en el caso de que cambie alguno de los datos en mi solicitud, como el tamaño de mi familia, mis ingresos, mi domicilio y el acceso a otra cobertura de salud.
- Estoy al tanto de las posibles consecuencias fiscales que existirán si los datos que proporciono en mi solicitud o en el presente formulario son diferentes de los que indico en mi declaración de impuestos federales sobre los ingresos. También comprendo que, si proporciono información falsa a propósito, es posible que tenga que devolver la ayuda financiera que recibí y/o que no pueda recibir ayuda financiera en el futuro.
- Este formulario debe enviarse antes de la fecha límite que me indicó Connect for Health Colorado como prueba de que no califico para recibir otra cobertura de salud y que no estoy inscrito a ella.
- La información en el presente formulario podrá ser verificada por fuentes de datos electrónicas y/o el Departamento de Verificaciones de Connect for Health Colorado.

Firma:

Fecha: