



La Care Card es un programa basado en los ingresos y se determina utilizando una Escala de Tarifas Variables. Esta escala se basa en los ingresos brutos y el tamaño del hogar, de acuerdo con las Guías Federales de Pobreza vigentes.

Las Guías Federales de Pobreza actuales para 2026 son las siguientes:

Tamaño del hogar (Incluyendo al solicitante)	1 Persona	2 Personas	3 Personas	4 Personas	5 Personas	6 Personas	7 Personas	8 Personas
Límite de Ingreso Bruto Anual	\$31,920	\$43,280	\$54,640	\$66,000	\$77,360	\$88,720	\$100,080	\$111,440

Documentos requeridos para aplicar:

- Solicitud completa de Elevated Care Card.**
- Prueba de identificación para cada miembro de la familia que vive en el mismo hogar.** Proporcione prueba de identificación para cada miembro del hogar. Aceptamos documentos como licencia de conducir, certificado de nacimiento, pasaporte, etc. Se prefiere una identificación con foto para adultos.

Los miembros del hogar incluyen:

- Esposo, esposa, pareja de hecho o pareja en unión civil.
- Hijos, hijastros o niños en acogida menores de 18 años, o no nacidos.
- Hijos adultos (mayores de 18 años) con discapacidades, o que aún estén en la escuela secundaria o cursando estudios superiores y vivan tiempo completo en el hogar. **(debe proporcionar prueba de inscripción actual/discapacidades)**
- Padres dependientes.

- Comprobantes de ingresos del paciente y/o de la familia.** Esto incluye ingresos del cónyuge, pareja o cualquier otro miembro de la familia. Se debe proporcionar documentación correspondiente **al mes calendario completo más reciente** o las declaraciones de impuestos (Taxes) del año anterior.

Documentos aceptados incluyen:

- Talones de pago del **mes calendario completo más reciente**.
- Formularios de impuestos actuales 1040 o W-2s.
- Carta de verificación de ingresos del empleador del paciente,

Si los ingresos se reciben en efectivo, se requiere una carta de verificación de ingresos del empleador, la cual debe:

- Estar escrita a computadora, en papel membretado de la empresa y fechada dentro de los últimos 30 días.
- Incluir la dirección del empleador, número de teléfono y persona de contacto.
- Especificar los ingresos brutos del empleado y, si aplica, estimación de propinas.

La Declaración de Ingresos se puede usar de manera temporal. El formulario completo es requerido. Si el paciente trabaja por cuenta propia, debe proporcionar uno de los siguientes documentos:

- Declaración de Impuestos (Taxes), 1040 o 1099.
- Hoja de cálculo de pérdidas y ganancias.
- Un mes de depósitos brutos de la cuenta bancaria del negocio/empresa o un libro contable.

Si los ingresos provienen de fuentes no laborales, pueden incluir:

- Beneficios por desempleo (Unemployment Benefit) o compensación laboral (Worker's Compensation)
- Seguro Social o Ingreso Suplementario del Seguro Social (SSI).
- Pensión o jubilación.
- Asistencia pública (por ejemplo, SNAP, TANF)
- Beneficios para veteranos o sobrevivientes.
- Beneficios por discapacidad (SSDI)
- Ingresos por intereses, dividendos, rentas, regalías, herencias o fideicomisos.
- Manutención conyugal (Alimony)
- Manutención infantil (Child support)

- Tarjetas de seguro médico de todos los miembros de la familia (FRENTE y REVERSO de las tarjetas) (Seguro privado, Medicare, Medicare Advantage, Medicaid o CHP+)**

- Prueba de residencia en Colorado para personas mayores de 60 años (Programa Dental del Adulto Mayor)**

Si está interesado(a) en solicitar Medicaid/CHP+, por favor llame al (970) 372 - 4908 o escanee el código QR que aparece a continuación para acceder al formulario de solicitud.



APLICACIÓN PARA LA CARE CARD

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Dirección de su casa:	X Dirección Ciudad Código Postal Condado			
Dirección postal:	X Dirección Ciudad Código Postal Condado			
Correo electrónico (Email):		Número de teléfono		
¿Cómo te gustaría recibir la información sobre los beneficios?			☐ Texto ☐ Email	

APPLICANT/DEPENDENT INFORMATION

NOMBRE COMPLETO Incluya al Apicante/Pareja/Cónyuge/Dependientes	Fecha de Nacimiento (Mes/Día/Año)	Relación	Empleado/a	¿El paciente tiene seguro?	¿Requiere del descuento?
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO
			SI NO	SI NO	SI NO

¿Alguien en su hogar está embarazada? Sí ☐ NO ☐ Si es así, ¿quién?: _____

DECLARACIÓN DE INGRESO BRUTO MENSUAL: (Ingreso Antes de impuestos o deducciones)

FUENTE DE INGRESO

Ingresos ganados, no ganados, ingresos por cuenta propia.

APLICANTE:	PAREJA/CÓNYUGE:	OTROS:	TOTAL:
Ingreso Bruto Mensual \$ _____	Ingreso Bruto Mensual \$ _____	Ingreso Bruto Mensual \$ _____	Ingreso Bruto Mensual \$ _____

DECLARACIÓN

Reconozco que este es un programa basado en ingresos y entiendo que debo presentar la documentación requerida listada anteriormente. Por la presente certifico que la información sobre el tamaño de la familia y los ingresos es correcta. Cualquier discrepancia encontrada en la información proporcionada puede resultar en la pérdida de los descuentos y la aplicación de la tarifa completa.

Firma del Apicante _____

Fecha de Completado _____

Por favor, permítanos dos semanas para procesar su solicitud. Para cualquier pregunta sobre la documentación requerida o si desea hablar con un Coordinador de Elegibilidad, por favor llame al (970) 668-4040 Opción #5 o envíe un correo a:

eligibility@elevatedch.org