

# NORTHWEST COLORADO HEALTH

(Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado)

Bienvenido al Programa de Asistencia de Cliente del Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado!  
Aquí están algunas cosas importantes que usted debería saber:

- Cada agencia de participación tiene su propia escala de precios móvil o sistema de descuento y usted será cobrado según el sistema de aquella agencia. La cantidad que usted paga estará basada en el costo del servicio recibido así como en el tamaño de su familia e ingresos.
- Se requiere que usted revele completa y exactamente todas las fuentes de ayuda e ingresos de la familia cuando usted solicita esta tarjeta.
- Este no es un programa de seguro! Por favor pague su parte de la cuenta **cuando usted recibe servicios**. Si usted no paga su parte de la cuenta, este programa no podrá continuar, y muchas, muchas otras familias en necesidad de asistencia médica perderán un medio importante de acceso a servicios económicos de asistencia médica.
- Si usted recibe servicios de emergencia o urgentes y no tiene todo el co-pago en el momento del servicio, es su responsabilidad de arreglar un plan de pago con la oficina donde usted recibe servicios.
- Si usted tiene un cambio en sus ingresos de familia es su responsabilidad de notificar a la agencia donde usted primero recibió su tarjeta de modo que su elegibilidad para este programa pueda ser determinada de nuevo.
- Si usted utiliza esta tarjeta para obtener servicios en el Yampa Valley Medical Center or The Memorial Hospital usted puede ser re-determinado para el programa de Colorado Indigent Care Program (CICP).

Este programa le permite recibir servicios a escala de precios móvil en los siguientes locales:

- Northwest Colorado Health
- Yampa Valley Medical Center
- Craig Mental Health Center
- Steamboat Springs Mental Health Center
- Northwest Colorado Dental Coalition
- The Memorial Hospital
- Routt County Department of Social Services

Al solicitar este programa, usted da a la agencia publica que le provee su tarjeta permiso de compartir su información financiera con cualquiera de las susodichas agencias donde usted presenta su tarjeta para servicios rebajados.

He leído y entiendo los términos y condiciones de la solicitud del Programa de Asistencia de Cliente del Proyecto de Salud Comunitario del Noroeste de Colorado.

---

Nombre del Cliente

Fecha