

Finalized English	Finalizado Español
We received your renewal paperwork Dear [v_Head_of_Households_Name], We recently sent a letter informing you that you no longer qualify for Health First Colorado (Colorado Medicaid) benefits. After we sent that letter, we received your renewal paperwork. We have restored benefits for [Appl_Individuals_Name], [_Appl_Individuals_Name], and [_Appl_Individuals_Name] while we process your paperwork. If some members of your household are not listed above, please contact your county or sign into your PEAK account. We will send you another letter if we need more information. Questions? • [County/MA Site contact information] Thank you, Health First Colorado Manage your Health First Colorado coverage at CO.gov/PEAK and on the Health First Colorado mobile app. Sign in or create an account to get started. Take control of your health coverage by using the Health First Colorado mobile app! Sign in to the app using your PEAK account or create an account in the app. With the free mobile app you can: • Get your Member ID Card and see if your coverage is active • Find providers • Complete your yearly renewal • Find out what's covered	Hemos recibido su documentación de renovación Estimado/a [v_Head_of_Households_Name], Recientemente le enviamos una carta informándole que ya no califica para los beneficios de Health First Colorado (Medicaid de Colorado). Después de enviar esa carta, recibimos su documentación de renovación. Hemos restablecido los beneficios para [Appl_Individuals_Name], [_Appl_Individuals_Name], y [_Appl_Individuals_Name] mientras procesamos su documentación. Si algunos miembros de su hogar no figuran en la lista anterior, póngase en contacto con su condado o inicie sesión en su cuenta PEAK. Le enviaremos otra carta si necesitamos más información. ¿Preguntas? • [County/MA Site contact information] Gracias, Health First Colorado Administre su cobertura de Health First Colorado en CO.gov/PEAK y en la aplicación móvil de Health First Colorado. Inicie sesión o cree una cuenta para comenzar. ¡Tome el control de su cobertura de salud utilizando la aplicación móvil de Health First Colorado! Inicie sesión en la aplicación con su cuenta PEAK o cree una cuenta en la aplicación. Con la aplicación móvil gratuita, puede: • Obtenga su tarjeta de identificación de miembro y verifique si su cobertura está activa. • Encuentre proveedores • Complete su renovación anual • Descubra que está cubierto

Renew your health coverage: Action required

Dear <HOH Name>,

It's time to renew your health coverage. We need more information for [HH member Name], [HH member Name], [HH member Name], and [HH member Name] to see if they still qualify for health coverage. Please review the "How to complete this paperwork" section below and provide the information by [due date].

How to complete this paperwork:

1. Renewal Form Signature Page: Read, sign and send us the Renewal Signature Page, even if you do not have any new information or changes to report. This form must be signed and returned.
2. Request for More Information: This letter will provide more information about what is needed for these member(s) of your household listed above. The "Request for More Information" letter is included in this packet.
3. Review your Health coverage: Review the information we have on file for your household and do the following:
 - a. Correct any information that is wrong.
 - b. Add any information that is missing.
 - c. Return any pages you update.

When we need it:

Return the requested information, any pages you updated, and the signed renewal form signature page by <5th of the RRR due month>.

Questions?

If you need help or can't return the information by the due date, contact us. We may be able to give you extra time if you are having trouble getting the information or documents. Our contact information is on the next page under: How Can I Submit My Renewal?

Thank you,

Health First Colorado and Child Health Plan Plus (CHP+)

Renueve su cobertura de salud: Acción requerida

Estimado/a <HOH Name>,

Es hora de renovar su cobertura de salud. Necesitamos más información para [HH member Name], [HH member Name], [HH member Name], y [HH member Name] para ver si aún califican para la cobertura de salud. Revise la sección "Cómo completar esta documentación" a continuación y proporcione la información antes del [due date].

Cómo completar esta documentación:

1. Página de firma del formulario de renovación: Lea, firme y envíenos la página de firma de renovación, incluso si no tiene ninguna información nueva o cambios que comunicar. Este formulario debe ser firmado y devuelto.
2. Solicitud de más información: Esta carta proporcionará más información sobre lo que se necesita para los miembros de su hogar mencionados anteriormente. La carta de "Solicitud de más información" se incluye en este paquete.
3. Revise su cobertura de salud: Revise la información que tenemos registrada de su hogar y haga lo siguiente:
 - a. Corrija cualquier información que sea incorrecta.
 - b. Añada cualquier información que falte.
 - c. Devuelva las páginas que actualice.

Cuando lo necesitamos:

Envíe la información solicitada, las páginas que haya actualizado y la página de firma del formulario de renovación firmado antes del <5th of the RRR due month>.

¿Preguntas?

Si necesita ayuda o no puede devolver la información antes de la fecha límite, póngase en contacto con nosotros. Es posible que podamos concederle tiempo extra si tiene problemas para obtener la información o los documentos. Nuestra información de contacto se encuentra en la página siguiente, en: ¿Cómo puedo enviar mi renovación?

Gracias,

Health First Colorado y Child Health Plan Plus (CHP+)