

Finalized English	Finalizado español
Tear Here	Rasgar aquí
This letter is about your medical benefits. This letter tells you what you qualify for and next steps. What you qualify for Medical Assistance Benefits We reviewed your information for Medical Assistance benefits and made a decision on [date3] at [time]. Some of your benefits have changed. The people in your household may have qualified for different benefits. The boxes below tell you about these benefits. For questions about the Medical Assistance you qualify for, contact [contactName] at HCPF at [contactPhoneNumber] or [contactAddress]. [firstName] [lastName] Health First Colorado ID: [stateId] [firstName] does not qualify for: ✘ [benefitCategory]. You don't qualify for Presumptive Eligibility for the Health First Colorado Buy-In Program because you did not tell us that you are employed in your health coverage application. This program is for people who are employed. ☐ If you have questions about why you don't qualify for Presumptive Eligibility, ask the presumptive eligibility site that helped you. ☐ Presumptive Eligibility is a program that provides temporary coverage for some people while their health coverage application is being processed. ☐ Your health coverage application is still being reviewed to see if you qualify for other programs. Contact your county Department of Human Services if you have questions. Sign up to get helpful information about your Health First Colorado benefits by text! Text "JOIN" to 66596. Message and data rates may apply.	Esta carta trata sobre sus beneficios médicos. Esta carta le informa a qué califica y los siguientes pasos. A qué califica Beneficios de asistencia médica Nosotros revisamos su información para los beneficios de asistencia médica y tomamos una decisión el [fecha3] a las [hora]. Algunos de sus beneficios han cambiado. Las personas en su hogar pueden haber calificado para diferentes beneficios. Las casillas a continuación le informan sobre estos beneficios. Para preguntas sobre la asistencia médica para la que califica, comuníquese con [Nombredecontacto] en HCPF al [Numerodelteléfonodecontacto] o [Direccióndecontacto]. [Primernombre] [Apellido] ID de Health First Colorado: [Iddeestado] [Primernombre] no califica para: ✘ [Categoríadebeneficios]. No califica para la elegibilidad presuntiva del programa de participación de Health First Colorado porque no indicó que está empleado(a) en su aplicación de cobertura sanitaria. Este programa es para personas que están empleadas. ☐ Si tiene preguntas sobre por qué no califica para la elegibilidad presuntiva, consulte con el sitio de elegibilidad presuntiva que le ayudó. ☐ La elegibilidad presuntiva es un programa que proporciona cobertura temporal para algunas personas mientras esta aun siendo procesada su aplicación de cobertura sanitaria. ☐ Su aplicación de cobertura sanitaria aún está siendo revisada para ver si califica para otros programas. Comuníquese con el departamento de servicios humanos de su condado si tiene preguntas. ¡Regístrese para recibir información útil sobre sus beneficios de Health First Colorado por mensaje de texto! Envíe el mensaje de texto "JOIN" al 66596. Se pueden aplicar tarifas por mensajes y datos.
We reviewed your information for Medical Assistance benefits and made a decision on [date3] at [time]. Some of your benefits have changed. The people in your household may have qualified for different benefits. The boxes below tell you about these benefits. For questions about the Medical Assistance you qualify for, contact [contactName] at HCPF at [contactPhoneNumber] or [contactAddress]. ✘ [benefitCategory]. You don't qualify for Health First Colorado Presumptive Eligibility because you did not tell us that you are a parent or caretaker relative in your health coverage application. This program is for people who are a parent or caretaker relative of at least one dependent child in the household.	Nosotros revisamos su información para los beneficios de asistencia médica y tomamos una decisión el [fecha3] a las [hora]. Algunos de sus beneficios han cambiado. Las personas en su hogar pueden haber calificado para diferentes beneficios. Las casillas a continuación le informan sobre estos beneficios. Si tiene preguntas sobre la asistencia médica para la que califica, comuníquese con [Nombredecontacto] en HCPF al [Numerodelteléfonodecontacto] o [Direccióndecontacto]. ✘ [Categoríadebeneficios]. No califica para la elegibilidad presuntiva de Health First Colorado porque no indicó que es padre, madre o pariente cuidador en su aplicación de cobertura sanitaria. Este programa es para personas que son padres o parientes cuidadores de al menos un menor dependiente en el hogar.

[firstName] [lastName] Health First Colorado ID: [stateId] [firstName] qualifies for: ✓ [benefitCategory]. Your benefits start on [benefitStartDate]. We sent your health coverage application to your eligibility site for processing. You will get another letter to tell you if you are approved for ongoing health coverage. Presumptive Eligibility is a program that provides temporary coverage for some people while their health coverage application is being processed. ☐ Your health coverage application is still being processed to see if you qualify for other programs. Contact your county Department of Human Services if you have questions. If your application is approved for the Health First Colorado Buy-In Program, you may need to make monthly premium payments. Learn more about Health First Colorado Buy-In at hcpf.colorado.gov/buyin-adult. You can also ask your county. Find your county's contact information online at hcpf.colorado.gov/counties. You need to complete and submit a disability application, even if you are 65 or older. ☐ If you do not have a current disability determination from the Social Security Administration (SSA), please fill out the Health First Colorado Disability Application at hcpf.colorado.gov/forms#by-mail to apply. ☐ You are not required to apply for Social Security Administration (SSA) disability. You don't need to complete the Health First Colorado Disability Application if you have an SSA disability determination.	[Primernombre] [Apellido] ID de Health First Colorado: [Iddeestado] [Primernombre] califica para: ✓ [Categoriadebeneficios]. Sus beneficios comienzan el [Fechadeiniciodebeneficios]. Enviamos su aplicación de cobertura sanitaria al sitio de elegibilidad para su procesamiento. Recibirá otra carta para informarle si ha sido aprobado(a) para cobertura sanitaria continua. La elegibilidad presuntiva es un programa que proporciona cobertura temporal para algunas personas mientras está siendo procesada su aplicación de cobertura sanitaria. ☐ Su aplicación de cobertura sanitaria aún está siendo procesada para ver si califica para otros programas. Comuníquese con el departamento de servicios humanos de su condado si tiene preguntas. Si su aplicación es aprobada para el programa de participación de Health First Colorado, es posible que deba hacer pagos mensuales de primas. Aprenda más sobre el programa de participación de Health First Colorado en hcpf.colorado.gov/buyin-adult. También puede preguntar en su condado. Encuentre la información de contacto de su condado en línea en hcpf.colorado.gov/counties. Usted necesita completar y someter una aplicación de discapacidad, incluso si tiene 65 años o más. ☐ Si no tiene una determinación de discapacidad vigente de la administración del seguro social (SSA), por favor complete la aplicación de discapacidad de Health First Colorado en hcpf.colorado.gov/forms#by-mail para aplicar. ☐ No está obligado(a) a aplicar para la discapacidad de la administración del seguro social (SSA). No necesita completar la aplicación de discapacidad de Health First Colorado si ya tiene una determinación de discapacidad de la SSA.
Health First Colorado (Colorado's Medicaid Program) Presumptive Eligibility Temporary Card Name: [firstName] [lastName] Health First Colorado ID: [cin] PE Coverage Start Date: [indvAsstBeginDate] PE Coverage End Date: [indvAsstEndDate] For questions about Health First Colorado Presumptive Eligibility benefits or to find a doctor: Benefits: Go to CO.gov/HCPF/Presumptive-Eligibility Find a Doctor: Go to CO.gov/HCPF For other questions: Contact your Presumptive Eligibility technician If your eligibility is determined prior to the coverage end date above, your Health First Colorado Presumptive Eligibility may be terminated.	Tarjeta temporal de elegibilidad presuntiva de Health First Colorado (Programa Medicaid de Colorado) Nombre: [Primernombre] [Apellido] ID de Health First Colorado: [cin] Fecha de inicio de cobertura PE: [Fechadeiniciodeasistenciaindividual] Fecha de finalización de cobertura PE: [Fechadefinalizacióndeasistenciaindividual] Para preguntas sobre los beneficios de elegibilidad presuntiva de Health First Colorado o para encontrar un médico: Beneficios: Visite CO.gov/HCPF/Presumptive-Eligibility Encontrar un médico: Visite CO.gov/HCPF Para otras preguntas: Comuníquese con su técnico de elegibilidad presuntiva. Si su elegibilidad se determina antes de la fecha de finalización de cobertura anterior, su elegibilidad presuntiva de Health First Colorado podría ser terminada.
✖ [benefitCategory]. You don't qualify for Presumptive Eligibility for the Health First Colorado Buy-In Program because you did not tell us that you have a disability in your health coverage application. This program is for people with disabilities. ☐ If you have questions about why you don't qualify for Presumptive Eligibility, ask the presumptive eligibility site that helped you. ☐ Presumptive Eligibility is a program that provides temporary coverage for some people while their health coverage application is being processed. ☐ Your health coverage application is still being processed to see if you qualify for other programs. Contact your county Department of Human Services if you have questions.	✖ [Categoriadebeneficios]. No califica para la elegibilidad presuntiva del programa de participación de Health First Colorado porque no indicó que tiene una discapacidad en su aplicación de cobertura sanitaria. Este programa es para personas con discapacidades. ☐ Si tiene preguntas sobre por qué no califica para la elegibilidad presuntiva, consulte con el sitio de elegibilidad presuntiva que le ayudó. ☐ La elegibilidad presuntiva es un programa que proporciona cobertura temporal para algunas personas mientras esta siendo procesada su aplicación de cobertura sanitaria. ☐ Su aplicación de cobertura sanitaria aún está siendo procesada para ver si califica para otros programas. Comuníquese con el departamento de servicios humanos de su condado si tiene preguntas.
Click on the User Verification Form below to enter more information.	Haga clic en el formulario de verificación de usuario a continuación para ingresar más información