

Finalized English	Finalized Spanish
MAGI Packet	Paquete MAGI
It's time to see if [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name] still qualify for health coverage. Other people in your household who are not listed above may receive different paperwork for their renewal.	Es hora de comprobar si [v_Individuals_Name] y [v_Individuals_Name] siguen reuniendo los requisitos para la cobertura sanitaria. Es posible que otras personas de su hogar que no figuran en la lista anterior reciban documentación diferente para su renovación.
1. Review the information we have on file for your household. - Correct any information that is wrong. - Add any information that is missing. 2. Review the "Request for More Information" letter that is included in this packet. It tells you what information is needed for [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name]. We may also need information about other people in your household to complete the renewal for [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name]. 3. Read and sign the Renewal Signature Page, even if you do not have any new information or changes to report. 4. Submit: - The signed signature page, even if nothing has changed. - All of the pages you updated. - All documents we request.	1. Revise la información que tenemos registrada sobre su unidad familiar. - Corrija cualquier dato que sea incorrecto. - Añada cualquier dato que falte. 2. Revise la carta "Solicitud de información adicional" que se incluye en este paquete. En ella se indica qué información se necesita para [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name]. Es posible que también necesitemos información sobre otras personas de su hogar para completar la renovación de [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name]. 3. Lea y firme la página de firma de renovación, incluso si no tiene ninguna información nueva ni cambios que comunicar. 4. Envíe: - La página de firma firmada, aunque no haya habido cambios. - Todas las páginas que haya actualizado. Todos los documentos que le solicitamos.
If you need help or can't return the information by the due date, contact [Name County Department of Human Services] at [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone] (State Relay: 711). and tell them you are calling about your health coverage renewal. We may be able to give you extra time if you are having trouble getting the information.	Si necesita ayuda o no puede enviar la información antes de la fecha límite, póngase en contacto con [Name County Department of Human Services] en el [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone] (Relé de estado: 711) y explique que llama en relación con la renovación de su cobertura sanitaria. Es posible que podamos concederle una prórroga si tiene dificultades para obtener la información.
You must take action or you or the other people addressed in this letter may lose benefits.	Debe tomar medidas o usted o las demás personas a las que va dirigida esta carta podrían perder sus prestaciones.
We need to check if [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name], still qualify for Health First Colorado (Colorado's Medicaid program) or Child Health Plan Plus (CHP+).	Necesitamos comprobar si [v_Individuals_Name], [v_Individuals_Name], siguen reuniendo los requisitos para Health First Colorado (el programa Medicaid de Colorado) o Child Health Plan Plus (CHP+).
Sign in to your account at CO.gov/PEAK. You will see a 'To-do list' section on your PEAK dashboard. Select 'Complete now' to begin.	Inicie sesión en su cuenta en CO.gov/PEAK. Verá una sección llamada "Lista de tareas pendientes" en su panel de control de PEAK. Seleccione "Completar ahora" para comenzar.

- Mail or bring the completed signature page and updated renewal form to: [Name County Department of Human Services] [v_Primary_Worker_Correspondence_Name] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line_3] - Fax the completed signature page and updated renewal form to: [v_Primary_Worker_Fax_Number] - Call to submit the completed signature page and updated renewal form by phone: [Name County Department of Human Services] at [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone]. State Relay: 711 If you have questions about the letter or need help completing this form, [Name County Department of Human Services at [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone] (State Relay: 711).	- Envíe por correo o entregue en persona la página de firmas completada y el formulario de renovación actualizado a: [Name County Department of Human Services] [v_Primary_Worker_Correspondence_Name] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line] [v_Worker_Office_Physical_Address_Line_3] - Envíe por fax la página de firmas cumplimentada y el formulario de renovación actualizado a: [v_Primary_Worker_Fax_Number] - Llame para enviar la página de firmas cumplimentada y el formulario de renovación actualizado por teléfono: [Name County Department of Human Services] al [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone]. Relé de estado: 711 Si tiene alguna pregunta sobre la carta o necesita ayuda para completar este formulario, llame al [Name County Department of Human Services al [v_Primary_Worker_Correspondence_Phone] (Relé de estado: 711).
If anyone listed below changed their name, please update.	Si alguna de las personas que figuran a continuación ha cambiado de nombre, actualice la información.
If the relationships listed below changed, please update.	Si las relaciones que figuran a continuación han cambiado, actualice la información.
If anyone listed below had a change in marital status, please update.	Si alguna de las personas que figuran a continuación ha cambiado de estado civil, actualice la información.
5. Is this person a member of a federally recognized American Indian or Alaska Native Tribe?	5. ¿Pertenece esta persona a una tribu indígena americana o nativa de Alaska reconocida a nivel federal?
6. Was this person in foster care when they turned 18? If Yes, please fill in below.	6. ¿Se encontraba esta persona en acogida cuando cumplió 18 años? En caso afirmativo, rellene los siguientes datos.
State where they received foster care	Estado en el que recibió acogida familiar
Date they left foster care if known (MM/DD/YYYY)	Fecha en que dejó la acogida familiar, si se conoce (DD/MM/AAAA)
7. Is this person currently incarcerated (in jail or prison)? If Yes, please fill in below.	7. ¿Se encuentra esta persona actualmente encarcelada (en la cárcel o en prisión)? En caso afirmativo, rellene los siguientes datos.
Date entered (MM/DD/YYYY)	Fecha de ingreso (DD/MM/AAAA)
Release date, if known. (MM/DD/YYYY)	Fecha de salida, si se conoce. (DD/MM/AAAA)
8. Does this person currently have Medicare? If Yes, please fill in below.	8. ¿Tiene esta persona actualmente Medicare? En caso afirmativo, rellene los siguientes datos.

Start Date (MM/DD/YYYY)	Fecha de inicio (DD/MM/AAAA)
Part A	Parte A
Part B	Parte B
Part C	Parte C
Part D	Parte D
9. Does this person have a medical, physical, mental, or developmental disability or impairment, including blindness, that has lasted or is expected to last more than 12 months?	9. ¿Padece esta persona alguna discapacidad o deficiencia médica, física, mental o del desarrollo, incluida la ceguera, que haya durado o se prevea que dure más de 12 meses?
10. Does this person need home health care to avoid placement in a nursing or acute care facility, hospital, group home, mental health institution, or long-term care facility within the next 30 days?	10. ¿Necesita esta persona asistencia sanitaria a domicilio para evitar su ingreso en un centro de cuidados de enfermería o de cuidados intensivos, un hospital, una residencia comunitaria, un centro de salud mental o un centro de cuidados de larga duración en los próximos 30 días?
11. Does this person need to move to a nursing or acute care facility, hospital, group home, mental health institution, or long-term care facility within the next 30 days? If Yes, and this person already has plans to move or has already moved to a facility, please fill in below	11. ¿Es necesario que esta persona se traslade a un centro de cuidados de enfermería o de cuidados intensivos, a un hospital, a una residencia comunitaria, a un centro de salud mental o a un centro de cuidados de larga duración en los próximos 30 días? Si la respuesta es "Sí" y esta persona ya tiene previsto trasladarse o ya se ha trasladado a un centro, rellene el siguiente formulario
Facility name	Nombre del centro
Date the person entered the facility, or will move to the facility, if known (MM/DD/YYYY)	Fecha en la que la persona ingresó en el centro, o en la que se trasladará al centro, si se conoce (DD/MM/AAAA)
Is anyone listed below a member of a federally recognized American Indian or Alaska Native tribe?	¿Alguna de las personas que figuran a continuación pertenece a una tribu indígena americana o nativa de Alaska reconocida a nivel federal?
Individual	Individuo
Yes or No? If anyone listed below was in foster care when they turned 18, please update	¿Sí o no? Si alguna de las personas que figuran a continuación estaba en acogida cuando cumplió 18 años, actualice la información
If anyone listed below is currently incarcerated (in jail or prison), please update If anyone listed below now has Medicare, please update	Si alguna de las personas que figuran a continuación se encuentra actualmente recluida (en la cárcel o en prisión), actualice la información Si alguna de las personas que figuran a continuación tiene ahora Medicare, actualice la información
Medicare number	Número de Medicaid

If anyone listed below need home health care to avoid placement in a nursing or acute care facility, hospital, group home, mental health institution, or long-term care facility within the next 30 days?	¿Alguna de las personas que figuran a continuación necesita asistencia sanitaria a domicilio para evitar tener que ingresar en un centro de cuidados de larga duración, un centro de cuidados intensivos, un hospital, una residencia comunitaria, un centro de salud mental o un centro de cuidados de larga duración en los próximos 30 días?
If anyone listed below need to move to a nursing or acute care facility, hospital, group home, mental health institution, or long-term care facility within the next 30 days?	¿Alguna de las personas que figuran a continuación necesita ingresar en un centro de cuidados de larga duración, un centro de cuidados intensivos, un hospital, una residencia comunitaria, un centro de salud mental o un centro de cuidados de larga duración en los próximos 30 días?