



Solicitante de CICP/CHARITY,

Dentro del sobre encontrará un formulario para solicitar ayuda del Programa de Salud para el Indigente de Colorado. Este programa concede un tiempo muy limitado para solicitar ayuda, por lo tanto le pedimos que nos envíe este formulario cuanto antes (en el período de 2 semanas a partir de la fecha de haberlo recibido).

Complete y firme cada una de las hojas, y si piensa que alguna página no corresponde a su caso, escriba N/A y firme **todas** las hojas y envíelas por correo, por fax o dépositelas en recepción de Aspen Valley Hospital, por favor incluya la información requerida que se lista en la siguiente página.

Además debe incluir una nota explicando su situación financiera durante este año o como esta ayuda podría beneficiarlo, incluyendo sus expectativas de ingreso para este año y como calculó tal cantidad de ingresos.

Si tiene preguntas de cómo llenar esta solicitud, por favor llámeme.

Atentamente,

Lourdes Coombs
Asistencia en orientación financiera
0401 Castle Creek Road
Aspen, CO 81611
(970) 544-1543
Fax (970) 544-7365