FORMULARIO DE SOLICITUD DE REEMBOLSO DEL MIEMBRO

INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:		Número de identificación:
Nombre del representante personal del miembro o guardián (si procede):		
Dirección:		
Ciudad:	Estado:	Teléfono:

DESCRIBA POR QUÉ TUVO QUE PAGAR DE SU BOLSILLO Y EL SERVICIO O PRODUCTO QUE FUE PROPORCIONADO *(si necesario, escriba en el reverso de este formulario o agregar otra página)*

SU SOLICITUD NO PUEDE SER PROCESADA A MENOS QUE ESTE FORMULARIO ESTE COMPLETA.
Por favor incluya todos los recibos detallados o su solicitud puede ser retrasada.

ENVIAR A:
Colorado Access
Reimbursements
PO Box 17950
Denver, CO 80217-0580

Para hablar con alguien directamente, llame al 877-276-5184. Los usuarios TTY/TDD deben llamar al 888-803-4494.

If you need this document in large print, Braille, other formats, or languages, or read aloud, or need another copy, call 800-511-5010. For TDD/TTY, call 888-803-4494. Call Monday to Friday, 8 a.m. to 5 p.m. The call is free.

Si necesita este documento en letra grande, Braille, otros formatos o idiomas, o se lea en voz alta, o necesita otra copia, llame al 800-511-5010. Para TDD/TTY, llame al 888-803-4494. Llame de lunes a viernes, de 8 a.m. a 5 p.m. La llamada es gratis.