

FORMULARIO DE SOLICITUD DE ADAPTACIÓN

PARA MIEMBROS DE COLORADO ACCESS

Si necesita ayuda para completar este formulario, comuníquese con nosotros en: Teléfono: 800-511-5010
TTY: 888-803-4494
Correo electrónico: Member.ADA.Coordinator@coaccess.com
Dirección postal: 4643 S. Ulster St. Ste 700, Denver, CO 80237

INSTRUCCIONES: Escriba en los campos sombreados; marque las casillas de verificación con una X.

SECCIÓN 1: INFORMACIÓN DEL MIEMBRO

Nombre del miembro:		
Número de ID de Medicaid:	Fecha de nacimiento:	
Número de teléfono:	Correo electrónico (opcional):	
Nombre de contacto:	Teléfono:	
Método de contacto preferido:	Si es otro, especifique:	

DIRECCIÓN POSTAL

Calle:		
Ciudad:	Estado:	Código postal:

SECCIÓN 2: SOLICITUD DE ADAPTACIÓN

Describe la adaptación que solicita



FORMULARIO DE SOLICITUD DE

Explique cómo su discapacidad hace necesaria esta adaptación (no es necesario que comparta su diagnóstico a menos que usted decida hacerlo)

SECCIÓN 3: TIPO DE ADAPTACIÓN NECESARIA (Seleccione todas las opciones que correspondan)

APOYOS DE COMUNICACIÓN

- ☐ Intérprete de lenguaje de señas
- ☐ Intérprete de idioma hablado
- ☐ Servicios TTY o TDD
- ☐ Servicios de retransmisión
- ☐ Comunicación en lenguaje sencillo
- ☐ Tiempo adicional durante llamadas o citas
- ☐ Otro:

FORMATOS ALTERNATIVOS

- ☐ Braille grande
- ☐ Braille
- ☐ Formato de audio
- ☐ Formato electrónico accesible (PDF, correo electrónico, archivo digital)
- ☐ Otro:

NECESIDADES FÍSICAS O DE ACCESO

- ☐ Ubicación accesible para la reunión
- ☐ Asistencia de movilidad
- ☐ Ayuda para completar formularios o solicitudes
- ☐ Otro:

OTRAS NECESIDADES DE ADAPTACIÓN

FORMULARIO DE SOLICITUD DE

SECCIÓN 4: INFORMACIÓN DEL REPRESENTANTE (si corresponde)

Nombre del representante:	Relación con el miembro:
Número de teléfono:	Correo electrónico:

SECCIÓN 5: FIRMA

Al firmar a continuación, confirmo que la información proporcionada es verdadera y que solicito una adaptación de la ADA para ayudarme a acceder a los servicios de mi plan de salud.

Firma:	Fecha:
--------	--------

SECCIÓN 6: PARA USO EXCLUSIVO DEL PLAN DE SALUD

Fecha de recepción:	Revisado por:
---------------------	---------------

Adaptación aprobada ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es no, proporcione el motivo:

Adaptación proporcionada:

Fecha en que se notificó al miembro:

