



Referencia de participación en Medicaid y CHP+ del estudiante de BVSD

Nombre del estudiante: _____

Apellido del estudiante: _____

Escuela del estudiante: _____

Fecha de nacimiento del estudiante: _____

de identificación del estudiante: _____

Condado de residencia: ___ Boulder ___ Broomfield Otro: _____

Persona principal de contacto: _____

Teléfono: _____ mejor hora para llamarle: ___ 8 AM-12PM ___ 12-4:30PM ___ 5-7 PM

E-mail: _____

Idioma en el hogar: ___ inglés ___ español ___ Otro: _____

Fuente de referencia: _____

(Nombre de la persona que hizo la referencia. Si la referencia ha sido hecha por un empleado de BVSD, por favor, incluya el título de trabajo y la escuela / edificio.)

E-mail o número de teléfono de la fuente de referencia: _____

Motivo del contacto:

___ Asistencia de registración en Medicaid o CHP+

___ Seguro de Salud o Recursos de Salud a los que no son ciudadanos

___ Asistencia en el uso de los beneficios actuales de Medicaid/CHP+ o conexión con los proveedores / especialistas

___ Otro: _____

Información adicional o comentarios:

Por favor, envíe la referencia por correo electrónico a HKOutreach@bouldercounty.org
o por fax al 303-568-7859

Los estudiantes sanos tienen una mejor oportunidad de mejorar los resultados de su aprendizaje, la asistencia, el comportamiento y los resultados en los exámenes.

¡Ayúdenos a mantener saludables a los estudiantes!