



Sandoval County Health Care Assistance Program

Solicitud Para El Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval

Por favor llene la aplicación y adjunte los documentos necesarios a la aplicación. Si usted está viviendo con un familiar o un representante legal, se requiere completar la Carta de Verificación de Residencia.

Apellido Nombre MI Fecha de nacimiento Edad

Dirección (número y calle) Apt. # Teléfono de casa #

Ciudad Estado Código Postal Teléfono del trabajo Teléfono celular

Dirección de correo o P.O. Box Apt.# Ciudad Estado Código Postal

Número del Seguro Social Ciudadano de U.S. Si No

Género: (circulé uno) Masculino Femenino Estado civil: (circulé uno) Soltero Casado Divorciado Viudo

Por favor marque uno o más de la lista para indicar su nacionalidad. (Opcional)

- Afro Americano, Hispano Americano, Nativo Americano, Pacífico Americano, Caucásico (Europeo), Asiático Americano, Multi-racial, Otro

Anote todos los miembros de familia que viven en el hogar

Table with 6 columns: Nombre Completo, Nacimiento (mm/día/año), Num. Seguro Social, Relación con Aplicante, Género (M o F), Raza (Revise lista arriba). Contains 8 rows for family members.

Sandoval County Health Care Assistance Program



El Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval requiere que las Personas Buscando Servicios (PBS) verifiquen su residencia e ingreso.

1. Para verificar la residencia se requiere presentar (dos) de los siguientes documentos:

- Licencia de conducir valida /o identificación con foto
- Contrato del alquiler/arrendamiento
- Factura de impuestos sobre Propiedad
- Recibo de servicios públicos por 90 días de la aplicación (nombre y dirección de la Persona Buscando Servicios debe de estar en la cuenta de Electricidad, Gas o Agua)
- Si la Persona Buscando Servicios está viviendo con un familiar o amigo, se requiere de completar la CARTA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

2. Para verificar ingresos la Persona Buscando Servicios requiere que presente (uno) de los siguientes documentos:

- Ingresos – Talones de cheques del empleado por los últimos 90 días, verifique Salarios, Incapacidad, Pensión, Plan de Retiro, Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Préstamos Estudiantiles, Becas, Desempleo, Asistencia financiera o otras ayudas financieras que usted recibe.
- Si la Persona Buscando Servicios es empleado independiente – Actual declaración de impuestos de estado/federal incluyendo la forma W-2's, Enmienda Fiscal C, C-EZ Enmienda Fiscal K o F, un documento firmado de un estado de cuentas detallado de la declaración de pérdidas y ganancias por los últimos 3 meses y la forma NM Ingreso Total (NM Gross Receipts).
- Si la Persona Buscando Servicios trabaja por efectivo, o recibe asistencia de un familiar, representante legal o un amigo, deben llenar la Carta de Verificación de Ingresos.
- Si la Persona Buscando Servicios está desempleado – deben proporcionar una carta notariada de la cabeza de familia donde reside la Persona Buscando Servicios indicando como los costos de la Persona Buscando Servicios se está sosteniendo.
- Si la Persona Buscando Servicios recibe pensión infantil o conyugal, se requiere el documento de la orden de la corte.
- Si la Persona Buscando Servicios es indigente y/o vive con miembros de familia o representante legal, estos individuos deben de completar una Carta de Verificación de Ingresos y proveer comprobante de residencia en el Condado de Sandoval
- Si la Persona Buscando Servicios es un difunto, el cónyuge, miembro de familia, o persona responsable deberá el aplicante y requiere de proveer comprobante de residencia del difunto y verificación de ingresos junto con el certificado de defunción.

3. Para determinar elegibilidad, por favor marque (una) de los siguientes casillas de ingreso familiar.

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 1 persona = hasta \$21,978 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 5 personas = hasta \$52,614 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 2 personas = hasta \$29,637 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 6 personas = hasta \$60,273 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 3 personas = hasta \$37,296 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 7 personas = hasta \$67,951 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 4 personas = hasta \$44,955 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 8 personas = hasta \$75,647 |

Firma de la Persona Buscando Servicios

Fecha

Otra Persona Responsable Buscando Servicios

Fecha

Proveedor o Personal de Ayuda del Cuidado Médico

Fecha

Sandoval County Health Care Assistance Program



AUTORIZACIÓN PARA COMPARTIR INFORMACIÓN

Autorizo por este medio al Condado de Sandoval para obtener información necesaria para procesar mi solicitud para el reembolso a través del Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval. Autorizo al Proveedor, a compartir información al Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval referente mi diagnóstico y tratamiento que incluye específicamente: Expedientes Médicos, Historia Social, Plan Para El Tratamiento, Consultas, Evaluaciones.

Declaración de Verificación para calificar por el Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval: (Por favor Seleccione cada casilla)

- Soy la Persona Buscando Servicios o guardián legalmente calificado o representante legal la Persona Buscando Servicios que está completando esta solicitud y confirmo la declaración indicada de que Yo no tengo seguro Médico, Dental, y/o Farmacéutica.
- Autorizo compartir todos los expedientes médicos y/o los expedientes financieros necesitados por el Programa De Asistencia Médica Del Condado De Sandoval que será utilizado en el proceso de mi demanda.
- Autorizo a los proveedor(es) contratados y al Coordinador de Asistencia Médica para hacer cualquier investigación de cualquier persona, firma o corporación que proporcione información financiera y residencial pertinente como le sea requerida. También estoy de acuerdo en eximir de responsabilidad a cualquier persona, firma o corporación, incluyendo la institución financiera o agencia de cualquier tipo de responsabilidad por la divulgación de información relevante para esta declaración y la investigación de los hechos pertinentes a esta afirmación.
- Yo, la Persona Buscando Servicios o persona representante de la Persona Buscando Servicios, declaro que lo anterior es verdadero y correcto bajo penalidad de que las declaraciones falsas realizadas con conocimiento constituirá un delito grave.

Notario Requerido

(Imprimir Nombre)

Fecha

(Firma)

(Imprimir Nombre del Representante Legal)

Fecha

(Firma del Representante Legal)

ESTADO DE NUEVO MEXICO)
)SS.
CONDADO DE SANDOVAL)

Lo anterior fue reconocido ante mi este _____ día de _____, _____

Por _____

Notario Publico _____ Mi Comisión Vence _____