



Sandoval County Healthcare Assistance Program

Lista de Requisitos Para la Solicitud Del Programa De Asistencia Médica Del Condado de Sandoval

Para determinar su elegibilidad, el solicitante debera cumplir los noventa (90) días de residencia y elegibilidad de ingresos. El solicitante no debe ser elegible para Medicare, Medicaid o cualquier seguro a tercera persona. Para determinar su elegibilidad, por favor conteste las siguientes preguntas.

1. Usted tiene algún tipo de cobertura de seguro? Si No Si es así, por favor seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida |
| <input type="checkbox"/> Medicaid | <input type="checkbox"/> VA Cobertura |
| <input type="checkbox"/> Seguro Médico, BCBS, Cigna, etc. | <input type="checkbox"/> Cobertura Farmacéutica |
| <input type="checkbox"/> Seguro Dental | <input type="checkbox"/> Seguro de Defunción |

2. Usted ha sido residente del condado de Sandoval por 90 días o más? Si No

3. Si sus ingresos están clasificados dentro de las siguientes pautas del Nivel de Pobreza Federal? Para determinar su elegibilidad, por favor marque una de las siguientes casillas de ingreso familiar.

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 1 persona = hasta \$21,589.50 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 5 personas = hasta \$51,633.50 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 2 personas = hasta \$29,100.50 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 6 personas = hasta \$59,144.50 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 3 personas = hasta \$36,611.50 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 7 personas = hasta \$66,655.50 |
| <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 4 personas = hasta \$44,122.50 | <input type="checkbox"/> Ingreso familiar para 8 personas = hasta \$74,166.50 |

4. Es usted Veterano? Si No Si usted es Veterano, usted tiene actualmente un proveedor de servicios médicos? Si No Si no, por favor indique donde recibe asistencia de cuidado de salud

_____.

Si usted ha contestado las preguntas del uno al cuatro y puede proporcionar la documentación para mostrar prueba de residencia e ingreso, por favor llene la solicitud adjunta y entregue la solicitud y los documentos necesarios al proveedor.

Si usted esta viviendo con un familiar o un representante legal se requiere completar la Carta de Verificación de Residencia.

Solicitante que están solamente en necesidad de Servicios de Farmacia, son requeridos de presentar la solicitud directamente al Programa de Asistencia Médica del Condado de Sandoval.

Si usted tiene preguntas sobre el programa, por favor llame al (505) 867-2291 Ext. 1704 o 1735

Apellido del paciente: _____ Nombre: _____ MI: _____