



Sandoval County Healthcare Assistance Program

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

Para determinar su elegibilidad, la Persona Buscando Servicios deberá cumplir los noventa (90) días de residencia y elegibilidad de ingresos. Con excepción de los veteranos de las fuerzas armadas que cumplan con los requisitos anteriores, la Persona Buscando Servicios no debe ser elegible para Medicare, Medicaid o cualquier otro seguro médico. Salvo servicios no cubiertos por estos que si están cubiertos por HCAP tales como servicios dentales, por ejemplo. Para determinar su elegibilidad, por favor conteste las siguientes preguntas.

1. ¿Tiene usted algún tipo de seguro médico? Si ☐ No ☐ Si es sí, por favor seleccione el tipo de cobertura:

- | | |
|---|--|
| ☐ Medicare | ☐ Seguro de Vida |
| ☐ Medicaid | ☐ Beneficios de Veterano (VA) |
| ☐ Seguro Médico, BCBS, Cigna, etc. | ☐ Cobertura Farmacéutica |
| ☐ Seguro Dental | ☐ Seguro de sepultura |

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

3. ¿Sus ingresos están 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.

- | | |
|---|---|
| ☐ Ingreso familiar para 1 persona = hasta \$2,527 | ☐ Ingreso familiar para 5 personas = hasta \$6,125 |
| ☐ Ingreso familiar para 2 personas = hasta \$3,427 | ☐ Ingreso familiar para 6 personas = hasta \$7,024 |
| ☐ Ingreso familiar para 3 personas = hasta \$4,326 | ☐ Ingreso familiar para 7 personas = hasta \$7,923 |
| ☐ Ingreso familiar para 4 personas = hasta \$5,225 | ☐ Ingreso familiar para 8 personas = hasta \$8,823 |

4. ¿Es usted Veterano? Si ☐ No ☐ Si usted es Veterano, 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 está viviendo con un familiar u otra persona se necesita completar la Carta de Verificación de Residencia.

Si usted tiene preguntas sobre el programa, por favor llame al (505) 867-2291 Ext. 1725

Apellido: _____ Nombre: _____ 2º Nombre: _____