



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 alguna otra persona, se requiere completar la Carta de Verificación de Residencia.

Apellido	Nombre	2º Nombre	Fecha de nacimiento	Edad	
Dirección (número y calle)		Apto. #	Teléfono de casa #		
Ciudad	Estado	Código Postal	Teléfono del trabajo	Teléfono celular	
Dirección Postal o P.O. Box		Apto.#	Ciudad	Estado	Código Postal

Género: ☐ Masculino ☐ Femenino

Estado civil: ☐ Soltero ☐ Casado ☐ Divorciado ☐ Viudo

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

- ☐ Afro Americano
- ☐ Hispano/ Latino
- ☐ Nativo Americano
- ☐ Isleño del Pacifico

- ☐ Caucásico (Europeo)
- ☐ Asiático Americano
- ☐ Multirracial
- ☐ Otro _____

Anote todos los miembros de familia que viven en el hogar

Nombre	Apellido	Fecha de Nacimiento	Relación con Aplicante	Género (M o F)	Raza (Vea lista arriba)

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 de Nuevo México vigente / identificación con foto de Nuevo México
- ☐ Contrato del alquiler/arrendamiento
- ☐ Factura de impuestos sobre Propiedad
- ☐ Recibos de servicios públicos por los últimos 90 días de la aplicación (nombre y dirección del solicitante debe aparecer en los recibos)
- ☐ Si el (la) solicitante está viviendo con un familiar o amigo, se requiere completar la CARTA DE VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA

2. Para verificar ingresos el (la) solicitante deberá presentar UNO de los siguientes documentos:

- ☐ Ingresos – Talones de cheques del empleado por los últimos 90 días, beneficios de Discapacidad, Pensión, Plan de retiro, Seguro Social, Beneficios de Veteranos, Préstamos Estudiantiles, Becas, Desempleo, Asistencia financiera u otras ayudas financieras que usted recibe.
- ☐ Si la Persona Solicitante 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 Solicitante 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 Solicitante está desempleado – deben proporcionar una carta notariada de la cabeza de familia donde reside el (la) solicitante indicando como los gastos del solicitante se están sosteniendo.
- ☐ Si la Persona Solicitante recibe manutención infantil o conyugal, se requiere la orden de la corte
- ☐ Si la Persona Solicitante es indigente y/o vive con miembros de familia u otras personas, estos individuos deberán completar una Carta de Verificación de Ingresos y proveer comprobante de residencia en el Condado de Sandoval
- ☐ Si la Persona Solicitante es un difunto, el cónyuge, miembro de familia, o persona responsable deberá ser el aplicante y se requiere proveer comprobante de residencia del difunto y verificación de ingresos junto con el certificado de defunción.

3. Para Verificar estatus de veterano de las fuerzas armadas presentar UNO de los siguientes documentos:

- ☐ Certificado de condición de veterano emitido por ofician de VA
- ☐ DD Form 214/215
- ☐ NGB 22/22A

4. Para determinar elegibilidad, por favor marque (una) de los 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 |

Firma de la Persona Buscando Servicios

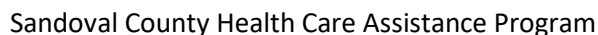
Fecha

Otra Persona Responsable

Fecha

Proveedor o Personal Médico

Fecha



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 a mi diagnóstico y tratamiento que incluye específicamente: Expedientes Médicos, Historia Social, Plan de Tratamiento, Consultas y Evaluaciones.

- ☐ Soy la Persona Solicitante o guardián legal o representante legal la Persona 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 facturación.
- ☐ 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.

Pagina 3 de 3