



Sandoval County Healthcare Assistance Program

VERIFICACIÓN DE INGRESOS

Nombre del solicitante para el Programa de Asistencia Médica: _____

(Dirección del Solicitante/Familiar/ Amigo o Representante Legal)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Número de Teléfono)

Si el Solicitante está trabajando por dinero en efectivo indique la cantidad:

(Cantidad) (Cada cuando)

Si Familiar, Amigo o Representante Legal está proporcionando asistencia financiera, indique la cantidad:

(Cantidad) (Cada cuando)

Si usted es Familiar, Amigo o Representante Legal, por favor explique el acuerdo financiero que tiene con el solicitante:

Imprimir Nombre: _____
(Solicitante)

Firma: _____
(Solicitante)

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Firma: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Fecha: _____

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

Lo anterior fue reconocido ante mí este ____ día de _____, _____

Por _____

Notario Público _____ Mi Comisión Vence _____



Sandoval County Healthcare Assistance Program

CARTA DE VERIFICACION DE RESIDENCIA

Nombre del solicitante para el Programa de Asistencia Médica: _____

(Dirección del Solicitante/Familiar/ Amigo o Representante Legal)

(Ciudad) (Estado) (Código Postal) (Número de Teléfono)

¿Por cuánto tiempo el solicitante ha vivido en esta dirección?

Desde: _____
(Mes/Año)

Hasta: _____
(Mes/Año)

Para completar la aplicación de HCAP el familiar, amigo o representante legal requiere que proporcione verificación de residencia en el Condado de Sandoval, por favor proporcione (uno) de los siguientes documentos:

Licencia de Conducir Válida de NM/ID
Recibo de impuestos sobre la propiedad

Contrato de Alquiler/Arrendamiento
Facturas de servicios públicos de 90 días
de la fecha de aplicación

Por favor escriba los nombres de todas las personas que viven en el domicilio mencionado anteriormente:

Explique el acuerdo que tiene con el solicitante:

Imprimir Nombre: _____
(Solicitante)

Firma: _____
(Solicitante)

Fecha: _____

Imprimir Nombre: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Firma: _____
(Familiar/Amigo o Representante Legal)

Fecha: _____

ESTADO DE NUEVO MEXICO)

) SS.

CONDADO DE SANDOVAL)

Lo anterior fue reconocido ante mí este ____ día de _____, _____

Por _____

Notario Público _____ Mi Comisión Vence _____