

## **Solicitud para el programa de asistencia de cuidado para la salud del Centro Médico de la Región de Sandoval (siglas en inglés: SRMC)**

---

Esta solicitud le proporcionará cobertura limitada para visitas de cuidados primarios limitados, y no cubre los servicios recibidos por médicos o clínicas independientes [Cardiac Care Consultants (*Consultantes de cuidados cardíacos*), ABQ Health Partners (*Los Compañeros de la Salud de Albuquerque*), y SW GI (*Gastroenterología del Suroeste*)]. SRMC sólo le cubre las facturas para las razones necesarias que ocurren en el Centro Médico de la Región de Sandoval.

### **DEVUELVA SU SOLICITUD COMPLETADA Y FIRMADA, INCLUYENDO LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN PARA CADA PERSONA EN SU HOGAR:**

1. ESTADOS DE CUENTAS BANCARIAS MÁS RECIENTES
  2. IDENTIFICACIÓN FOTOGRÁFICA/VERIFICACIÓN DE CIUDADANÍA (LICENCIA DE CONDUCIR VÁLIDA / IDENTIFICACIÓN CON UNA DIRECCIÓN ACTUAL EN EL CONDADO DE SANDOVAL O SU TARJETA DE RESIDENTE PERMANENTE, CERTIFICADO DE NATURALIZACIÓN O PASAPORTE)
  3. VERIFICACIÓN DE TODOS SUS INGRESOS (LAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS) DE TODAS SUS FUENTES INCLUYENDO LO SIGUIENTE:
    - A. PENSIÓN ALIMENTICIA
    - B. ASISTENCIA MONETARIA/CARTA DE CONCESIÓN DE LOS BENEFICIOS DE SNAP (*PROGRAMA SUPLEMENTAL PARA ASISTENCIA NUTRICIONAL*)
    - C. MANUTENCIÓN DEL MENOR
    - D. SUELDOS ACTUALES
    - E. DISCAPACIDAD
    - F. DECLARACIONES DE LOS IMPUESTOS DEL HOGAR (TODOS LOS FORMULARIOS DEBEN SER INCLUIDOS)
    - G. CARTA DE APOYO FINANCIERO FIRMADA Y DETALLADA
    - H. INGRESOS DE SEGURO SOCIAL/JUBILACIÓN
    - I. BENEFICIOS DE DESEMPLEO
    - J. ADMINISTRACIÓN PARA VETERANOS DE GUERRA
    - K. COMPENSACIÓN AL TRABAJADOR
  4. VERIFICACIÓN DE RESIDENCIA EN EL CONDADO DE SANDOVAL: CUENTA A SU NOMBRE, CARTA DE OCUPACIÓN
  5. VERIFICACIÓN DE MATRICULACIÓN EN LA ESCUELA (A NIVEL UNIVERSITARIO)
  6. VERIFICACIÓN DE VEHÍCULO: SEGURO DE AUTO/MATRÍCULA/TÍTULO
  7. LAS TARJETAS DE SEGURO SOCIAL DE CADA PERSONA DE SU HOGAR
  8. ACTA DE NACIMIENTO
-

DURANTE LA ENTREVISTA, SU CONSEJERO PUEDE PEDIRLE OTRO TIPO DE VERIFICACIÓN PARA DETERMINAR SU ELEGIBILIDAD, Y PUEDE VERIFICAR CUALQUIER INFORMACIÓN QUE AFECTA SU ELEGIBILIDAD. TRAIGA LA DOCUMENTACIÓN PARA CADA PERSONA DE SU HOGAR. POR FAVOR ENTREGUE SU SOLICITUD DENTRO DE 90 DÍAS DESDE SU FECHA DE DADA DE ALTA PARA ASISTIRLE CON SU CUENTA DEL HOSPITAL DE SRMC. FAVOR DE MARCAR AL 505-994-7397 PARA HACER UNA CITA.

Fecha \_\_\_\_\_ ¿Ha solicitado servicios anteriormente?  SÍ  NO

**Información general:**

Nombre \_\_\_\_\_

(Apellido)

(Nombre)

(Segundo inicial)

Dirección \_\_\_\_\_ Teléfono # (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Dirección donde recibe correo si es diferente \_\_\_\_\_

**Estado civil:**  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a

**Dirección de correo electrónico:** \_\_\_\_\_

**¿Dónde nació?:** \_\_\_\_\_

Número de personas en su hogar \_\_\_\_\_ (Total)

Persona viviendo en su hogar (Nombre)	Fecha de nacimiento	Edad	Relación al solicitante	Ocupación	# de Seguro social
	/ /		Yo mismo/a		
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				
	/ /				

**Ingresos:** Apunte cada fuente de ingresos para cada miembro de su hogar tales como pensión alimenticia, manutención del menor, contribuciones, discapacidad, sueldos, pensión para trabajadores de ferrocarril, seguro social, beneficios de desempleo, pensión para veteranos de guerra, compensación al trabajador.

Persona viviendo en su hogar	Empleador o tipo de ingreso	Si está empleado, ¿por cuánto tiempo?	Supervisor	Horas trabajadas por semana	Ingreso mensual bruto

**¿Está recibiendo algún apoyo financiero de parte de familia o amigos?** \_\_\_\_\_

**¿Cuánto?** \_\_\_\_\_

**¿Qué tan seguido?** \_\_\_\_\_

**\*Necesitará proporcionar una carta de apoyo financiero declarando la cantidad de apoyo, y que tan seguido lo recibe firmada por la persona proporcionando el apoyo.**

¿Comprando/rentando/dueño de su hogar?

\* ¿Viviendo con amigos o familia?

Pago mensual de renta	Pago mensual de hipoteca

\*Si usted está viviendo con amigos o familiares, tendrá que proporcionar una carta detallada y firmada por un amigo o pariente comprobando que está ocupando tal vivienda.

**Utilidades:** Pago mensual

Electricidad	Gas	Agua

**Propiedad personal:** Vehículos

Marca	Modelo	Año	Valor	Saldo pendiente	Pago mensual

**Cuentas bancarias:** Corriente/Ahorros/Otros bienes

Nombre del banco	Número de cuenta	Saldo

**Seguro de auto:** \_\_\_\_\_

**Seguro médico:** \_\_\_\_\_

**Otro tipo de seguro:** \_\_\_\_\_

Nombre de la compañía de seguro	Nombre de la persona asegurada	Prima mensual

Yo \_\_\_\_\_, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es la más verídica y cierta de acuerdo a mi conocimiento. Se proporciona esta información al Centro Médico de la Región de Sandoval con el propósito de determinar mi capacidad o incapacidad de pagar para servicios. Entiendo que toda la información que yo proporciono está sujeta a verificación. También entiendo que cualquier falsificación intencional de información puede resultar en negarme asistencia. **ENTIENDO QUE ESTE PROGRAMA DE ASISTENCIA FINANCIERA NO ES UN PLAN DE SEGURO MÉDICO Y SE APLICARÁ SOLAMENTE AL CUIDADO MÉDICO PROPORCIONADO POR PROFESIONALES MÉDICOS DEL GRUPO MÉDICO DE UNM Y LOS PROCEDIMIENTOS HECHOS EN EL CENTRO MÉDICO DE LA REGIÓN DE SANDOVAL.** Entiendo que debo de notificar al Centro Médico de la Región de Sandoval si algo de lo siguiente ocurre:

- Se muda fuera del Condado de Sandoval (este programa es solo para residentes del Condado de Sandoval)
- Obtiene cobertura de seguros
- Recibe un aumento en sus ingresos

Entiendo que el fallar en notificar a la oficina de ayuda financiera de cualquier cambio puede resultar en la pérdida de elegibilidad para el programa por lo cual yo sería responsable para el pago de todas mis cuentas médicas.

Nombre del solicitante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Nombre de esposo(a)/otro solicitante: \_\_\_\_\_ Firma: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

**FOR HOSPITAL USE ONLY:**  
*(Sólo para uso del hospital)*

Hospital Representative: \_\_\_\_\_

Date: \_\_\_\_\_

Approved/Denied

Total Annual Income: \_\_\_\_\_

Discount Level: \_\_\_\_\_%

Expires: \_\_\_\_\_