

¿Está preocupado por el pago de sus cuentas médicas? Quizás le podemos ayudar

Por favor llame a nuestra Oficina de Ayuda Financiera al 994-7157 para programar una cita.

Este documento puede ser traducido en varios idiomas de ser solicitado. Tenemos copias en español. Podemos mandarle por correo o darle una copia de la aplicación o póliza de ser solicitado. SRMC no les cobra más a los pacientes que pagan de bolsillo de lo que nosotros le cobramos a los programas de gobierno o a los seguros médicos.

Para poder brindarle ayuda necesitamos algo que muestre sus ingresos y dónde vive. **Usted solo necesita traer la información que corresponda a su situación.** Si se le aprueba, pueda que califique para un descuento del 70% o del 100%. Si le gustaría una copia o nuestra póliza de Ayuda Financiera y la aplicación, está localizada en línea:

<https://hsc.unm.edu/health/patients-visitors/financial-assistance/index.html>

También está disponible en UNM: SRMC 3001 Broadmoor Blvd NE, Rio Rancho, NM 87144

Comprobante de quién es usted (Identidad)

- Nombres, fechas de nacimiento, y números del Seguro Social (si tienen) de **usted** y de **todos sus familiares** incluyendo niños
- Acta de nacimiento y tarjetas del Seguro Social (usted **debe** de traerlas si está solicitando para Medicaid)
- Licencia de conducir
- Certificado de sangre indígena (CIB por sus siglas en inglés) u otros papeles que muestren se afiliación tribal
- Papeles de ciudadanía de los EE.UU.
- Tarjeta de residencia (tarjeta verde)
- Visa con permiso
- Permiso de trabajo y tarjeta del Seguro Social
- Acta de naturalización
- Declaración de alguien que lo conozca y que conozca su situación

Comprobante de cualquier seguro médico

- Copia de su tarjeta de Medicaid o Medicare
- Copia de su tarjeta de seguro médico a través del trabajo o del mercado de seguros médicos
- Si usted trabaja y su empleador no proporciona seguro médico, favor de traer una declaración que lo indique

Comprobante de ingresos

Favor de proporcionar cualquiera de los siguientes que tenga de **usted, de todos los miembros de la familia, y de cualquiera que viva con usted:**

- Si trabaja, copias de los últimos 4 talones de pago o una declaración de su trabajo mostrando sus ingresos mensuales
- Si recibe beneficios del Seguro Social, por discapacidad, de veterano, u otra jubilación, necesitamos algo que muestre los pagos mensuales
- Si trabaja por su cuenta, necesitamos algo que muestre la cantidad que gana al mes
- Para otros ingresos, favor de proveer una declaración de alguien que conozca su situación

Comprobante de dónde vive

Favor de proporcionar algo que lleve su nombre y dirección:

- Estado de cuenta de servicios públicos
- Contrato de renta
- Estado de cuenta de impuestos sobre propiedades
- Declaración de alguien que conozca su situación de vivienda

Comprobante de lo que posee (Activos)

- (2) Estados de cuenta bancarios
- Acciones, bonos, y otras inversiones
- Declaración de impuestos sobre cualquier propiedad que sea propietario, fuera de su residencia principal (hogar)

Solicitud para el programa SRMC Care de ayuda financiera

Esta solicitud cubrirá facturas del Centro Regional Médico de Sandoval (Sandoval Regional Medical Center,) y no cubre ningún servicio recibido por médicos particulares, hospitales, compañías de ambulancia, laboratorios de diagnósticos, o clínicas/prácticas particulares (Cardiac Care Consultants, ABQ Health Partners, SW GI o cualquier práctica con la que SRMC tenga contrato.) SRMC Care cubre facturas de cuidado médico por razones necesarias solamente en el Centro Regional Médico de Sandoval.

REGRESE SU SOLICITUD COMPLETAMENTE LLENA Y FIRMADA, CON LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA:

PUEDA QUE SU CONSEJERO LE PIDA OTRA VERIFICACIÓN PARA DETERMINAR SU ELIGIBILIDAD, Y PUEDA QUE VERIQUE CUALQUIER INFORMACIÓN QUE AFECTE SU ELIGIBILIDAD. PROPORCIONE DOCUMENTACIÓN DE TODOS LOS MIEMBROS DE LA FAMILIA. FAVOR DE REGRESAR SU SOLICITUD DENTRO DE LOS 90 DÍAS DE LA FECHA QUE LE DIERON DE ALTA PARA EL APOYO CON SU FACTURA DEL HOSPITAL SRMC. FAVOR DE LLAMAR AL 505-994-7157 PARA PROGRAMAR UNA CITA.

Ingresos: Liste todas las fuentes de ingreso de todos los miembros familiares tal como de Manutención, Pensión alimenticia, Contribuciones, Discapacidad, Empleo asalariado, Retiro ferroviario, Seguro Social, Compensación por desempleo, Pensión de veterano, Compensación laboral

Miembro familiar	Empleador o tipo de ingreso	Si empleado, por cuánto tiempo	Supervisor	Horas trabajadas por semana	Ingreso bruto mensual

¿Está recibiendo algún apoyo financiero de familia o de amigos? _____

¿Cuánto? _____

¿Qué tan seguido? _____

***Necesitará proporcionar una carta de apoyo financiero indicando la cantidad y la frecuencia con que se recibe, firmada por la persona proporcionando el apoyo.**

El ingreso será calculado basado en el pago del mes actual: ejemplo

1 mes de pago (del mes anterior) multiplicado por 12 meses.

1 mes de pago (del mes anterior) multiplicado por 13 semanas (si se paga semanalmente) multiplicado por 4

Si el ingreso cambia de mes a mes, se calculará del año a la fecha.

Pago mensual de renta	Pago hipotecario mensual

***Si se está viviendo con amigos o con familia, necesitará proporcionar una carta detallada de vivienda firmada por un amigo o por un familiar. (Si se aplica)**

Servicios públicos: Pagos mensuales

Electricidad	Gas	Agua

Cuentas bancarias: Corriente/Ahorro/Otros activos

Nombre del banco		Saldo

Seguro vehicular: _____

Seguro médico: _____

Otro seguro: _____

Nombre de la compañía de seguros	Nombre de la persona asegurada	Cuota mensual

Yo _____, certifico que toda la información proporcionada en ésta solicitud es correcta y verdadera a mi mejor saber y entender. Esta información es proporcionada al Centro Regional Médico de Sandoval para determinar mi elegibilidad o inhabilidad de pagar por los servicios. Entiendo que toda la información proporcionada por mí está sujeta a verificación. También entiendo que cualquier tergiversación de información puede resultar en rechazo del apoyo. **ENTIENDO QUE ESTE PROGRAMA DE AYUDA FINANCIERA NO ES UN PLAN DE SEGUROS Y QUE SOLAMENTE SOLICITARÉ PARA CUIDADO MÉDICO PROPORCIONADO POR PROVEEDORES DEL GRUPO MÉDICO DE UNM Y PARA PROCEDIMIENTOS EN EL CENTRO REGIONAL MÉDICO DE SANDOVAL.** Entiendo que tengo que notificarle al Centro Regional Médico de Sandoval en caso de que cualquiera de lo siguiente ocurra:

- Mudarse fuera del Condado de Sandoval (Este programa es solamente para residentes del Condado de Sandoval)
- Obtener cobertura de seguro médico
- Recibir un incremento en los ingresos

Entiendo que el fallo de notificar a la oficina de ayuda financiera de cualquiera de estos cambios resultará en pérdida de elegibilidad para el programa en cuyo caso se me hará tomar responsabilidad por todas las facturas médicas.

Nombre (EN LETRA DE MOLDE) del solicitante: _____

Firma: _____

Nombre de esposo(a)/Otro solicitante: _____ Firma: _____

Fecha: _____

FOR HOSPITAL USE ONLY (Solamente para uso del hospital):

Hospital Representative (Representante del hospital): _____

Date (Fecha): _____

Approved (Aprobado)/Denied (Negado)

Total Annual Income (Ingreso anual total): _____ Discount Level (Nivel de descuento): ____%

Expires (Expira): _____

CARTA DE APOYO

(Si se necesita)

Fecha: _____

Para el Centro Regional Médico de Sandoval – Programa de asistencia financiera para pacientes:

Yo, _____, el suscrito mediante el presente certifico que _____ (Solicitante) está desempleado sin ingresos.

El cliente no tiene medios de apoyo fuera del apoyo financiero que yo le proporciono; o que le apoyo en la forma de alojamiento y alimentación.

Como contribuyente del cliente, yo proporciono \$ _____ para todas las necesidades básicas, incluyendo pero no solo limitándose al hospedaje, servicios públicos, y alimentos.

_____ Firm
a del contribuyente

_____ Dire
cción

_____ Ciud
ad/Estado y Código Postal

(También entiendo que esto no me hace responsable por ninguna factura incurrida por el solicitante.)

Solicitante: Favor de completar lo siguiente:

MES Y AÑO EN QUE TRABAJÓ LA ULTIMA VEZ: _____