



**5. Other Insurance or Liability/ Seguro de responsabilidad**

Reason for medical treatment? *¿Porque razón fue el tratamiento?* (CHECK ONE ) (PONGA MARCA   
Personal injury/Daño personal \_\_\_\_\_ Motor vehicle accident/ Accidente de automóvil (provide police report/ consigne el reporte de policía) \_\_\_\_\_ Work Related injury/ Daño en el trabajo \_\_\_\_\_ Illness/Enfermedad \_\_\_\_\_  
Pregnancy/Embarazo \_\_\_\_\_ OTHER/Otra razón \_\_\_\_\_ Explain/ Explique: \_\_\_\_\_

Are there any liability claims or legal action pending as a result of this hospitalization? *¿ Hay reclamos legales debido ha este servicio medico?* Yes/ Si \_\_\_ No \_\_\_  
Explain/ Explique: \_\_\_\_\_

**6. Medical Coverage/ Cubertura medical**

Is there any medical coverage for the family? *¿Hay cubrición medica para la familia?* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
For the patient? *¿ Para el paciente?* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A(No aplica) \_\_\_\_\_

Name of the Insurance? (include copy of card) *¿ Nombre de la clase de seguro? (Incluya una copia de su tarjeta)*

Does the patient or any other member of the household have medicaid/medicare? *¿Hay cubricion medica para el paciente o otro miembro del hogar de medicaid/medicare?* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_

Medical coverage for the pregnancy related services? *¿Cubrición medica pa ra el embarazo?* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
If so, name of program/ *Si tienie cubiertura ponga el programa:* \_\_\_\_\_  
Date of delivery/ *Fecha de su parto:* \_\_\_\_\_ Has the patient been referred to apply for EMSA? *¿El paciente ha aplicado para el servicio médico de emergencia?* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_ N/A (No aplica) \_\_\_\_\_

**7. Public Assistance/Otro tipo de asistencia publica**

(CHECK ONE ) (PONGA MARCA )

Has the patient or anyone else within the household recently applied for the following? *¿El paciente o otro miembro del hogar han aplicado para lo siguiente?* SSI/SSA(Disability/ Encapacitado) \_\_\_\_\_ Welfare(aka TANF) \_\_\_\_\_  
Date Filed/ *Fecha de registro:* \_\_\_\_\_ Status/ *Situación:* \_\_\_\_\_  
Person that applied/ *Persona que aplico:* \_\_\_\_\_  
Explain if necessary/ *Explique la situación:* \_\_\_\_\_

**8. Assets/Recursos o bienes** (GIVE VALUE) (PONGA EL VALOR)

\*\* (Call your County IHC Office to see if necessary/ *llame la oficina en su condado para saber si esto es necesario*)

(Provide ALL proof of any investments or other properties owned by the applicant/patient or household unit as follows/ *Prueba de TODOS inversiones o propiedades propio para el aplicante/paciente o el establecimiento doméstico:*)

Personal Home/ *Casa propia (valor de su propiedad)* \$ \_\_\_\_\_ Escrow Account/ *Cuenta en custodia de tercera persona* \$ (Equity/ *Equidad*) \$ \_\_\_\_\_ Stocks or bonds/ *Otros inversiones* \$ \_\_\_\_\_ Checking Accounts/ *Cuenta de cheque* \$ \_\_\_\_\_ Savings Account/ *Cuenta de ahorro* \$ \_\_\_\_\_ Investments/ *Inversiones* \$ \_\_\_\_\_

If the patient is deceased, was there a life insurance? *¿Si el paciente expiro usted recibio compensación de seguro?* Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_ Full Value/ *Valor Completo* \$ \_\_\_\_\_ (Explain how excess proceeds were spent on comments of this application/ *Explique como uso los ganancias de exceso en el comentarios de esta aplicación*)

8A. Have you sold any property(s) in the past year? *¿Usted ha vendido propiedad en el ultimo año?* Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_  
Income from Sale/ *Ingresos de venta* \$ \_\_\_\_\_

**9. Debts/Deudas**

Do you receive other monies from a friend or relative to compensate your monthly expenses? *¿Usted recibe otra ayuda monetario de un amigo o familiar para compensar sus deudas que paga mensual?* *¿* Yes/Si \_\_\_\_\_ No \_\_\_\_\_  
Amount/ *Cantidad* \$ \_\_\_\_\_ (Provide proof/ *Traiga prueba*)

\*\* Note: **Some County residents are not subjected to complete Section # 9. / Nota: Algunos residentes de diferente**



## VERIFICACIÓN DE LAS FUENTES DE INGRESOS

Ingresos desde:

hasta:

### EMPLEO- HISTORIAL LABORAL

1.	Trabajador:	Verificado por:		Empresario:
	Salario bruto:	De:	Hasta:	Dirección postal:
2.	Trabajador:	Verificado por:		Empresario:
	Salario bruto:	De:	Hasta:	Dirección postal:
3.	Trabajador:	Verificado por:		Empresario:
	Salario bruto:	De:	Hasta:	Dirección postal:

### OTRAS FUENTES DE INGRESOS NO DERIVADAS DEL TRABAJO

FUENTE DE INGRESOS	CANTIDAD	PERÍODO	VERIFICADO POR	FECHA
Seguridad Social Recibido por:				
Seguridad Social Recibido por:				
Seguridad Social Recibido por:				
Seguridad Social Recibido por:				
Beneficios de jubilación Recibido por:				
Administración de Veteranos Recibido por:				
Compesación laboral Recibido por:				
Compensación por desempleo Recibido por:				
Manutención infantil o pensión alimenticia Recibido por:				
Ayuda financiera de asistencia general Recibido por:				
Bonos de comida Recibido por:				
Alquiler Recibido por:				
Pagos anuales Recibido por:				
Otros Recibido por:				
Bienes recibidos en lugar de dinero: Recibido de:				

Solicitud y declaración verificada

ESTADO DE NUEVO MÉXICO )  
 )  
CONDADO DE CURRY: ) Persona que ayuda a completar esta solicitud  
 Firma: \_\_\_\_\_

DECLARACIÓN VERIFICADA DE REQUISITO PARA ATENCIÓN HOSPITALARIA PARA PERSONAS SIN RECURSOS

Yo, \_\_\_\_\_, habiendo prestado juramento previamente, declaro y afirmo lo siguiente:

1. Que soy el paciente o la persona con custodia legal del paciente, quien ha rellenado la solicitud de cinco páginas y la declaración verificada.
2. Que he leído la solicitud de cinco páginas y la declaración verificada, y que conozco y comprendo su contenido.
3. Que la información que he proporcionado en la solicitud de cinco páginas y en la declaración verificada es veraz y correcta.
4. Que yo o el paciente del que soy legalmente responsable reúno los requisitos para ser considerado un paciente sin recursos, conforme a lo dispuesto en la Ley de Reclamaciones del Hospital para personas sin recursos (secciones 27-5-1 a 27-5-18, NMSA 1978).
5. Que no dispongo de fondos suficientes ni de otra fuente de ingresos para pagar la factura del hospital por un importe de \_\_\_\_\_ \$ en su totalidad o en parte.
6. Que no tengo seguro médico que cubra parte del importe adeudado al hospital, salvo lo indicado anteriormente en este formulario.
7. Que he enumerado todos mis bienes en la solicitud de cinco páginas; y que no tengo ninguna propiedad ni bienes suficientes que puedan ser objeto de embargo o asignación para el pago de la factura del hospital.
8. Que no preveo la posibilidad de pagar al hospital en el futuro. En caso de que dispusiera de recursos inesperados, estos fondos se destinarían a reembolsar al Fondo del Hospital para personas sin recursos del condado de Curry, en parte o en su totalidad, el importe pagado en virtud de esta solicitud.
9. Que no tengo ninguna reclamación ni otra acción legal pendiente contra ninguna de las partes en relación con este caso, salvo las citadas anteriormente en la solicitud cumplimentada.
10. Autorizo al hospital \_\_\_\_\_ a divulgar cualquier información relativa al diagnóstico final y al procedimiento quirúrgico durante el periodo de hospitalización mencionado con anterioridad a la Junta de Reclamaciones del Hospital para personas sin recursos del Condado de Curry, y comprendo que dicha información será utilizada por la Junta para realizar funciones de revisión, uso y tramitación de reclamaciones. Además, autorizo la divulgación de información médica confidencial y/o de los resultados de las pruebas del VIH (pruebas del SIDA) en mi historial médico a la Oficina para personas sin recursos del condado de Curry. La información divulgada se utilizará para auditar las reclamaciones de personas sin recursos. Solicito específicamente que se divulgue el siguiente tipo de información: todos los historiales médicos, incluidos el historial, el examen físico, el resumen del alta y/o los informes quirúrgicos (si el paciente se sometió a una intervención quirúrgica). Eximo a la Oficina de Reclamaciones del Hospital, para personas sin recursos del Condado de Curry, de cualquier responsabilidad y reclamación de cualquier naturaleza relacionada con la divulgación de la información de mi historial médico. Esta autorización está sujeta a revocación en cualquier momento, salvo que ya se hayan tomado medidas basadas en este consentimiento antes de la revocación. En cualquier caso, esta autorización expira noventa (90) días después de la fecha de la firma del documento.
11. Declaro que todo lo anterior es verdadero y correcto, bajo pena de que cualquier falsa declaración realizada deliberadamente constituya un delito grave.

FIRMADO el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, año 20 \_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o de la persona legalmente responsable

SUSCRITO Y JURADO ante mí el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_, del año 20\_\_

NOTARIO PÚBLICO \_\_\_\_\_

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_ 20\_\_

**Curry County**  
**New Mexico**  
**Board of County Commissioners**  
417 Gidding Street, Suite 100  
Clovis, NM 88101  
Phone (575) 763-6016 · FAX (575) 763-3656



**COMMISSIONERS**  
**Fidel Madrid · District 1**  
**Brad Bender · District 2**  
**Dusty Leatherwood · District 3**  
**Seth Martin · District 4**  
**Kyle Cain · District 5**

**County Manager · Lance A. Pyle**

## **EXENCIÓN FISCAL**

La presente declaración certifica que no estoy obligado a presentar declaración de impuestos federales o estatales correspondiente al año \_\_\_\_\_. Entiendo que facilito esta información con conocimiento de causa y declaro que es correcta y veraz, bajo pena de que cualquier falsa declaración realizada deliberadamente constituya un delito grave.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del solicitante

\_\_\_\_\_  
Esposo/a, en caso de declaración conjunta

SUSCRITO Y JURADO ante mí el día \_\_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Notario Público

Mi comisión expira el \_\_\_\_\_ 20\_\_.

(Sello)

Si el paciente es menor de edad, la firma debe ser de un padre, madre, tutor o representante legal.

**Curry County**  
**New Mexico**  
**Board of County Commissioners**  
417 Gidding Street, Suite 100  
Clovis, NM 88101  
Phone (575) 763-6016 · FAX (575) 763-3656



**COMMISSIONERS**  
**Fidel Madrid · District 1**  
**Brad Bender · District 2**  
**Dusty Leatherwood · District 3**  
**Seth Martin · District 4**  
**Kyle Cain · District 5**  
  
**County Manager · Lance A. Pyle**

## PRUEBA DE RESIDENCIA

La Administración de reclamaciones del hospital para personas sin recursos solicita la verificación de residencia para \_\_\_\_\_

Nombre del paciente o solicitante. Por favor, proporcione la siguiente información:

Verifico que conozco a esta persona desde hace \_\_\_\_\_ meses/años  
(marque con un círculo la opción deseada)

y declaro que no tengo ningún parentesco con esta persona y afirmo que reside

en \_\_\_\_\_ ,  
Calle  
\_\_\_\_\_, desde \_\_\_\_/\_\_\_\_ hasta \_\_\_\_/\_\_\_\_  
ciudad/estado mes/año mes/año

Firma: \_\_\_\_\_

Nombre en letras de imprenta: \_\_\_\_\_

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

Dirección postal: \_\_\_\_\_ Número de teléfono: \_\_\_\_\_  
ciudad/estado/distrito postal

SUBSCRITO Y JURADO ante mí el \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_, 20 \_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Notario público

Mi comisión expira: \_\_\_\_\_

### ENVÍE ESTE DOCUMENTO A:

Curry County Indigent Hospital Claims Fund  
417 Gidding, Suite 100  
Clovis, NM 88101