



Valencia County  
PO Box 1119\*444 Luna Ave NE  
Los Lunas, NM 87031

Telephone (505) 866-2016 FAX # (505) 866-3366

**Application instructions and checklist of documents/ Instrucciones de aplicación y lista de documentos**

---

Office Hours / **Horas de oficina** 8:00 AM - 4:30 PM \* Monday - Friday  
Monday-Friday/ **Lunes - Viernes**

Location/ Localización: 444 Luna St.  
Los Lunas, NM 87031

---

1. Before completing the applications read the Verified Statement and sign it. Your signature will bind you to the provisions of the verified statement / *Antes de completar esta forma, es necesario leer la Declaración de Verificación. Su firma define las condiciones que usted acepta. Sin firma su aplicación no es válida.*

2. **General list of documents** (see below) must be submitted with your application / *Es necesario a submitir toda lista general de documentos (vea abajo) con su aplicación.*

Please answer all questions. List all members living within the same household, whether dependent or not. Provide social security numbers and dates of birth. If the patient or other member(s) of the household is undocumented, please provide birth certificates, marriage license, immigration documents or other legal documents that will assist in identifying the household unit and their status (MICA); any information that you are uncertain about can be verified during the review.

*Conteste todas las preguntas. Liste todos miembros del hogar. Apunte el numero de seguro social y fecha de nacimiento de todos los miembros . Si el paciente o otro miembro esta en proceso de legalización, traiga pruebas de acta de nacimiento, matrimonio civil, o otra prueba legal verificando la situación(MICA); Al tiempo de revisar esta solicitud usted podrá confirmar esta información.*

A notification will be given of any additional documents needed at the time of the submittance of your application. Failure to provide any of the necessary documents will result in the denial of your application / *Al tiempo de submitir su aplicación le daremos una lista de los requisitos que hacen falta. Si no presenta los documentos requeridos su solicitud sera de negada.*

3. **Proof** of all insurance(s) and medical coverage(Medicare/Medicaid) / ***Prueba*** de todo tipo de seguros y todas cuberturas medicas (Medicare/Medicaid)

(Any information that you provide to determine eligibility will be held confidential, except as allowed by law and regulation/ *Toda información provista sera confidencial, y se usara para determinar su elegibilidad excepto en los casos en que la ley y las disposiciones locales se permitan lo contrario.*)

**General Listing / Lista en general** (Provide the following documents / *Presente todos documentos que siguen*)

**Income/ Ingreso**

1. Current Income tax return includes state/ federal forms with all W-2's. If you did not file a tax return contact local office for further instructions / *Formas de impuestos sobre los ingresos al gobierno Estado /Federal con todos sus W-2's. Si no completo impuestos de ingresos contacte la oficina local para más instrucciones.*

2. Current check stubs verifying wages. Income can be wages earned or unearned as follows: Social Security, Veterans, or retirement benefits, student loans, scholarships, grants or other financial support, JTPA, Disability, Unemployment or Worker's Compensation, Supplemental Security Income(SSI), Welfare(aka TANF) / *Ultimo talones de cheque. Ingreso puede hacer ganado o percibido como lo siguiente: Beneficios de Seguro Social, Veteranos, o jubilación, beca o préstamos, Compensación de trabajo, desempleo, o incapacitado, Beneficios de Suplementario, asistencia social (TANF)*

**Residency / Residencia** - 45 days prior to the treatment of the patient(s) / *45 días antes de tratamiento del paciente(s)*

1. Rental Lease contract; property taxes; voters registration; school, church, or public agency documents; (2) Non-related references with name, mailing address and phone number/ *El contrato de renta; impuestos de propiedad; registro de votación; registros de escuela, iglesia o otro servicio publico;* (2)Referencias (no relación) con dirección de correo y numero de teléfono.

**Assets / Recursos o Bienes**

1. Checking/savings account (bank statements); other investment such as stocks, bonds, CD's; escrow accounts; settlements; inheritance; divorce petitions and/or decrees, etc./ *estado de cuentas de bancos (ahorros o de cheque); otros inversiones de capitales; areglos; herencia; cuenta en custodia de tercera persona; petición o orden de divorcio, etc.*

**Debts/ Deudas**

1. Please provide your most recent utility bills such as electric, gas, water, rental receipts. / *Por favor traiga prueba de sus gastos de utilidades como la electricidad, gas, agua, recibos de renta.*

# Valencia County Health Care Application

## 1. Patient/Paciente (List all members of the household at the time of application in Item 2/Liste todos miembros en el articulo 2)

LAST NAME/APELLIDO \_\_\_\_\_ FIRST NAME/NOMBRE \_\_\_\_\_ MIDDLE/SEGUNDO NOMBRE \_\_\_\_\_

DOB/Fecha de Nacimiento \_\_\_\_\_ SSN/No. Seguro Social \_\_\_\_\_ Marital Status/Estado Civil: M D W S

MAILING ADDRESS/Dirección de Correspondencia: \_\_\_\_\_

City/Ciudad \_\_\_\_\_ State/Estado \_\_\_\_\_ Zip Code/Código Postal \_\_\_\_\_ Telephone/teléfono \_\_\_\_\_

Nature of Illness: \_\_\_\_\_

For referral purposes only, indicate the information below/ Por el proposito de referencia unicamente, indique la información siguiente.  
(CHECK ONE X) (PONGA MARCA X)

### Resident Alien Status :

U.S. Citizen/ Ciudadano de los Estados Unidos \_\_\_\_\_ Temporary / Residencia Temporal \_\_\_\_\_ Permanent/  
Residencia Permanente \_\_\_\_\_ (La Mica) Note/nota: \*\* If none of the above applies to you provide INS documents  
verifying status /si ninguno se aplica ha usted, consiga los documentos de la Inmigración que esta en proceso.

Provider Name/Proveedor Medico: \_\_\_\_\_ Date of Service/Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

Provider Name/Proveedor Medico: \_\_\_\_\_ Date of Service/Fecha de Servicio: \_\_\_\_\_

## 2. Residency/Residencia

List physical address/ Liste su residencia fisica: \_\_\_\_\_

Do you/ Que Usted: Rent/ Renta \_\_\_\_\_ Own/ Dueño \_\_\_\_\_ Shared rent with other members/ Comparte con otros  
miembros del hogar \_\_\_\_\_ Supplied free of charge/ Mantamiento gratis \_\_\_\_\_ Homeless/ Sin hogar \_\_\_\_\_

List **prior** physical residence if less than (1) year at the current address/ Liste su residencia fisica si menos que (1) año  
en la residencia ultima: \_\_\_\_\_

PHYSICAL ADDRESS /RESIDENCIA FISICA

CITY /CIUDAD

STATE/ESTADO

## 3. List all members in the home/ Liste todos los miembros del hogar

Full Name/Nombre Completo \_\_\_\_\_ DOB/Fecha de nacim. \_\_\_\_\_ SSN/Seguro Social \_\_\_\_\_ Relationship to Patient \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Attach a separate sheet for additional members living within the home/Junta otra pagina para listar todos miembros del hogar

**\*\*Provide Proof/ Traiga comprobacion de lo Siguiente:**

## 4. Income/Ingreso (RECEIVED IN THE PAST 12 MONTHS/ RECIBIDO EN EL ULTIMO AÑO)

(INDICATE AMOUNT RECEIVED)

(INDICAR CANTIDAD RECIBIDO)

Employer: \_\_\_\_\_ Gross Amt. Received \$ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Cantidad Recibida \$ \_\_\_\_\_

Employer: \_\_\_\_\_ Gross Amt. Received \$ \_\_\_\_\_

Empleador: \_\_\_\_\_ Cantidad Recibida \$ \_\_\_\_\_

Unemployment/ Desempleo \$ \_\_\_\_\_ Welfare (aka TANF) \$ \_\_\_\_\_ Food Stamps/ Estampillas de comida

\$ \_\_\_\_\_ SSA/ SSI Benefits/ Beneficios de Seguro Social/ Suplementario \$ \_\_\_\_\_ VA/ Beneficios

Veteranos \$ \_\_\_\_\_ Pension/Retiro \$ \_\_\_\_\_ Educational Assistance/ Ayuda de Educación \$ \_\_\_\_\_

Workmen's Comp. /Compensación de Trabajo \$ \_\_\_\_\_ General Assistance/ Asistencia General \$ \_\_\_\_\_

Other Income not listed/ Otro ingreso no puesto: \$ \_\_\_\_\_

If you are employed this year provide current check stubs verifying type of income earned for all employed. *Si usted estuvo empleado en este ano traiga talones de cheque corriente para poder comprobar el tipo de ingreso que entra a la casa para el empleado(s).*

Did the patient/ or head of household file a Federal / State Income Tax Return last year? *¿Usted completo formas de impuestos sobre los ingresos al gobierno Federal y del Estado? Yes/ Si \_\_\_ No \_\_\_ (Earned/ or Unearned Income/ Ingresos Percibidos)*

\*\* If you were exempt from filing provide proof. / *Si usted esta exonerado traiga prueba.*

### **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 cobertura 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 cobertura medica para el paciente o otro miembro del hogar de medicaid/medicare? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_*

Medical coverage for the **pregnancy** related services? *¿Cubrición medica para el embarazo? Yes/Si \_\_\_ No \_\_\_*

If so, name of program/ *Si tiene cobertura 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)

**8.A** 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 condados no necesitan completar sección #9**

\*\*\*

**Verified Statement of qualification for Valencia County Health Care/Verificación de Elegibilidad para recibir asistencia por El Cuidado de La Salud del Condado de Valencia County.**

< That I am the patient or the person having custody of the patient who has completed this application and verified statement/ *Yo soy el paciente o la persona en custodia del paciente verificando la declaración de esta aplicación.*

< That there is no insurance to cover other than what was stated on this application/ *Que no existe ningún tipo de seguro menos lo que fue indicado en esta aplicación.*

< That I will authorize the release of all medical records and/or financial records needed by the Valencia County Health Care that will be utilized in processing my claim/ *Que autorizo la relevación de toda información médico/ financiero para la evaluación de este reclamo por El Cuidado de La Salud del Condado de Valencia County.*

< That I will authorize the contracted provider(s) and the Health Care Administrator to make any inquiry of any person, firm or corporation to provide pertinent financial and residential information as may be requested. I further agree to save and hold harmless any person, firm or corporation, including any financial institution or agency from any liability whatsoever for the release of information relevant to this statement and the investigation of the facts pertinent to this claim/ *Que autorizo que los proveedores médicos y el Administrador de la oficina del Cuidado de Salud pregunte a cualquier persona, firma, corporación o institución financiera o agencia para proveer información pertinente a financiero o residencial como sea solicitado. Además, yo consiento en dejar libre de responsabilidad a cualquier persona, firma, corporación o institución financiera por dar la información relacionada a esta declaración y de la investigación de la verdad pertinente a este reclamo.*

< That I do not have any unforeseen resources available for this service(s), however, if a lawsuit arises the resources will be applied to repay for this service(s) to the Valencia County Health Care /*Que yo no tengo inesperado recursos disponibles para este servicio(s) y de cualquier modo si el procedimiento consiste de un pleito se reembolsarán los fondos a la Oficina de El Cuidado de La Salud del Condado de Valencia County, parcial o totalmente para el servicio(s) médico.*

< That I, the patient or person applying on behalf declare the above to be true and correct under penalty that any false statements made knowingly shall constitute a felony/ *Que yo, el paciente o la persona en custodia declaro que toda la información es cierta y de cualquier información falsa provista deliberadamente constituye un delito.*

Signature/Firma: \_\_\_\_\_ Date/Fecha: \_\_\_\_\_

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

Comments/ Comentario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## VALENCIA COUNTY INDIGENT CHECKLIST

**1. Residency Requirement – Must reside in Valencia County for not less than 45 days immediately prior to medical care**

**\*\*Drivers License; State ID card; utility bill; federal and state tax returns; county property tax bills and voter registration shall be considered proof of residency.**

**2. Income Requirement – the indigent definition shall not include any person whose annual income together with that person's household member(s) annual income totals an amount exceeding 150% of the Federal Poverty Income Poverty Guidelines as established by the Federal Department of Health and Human Services for household income standards.**

**\*\*\*Current year-to-date income includes – any money received in the household including - gross annual income from wages; workmen's compensation payments; social security or supplementary payments; NMHSD benefits (food stamps, cash assistance, etc); Pensions/retirement income; unemployment benefits; unearned income**

**\*\*\*Verification of income – prior year tax return (all schedules); copy of check stubs at time of claim; NMHSD benefit statement; Social Security benefit statement; bank statement at time of claim**

**3. Assets – applicants with household liquid assets valued over \$10,000 or with individual liquid assets valued over \$5000 are not eligible for indigent assistance. Real estate - other than the land on which home resides with maximum of 3 acres being exempt – shall be considered part of income and assets.**

**\*\*\*real estate contracts; rental property; money in checking and savings accounts; saving certificates; stocks; savings bonds; investment accounts; IRA's and 401-K's**