

Application Date _____

GET COPY OF INSURANCE/MEDICAID/MEDICARE CARD
Union 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/APPELLIDO _____ 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 _____

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

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/ Mantenimiento 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 _____

(2) Non-Related References / (2) Referencias-No Relación

1. _____

2. _____

NAME/NOMBRE _____ MAILING ADDRESS/ DIRECCION DE CORREO _____ ZIP CODE/CODIGAL POSTAL _____ TELEPHONE/ TELEFONO _____

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 Siguiete:**

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 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 X) (PONGA MARCA X)*
Personal injury/Daño personal ___ Motor vehicle accident/ Accidente de automóvil (provide police report/ consiga 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 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 X) (PONGA MARCA X)
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 Union County Health Care/Verificación de Elegibilidad para recibir asistencia por El Cuidado de La Salud del Condado de Union.

< 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 Union 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 Union.

< 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 Union 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 Union, 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: _____

STATE OF NEW MEXICO)
) SS.
COUNTY OF UNION)

The foregoing instrument was acknowledged before me this _____ day of _____, 20__ by _____.

NOTARY PUBLIC _____ MY COMMISSION EXPIRES: _____

Name of party completing form (if other than patient)
Nombre del individuo que completo la aplicación (si no es el paciente).

Comments/ Comentario: _____

REVISED 4/30/01

Phone:

Home Mortgage Payment:

Rent: _____ Landlord _____ Phone: _____
HUD Assistance _____ Amount: _____ Current/Arrears _____

Groceries:

Utilities:
(Basic phone, lights, etc.)

Health Insurance:

6) Vehicle Payment: _____ Insurance: _____

Year: _____ Model: _____

7) Medication/Pharmacy: _____

I, the undersigned, do hereby acknowledge that I was given the Union County Notice of Privacy Practice as required by Health Insurance Portability and Accountability Act, (HIPAA).

Applicant: _____ Date: _____