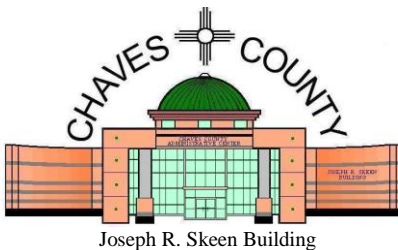


**CHAVES COUNTY
HEALTHCARE SERVICES**
P.O. Box 1597
Roswell, NM 88202-1597
Phone 575-624-6547, 575-624-6545
Fax 575-627-7554



COMMISSIONERS
Dara Dana · District 1
T. Calder Ezzell Jr · District 2
Jeff Bilberry · District 3
Robert Corn · District 4
William E. Cavin · District 5

Health Care Director

County Manager
Stanton L. Riggs

Chaves County Healthcare Application

1. Patient Information: _____
(Last Name/Appellido) (First Name/Nombre) (Middle Name/Segundo Nombre)

Date of Birth/Fecha de Nacimiento _____ **Social Security/Seguro Social** _____

Marital Status/Estado Civil: S M D W **Telephone/Teléfono** _____

Physical Address/Dirección Física: _____

City/Ciudad _____ **State/Estado** _____ **Zip Code/Código Postal** _____

Resident 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, you must provide INS Documents verifying status/Si ninguno aplica, usted tendra que presentar los documentos de inmigración que estan en proceso.

2. Residency/Residencia

Mailing address/dirección de Correspondencia: _____

Do you/Usted: Rent/Renta _____ Own/Dueño _____ Share rent with other members/Comparte con otros miembros del hogar _____ Supplied free of charge/Mantenimiento gratis _____ Homeless/Sin Hogar _____

Prior physical address if less than one (1) year at your current address/previa residencia física si menos de un (1) año en la residencia ultima: _____

Physical address/Residencia física

City/Ciudad

State/Estado

Non-Related References/Referencias-No Relacionadas (Name/Nombre, Address/Dirección, Telephone Number/ número de teléfono)

1. _____

2. _____

3. List all household members residing in the home/Anote todos los miembros del hogar.

Patient Info: _____
Full Name/Nombre Completo Date of Birth/Fecha de Nacimiento SSN/Seguro Social Relationship to patient

Additional household members/miembros adicionales del hogar:

Attach a separate sheet for additional household members/Use otra pagina para anotar todos los miembros del hogar.

Chaves County Healthcare Application

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

4. Income/Ingresos (Current/Reciente)

- Employer/Empleador: _____
- Patient's Gross Amt. Received per year/Paciente's Sueldo antes de impuestos por año _____
- Is anyone else within the household employed? Yes _____ No _____ (Include pay stubs for one month's total income)
- Unemployment/Desempleo \$ _____, Welfare(TANF)\$ _____, Food Stamps/Estampillas de comida \$ _____, SSA/SSI Benefits/Beneficios de Seguro Social/Suplementario \$ _____, VA/Beneficios Veteranos \$ _____, Pension/Retiro _____, Educational Assistance/Ayuda de Educaci3n \$ _____, Workmen's Comp./Compensaci3n de Trabajo \$ _____, General Assistance/Asistencia General \$ _____, Child Support/Mantenimiento para los ni3os \$ _____, Rental Income/Ingresos de Renta \$ _____, Other Income not listed/Otro ingresos no anotados \$ _____.
- Please submit proof of income (One months worth of consecutive paystubs from your current employer or anything else that has paystubs. If you receive benefits of any kind, please submit your award letters.)/Favor de someter prueba de todos su ingresos. (Un mes de talones de cheques consecutivos de su empleador actual o cualquier otros ingresos que reciba que tengan talones de cheque. Si recibe otro tipo de asistencia por favor de someter las cartas que indican cuanto recibe mensualmente.) Does anyone living within the household receive any other funds or resources from a friend or relative (not living in the household) to help compensate your monthly expenses? ¿Hay miembros del hogar que reciben otra ayuda monetaria de un amigo o familiar (que no vive en el hogar) para compensar sus deudas mensuales? _____ Yes/Si _____ No _____ Amount/Cantidad (Provide Proof/Traiga prueba)
- Did the patient/head of household file a State and or Federal Income Tax? ¿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 an Income Tax please provide Proof/Si usted exonerado traiga prueba.

5. Liabilities: Is anyone else responsible for your treatment? ¿Otro persona es responsable por su tratamiento?

_____ Yes/Si _____ No

Reason for medical treatment/ ¿Porque raz3n fue el tratamiento?

- Personal injury/Daño personal _____, Motor Vehicle accident/Accidente de autom3vil _____ (Provide a Police Report/Consiga el Reporte de Policia), Work related injury/ Daño en el trabajo, _____ Other/Otra razon, Explain/Explique: _____
- Are there any liability claims or legal action pending as a result of this treatment? ¿Hay reclamos legales debido a este servicio m3dico? _____ Yes/Si _____ No Explain/Explique: _____

6. Insurance: Medical Coverage/Cobertura Medical

- Does anyone living within the household have any other Medical Insurance? ¿Hay cobertura medica para la familia? _____ Yes/Si _____ No
- Does anyone living within the household have Medicaid or Medicare Coverage? ¿Hay cobertura medica para el paciente o otro miembro del hogar de medicaid o medicare? _____ Yes/Si _____ No (Include copies of all Medical coverage cards./Incluya copias de todas las tarjetas.)
- If the patient was deceased, was there Life Insurance? Si el paciente expiro usted recibio compensacion de seguro? _____ Yes/Si _____ No _____ Value/Ponga Valor Completo Explain how excess proceeds were spent/ Explique como uso el exceso de las ganancias. _____

7. Reason for Treatment other than a Liability claim/Razon del tratamiento:

- _____ Illness/Enfermedad _____ Pregnancy/Embarazo _____ Expectant Date of Delivery
- Do you have any other bills less than ninety (90) days old with other Medical providers? (we may be able to help if they are contracted with IHC)/ ¿Tiene otras cuentas que sean menos de noventa d3as del d3a de tratamiento con otros proveedores m3dicos?(Quiz3s podamos ayudarle si ellos est3n contratados con el IHC.) _____ Yes/Si _____ No

8. Public Assistance/Otro tipo de asistencia publica:

- Has anyone living within the household applied for any of the following? Algun miembro del hogar ha aplicado para lo siguiente? _____ SSI/SSA Disability/Incapacitado, _____ Welfare (TANF) Date applied/Fecha de registro _____ Status/Situaci3n _____ Person that applied/Persona que aplico: _____

9. Assets/Recursos o bienes (Give Value) (Ponga El Valor)

- Provide all Proof of any investments or other property owned by anyone living the household./Prueba de Todas las inversiones o propiedades propias para el aplicante/paciente o el establecimiento domestico. Personal Home/Casa propia (Valor de su propiedad), Escrow Account/Cuenta es custodia de tercera persona (Equity/Equidad), Stocks or Bonds/ Otras Inversiones, Checking Accounts/Cuenta de cheque, Savings Account/Cuenta de ahorro, Investments/Inversiones

10. Has anyone within the household sold any property(s) within the past year? ¿Hay miembros del hogar que han vendido propiedad en el ultimo año? Yes/Si No Income from sale/Ingresos de la venta.

Verified Statement of qualification for Chaves County Healthcare/Verificación de Elegibilidad para recibir asistencia por El Cuidado de La Salud del Condado de Chaves.

- 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 declaracion de esta aplicación.
• There is no insurance to cover my/our Medical expenses other than what was stated on this application/Que no existe ninguno tipo de seguro menos lo que fue indicado en esta aplicación.
• I understand Chaves County is the payer of last resort and all other options must be exhausted before Chaves County Healthcare will assume payment./Entiendo que el Condado de Chaves es el pagador de último recurso y otras opciones deben ser agotadas antes de que el cuidado de Salud del Condado de Chaves asuma el pago. I verify that I do not have any forseen resources available for this service(s), however, if a lawsuit arises(due to some type of injury or illness) the resources will be applied to repay for this service(s) to the Chaves County Healthcare/Verifico que no tengo ningunos recursos previstos disponibles para este servicio, sin embargo, si se presenta un juicio los recursos serán aplicados para compensar este servicio al el Cuidado de Salud del Condado de Chaves.
• I authorize the contracted provider to release all medical records and/or fianacial records needed by Chaves County Healthcare that will be utilized in processing my claim/Yo autorizo la relevacion de toda información médica/financiera para la evaluacion de este reclamo por El Cuidado de la Salud del Condado de Chaves.
• I authorize the contracted provider(s) and the Healthcare Administrador to make 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/Yo autorizo que los proveedores médicos y el Administrador de la oficina del Cuidado de Salud pregunte a cualquier persona, firma, corporacion o institución financiera o agencia para proveer información pertinente a financiero o residencial como sea solicitado. Ademas, yo consento 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.
• I (patient) or person applying on behalf declare the above to be true and correct under the penalty of law that any false statements made knowngly by me shall consitiute a felony charge and convection./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: (MO/ Day / Year)

State Of New Mexico)
) SS.
County Of)

The forgoing instrument was acknowledged before me this day of , 20

by (Printed name of above individual signing)

SEAL

NOTARY PUBLIC
MY COMMISSION EXPIRES

