

# Conozca sus derechos sobre cuentas medicas

## Los pacientes de bajos ingresos en Nuevo México no pueden ser demandados ni enviados a colecciones por una cuenta médica pendiente.

- Los hospitales y proveedores tienen que verificar si uno tiene bajos ingresos antes de demandarlo o enviarlo a colecciones. **Tienen que comunicarse con usted por lo menos tres veces.**
- **En cualquier momento, usted le puede decir al departamento de cobros o a la agencia de colecciones que usted tiene ingresos bajos y no puede ser demandado o enviado a colecciones.**
- Usted no tiene que mostrar documentos sobre sus ingresos para comprobar que tiene esta protección. **Ellos tienen que aceptar una declaración firmada sobre sus ingresos.**
- Se considera de “bajos ingresos” los ingresos menores de los niveles a continuación (antes de deducciones por impuestos y otras cosas):

Household size	1	2	3	4	5+
El ingreso mensual está debajo del 200% del nivel federal de pobreza	\$2,430	\$3,287	\$4,144	\$5,000	Suma \$857 por cada persona adicional.

**Los hospitales, centros de atención urgente, y otras clínicas tienen que chequear si los pacientes cumplen con los requisitos para programas que ayudan con los costos médicos y ayudarles a inscribirse.**

- Esto incluye programas como Medicaid, atención para personas indigentes, y asistencia financiera.
- Programas de atención para personas indigentes, como UNM Care, no pueden negar asistencia con base en el estado migratorio de la persona.

### **Sus cuentas médicas tienen que incluir la siguiente información:**

1. La(s) fecha(s) que usted recibió la atención.
2. Si usted tiene seguro médico.
3. Si se cobró al seguro médico.
4. Cuánto debe usted.
5. Si el centro/proveedor chequeó si usted cumple con los requisitos para programas como Medicaid que cubren costos médicos.



**Los pacientes no tienen que aceptar un plan de pagos para poder recibir estas protecciones.**



Si usted tiene preguntas sobre sus derechos o es demandado o enviado a colecciones por una cuenta médica, llame para pedir ayuda al Centro de Derecho y Pobreza de Nuevo México (NM Center on Law and Poverty) al: (505) 255-2840.

# CERTIFICACIÓN DE INDIGENCIA

**En Nuevo México, no se le puede enviar a un paciente a servicios de cobro ni se le puede demandar por deudas médicas si los ingresos del hogar del paciente son igual o menor del doble del nivel federal de pobreza.**

Usted puede llenar este documento por sí mismo o de parte de un menor o un adulto bajo su tutela, y entregárselo a un hospital, proveedor, o colector de deudas que le está cobrando por deudas médicas. No se le puede requerir ningún otro documento.

## Paso Uno: Marque Uno

- Yo so el paciente
- Yo soy padre/madre o tutor legal del(de la) paciente, cuyo nombre es: \_\_\_\_\_

**Soy mayor de 18 a o soy menor de edad emancipada/o. Soy plenamente competente para hacer esta certificación. Afirmo que los ingresos de mi hogar o del hogar de (el/la) paciente son iguales o menores de lo siguiente:**

## Paso Dos: Marque Uno (Use los ingresos anuales proyectados O sus ingresos mensuales actuales)

Ingresos anuales proyectados	
Personas en el hogar	Ingreso no es mayor de:
1	<input type="checkbox"/> \$29,160
2	<input type="checkbox"/> \$39,444
3	<input type="checkbox"/> \$49,728
4	<input type="checkbox"/> \$60,000
5	<input type="checkbox"/> \$70,284
6+	<input type="checkbox"/> _____

**\*Para familias de más de 6 personas, sume \$5,148 por cada persona adicional.**

Ingresos mensuales actuales	
Personas en el hogar	Ingreso no es mayor de:
1	<input type="checkbox"/> \$2,430
2	<input type="checkbox"/> \$3,287
3	<input type="checkbox"/> \$4,144
4	<input type="checkbox"/> \$5,000
5	<input type="checkbox"/> \$5,857
6+	<input type="checkbox"/> _____

**\*Para familias de más de 6 personas, sume \$857 por cada persona adicional.**

**Sólo cuentan los ingresos sujetos a impuestos. Esto significa que no deben contarse los beneficios de seguro social ni otras deducciones de un cheque de pago. Si usted tiene preguntas, comuníquese con el Centro sobre Ley y Pobreza al 505-255-2840.**

## Paso Tres: Firme

Solicito una determinación de indigencia para mi o el/la paciente. Esta certificación comprueba el ingreso de mi hogar o del hogar del (de la) paciente. 13.10.39.9(E) NMAC. Por lo tanto, se prohíben todos los actos de cobro – por ejemplo, vender la deuda médica a otra parte (incluyendo un servicio de cobros) y acciones que requieren un proceso legal o judicial – basado en cobros por servicios de atención de salud o deudas médicas. , NMSA 1978, § 57-32-4(A) (2021). Por favor entrégame dentro de 30 días una notificación de la determinación de indigencia, que deberá incluir una confirmación que son prohibidas los actos de cobro por servicios de atención de salud y deudas médicas. 13.10.39.9(F) NMAC.

\_\_\_\_\_  
Firma del paciente o del padre/madre/  
tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

\_\_\_\_\_  
(Nombre en letra de molde del paciente o  
del padre/ madre/tutor legal del paciente)

\_\_\_\_\_  
(Fecha de nacimiento del/de la paciente)