

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	\$2,609	\$3,525	\$4,442	\$5,359	Suma \$917 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

1. ☐ Soy el paciente. Mi nombre es: _____
 Mi fecha de nacimiento es: _____
☐ No soy el paciente.
2. ☐ Cuido del paciente. El nombre del paciente es: _____
 a. Mi relación con el paciente es: padre abuelo tutor
☐ Otro: _____
 b. La fecha de nacimiento del paciente es: _____
3. ☐ Tengo más de 18 años. O Soy un menor emancipado.
4. ☐ Soy competente para hacer esta certificación.
5. Mi ingreso **anual** actual o proyectado, o el ingreso familiar **anual** actual o proyectado del paciente es igual o inferior al 200 % de las pautas federales de pobreza. [Encuentre el tamaño del hogar, luego mire el ingreso anual directamente debajo de ese número. Si el ingreso anual es inferior o igual a ese ingreso anual, entonces marque esa casilla].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7*
Ingreso anual	☐ \$31.300	☐ \$42.300	☐ \$53.300	☐ \$64.300	☐ \$75.300	☐ \$86.300	☐ \$97.300

6. No sé cuál es el ingreso anual del paciente o el mío. Mi ingreso **mensual**, o el ingreso familiar **mensual** del paciente, es igual o inferior al 200 % de las pautas federales de pobreza. [Encuentre el tamaño del hogar, luego mire el ingreso mensual directamente debajo de ese número. Si el ingreso mensual es inferior o igual a ese ingreso mensual, entonces marque esa casilla].

Tamaño del hogar	1	2	3	4	5	6	7*
Ingreso mensual	☐ \$2.608,33	☐ \$3.525,00	☐ \$4.441,67	☐ \$5.358,33	☐ \$6.275,00	☐ \$7.191,67	☐ \$8.108,33

*Para unidades familiares de más de 7 miembros, agregue estos montos por cada miembro adicional del hogar:

- \$11.000/año si se utilizan los niveles de ingreso anual
- \$917/mes si se utilizan los niveles de ingreso mensual

7. Certifico que la información que proporciono sobre mí o el paciente es verdadera y correcta. Entiendo que estoy proporcionando esta información para que mi proveedor de atención médica no me demande ni emprenda acciones de cobranza en mi contra.

(Firma del paciente o padre/madre/tutor legal)

(Fecha)

(Nombre en letra de imprenta del paciente o padre/madre/tutor legal)

Dirección: _____