

¿Qué es este formulario? La ley de Nuevo México dice que los proveedores de atención médica no pueden demandar a los pacientes de bajos ingresos y no pueden enviar sus facturas a una agencia de cobro. Los proveedores médicos o de atención médica son hospitales, salas de emergencias, centros de atención de urgencias, médicos, dentistas y otros proveedores de servicios de atención médica. Si eres indigente (bajos ingresos), entonces está protegido contra las demandas. Se le considera indigente si el ingreso de su hogar es inferior al 200 % de las Pautas federales de pobreza.

¿Cuándo debo usar este formulario? Si le debe dinero a un proveedor de atención médica, hospital u otro centro de atención médica, puede completar este formulario. Entregue el formulario completo a su médico, hospital o proveedor médico. Al firmar este formulario y entregárselo a su proveedor médico, está diciendo que la información del formulario es veraz. Puede usar este formulario o puede proporcionar talones de pago, declaraciones de impuestos u otra prueba de ingresos. Es su elección si desea utilizar el formulario o proporcionar otros registros.

Como llenar el formulario.

1. Marque la casilla 1 si recibió atención médica y se le está facturando. Ponga su nombre y fecha de nacimiento.
2. Marque la casilla 2 si la factura es para su hijo, nieto o alguien de quien usted sea el tutor. Ponga su nombre y fecha de nacimiento. Marque la casilla que describe su relación.
3. Marque la casilla 3 si es mayor de 18 años o es un menor emancipado. Para firmar este formulario es necesario ser mayor de 18 años o un menor emancipado.
4. Marque la casilla 4 si está legalmente capacitado para tomar sus propias decisiones y no tiene un tutor. Esto significa que usted es "competente".
5. Utilice la sección 5 si conoce los ingresos anuales totales suyos o del paciente. Usando su ingreso anual proyectado o actual, marque una casilla en la tabla de "niveles anuales".
 - a. La cantidad de personas en su hogar, o en el hogar del paciente, es la cantidad de personas que se cuentan juntas cuando presenta su declaración de impuestos. En la línea superior, elija el número de personas en su hogar y márquelo con un círculo.
 - b. En la línea inferior, encuentre el ingreso anual actual o proyectado. El ingreso anual total es el ingreso de todas las personas sumadas en su hogar.
6. Use la sección 6 si solo conoce su ingreso mensual o el ingreso mensual del paciente, marque una casilla en la tabla "niveles mensuales".
 - a. La cantidad de personas en su hogar, o en el hogar del paciente, es la cantidad de personas que se cuentan juntas cuando presenta su declaración de impuestos.

- b. El ingreso mensual total es el ingreso de todas las personas sumadas en su hogar.
- c. Marque la casilla si su ingreso es igual o inferior a la cantidad en la casilla debajo del número de personas en su hogar.
7. En la parte inferior del formulario, ponga la fecha, firme y escriba su nombre y dirección. Al firmar este formulario, usted declara que la información en el formulario es veraz.

Ejemplos:

- A. El paciente es su hermano discapacitado. Eres su guardián y manejas sus asuntos financieros. El tamaño de su hogar es 1. Ya que él es un adulto, usted y su familia NO son parte de su hogar. Recibe beneficios de seguridad social de \$18,000 por año. Dado que su ingreso anual es INFERIOR a la cantidad elegible (\$25,764) para un hogar de 1 persona, debe marcar la casilla en el espacio verde.

Tamaño de su hogar	1	2	3	4	5	6	7
Ingreso anual	<input type="checkbox"/> \$29,160	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$49,720	<input type="checkbox"/> \$ 60,000	<input type="checkbox"/> \$80,560	<input type="checkbox"/> \$90,840

- B. La paciente es su hija de 12 años. Vive con su cónyuge y otros 2 hijos. Cuando llena su declaración de impuestos, se incluye a usted, su cónyuge y 3 hijos. El tamaño de su hogar es 5. Usted y su cónyuge trabajan y su ingreso combinado en bruto en sus impuestos es de \$78,000 por año. Dado que su ingreso anual SUPERA la cantidad elegible en la columna amarilla para 5 personas, no puede marcar la casilla y la ley no lo cubre.

Tamaño de su hogar	1	2	3	4	5	6	7
Ingreso anual	<input type="checkbox"/> \$29,160	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$39,440	<input type="checkbox"/> \$49,720	<input type="checkbox"/> \$ 60,000	<input type="checkbox"/> \$80,560	<input type="checkbox"/> \$90,840

¿Tiene que ayudarme mi proveedor médico con este formulario?

Si no entiende este formulario o desea ayuda con el formulario, hable con su proveedor médico y pídale que revise sus ingresos para ver si califica como indigente (bajos ingresos). Si su proveedor NO planea iniciar una acción de cobro en su contra, no es necesario que revise sus ingresos. Si recibe llamadas de un cobrador de deudas médicas, puede pedirle ayuda para determinar si es indigente.

¿Y si estoy recibiendo llamadas de cobro o me demandan?

Primero, pídale a su proveedor médico o al cobrador de deudas que determine si usted es indigente. Si califica como indigente y está siendo demandado o lo está llamando un cobrador de deudas, puede presentar un reclamo. El reclamo se puede presentar ante la Oficina del Fiscal General de Nuevo México. Visite el sitio web del Fiscal General en: www.nmag.gov y presente un reclamo usando el Formulario de Reclamo Electrónico. También puede llamar al (844) 255-9210.

¿Cuál es la base legal para este formulario y la protección contra el cobro de deudas médicas?

El Estado de Nuevo México aprobó una ley llamada Ley de Prácticas de Cobro de Deudas del Paciente. Esta ley es parte del ordenamiento jurídico de Nuevo México, y el número de la ley es Estatutos de Nuevo México Anotados [“NMSA”] Sección 57-32-1 a 57-32-10. La Superintendencia de Seguros aprobó normas que interpretan algunas partes de la ley. El número de la regla es la Sección 13.10.39 del Código Administrativo de Nuevo México [“NMAC”]. Puede buscar estas leyes y la regla en el sitio web de la Oficina del Superintendente de Seguros, www.osi.state.nm.us.