



HEALTH CARE
AUTHORITY

SERVICIOS MÉDICOS DE EMERGENCIA PARA NO CIUDADANOS (EMSNC)
REMISIÓN PARA DETERMINACIÓN DE ELEGIBILIDAD

Instrucciones para la persona que completa este formulario: El proveedor de servicios de emergencia debe completar este formulario y proporcionar una copia al solicitante. Envíe este formulario, junto con una solicitud HCA 100, directamente a ISD a: CASA, PO Box 830, Bernalillo, NM 87004. Las solicitudes también se pueden enviar a ISD por fax al 1-855-804-8960. Si tiene preguntas sobre cómo completar este formulario, comuníquese con el Centro de Servicio al Cliente de Consolidated al 1-800-283-4465.

Nombre de la persona que recibió servicios de emergencia		Fecha de nacimiento
Nombre del padre o tutor de la persona (si corresponde)		
Dirección – Número y Calle / Apt. #/ apartado de correos Caja / R.Rt.		
Ciudad	Estado	Codigo Postal

La persona nombrada arriba recibió atención médica de emergencia de este centro:

From:			
Nombre del centro donde se brindó atención de emergencia		Fecha(s) en que se prestaron los servicios	
Dirección de la instalación		De:	A través de:
Ciudad	Estado	Codigo Postal	
By:			
Persona que completa el formulario de referencia	Título	Numero de telefono	Fecha

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA LA PERSONA QUE APLICA

EMSNC puede ayudarlo a pagar sus facturas de emergencia. Tiene que solicitar EMSNC cada vez que reciba atención de emergencia. Puede solicitar EMSNC completando una Solicitud de Medicaid (HCA 100). También puede presentar su solicitud en el sitio web de YESNM en www.yes.state.nm.us. Este formulario deberá enviarse junto con la solicitud. YESNM permite adjuntar este formulario a la solicitud. Envíe una solicitud junto con este formulario lo antes posible. La Autoridad de Atención Médica (HCA) le dirá si EMSNC puede pagar sus facturas médicas. HCA revisará sus ingresos. HCA también le preguntará si planea seguir viviendo en Nuevo México. HCA revisará los registros sobre su emergencia.

Si no solicita EMSNC, es posible que deba pagar su atención médica. La HCA se asegurará de que su atención sea para una emergencia. Si no fue por una emergencia, es posible que deba pagar el hospital. **Consulte su Aviso de derechos en la página siguiente.**

NOTICE OF RIGHTS FOR THE PERSON APPLYING

Your Civil Rights /Nondiscrimination Statement

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion and political beliefs. To file a complaint of discrimination regarding a program receiving federal financial assistance through the US Department of Health & Human Services (HHS), write to: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or 1-800-537-7697 (ITY). HHS is an equal opportunity provider and employer. (Revised 9/10/15)



Special Needs Information

If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or if you require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Health Care Authority, American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-6201, through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-8331, or by dialing 711. The Health Care Authority requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/10/15)

AVISO DE DERECHOS

Sus derechos civiles/ Declaración de no discriminación

En esta institución, está prohibido discriminar en función de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas. Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o bien al 1-800-537-7697 (ITY). El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado el 09/10/15)



.Información de necesidades especiales

Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere adaptaciones especiales para participar en alguna audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del HCA al (505) 827-6201, a través del dispositivo de telecomunicación para sordos de Nuevo México al 1-800-659-8331, o marcando 711. La HCA exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas. (Revisado el 09/10/15)