

**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES
(BISF) DE NUEVO MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
División de Asistencia Médica**



**SOLICITUD
Servicios a Corto Plazo de Lesiones Cerebrales**

**LOS PASOS POR SEGUIR PARA APLICAR AL PROGRAMA DE
SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF)**

1. **Consulte la Hoja de consejos en la página 11 para obtener información sobre el Programa del Fondo de Servicios para Lesiones Cerebrales (BISF). Para recibir ayuda, debe ser residente de Nuevo México y tener un diagnóstico confirmado de lesión cerebral.**
2. **Páginas 1 - 3:** Complete las respuestas a las preguntas en las páginas 1 y 2 y firme. NO complete la página 3, "SOLAMENTE PARA SER COMPLETADO POR EL COORDINADOR DE SERVICIOS".
3. **Páginas 4 y 5:** Complete la "Divulgación de información" y firme.
4. **Páginas 6 y 7:** Complete la página 6, "Garantías" y firme. Complete y firme la "Declaración jurada de residencia" en la página 7, sólo si es residente de NM.
5. **Páginas 8 - 10:** en la página 8, ingrese su nombre y el nombre del médico o psicólogo, que sabe acerca de su lesión cerebral. Lleve estas páginas al médico o psicólogo, que conoce su lesión cerebral. Pídale que lean las páginas 8 a 10 y que completen la página 9. Pueden devolverle el formulario para que lo entregue a la Agencia de Coordinación de Servicios (SCA) con la que desea trabajar en su región. O pueden enviarlo por correo o fax al SCA. (Consulte la página 10 para conocer las agencias en su región). Si SU solicitud es aprobada, el SCA ayudará a decidir los servicios que mejor le ayudarán. Asegúrese de firmar todas las páginas necesarias. Esto ayudará a agilizar el proceso.
6. **Envíe su solicitud:** envíe por correo, fax o entregue todas las páginas a su SCA en persona. (Ver página 10). Si tiene preguntas, puede llamar al Centro de Recursos de Lesiones Cerebrales de NM al 1-844-366-2472.

A. GENERAL

Fecha:

1. Nombre (Apellido, Primer Nombre, Inicial)	2. Número de Seguro Social	3. Fecha de Nacimiento
4. Sexo:: Feminino Masculino	5. Estado Civil: Casado Solero Divorciado Viudo	
6. Raza Etnia: Hispana Caucasiano Nativo Americano Asiático Afroamericano Otro(especifique): _____		
7. Lenguaje primario : Inglés Español Navajo Other (especifique): _____		
8. Estatus de Veterano		
A. ¿Usted es un veterano de las fuerzas Armadas de los Estados Unidos? Si No (si usted marco si, conteste B y C)		
B. Si usted indico "Si," favor de proveer las fechas en las cuales usted sirvió y sus estatus de veterano. O dele una copia a SCA de su DD214.		
Fechas de Servicio: _____		
Estatus Veterano: _____		
C. ¿Usted tiene una discapacidad documentada relacionada con el servicio? Si No		

9. Dirección física (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal y Condado)	
10. Dirección de correo (Dirección, Ciudad, Estado, Código Postal y Condado)	
11. Número de Teléfono (con el código de área)	Número de teléfono alternativo (con el código de área)
12. ¿Es usted residente del estado de Nuevo Mexico? Si No <small>[Usted tiene que ser residente del estado de Nuevo Mexico para poder calificar para el programa de servicios de lesiones cerebrales (BISF) de Nuevo Mexico.]</small>	
13. Persona de contacto (miembro de la familia, tutor legal o amigo que ayudó a completar esta solicitud)	
Nombre: _____	
Relación: _____	
Número de Teléfono (con el código de área): _____	

B. SITUACIÓN ACTUAL

14. Razón de Solicitud	
A. Indique el tipo de lesión cerebral y cualquier información sobre cuándo, dónde y cómo se lesionó.	

B. Explique por qué usted está solicitando ayuda del programa de servicios de lesiones cerebrales	

C. ¿Cómo supo usted sobre el programa de servicios de lesiones cerebrales?	

15. Nombre de la persona completando esta forma, si no es la persona con una lesión cerebral o un miembro de la familia.	

Número de teléfono de la persona mencionada arriba, si no fue dado en #13, arriba: _____	
16. Información de Contacto de Emergencia:	
Nombre: _____	
Dirección: _____	
Relación: _____	
Número de Teléfono (con el código de área) _____	
17. Firma del solicitante, padre o tutor legal:	
_____	_____
Firma	Fecha

**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF) DE
NUEVO MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
División de Asistencia Médica**

NO COMPLETE LAS SECCIONES DE ESTA PÁGINA SOLAMENTE PARA SER COMPLETADO POR EL COORDINADOR DE SERVICIOS	
Agencia de Coordinación de Servicios	Fecha Referido
Coordinador de servicios	
Códigos ICD-10 Code <input type="checkbox"/> TBI <input type="checkbox"/> Otro ABI Lista de códigos:	Fecha de lesión

<input type="checkbox"/> El solicitante califica – Aprobado	Fecha de aprobación
<input type="checkbox"/> El solicitante califica – Aprobado pendiente de asignación	Fecha en que la asignación fue abierta
<input type="checkbox"/> El solicitante no califica / Negado (Los procedimientos de apelación son enviados por correo)	Fecha en que se envió la negación
Firma del personal de coordinación de servicios	
Fecha en que comenzó el servicio:	Fecha de Inactivación:
REFERIDO PARA:	
<input type="checkbox"/> Servicios de agentes intermediarios fiscales	Fecha

Si se deniega, indique los motivos a continuación:



**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF)
 DE NUEVO MEXICO
 DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
 División de Asistencia Médica
 Divulgación de Información Protegida de Salud (PHI)**

Fecha:

Nombre del solicitante	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento
Dirección	Número de Teléfono (con el código de área)	
Ciudad, Estado, Código postal	Condado	

"Yo, el abajo firmante, les doy a los que figuran en la Sección A el derecho de compartir cierta información de salud protegida (PHI) sobre mi lesión cerebral. Pueden compartirlo con el Programa del Fondo de Servicios para Lesiones Cerebrales (BISF) del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (HSD) / División de Asistencia Médica. Esto les permite entregar mi PHI a la Agencia de Coordinación de Servicios (SCA) que he verificado en la Sección B. Esta SCA necesita esto para ver si califico para el Programa BISF. También le permite al SCA obtener la ayuda que necesito. Sé que HSD y todos los involucrados en mi cuidado necesitarán conocer mi PHI para poder obtener la ayuda y los servicios que necesito".

"También permito que el proveedor BISF, mencionado en la Sección B, tenga, use y/o comparta la PHI. Es posible que se me remita al "Agente Intermediario Fiscal" del Programa, o "FIA", para ayudarme a obtener los servicios que necesito. La FIA también necesita la PHI para pagar los servicios que necesito. Por lo tanto, permito que mi BISF SCA comparta mi PHI con la FIA que figura en la Sección C. Sé que la PHI compartida entre los proveedores de servicios de BISF tiene que ver con mi lesión cerebral y los servicios que obtengo a través del programa BISF".

"El proveedor de salud que enumero en la Sección A solo compartirá la información que se muestra. Toda la PHI que se comparta para mis servicios se mantendrá en privado".

Sección A: Marque los registros que desea compartir. También tenga en cuenta el período de tiempo para cualquiera de estos registros. O escriba, "Todas las fechas de servicio".

Favor de indicar	El tipo de información requerida:	Ingrese el nombre y la ubicación del proveedor / médico (ciudad / dirección)	Fecha(s) de servicio: a / desde
<input type="checkbox"/>	Registros (Código ICD -10) Verificación del diagnóstico de lesión cerebral		
<input type="checkbox"/>	Declaración del médico		
<input type="checkbox"/>	Informe de apoyo		
<input type="checkbox"/>	Otros diagnósticos		
<input type="checkbox"/>	Evaluaciones neuropsicológicas		
<input type="checkbox"/>	Registro médico completo		
<input type="checkbox"/>	Registro de ingreso / alta hospitalaria		
<input type="checkbox"/>	Registros de salud mental / abuso de sustancias		
<input type="checkbox"/>	Otros (favor de especificar)		

Sección B: Todas las solicitudes BISF irán a la Agencia de Coordinación de Servicios que usted elija a continuación. Consulte la Agencia de Coordinación de Servicios de la región donde vive. (Ver mapa en la página 10.)

Marque Una	Región de Servicio	BISF Agencia de Coordinación de Servicios Autorizada para Usar o Revelar PHI	Dirección del Coordinador de Agencia autorizado para usar y revelar PHI
	Metro	CNRAG (Care Network Resource Assistance Group)	315 Central Ave NW., Suite M, Albuquerque, NM 87102
	Metro	Los Amigos LLC	1601 Randolph Court, Suite 110-S, ABQ, NM 87106
	NE	Los Amigos LLC	1435 S. Saint Francis Dr., Suite 210, Santa Fe, NM 87505
	NW	CNRAG (Care Network Resource Assistance Group)	315 Central Ave. NW, Suite M, Albuquerque, NM 87102
	SE	CNRAG (Care Network Resource Assistance Group)	225 E. Idaho Ave., Suite 26, Las Cruces, NM 88005
	SW	CNRAG (Care Network Resource Assistance Group)	225 E. Idaho Ave., Suite 26, Las Cruces, NM 88005

Sección C: Verifique la Agencia de intermediarios fiscales a nivel estatal si desea recibir servicios basados en el hogar y la comunidad. Esta es la agencia que paga por los servicios y bienes que puede obtener a través del Programa BISF. NOTA: El Programa BISF no reconoce ni permite el pago de servicios a través de otras agencias que afirman tener un rol de agente fiscal. No se permite permanecer en el Programa BISF para aquellos cuyos servicios basados en el hogar y la comunidad están cubiertos a través de otras fuentes de pago. Estos podrían ser programas estatales de Medicaid, Medicare, seguros privados, I.H.S, VA o cualquier programa en el que el individuo esté inscrito voluntariamente.

Marque Una	Región de Servicio	Agente intermediario fiscal de BISF autorizado para recibir o usar mi PHI	Dirección de la Agencia Autorizada de Intermediación Fiscal BISF Regional
	El estado entero	HelpNet LLC	PO Box 1090, Los Alamos, NM 87544

Sé que puedo ver la PHI que se compartirá. También puedo pedirle a mi SCA una copia de este comunicado en cualquier momento. Puedo retirar este permiso en cualquier momento. Para hacerlo, debo decirle al SCA por escrito. Esto no se aplicará a lo que mis proveedores de servicios BISF hayan hecho o necesiten hacer para cerrar mi caso y pagar los servicios que he utilizado. También sé que mi PHI puede no estar protegida por la ley federal. Los médicos, los proveedores de BISF y cualquiera de sus empleados que compartan mi PHI no serán culpados ni culpables por compartir mi PHI. Sé que mi PHI les permite a todos hacer su trabajo para satisfacer mis necesidades.

Esta forma es válida desde _____ <div style="text-align: center;">Fecha</div>	Hasta	_____ <div style="text-align: center;">Fecha</div>
<i>(Si la fecha no es especificada, esta forma se vence en 12 meses de la fecha de arriba)</i>		

Nombre del solicitante

Nombre del padre o tutor legal (si corresponde)

Firma del solicitante, padre, o tutor legal

Fecha

Si está firmado por un tutor legal, describa la autoridad legal que le permite actuar en nombre del solicitante. Agregue prueba legal, si usted es el tutor legal o si tiene poder notarial para tomar decisiones de atención médica.

Si usted tiene alguna pregunta, favor de contactarse a:
 The Brain Injury Program
 HSD/ Medical Assistance Division / ESPB
 PO Box 2348
 Santa Fe, NM 87504-2348
 505-827-7218



**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF) DE NUEVO MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
División de Asistencia Médica**

Garantías

"Garantías" significa que doy mi palabra de honor. Yo (nombre en letra de imprenta) _____ acepto proporcionar información verdadera y completa para ver si yo o un miembro de mi familia calificamos para recibir ayuda del Programa BISF. Sé que se pueden tomar medidas legales para recuperar las cantidades que se pagaron por cualquier servicio para el que realmente no califiqué. También sé que yo/u cualquier persona que me ayude a dar información que no es verdadera, para poder obtener estos servicios, podemos ser acusados de delitos. Esto significa que debo ser honesto en toda la información que proporciono que me ayuda a obtener servicios. Esto es cierto no solo en esta solicitud, sino durante todo el tiempo que estoy en el Programa BISF. Entiendo todas las preguntas que se han formulado al completar esta solicitud, y estoy de acuerdo en que las respuestas que he dado son verdaderas y completas.

Nombre del Solicitante o representante

Fecha

Firma del tutor legal

(Requerida si la persona que presenta la solicitud tiene menos de 18 años o si tiene un tutor legal.)

Fecha



**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF)
DE NUEVO MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
División de Asistencia Médica**

Declaración jurada de residencia

Yo, (nombre impreso) _____

Estoy siendo sincero de que vivo en Nuevo México. Esto es lo que significa "Declaración jurada de residencia". Sé que, si no soy honesto al respecto, podría perder los servicios del Programa del Fondo de Servicios para Lesiones Cerebrales de Nuevo México en cualquier momento.

Firma del solicitante, padre, o tutor legal

Fecha

ISi no está firmado por la persona que solicita los servicios (es decir, el "Solicitante"), ¿cuál es la relación de la persona que firma con el Solicitante? _____

¿Cuál es la razón por la que el solicitante no puede firmar?: _____

Nota para el solicitante: La carta en la página 8 está dirigida al proveedor médico que le proporcionará un código que dice que tiene una lesión cerebral. Le brinda al médico o psicólogo información sobre el Programa BISF y les pide que le den un código que lo ayude a obtener los servicios que necesita.

El formulario en la página 9 también es para su proveedor médico. Aquí es donde el médico o psicólogo le dará códigos que pueden permitirle recibir ayuda del Programa BISF.

Si usted tiene alguna pregunta sobre la carta en la página 8, el formulario en la página 9, o sobre dónde debe ir el formulario (página 10), puede llamar al Gerente del Programa HSD BISF al 505-827-7218.



**PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF)
DE NUEVO MEXICO
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS
División de Asistencia Médica**

Carta para el Proveedor Médico
Solicitud de documentación del diagnóstico de lesión cerebral
(Puede completarse con la asistencia de un coordinador de servicios.)

Fecha: _____

Estimado Dr. / Dra.: _____

Su paciente, (nombre en letra de molde), _____
que reside en el Condado de _____ ha solicitado servicios del FONDO
DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES DEL NUEVO MÉXICO PROGRAMA (BISF) con (complete el nombre
de la Agencia de Coordinación de Servicios) _____
que brinda servicios a corto plazo a personas con un diagnóstico confirmado de LESIÓN CEREBRAL y que
tienen necesidades de crisis. Su paciente ha completado una LIBERACIÓN DE INFORMACIÓN para permitir
que su Coordinador de servicios BISF reciba información de usted sobre su lesión cerebral (consulte la
página 4-5). Se necesita su ayuda para calificar a su paciente para los servicios de BISF.

Proporcione a este paciente o al coordinador de servicios BISF de su paciente la documentación de su lesión
cerebral. Adjunto a esta solicitud se encuentra **el Formulario de confirmación del código ICD-10**. El (los)
código (s) suministrado (s) debe (n) respaldar un diagnóstico que califique para **lesión cerebral traumática
(TBI, por sus siglas en inglés) y / u otras lesiones cerebrales adquiridas, como Ataque al cerebro (Stroke),
aneurisma / lesiones vasculares del cerebro, tumor cerebral, anoxia, infecciones cerebrales, rayos /
descargas eléctricas, exposición a sustancias tóxicas o químicas y síndrome del bebé sacudido**. El Programa
BISF determinará si los códigos suministrados califican al individuo para servicios a corto plazo. Complete
este formulario y envíelo a la Agencia de Coordinación de Servicios mencionada anteriormente, utilizando la
información de contacto que se indica en la página 10. Alternativamente, una breve carta, firmada por
usted, que indique que este paciente tiene un diagnóstico de Lesión Cerebral, incluido el código ICD 10 que
específicamente califica e información sobre cuándo y cómo se adquirió la lesión cerebral. Si tiene alguna
pregunta sobre este asunto, consulte la información en este paquete, que su paciente recibió del Programa
BISF. Si necesita más aclaraciones, no dude en llamarme al (505) 827-7218.

Entendemos que su tiempo es muy importante y le agradecemos su ayuda para calificar a su paciente para
el Programa BISF. Como se trata de un programa a corto plazo, su respuesta oportuna es fundamental
para implementar los servicios de su paciente.

Sinceramente,

Linda Gillet, Ph.D.
Brain Injury Program Manager
Medical Assistance Division
Human Services Department



PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF) DE NUEVO MEXICO

Confirmación del Código ICD-10

Para ser completado por el Médico Asistente con licencia del solicitante (M.D. o D.O.), Enfermero practicante certificado y / o psicólogo con licencia.

Confirmando que mi paciente, nombrado a continuación, ha sido diagnosticado con una LESIÓN CEREBRAL y que los datos del código ICD-10 especificados para este paciente representan un diagnóstico verdadero y preciso para respaldar la condición calificada. Enumere todos los códigos de calificación a continuación para respaldar el diagnóstico.

Nombre del paciente con lesión cerebral (Nombre Impreso): _____

Número de Seguro Social del paciente: _____

ICD-10-CM Code		ICD-10-CM Code	
ICD-10-CM Code		ICD-10-CM Code	
ICD-10-CM Code		ICD-10-CM Code	

Nombre Impreso: _____
Médico (M.D. o D.O.) / Psicólogo (Ph.D.) / Asistente Médico / Enfermero Certificado

Firma: _____
Médico (M.D. o D.O.) / Psicólogo (Ph.D.) / Asistente Médico / Enfermero Certificado

Fecha: _____

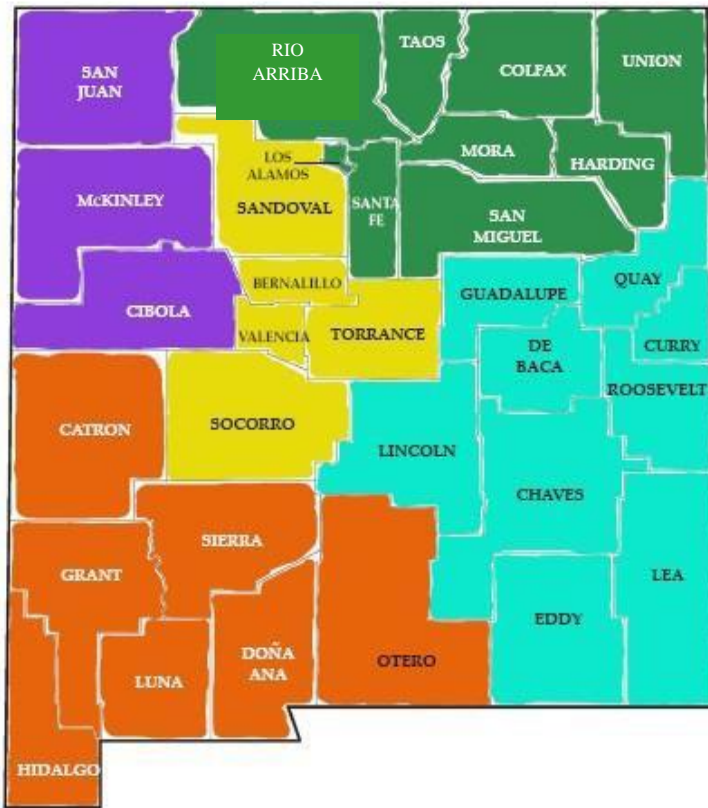
Nombre Impreso: _____
Coordinador de Servicio BISF – Verificando Aprobación del código ICD-10

Firma: _____
Coordinador de Servicio BISF – Verificando Aprobación del código ICD-10

Fecha: _____

Nota para el profesional médico que completa este formulario: El Departamento de Servicios Humanos requiere una confirmación de un código ICD-10 de lesión cerebral calificado para todos aquellos que reciben servicios del Programa BISF. Los solicitantes, que no tienen un código ICD-10 de lesión cerebral confirmado y apropiado, no son elegibles para recibir servicios BISF. Para que su paciente reciba servicios de BISF, el código (s) suministrado debe respaldar un diagnóstico que califique para lesión cerebral traumática (TBI) y / u otras lesiones cerebrales adquiridas, como ataque al cerebro (Stroke), aneurisma / lesiones vasculares del cerebro, tumor cerebral, anoxia, infecciones cerebrales, rayos / descargas eléctricas, exposición a sustancias tóxicas o químicas y síndrome del bebé sacudido. El Programa BISF determinará si los códigos suministrados califican al individuo para servicios a corto plazo. Complete este formulario y devuélvalo a la Agencia de coordinación de servicios de la región en la que reside su paciente, como se indica en la página 10.

Agencias de coordinación del fondo del servicio de lesiones cerebrales



METRO	<p><u>Care Network Resource Assistance Group (CNRAG), Inc.</u> 315 Central Ave. NW, Suite M, Albuquerque, NM 87102 PH: 505-936-5807 or 575-526-9084 Website: http://cnragusa.com/bisfservicecoordination.html</p>	FAX: 888-838-7086
METRO	<p><u>Los Amigos LLC</u> 1601 Randolph Court, Suite 110-S, Albuquerque, NM 87109 PH: 505-204-6035 Website: https://www.losamigosnm.com/</p>	FAX: 505-474-2804
NORESTE	<p><u>Los Amigos LLC</u> 1435 St. Francis Dr., Santa Fe, NM 87505 PH: 505-204-6035</p>	FAX: 505-474-2804
NOROESTE	<p><u>Care Network Resource Assistance Group (CNRAG), Inc.</u> 315 Central Ave. NW, Suite M, Albuquerque, NM 87102 PH: 505-936-5807 or 575-526-9084</p>	FAX: 888-838-7086
SURESTE	<p><u>Care Network Resource Assistance Group (CNRAG), Inc.</u> 225 E. Idaho, Las Cruces, NM 88005 PH: 505-936-5807 or 575-526-9084</p>	FAX: 888-838-7086
SUROESTE	<p><u>Care Network Resource Assistance Group (CNRAG), Inc.</u> 225 E. Idaho, Las Cruces, NM 88005 PH: 505-936-5807 or 575-526-9084</p>	FAX: 888-838-7086

PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE LESIONES CEREBRALES (BISF) DE NUEVO MEXICO



TIP SHEET

September 2019

¿Qué es el Programa del Fondo de Servicios para Lesiones Cerebrales (BISF)?

El Programa BISF ayuda a las personas con lesión cerebral a vivir de manera más independiente en sus hogares y comunidades. El programa proporciona ayuda estatal a corto plazo a personas con lesiones cerebrales en momentos de crisis cuando no hay otra forma de pagar la ayuda que se necesita. Aquellos que califican obtienen servicios sin costo alguno para ellos. Este programa es administrado por el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México.

¿Quién puede obtener ayuda del Programa BISF?

Para ser elegible, los solicitantes deben:

- Ser residente de Nuevo México
- Recibir un diagnóstico de lesión cerebral por parte de un médico, un asistente médico, un profesional de enfermería o un psicólogo. Los tipos de lesión cerebral que califican a una persona incluyen lesión cerebral traumática, accidente cerebrovascular, ataque al cerebro (Stroke), aneurisma, lesiones vasculares, oranoxia por tumor cerebral. También incluyen daños por infecciones cerebrales, rayos, descargas eléctricas o exposición a sustancias tóxicas o químicas.
- Tener una crisis causada por su lesión cerebral.

El programa puede ayudar a aquellos sin Medicaid o seguro de salud, o aquellos cuyo seguro de salud u otros beneficios no pueden pagar los servicios que necesitan.

¿Qué servicios hay disponibles?

Coordinación de servicios: El coordinador de servicios ayuda con el proceso de elegibilidad y evalúa las necesidades de las personas. Ayudan a los participantes del programa a encontrar servicios y recursos que resolverán la crisis, ayudando a la persona a vivir de manera más independiente en el hogar y como parte de la comunidad.

Servicios basados en el hogar y la comunidad (HCBS): Los servicios disponibles incluyen cuidado de la salud en el hogar, servicios de amas de casa o cuidado de relevo, transporte relacionado con el tratamiento, equipo especial, dispositivos de comunicación o asistencia, artículos médicos duraderos, entrenamiento de habilidades para la vida profesional y servicio de organización. El programa también puede cubrir copagos por salud ambulatoria, terapias (tradicionales y alternativas), visitas al médico y medicamentos relacionados con la lesión cerebral. El programa también ayuda con las necesidades de vivienda de emergencia. Los fondos son para ayuda que se necesita debido a una lesión cerebral y pueden o no estar disponibles para todos los servicios al momento de la solicitud. Los servicios del Programa BISF están destinados a ayudar a poner fin a la crisis de la persona y se detienen cuando se resuelve la crisis.

Cómo aplicar: Favor de llamar a la Agencia de Coordinación de Servicios (SCA) en la región donde vive. Estas agencias se enumeran a la derecha. El SCA puede ayudarlo a obtener más información sobre el Programa y cómo solicitarlo. Hay una variedad de SCA en la región Metro.

Para información, referencias y recursos:

Puede llamar: NM Brain Injury Resource Center (NMBIRC) at ARCA:
1-844-3NM-BIRC or 1-844-366-2472

Visite el sitio web de NMBIRC: <https://www.arcaopeningdoors.org/services/new-mexico-brain-injury-resource-center/>

O visite el centro comunitario NMBIRC: 1504 4th St NW, Albuquerque, NM 87102

BISF SERVICE COORDINATION AGENCIES:

METRO REGIÓN

CNRAG, Inc.
315 Central Ave. NW, Suite M
Albuquerque, NM 87105
575-936-5807
575-526-9084

or

Los Amigos LLC
1601 Randolph Ct., #110-S
Albuquerque, NM 87106
505-204-6035

NORESTE REGIÓN

Los Amigos LLC
1435 St. Francis, Ste 210
Santa Fe, NM 87505
505-204-6035

NOROESTE REGIÓN

CNRAG, Inc.
315 Central Ave. NW, Suite M
Albuquerque, NM 87102
575-936-5807
575-526-9084

SURESTE REGIÓN

CNRAG, Inc.
503 S. Kansas
Roswell, NM 88203
575-936-5807
575-526-9084

SUROESTE REGIÓN

CNRAG, Inc.
225 E. Idaho Ave, Ste 26
Las Cruces, NM 88005
575-936-5807
575-526-9084



**OTRA INFORMACIÓN DE CONTACTOS PARA
PROGRAMA DEL FONDO DE SERVICIOS DE
LESIONES CEREBRALES (BISF):**

NM Brain Injury Resource Center
ARCA / Brain Injury Division
1503 4th Street NW
Albuquerque, NM 87102
Teléfono: 1-844-3NM-BIRC; 1-844-366-2472
Email: nmbirc@arcaspirit.org
Director: Michael Langford, CBIS
Website: www.nmbirc.org

Brain Injury Program / BISF Manager: Linda Gillet, Ph.D.
Brain Injury Program
Exempt Services and Support Bureau (ESPB)
Medical Assistance Division (MAD)
Human Services Department (HSD)
PO Box 2348
Santa Fe, NM 87507-2348
Website: <https://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/brain-injury.aspx>
E-mail: LindaB.Gillet@state.nm.us
Teléfono: 505-827-7218

Para otros recursos útiles en la comunidad, visite:
<http://nmbirc.org/helpful-links>
O haga clic aquí: [NMBIRC](#)