

---

## Manual Revision Memorandum

---

**ISD-MR 15-15**

**TO: ISD Employees & SL Start**

**FROM:** *ML* Marilyn Martinez, Director, Income Support Division

**DATE: November 12, 2015**

**RE: Forms Manual Revision for: FSP 020 SNAP Employment and Training  
(E&T) Reimbursement Claim Form / FSP-SP 020 E&T**

Forms FSP 020 and FSP-SP 020 have been created to allow an individual to provide documentation of out of pocket expenses in order to receive a reimbursement for SNAP E&T.

**Instruction:**

New- FSP 020 SNAP E&T Reimbursement Claim Form  
FSP-SP 020 SNAP E&T Formulario de solicitud de reembolso de transporte

These forms have been posted to the forms drive:\\[disfasv025\ISDForms](#)

If you have questions regarding this MR, please contact Marisa Vigil (505)827-1326 or by e-mail at [marisa.vigil@state.nm.us](mailto:marisa.vigil@state.nm.us) .



**SNAP Employment and Training Program (E &T)  
Transportation Reimbursement Claim Form**

First	M.I.	Last Name	Case Number	Reimbursement Month
-------	------	-----------	-------------	---------------------

**How do I get my out of pocket transportation costs reimbursed?\***

- Indicate that you have out of pocket travel costs to complete your activity or activities.
- To receive a reimbursement, a new form must be completed for each month a reimbursement is requested and returned to the local ISD office or NMW Service Provider.

Activity Week	Did you have an out of pocket expense?
Week 1 total	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Week 2 total	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Week 3 total	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Week 4 total	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Week 5 total	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

\*Maximum reimbursement amount can be found at:

<http://www.hsd.state.nm.us/LookingForInformation/income-support-division-plans-and-reports.aspx>

I certify my request for transportation reimbursement is correct. I understand I can only receive a transportation reimbursement once a month. I understand this information may be verified by the Department.

*Participant's Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

**FOR OFFICE USE ONLY:**

This form has been reviewed and is approved for transportation reimbursement.

*Printed Name:* \_\_\_\_\_ *Signature:* \_\_\_\_\_ *Date:* \_\_\_\_\_

Date Received:	Date Entered on Work Programs Screen:	Entered By:
----------------	---------------------------------------	-------------

## Notice of Rights

**Special Needs Information:** If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at 1-505-827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

**Your Civil Rights Nondiscrimination Statement:** In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits.

Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

This institution is an equal opportunity provider. (Revised 10/14/15)

**To file a complaint:** through HSD of discrimination and/or rude treatment regarding a program receiving Federal or State financial assistance, a complaint form is available at the ISD office or you may write to: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 or by fax (505) 827-7241.

**Confidentiality:** All information you give to HSD is confidential. This information will be given to HSD employees who need it to manage the programs for which you have applied. Confidential information may also be released to other federal and state agencies. All information will be used to determine eligibility and/or to provide services. (Revised 07/15/14)

This information may be given to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If your household gets a claim against it, the information on this application including all Social Security Numbers, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies for claims collection action. You only have to give U.S. Citizenship and Social Security Numbers for those household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply.

Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves, do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a Social Security Number; ask ISD.

We also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and The Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount.



**Programa de empleo y capacitación SNAP (E & T)  
Formulario de solicitud de reembolso de transporte**

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Número de caso	Mes de reembolso
--------	----------------	----------	----------------	------------------

**¿Cómo obtengo el reembolso por los gastos de transporte que salen de mi bolsillo?**

- Demuestre que usted tiene costos del viaje que salen de su bolsillo para completar su actividad o actividades.
- Para recibir el reembolso, debe completar un nuevo formulario para cada mes que un reembolso sea solicitado y entréguelo a la oficina local de ISD o a un proveedor de servicio de NMW.

Actividad semanal	¿Tuvo gastos fuera de su bolsillo?
Total de la semana 1	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de la semana 2	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de la semana 3	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de la semana 4	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Total de la semana 5	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

\*La cantidad máxima de reembolso se puede encontrar en:

<http://www.hsd.state.nm.us/LookingForInformation/income-support-division-plans-and-reports.aspx>

Certifico que mi pedido de reembolso de transporte es correcto. Entiendo que sólo puedo recibir un reembolso de transporte por mes. Entiendo que esta información puede estar sujeta a verificación del Departamento. <i>Firma del participante:</i> _____ <i>Fecha:</i> _____		
<b>FOR OFFICE USE ONLY:</b>		
This form has been reviewed and is approved for transportation reimbursement. <i>Printed Name:</i> _____ <i>Signature:</i> _____ <i>Date:</i> _____		
Date Received:	Date Entered on Work Programs Screen:	Entered By:

## AVISO DE DERECHOS

**Información de Necesidades Especiales** Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número 1-505-827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

### **Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación**

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA"), sus agencias, funcionarios y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, convicciones políticas, o ejercer represalias o castigos por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (es decir, Braille, impresión en letra grande, cintas de audio, idioma de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA) que puede encontrar en el internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe al USDA su formulario completo o carta por uno de los siguientes medios:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado 10/14/15)

**Para presentar una denuncia de discriminación** referente a un programa que reciba asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services; HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. (Revisado 07/15/14)

**Para presentar una queja** a través de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: NM Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

### **Confidencialidad**

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en Inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales.

Toda información podrá ser utilizada para determinar elegibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14)

Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley.

Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, ésto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones.

Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estado Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la elegibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en Inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad (IEVS por sus siglas en Inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en Inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.