

## Hoja informativa para solicitud de asistencia médica



### **Departamento de Servicios Humanos (HSD) de Nuevo México beneficios de Asistencia médica:**

- Medicaid proporciona cobertura de salud gratis o de bajo costo para ciertas personas y familias de bajos ingresos.
- Según los ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada.
- El Programa de Ahorros de Medicare brinda ayuda para pagar su Medicare Parte A (Seguro hospitalario) y/o primas de Medicare Parte B (Seguro médico) y deducibles de Medicare.

Puede inscribirse en Medicaid por internet en:

[www.yes.state.nm.us](http://www.yes.state.nm.us)

O llame al 1-855-637-6574

O lleve su solicitud firmada a su oficina de la División de Asistencia Económica (ISD) local

O envíe por correo su solicitud firmada a:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)  
PO Box 830  
Bernalillo, NM 87004

O envíe por fax su solicitud firmada al 1-855-804-8960



### **Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX)**

- El NMHIX es una manera de comprar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no reúnen los requisitos para Medicaid.
- Usted o su hogar podría reunir los requisitos para un programa que puede ayudarle a pagar por el seguro de salud, incluso si gana tanto como \$98,000 por año (para una familia de cuatro).
- Pueden estar disponibles subsidios fiscales que pueden ayudarle de inmediato a pagar sus primas de cobertura médica.

Puede solicitar seguro de salud asequible en línea a través del NMHIX en:

[www.bewellnm.com](http://www.bewellnm.com)

O llame al 1-855-996-6449  
TTY: 1-855-885-2018

## Programas de Asistencia médica

<b>MEDICAID</b>	<p>Según los ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada. A continuación se indican algunos tipos de Medicaid para los cuales podrían reunir los requisitos los integrantes del grupo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacidos</li> <li>• Niños hasta los 18 años de edad</li> <li>• Padre/madre/cuidador(es)</li> <li>• Mujeres embarazadas</li> <li>• Adultos de bajos ingresos</li> <li>• Servicios médicos de emergencia para extranjeros (EMSA)</li> </ul>
<b>MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NM</b>	<p>El NMHIX es una manera de comprar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no reúnen los requisitos para Medicaid. Si no reúne los requisitos para Medicaid, usted o los integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir un subsidio fiscal que puede ayudar inmediatamente a pagar las primas del seguro de salud. Si usted o los integrantes del grupo familiar no reúnen los requisitos para Medicaid, su solicitud será enviada automáticamente al NMHIX donde usted o los integrantes del grupo familiar pueden ser elegibles para otros programas de seguros de salud asequibles.</p>

**Avísenos si necesita:**  Ayuda para llenar esta solicitud       Ayuda gratuita con el idioma       No tengo transporte       Adaptaciones por incapacidad

Idioma preferido:

**1. Cuéntenos sobre usted.** Si necesita ayuda para completar esta solicitud o para conseguir la información necesaria, comuníquese con su oficina local de la ISD. Si está solicitando beneficios en nombre de otra persona, complete esta sección para esa persona.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Mejor horario para comunicarnos con usted		
Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	Número de teléfono alternativo (opcional)		

**Si su dirección postal es diferente, complete a continuación. Si respondió no, deje en blanco.**

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

¿Desea que su información se envíe a su correo electrónico?    SÍ    NO  
Si contestó **sí**, complete arriba su dirección de correo electrónico más actualizada.

**2. Persona que lo representa (representante autorizado o tutor).** Su representante autorizado puede ser una persona que le haya ayudado a solicitar o renovar beneficios, o puede ser una persona diferente. Si usted desea un representante autorizado, debe indicarnos a continuación, por escrito, quién es esa persona.

Nombre de la(s) persona(s) autorizada(s)	Dirección postal	Número de teléfono preferido o TDD

**3. Cuéntenos sobre las personas que viven con usted y/o los individuos en su Declaración de impuestos sobre la renta federales.**

Liste todas las personas que viven en su hogar, incluso si no quiere presentar una solicitud para ellos. Solo debe presentar ciudadanía de los EE. UU. y números de seguro social (SSN) para los integrantes del grupo familiar que estén solicitando asistencia. El SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Para solicitar beneficios no es necesario que sea ciudadano estadounidense o que presente los impuestos a la renta. Recibir beneficios de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. La situación migratoria de todas las personas que solicitan beneficios podría estar sujeta a verificación por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) a través de la presentación al DHS de la información provista en esta solicitud, y la información recibida del DHS podría afectar la elegibilidad de su hogar. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su situación migratoria, sus SSN ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos debido a que parte de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Podrían haber disponibles ciertos programas de asistencia médica para personas sin un SSN; consulte a la ISD. La información racial y étnica sobre el grupo familiar del solicitante es voluntaria; no afectará la elegibilidad ni el importe de los beneficios que podría recibir su grupo familiar. Se urge a los integrantes de pueblos originarios a identificarse debido a que ellos tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. El motivo por el que pedimos a todos información racial y étnica es para asegurarnos de que se distribuyan los beneficios independientemente de la raza, el color o la nacionalidad de origen. Si necesita más espacio, use otra hoja.

**Indique los nombres y la información de usted y de las personas que viven con usted como así también de cualquier persona que incluirá en su declaración de impuestos sobre la renta federales:**

**Esta sección solo se requiere para cada persona que solicite asistencia médica:**

Nombre (Primero y apellido)	Relación	¿Está solicitando asistencia médica? Sí/No	Género M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad:  Hispano Sí/No (opcional)	Raza:  1-6 Ver a continuación (opcional)	Afiliación tribal (opcional)	Número de Seguro Social (SSN) – obligatorio si tiene uno (opcional para las personas que no presentan solicitud)	Ciudadanía o situación migratoria 1-34 (ver a continuación)
	(Uno mismo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							

**Raza:** Por cada persona que solicita asistencia, elija el/los número(s) describa abajo su raza y escriba el/los número(s) arriba.

**Ciudadanía o situación migratoria:** Para cada persona que está solicitando ayuda, elija el/los número(s) a continuación que mejor lo que mejor describa su ciudadanía estadounidense o Situación migratoria y escriba el/los número(s) más arriba.

1 – Indio Americano/Nativo de Alaska
2 – Asiático
3 – Negro o afroamericano
4 – Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico
5 - Blanco

6 – Otro

1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (Titular de LPR/Tarjeta Verde)	3 – Asilado	4 – Refugiado	5 – Inmigrante cubano o haitiano	6 – Goza de libertad condicional concedida dentro de los EE. UU. (por lo menos un año)
7 – Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	8 – Cónyuge, menor o padre/madre maltratado	9 – Víctima de tráfico y su cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre	10 – Se concedió la suspensión de deportación o la suspensión de remoción	11 – Miembro de una tribu de Indios reconocida federalmente o Indio Americano nacido en Canadá	12 – Inmigrante especial afgano o iraquí
13 – Americano-asiático	14 – Personas cuya situación no es de inmigrante (incluyendo visas de trabajo, visas de estudiantes y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshal y Palau)	15 – Goza de libertad condicional concedida dentro de los EE. UU. (por menos de un año)	16 – Estado de protección temporal (TPS)	17 – Salida obligatoria diferida (DED)	18 – Estado de acción diferido
19 – Residente legal temporal (LTR)	20 – DHS otorgó una estadía o remoción administrativa	21 – Se otorgó la Suspensión de remoción en el marco de la Convención contra la tortura (CAT)	22 – Residente de Samoa Americana	23 – Solicitante de estado de inmigrante especial juvenil	24 – Solicitante para ajuste a estado de LPR con una petición de visa aprobada
25 – Solicitante de visa por víctima de tráfico	26 – Solicitante de asilo (con documento de autorización de empleo (EAD) o menores de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	27 – Solicitante de suspensión de deportación o suspensión de remoción (con EAD o menores de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	28 – Solicitante a través de registro (con EAD)	29 – Orden de supervisión (con EAD)	30 – Solicitante para suspensión de remoción o suspensión de deportación (con EAD)
31 – Solicitante para legalización en el marco de IRCA (con EAD)	32 – Solicitante para estado de protección temporal (TPS) (con EAD)	33 – Legalización en virtud de la Ley LIFE (con EAD)	34 – Otro/no está seguro		

**4. Información sobre presentaciones impositivas.** Proporcione la siguiente información sobre todos los integrantes del grupo familiar que solicitan asistencia médica, incluso si la persona que paga impuestos o dependiente en la declaración de impuestos no está en su casa. No es necesario que declare impuestos sobre la renta federales para solicitar.

A Nombre	B ¿Esta persona tiene pensado declarar impuestos sobre la renta federales el año próximo?	C ¿Esta persona hará la declaración conjunta con su cónyuge/pareja?	D ¿Esta persona tiene dependientes en la declaración de impuestos?	E ¿Esta persona está declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	F ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante de impuestos?
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	

	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos:	

**5. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que enumeró en la Sección 3 que estén buscando beneficios para sí mismos.** Para integrantes del grupo familiar que estén solicitando beneficios y no sean ciudadanos estadounidenses, indique la información que aparece en sus documentos de inmigración, si la conoce. Esto se usará para ver quién puede obtener beneficios. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre	Tipo de documento de inmigración (si lo conoce)	Número de registro de extranjeros o I-94 (si lo conoce)	Número de tarjeta o de pasaporte (si lo conoce)	ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (Código de la categoría o país de emisión, si lo conoce)	¿Vive en EE. UU. desde 1996?	¿Esta persona es cónyuge o padre/madre de un veterano o de un miembro activo del ejército de los EE. UU.?
--------	---	---	---	---	---	------------------------------	---

						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo Medicaid en otro estado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	¿En cuál estado?
¿Algún integrante del grupo familiar tiene 21 años o menos y es estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	
¿Hay algún miembro de la familia que esté en prisión (detenido o encarcelado)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	¿En qué establecimiento?
	Fecha de entrada en prisión:	Fecha de liberación (si la conoce):
¿Alguno de los solicitantes del grupo familiar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	
¿Hay algún integrante del grupo familiar que tenga 18 a 25 años de edad ahora, y que estuvo bajo cuidado suplente y estuvo recibiendo Medicaid antes de los 18 años de edad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	¿En cuál estado?
¿Alguno de los solicitantes padece de una condición de salud física, mental o emocional que lo limite en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	
¿Alguno de los solicitantes se encuentra actualmente o está ingresando a una residencia de atención residencial, hospital o establecimiento de tratamiento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	
Si contestó sí, ¿en qué tipo de establecimiento?	<input type="checkbox"/> Residencia de atención residencial/establecimiento de atención residencial <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Establecimiento de atención intermedia para discapacitados intelectuales (ICF/IID) <input type="checkbox"/> Otro, ¿dónde?	
¿Alguna solicitante está embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	Fecha de parto, (si la conoce): Número de bebés que se esperan de este embarazo (si se conoce):
¿Alguno de los solicitantes recibió una carta de Libertad de elección primaria para recibir una exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí, ¿quién?	

**6. Cuéntenos sobre sus ingresos por trabajo.** Informe sus ingresos totales antes de impuestos. Si está solicitando asistencia médica y se le ofrece a usted u otra persona de su hogar un seguro de parte de cualquier empleador, complete el formulario de cobertura de empleador adjunto a esta solicitud. Si no reúne los requisitos para Medicaid, el Mercado de seguros de salud de NM (NMHIX) podría necesitar usar información acerca de cualquier cobertura de salud que usted pudiera tener a través de un empleo a fin de determinar si puede obtener ayuda para pagar por el seguro de salud. Si no completa este formulario, no se demorará su solicitud de asistencia.

¿Usted o alguna persona que vive con usted recibió o espera recibir ingresos por trabajo este mes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.
--	--

Persona con ingreso	Número de horas promedio trabajadas por semana	¿De dónde proviene el ingreso? (Empleo, trabajo independiente, trabajos esporádicos, etc.)	¿Con qué frecuencia recibe ingresos esta persona? (anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona antes de los impuestos?	¿Esta persona tiene un empleador que ofrece seguro de salud?  Si contestó sí, llene el formulario de Cobertura del empleador para averiguar si puede obtener seguro de salud a través del NMHIX en caso de que se determine que no es elegible para Medicaid. No se le requiere completar el formulario de cobertura del empleador para Medicaid.
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE

**¿Se le quita algo de lo siguiente de sus ingresos?**

<input type="checkbox"/> <b>Pensión conyugal pagada</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> <b>Interés de préstamo estudiantil</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> <b>Otro: Tipo</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?
<input type="checkbox"/> <b>Otro: Tipo</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> <b>Otro: Tipo</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> <b>Otro: Tipo</b> ¿Quién?                      ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?

**7. Cuéntenos sobre sus otros ingresos.** Algunos ejemplos de ingresos no salariales/otros ingresos incluyen, entre otros, desempleo, seguro social, pensiones, jubilación, ingreso por alquileres, ganancias de capital, regalías, donaciones financieras y ganancias/premios por apuestas.

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso no salarial?	¿Con qué frecuencia recibe ingresos esta persona? (anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona?
			\$
			\$
			\$

**¿Habrá cambios en el ingreso?**

<b>¿Usted o alguien que vive con usted tiene ingresos que cambian de un mes a otro?</b> Entre los ejemplos se incluyen: pérdida de empleo, disminución de horas, cambio en el empleo, cambio en la paga y/o solo trabaja algunos meses del año.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.		
Persona con cambios en el ingreso	¿Qué ingresos cambian?	¿Cuándo y por qué cambian?	Ingreso total de este año	Total de ingresos esperado para el año próximo
			\$	\$
			\$	\$

8. Información de atención de la salud.	
<b>¿Algún integrante del grupo familiar recibió servicios médicos dentro de los últimos 3 meses que no han sido pagados?</b>	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí, complete el cuadro a continuación. Es posible que podamos ayudar a pagar estas facturas.
Personas con facturas médicas no pagadas	Meses facturados

Liste todo seguro de salud público y privado, incluyendo la información de Medicare para usted y todas las personas que están viviendo con usted que estén solicitando asistencia médica.			
Personas cubiertas	Nombre de la compañía de seguro	Núm. de afiliado del seguro O bien el Núm. de reclamo de Medicare	Fecha de inicio



**9. Organización de atención gestionada (MCO).** Esta sección se aplicará si se determina que usted es elegible para Medicaid. Si es elegible para Medicaid, una de las cuatro organizaciones de atención gestionada (MCO) que se indican a continuación prestará sus servicios. Usted tiene la opción de elegir la MCO que le prestará servicios. Si no elige una MCO, el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México lo asignará una MCO de forma automática. Una vez que esté inscrito en una MCO, tendrá la opción de cambiar a una MCO diferente dentro de los 3 meses de inscripción.

**Información especial para integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos:**

**Si usted es integrante de los pueblos originarios de Estados Unidos, no es necesario que elija una MCO. Si decide no elegir una MCO, será inscrito automáticamente en el sistema Medicaid de pago por servicio (FFS). Si necesita servicios de atención a largo plazo o tiene Medicare, deberá elegir una MCO.**

Soy integrante de los pueblos originarios de Estados Unidos  Sí  NO

Si contestó sí, complete la sección para integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos o nativos de Alaska en la página que sigue.

Si contestó sí, indique si desea inscribirse en una organización de atención gestionada (MCO):  Sí  NO

**Si desea inscribirse en una MCO,** seleccione una a continuación.

**Blue Cross Community Centennial**

(866) 689-1523 [www.bcbsnm.com/community-centennial](http://www.bcbsnm.com/community-centennial)

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se seleccionen aquí deben inscribirse en esta MCO:

**Presbyterian Health Plan**

(888) 977-2333 [www.phs.org](http://www.phs.org)

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se seleccionen aquí deben inscribirse en esta MCO:

**Western Sky Community Care – Disponible a partir del 1ro de enero 2019**

(844) 543-8996 [www.westernskycommunitycare.com](http://www.westernskycommunitycare.com)

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se seleccionen aquí deben inscribirse en esta MCO:



**10. Firme esta solicitud.** Su representante autorizado también puede firmar aquí.

**Su firma hace que esta solicitud sea válida. Esta solicitud no puede ser procesada a menos que esté firmada. Su firma también indica lo siguiente:**

- Comprendo que hacer falsos testimonios o esconder información podría significar sanciones estatales y federales. He proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años por quienes presento las solicitudes.
- Si se solicita, entregaré pruebas de las cosas que informé al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HSD y permitiré que el HSD se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas.
- Dejaré que el HSD entregue información limitada a agencias aprobadas que ofrezcan asistencia relacionada para la cual podría reunir los requisitos.
- Comprendo que si recibo beneficios por los cuales no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD.
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras u otras maneras de revisar la información en este formulario.
- Sé que el HSD revisará el estado inmigratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado inmigratorio de cualquier integrante del grupo familiar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (INS) y esto podría afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios.
- Comprendo que debo cooperar con el control de calidad (QC). QC es parte del HSD. QC revisa los casos para asegurarse de que determinemos quién puede obtener ayuda de forma correcta.
- Tuve la oportunidad de revisar mis derechos y responsabilidades, incluyendo los derechos a una audiencia justa y más.
- FIDEICOMISOS: comprendo que si yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando beneficios, hemos establecido un fideicomiso o somos los beneficiarios de un fideicomiso, debo entregar al HSD una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. El HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE LA HERENCIA: comprendo que después de mi fallecimiento, el HSD puede presentar un reclamo contra mi herencia para recuperar los importes pagados por el estado o pagados en mi nombre por la asistencia médica brindada bajo el programa Medicaid. Este proceso se llama "Recuperación de la herencia". La recuperación de la herencia se requiere por la ley federal y estatal en la que el beneficiario de Medicaid tenga 55 años de edad o más y el estado haga pagos de asistencia médica en representación del mismo por los servicios de los establecimientos de atención residencial, servicios basados en el hogar y la comunidad y/o servicios hospitalarios y relacionados con medicamentos recetados. El importe recuperado por el HSD no excederá el importe de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- Comprendo que debo entregar al HSD todo el dinero que reciba por los servicios médicos que ya hayan sido pagados por Medicaid. De no hacerlo, yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando los beneficios, podría(n) perder la cobertura de Medicaid durante al menos un año y hasta que Medicaid haya recibido la devolución del importe total adeudado.
- Una persona que está solicitando o recibiendo Medicaid deberá asignar al HSD todos los derechos contra cualquiera y todas las personas por el apoyo médico o los pagos por los gastos médicos pagados por el solicitante o en nombre del solicitante y en nombre de cualquier otra persona para la que se realiza la solicitud o se recibe la asistencia.
- Para los padres que reúnen los requisitos para Medicaid: Sé que me solicitarán que coopere con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si creo que mi cooperación para recaudar la manutención médica dañará a mi persona o a mis hijos, puedo decirle esto a la División de Cumplimiento de Sosténimiento de Niños (CSED) y es posible que no tenga que cooperar. La falta de cooperación con el CSED podría resultar en la cancelación de mi elegibilidad para Medicaid.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y estoy de acuerdo a estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante o al beneficiario, no reasignaré ningún reclamo del proveedor, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d).
- Para **retirar** su solicitud para asistencia médica, coloque sus iniciales en esta casilla:

Firma del solicitante	Nombre del testigo (solo si el solicitante firma con una marca o la huella del pulgar)	Fecha
Firma del Representante autorizado del solicitante (si corresponde)	Firma del testigo (solo si el solicitante firma con una marca o la huella del pulgar)	Fecha

**12. Registro para votar.** La Ley de registro nacional de votantes le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. Usted decide si acepta esta ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado. **Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.**

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora?  SÍ  NO

Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido **no** registrarse para votar en este momento.

Firma	Fecha
-------	-------

Confidencialidad: Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. Si cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina del Secretario de Estado, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503 o llamando al 1-800-477-3632.

### Páginas de información para solicitar el programa

Puede mantener esta información para sus registros

#### 1. 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 HSD al (505) 827-7701, a través del dispositivo de telecomunicación para sordos de Nuevo México al 1-800-659-8331, o marcando 711. El HSD 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)

#### 2. 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)

#### 3. Confidencialidad

Toda la información que proporcionó al HSD es confidencial. Esta información se proporcionará a los empleados del HSD, que la necesitan para administrar los programas cuyos beneficios ha solicitado. Es posible que la información confidencial se comparta con otras agencias federales y estatales. Toda la información se usará para determinar la elegibilidad o proporcionar servicios. Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas prófugas de la justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si se hace un reclamo en contra de su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social (SSN), podrían remitirse a agencias federales y estatales, como así también a agencias privadas de cobranza de reclamos para las medidas de cobro.

Solo debe proporcionar la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los integrantes del grupo familiar para los cuales está solicitando beneficios. Para solicitar beneficios no es necesario que sea ciudadano estadounidense. Recibir beneficios de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su situación migratoria, sus SSN ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos debido a que parte de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Podrían haber disponibles ciertos beneficios para personas sin un SSN; consulte a la ISD. La información migratoria no se compartirá con ninguna agencia de control de inmigración.

El HSD asimismo verificará con otras agencias, el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de Asistencia Pública (PARIS) la información que usted proporcione. Esta información podría afectar la elegibilidad de su grupo familiar y el importe de los beneficios. (Revisado el 09/10/15)

#### 4. División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños

Al aceptar asistencia médica, usted otorga al HSD los derechos para cobrar el sostenimiento de niños al padre/madre ausente del niño. Usted debe ayudar al HSD a encontrar al padre/madre ausente a menos que exista una buena razón por la cual no deba hacerse esto, como violencia doméstica; consulte al trabajador del caso. Si se decide que usted debe trabajar con la División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños (CSED) para establecer o hacer cumplir el sostenimiento de niños y no lo hace, los adultos en su grupo familiar podrían perder su asistencia médica. (Revisado el 9/10/15)

#### 5. Entrevista

Los programas de asistencia médica que puede solicitar presentando esta solicitud **no** requieren una entrevista.

#### 6. Información de prueba

El HSD revisará las fuentes de datos electrónicos para ver si puede verificar sus ingresos y demás información que proporcionó en esta solicitud sin requerir documentación en papel. Si el HSD no puede verificar su ingreso y demás información a través de las fuentes de datos electrónicos, entonces le solicitará que proporcione prueba de la información que proporcionó en la solicitud. Recibirá una carta por correo solicitando esta información. Si necesita más tiempo para entregar las pruebas al HSD, puede solicitarlo comunicándose con la ISD.

Vea a lista en la próxima página sobre qué información podría verificar el HSD y los ejemplos de pruebas que se le podrían solicitar a usted que presente.

Verificación de:	Ejemplos de pruebas que el HSD podría solicitarle que presente
Dónde vive	Factura de servicios públicos, acuerdo de alquiler, carta dirigida a usted al domicilio que brindó en su solicitud
Número de seguro social (SSN)	Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y SSN
Identidad, relación y edad	Licencia de manejar, tarjeta del Seguro Social, certificado(s) de nacimiento o bautismo, registros de ciudadanía o naturalización, registro del censo indígena, certificado de sangre indígena (CIB), registros gubernamentales, registros judiciales, tarjeta de registro de votante, documentos de divorcio, pasaporte de los EE. UU., registros escolares o de guardería, pólizas de seguro, registros eclesiásticos o biblia familiar, carta de un médico, de un funcionario religioso o escolar o alguien que lo conoce a usted, el parentesco suyo con el niño y conoce la fecha de nacimiento del niño.
Ciudadanía estadounidense	Para asistencia médica, el gobierno federal requiere que las personas tengan ciertos documentos originales o copias certificadas que verifiquen la ciudadanía. Todo documento original será copiado y devuelto.
Situación migratoria	Si es extranjero y está solicitando asistencia médica, podría tener que presentar registros originales o copias certificadas del original del USCIS (ex INS).
Discapacidad	Registros médicos indicando cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.
Embarazo	No necesita proporcionar documentación para verificar su embarazo.
Asistencia escolar	No necesita proporcionar documentación para verificar su asistencia escolar.
Estudiante universitario	No necesita proporcionar documentación para verificar su asistencia universitaria.
Ayuda económica para estudiantes	Se le podría requerir que proporcione una carta de la oficina de ayuda financiera de la escuela indicando qué tipos e importes de ayuda financiera y los costos que deberá pagar para su educación.
Ingreso: el período de 30 días más reciente o todo lo del último mes	<b>Ingreso ganado:</b> Talones de pago o una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es trabajador independiente, se le podrían solicitar sus registros de impuestos sobre la renta, registros comerciales o registros del salario personal.  <b>Ingreso no salarial:</b> Copias de sus cheques o una carta del Seguro Social, Compensación por desempleo, Compensación para trabajadores, Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos Indígenas, Jubilación de empleados públicos, etc.  Se podrían aceptar verificaciones alternativas; hable con su trabajador del caso.
Pérdida de un empleo: los últimos 60 días	Carta del empleador
Seguro de salud	Tarjeta de ID. o carta de su compañía de seguro
Medicare Parte A	Tarjeta de ID. o carta de la Administración del Seguro Social

## 7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos

Muchos inmigrantes pueden obtener Medicaid si residen en Nuevo México. Algunos inmigrantes deben mantener un estado en particular durante 5 años antes de poder obtener Medicaid. Hay muchas excepciones. Cualquier residente legal menor de 21 años o cualquier mujer embarazada que cumpla con todos los demás requisitos puede obtener Medicaid de inmediato. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso aunque no tenga un estado migratorio que lo haga elegible para Medicaid, es posible que pueda obtener Medicaid para emergencias. Solicite más información a un trabajador de caso. Mantenemos la privacidad de su información y solo la compartimos con otras agencias del gobierno con el fin de ver para qué programas es elegible. Los inmigrantes con uno de los estados siguientes pueden ser elegibles para Medicaid si cumplen otros requisitos del programa:

1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (Titular de LPR/Tarjeta Verde)	3 – Asilado	4 – Refugiado	5 – Inmigrante cubano o haitiano	6 – Goza de libertad condicional concedida dentro de los EE. UU. (por lo menos un año)
7 – Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	8 – Cónyuge, menor o padre/madre maltratado	9 – Víctima de tráfico y su cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre	10 – Se concedió la suspensión de deportación o la suspensión de remoción	11 – Miembro de una tribu de Indios reconocida federalmente o Indio Americano nacido en Canadá	12 – Inmigrante especial afgano o iraquí
13 – Americano-asiático	14 – Personas cuya situación no es de inmigrante (incluyendo visas de trabajo, visas de estudiantes y ciudadanos de Micronesia, las Islas Marshal y Palau)	15 – Goza de libertad condicional concedida dentro de los EE. UU. (por menos de un año)	16 – Estado de protección temporal (TPS)	17 – Salida obligatoria diferida (DED)	18 – Estado de acción diferido
19 – Residente legal temporal (LTR)	20 – DHS otorgó una estadía o remoción administrativa	21 – Se otorgó la Suspensión de remoción en el marco de la Convención contra la tortura (CAT)	22 – Residente de Samoa Americana	23 – Solicitante de estado de inmigrante especial juvenil	24 – Solicitante para ajuste a estado de LPR con una petición de visa aprobada
25 – Solicitante de visa por víctima de tráfico	26 – Solicitante de asilo (con documento de autorización de empleo (EAD) o menores de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	27 – Solicitante de suspensión de deportación o suspensión de remoción (con EAD o menores de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	28 – Solicitante a través de registro (con EAD)	29 – Orden de supervisión (con EAD)	30 – Solicitante para suspensión de remoción o suspensión de deportación (con EAD)
31 – Solicitante para legalización en el marco de IRCA (con EAD)	32 – Solicitante para estado de protección temporal (TPS) (con EAD)	33 – Legalización en virtud de la Ley LIFE (con EAD)	34 – Otro/no está seguro		

## 8. Derechos de audiencia justa

Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión tomada por el HSD respecto de su solicitud o beneficios. En la audiencia, tendrá la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo. Cada vez que no esté de acuerdo con una decisión tomada en su caso, tiene el derecho de solicitar una audiencia justa con un funcionario que tenga la obligación por ley de revisar los hechos de cada caso de manera justa y objetiva y darle una oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo.

Puede solicitar una audiencia justa cuando solicite los beneficios y se le denieguen; cuando no esté de acuerdo con una decisión en su caso; cuando crea que sus beneficios no se determinaron de forma correcta; o se hizo un cambio y no está de acuerdo.

Tiene 90 días desde la fecha del aviso para solicitar una audiencia justa. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días de la fecha del aviso, continuará obteniendo el mismo importe de beneficios que recibía antes de que tomemos la medida de este aviso. Podría continuar obteniendo estos beneficios hasta que el HSD tome una decisión sobre su caso, a menos que se haga otro cambio en su caso. Es posible que los cambios en los beneficios se realicen después de que usted haya pedido una audiencia si el motivo del cambio es diferente del motivo de la audiencia. Si pierde la audiencia, quizás deba pagar los beneficios que recibió mientras el HSD decidía sobre su caso. Usted no tiene derecho a una audiencia justa si la decisión del HSD que está cuestionando fue el resultado de un cambio federal o estatal masivo.

Puede solicitar una audiencia justa de las siguientes maneras:

- Complete y devuelva la parte inferior del aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local de la ISD o al Centro de atención al cliente al 1-800-283-4465, o
- Escriba a la Junta de Audiencias Justas del HSD a HSD, PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348, o
- Llame a la Junta de Audiencias Justas del HSD al (505) 476-6213.

Si no está de acuerdo con una decisión por parte del Mercado de seguros de salud de Nuevo México (NMHIX), puede apelar la medida comunicándose con el NMHIX al 1-800-318-2596 e informando al NMHIX que usted cree que se debería reconsiderar su medida. Puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de apelación.

Luego de que solicite una audiencia justa, el HSD o el NMHIX le enviarán una carta indicándole la fecha, hora y lugar donde se llevará cabo su audiencia. Las audiencias del HSD generalmente se realizan en la oficina de la ISD. Un oficial de audiencia de la Junta de Audiencias Justas del HSD o el NMHIX realizarán la audiencia. Antes de la audiencia, usted o su representante pueden ver su registro del caso y cualquier prueba que se usará para decidir su caso. Usted dirá por qué considera que la decisión del HSD o del NMHIX es incorrecta. Puede presentar testigos y pruebas. Puede cuestionar a la oficina del condado o al NMHIX sobre la medida tomada o la prueba presentada. Puede representarse solo o puede ser representado por un amigo, integrante del grupo familiar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede recibir asistencia legal gratuita, llame al 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).

Luego de la audiencia, el funcionario de audiencia preparará un informe. El Director de la División del HSD o el Director del NMHIX decidirán si la medida fue correcta o incorrecta. Después de que se haya decidido su caso, se le enviará una carta indicándole sobre la decisión y por qué se tomó dicha decisión. (Revisado el 01/11/18)

## **9. Después de que presenta su solicitud**

### ***¿Cuánto tardarán en aprobar o rechazar mi solicitud?***

La mayoría de las solicitudes de Medicaid deben ser procesadas a más tardar en 45 días calendario desde la fecha de la solicitud. Si la Unidad de Determinación de Incapacidad (DDU) requiere una determinación de incapacidad, entonces el HSD tiene hasta 90 días para procesar su solicitud.

### ***¿Desde qué fecha recibiré Medicaid?***

Si es aprobado, recibirá Medicaid desde el primer día del mes en el que lo solicita. Es posible que sea elegible para recibir cobertura de Medicaid por hasta los 3 meses previos.

### ***¿Cómo obtendré mis beneficios?***

Su organización de atención gestionada (MCO) le enviará por correo una tarjeta de Medicaid dentro de los 20 días de la aprobación. Si no tiene una MCO, entonces el HSD le enviará por correo una tarjeta. Su médico puede buscar su Medicaid antes de que reciba una tarjeta por correo. Puede recibir los servicios cubiertos tan pronto como sea aprobado. Llame a su MCO para averiguar sobre sus servicios cubiertos. Si no tiene una MCO, llame al HSD al 1-888-997-2583.

### ***¿Durante cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de renovarlos?***

Su Medicaid será aprobado por 12 meses. Debería informar sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad dentro de los 10 días; ver a continuación.

### ***¿Debo informar los cambios?***

Los beneficiarios de Medicaid tienen la obligación de informar ciertos cambios que pudieran afectar su elegibilidad con la ISD dentro de los 10 días desde que ocurrió el cambio. Los cambios que debería informar incluyen los siguientes:

1. **Arreglos de vivienda o cambio de domicilio:** Informar cualquier cambio en el que vive o recibe el correo un beneficiario elegible.
2. **Tamaño del grupo familiar:** Informar cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar, incluyendo la muerte de una persona que está incluida en el grupo familiar y/o cualquier embarazo de las integrantes del grupo familiar.
3. **Enumeración:** Informar todo número de seguro social de las personas que reciben beneficios de Medicaid en el hogar, incluyendo cualquier recién nacido que reciba Medicaid.
4. **Ingreso:** Informar todo aumento o reducción en el importe del ingreso. Para algunas categorías de Medicaid, como niños y mujeres embarazadas, los cambios en el ingreso no afectan la elegibilidad hasta la fecha de renovación.
5. **Recursos:** Solo se requiere informar los cambios en sus posesiones (como ser propiedades o dinero en el banco) para Atención Institucional, Exenciones, Personas discapacitadas que trabajan, Extensión de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) y Programa de Ahorros de Medicare Medicaid.

# Formulario de cobertura del empleador

No necesita contestar estas preguntas a menos que alguien en su grupo familiar reúna los requisitos para la cobertura de salud de un empleo, incluso si no acepta la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

**No completar este formulario no demorará su solicitud para otros beneficios como la asistencia de alimentos, asistencia en efectivo o Medicaid.**

La solicitud del Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX) hace preguntas acerca de cualquier cobertura de salud disponible a través de su empleo actual (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre/madre o cónyuge) para determinar si podría obtener ayuda para pagar el seguro de salud. Use este formulario para obtener la información que necesita de su empleador que le ofrece cobertura médica. El NMHIX verificará esta información, por lo tanto es importante que sea exacta. Si tiene más de un empleo que ofrece cobertura médica, use un formulario separado para cada empleador.

## Información del empleado

El empleado debe completar esta sección. Escriba la información del empleado, luego puede solicitar al empleador la información a continuación.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre y apellido)	Número de Seguro Social del empleado
--	--------------------------------------

## Información del empleador:

Solicite esta información al empleador.

Nombre del empleador	Número de identificación del empleador (EIN)
----------------------	--

Dirección del empleador	Número de teléfono del empleador ( ) -
-------------------------	---

Ciudad	Estado	Código postal
--------	--------	---------------

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura médica para este empleo?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo electrónico: \_\_\_\_\_

## Cuéntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador

Este empleado no es elegible para la cobertura bajo el plan de este empleador.

Este empleado es elegible para cobertura bajo el plan de este empleador el \_\_\_\_\_ (Fecha de inicio).

Escriba los nombres de cualquier otra persona que reúna los requisitos para la cobertura de este empleo:

¿Cuál es el nombre del plan de salud unipersonal de menor costo en el que se podría inscribir a este empleado en este empleo? (Solo considere planes que cumplan el "valor estándar mínimo" establecido por la Ley de cuidado de salud asequible.) Nombre: \_\_\_\_\_

Ningún plan cumple el "valor estándar mínimo"



¿Cuánto debería pagar el empleado en concepto de primas para ese plan?

\$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semanalmente  Cada 2 semanas  Dos veces por mes  Mensualmene  
 Anualmente  Otro\_\_\_\_\_

¿Qué cambio, de haber alguno, hará el empleador para el nuevo año del plan?

- Ningún cambio.
- El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
- El empleador comenzará ofreciendo cobertura de salud para empleados o cambios en la prima por el plan de menor costo que cumpla con el valor estándar mínimo.

Fecha del cambio, si corresponde: \_\_\_\_\_

INFORMACIÓN PERSONAL					Protegido: Vea Aviso de Privacidad*	
1	NOMBRE: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre o inicial	Género	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
DIRECCIÓN FÍSICA DONDE VIVE AHORA						
2	Domicilio	Apartamento, Unidad o N.º de lote		Ciudad	Código postal	
DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA (si es diferente a la anterior)						
3	Domicilio	Ciudad			Código postal	
4	Si va a cambiar su nombre en esta solicitud, ¿bajo qué nombre completo estaba registrado anteriormente? Apellido, Primer nombre, Segundo nombre			5	Dirección de correo electrónico (*opcional)	
PARTIDO POLÍTICO			NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (opcional)		EMPLEADO EN URNA ELECTORAL	
6	TENGA EN CUENTA: Debe nombrar a un partido político principal para votar en las elecciones primarias.	Partido	Si elige SIN PARTIDO, marque esta casilla. <input type="checkbox"/>	7	Para fines electorales, ¿puede el Secretario del Condado hacer público este número de teléfono? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Le gustaría prestar servicios en el distrito electoral el día de las elecciones? <input type="checkbox"/> SÍ
8	Por la presente lo autorizo a cancelar mi registro anterior en el siguiente condado y estado.	Ciudad o Pueblo		Condado	Estado	
Conteste las siguientes preguntas:						
9	¿Es usted ciudadano estadounidense? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Tendrá 18 años cumplidos día de la próxima elección general? Si marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario. Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente esta en libertad condicional o probación supervisada, no llene este formulario.			CERTIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN Juro/afirmo que soy ciudadano estadounidense y residente del estado de Nuevo México; que ningún tribunal me ha negado el derecho de votar por motivo de incapacidad mental; que tengo o tendré al momento de las próximas elecciones 18 años de edad y, si he sido condenado por un delito grave, he completado todas las condiciones de la libertad condicional y bajo palabra supervisada, he cumplido la totalidad de una sentencia o he recibido el indulto del gobernador. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de todo registro anterior para votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información que brindé es correcta.		
				➔ FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE EN LA LÍNEA A CONTINUACIÓN:		
10	Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario:	N.º DE ID DE VRA				
NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS – SOLO PARA USO OFICIAL						
Accepted for filing in County Registration Records					PCT.	MUN.
Date _____ / _____ / _____ County Clerk _____ Filing Clerk _____					PRC. DIST.	REP. DIST.
					SEN. DIST.	SCHOOL
					C.C.	

A FIN DE PROCESAR SU CERTIFICADO DE REGISTRO, DEBE COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

RECIBIRÁ UNA CONFIRMACIÓN POR CORREO DE SU REGISTRO DE PARTE DEL SECRETARIO DEL CONDADO.

### \* AVISO DE PRIVACIDAD

Su número del Seguro Social y fecha de nacimiento se requieren para registrarse para votar. De conformidad con las leyes de Nuevo México, el secretario de estado, secretario del condado o cualquier otro agente o funcionario de registro no pueden dar a conocer al público el número del seguro social o la fecha de nacimiento de un votante. Una persona que ilegalmente copie, transmita o use la información de un certificado de registro es culpable de un delito en cuarto grado. Consulte NMSA, 1978 § 1-4-5 y NMSA, 1978, 1-4-5.4.

De conformidad con NMSA 1978 § 1-5-14(D) los archivos de los votantes proporcionados al público no incluirán la dirección de correo electrónica.

### USE ESTA ÁREA ÚNICAMENTE SI VIVE EN UNA RESIDENCIA SIN DIRECCIÓN FÍSICA

Si la dirección donde usted vive ("Dirección física") es una de las siguientes:

- una dirección rural
- una dirección sin calle
- un lugar no tradicional

En el espacio que se proporciona a la derecha, debe dibujar un mapa de donde usted vive en relación con hitos locales, como caminos, escuelas, iglesias, tiendas, etc. Esto ayudará al secretario del condado a determinar el recinto electoral correcto que le corresponde.

Además, en el espacio a continuación "DESCRIPCIÓN DE LA DIRECCIÓN RURAL", describa lo siguiente:

1. el número real del camino estatal o del condado en el que está situada su residencia y de qué lado del camino está (este, oeste, norte, sur);
2. el número de los caminos estatales más cercanos que crucen su camino (en ambas direcciones desde cualquier lado de su casa), o los nombres de hitos identificables;
3. la distancia y dirección que usted viajaría desde su casa para llegar a estos caminos;
4. la distancia que recorrería para llegar a su casa si usted vive en un camino privado que es una extensión de un camino público (tenga en cuenta en cuál extremo del camino público empieza su camino, este, oeste, norte o sur).

EJEMPLO RD 678, lado norte, 1 milla al este de RD 615  
-O-

RD 73, lado oeste, 1 milla al norte de la tienda Smith y 4 millas al sur de RD 698

5. la dirección rural emitida por el condado que se asignó a la residencia física donde usted vive ahora:

EJEMPLO 3251 CR W Grady, NM 88120

Esta dirección también puede usarse en el Bloque 2 "DIRECCIÓN FÍSICA DONDE USTED VIVE AHORA" al reverso de este formulario.

MAPA

N  
O + E  
S

DESCRIPCIÓN DE LA DIRECCIÓN RURAL

TODOS LOS FORMULARIOS DE REGISTRO DE VOTANTES DEBEN INCLUIR UNA DIRECCIÓN POSTAL EN EL CUADRO 2 O EL CUADRO 3 AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.