

## Hoja de Información para la Solicitud de Asistencia



### **Beneficios del Departamento de Servicios Humanos:**

**Medicaid:** Provee atención médica para ciertas personas y familias con bajos ingresos y recursos. Dependiendo de sus ingresos y recursos usted puede calificar para los beneficios completos o parciales.

#### **Programa de Ahorros de Medicare:**

Beneficio de Medicaid que proporciona ayuda con el pago de la Parte A (seguro de hospital) y / o primas de Medicare Parte B (seguro médico), y deducciones de Medicare.

#### **Programa de Asistencia de Nutrición**

**Supplemental (SNAP):** Ayuda a muchas familias de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse miembros saludables y productivos de la sociedad.

**Asistencia en Efectivo:** Provee asistencia en efectivo para familias, los niños necesitados dependientes y adultos con incapacidad

#### **Programa de Asistencia De Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP):**

Ayuda a familias e individuos elegibles de bajos ingresos con sus gastos de calefacción y refrigeración.

**Solicite los beneficios mencionados anteriormente en línea al:**

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

o

**Mande su solicitud completa y firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica o envíela**

**a:**

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



#### **Mercado de Seguros Médicos**

- El Mercado es una manera de comprar y comparar los planes de seguro de salud para los individuos y las familias que no son elegibles para Medicaid.
- Usted puede calificar para un programa que le puede ayudar a pagar por seguro de salud, incluso si usted gana hasta \$94,000 al año (para una familia de 4).
- Nuevos subsidios de impuestos que pueden ayudar a pagar inmediatamente las primas para la cobertura de salud pueden estar disponibles.

**Para solicitar un seguro médico a través del Mercado de Seguros Médicos, usted puede ir a:**

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

o

Llame: 1-855-996-6449  
TTY: 1-855-889-4325

## SOLICITUD PARA ASISTENCIA

Seleccione los programas de asistencia cuales usted está solicitando: (adultos que no buscan ayuda para sí mismos pueden solicitar de parte de otros miembros del hogar)		Programas de Asistencia
<input type="checkbox"/>	<p><b>MEDICAID</b></p> <p>(Si usted o su familia no califican para Medicaid, su solicitud será enviada automáticamente al mercado de seguros médicos donde usted o su familia puede ser elegible para otros programas de seguros médicos de bajo costo.)</p>	<p>Dependiendo de los ingresos y recursos un individuo puede calificar para los beneficios completos o parciales. Los siguientes son los tipos de Medicaid para cuál usted puede calificar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacidos</li> <li>• Los niños de hasta 18 años de edad</li> <li>• Padre(s)/Guardián(es)</li> <li>• Mujeres embarazadas</li> <li>• Adultos con bajos ingresos</li> <li>• Servicios de emergencia para extranjeros</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Completar Secciones 1-10 y 16</b></p>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Individuos ancianos, ciegos e incapacitados</li> <li>• Individuo trabajando y discapacitado</li> <li>• Cuidado institucional</li> <li>• Programa de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar</li> </ul> <p style="text-align: right;"><b>Completar Secciones 1-10,12,13 y 16</b></p>
		<p><b>MERCADO DE SEGUROS MÉDICOS</b></p> <p>El Mercado es una manera comprar y comparar los planes de seguro de salud. Los individuos y las familias que no son elegibles para Medicaid, pueden ser elegibles para recibir un nuevo subsidio de impuesto que puede ayudar a pagar inmediatamente las primas de seguro de salud.</p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE</b></p>	<p>Beneficio de Medicaid que proporciona ayuda con el pago de la Parte A (seguro de hospital) y / o primas de Medicare Parte B (seguro médico), y deducibles de Medicare.</p> <p><b>Completar Secciones 1-6, 9,12,13 y 16</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>PROGRAMA DE ASISTENCIA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL (SNAP)</b></p>	<p>El Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP) ayuda a muchas familias de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse miembros saludables y productivos de la sociedad. Beneficios de SNAP son fáciles de usar al comprar alimentos en su supermercado.</p> <p><b>Completar Secciones 1-3, 5-8,11,12,14 y 16</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO</b></p>	<p>Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), conocido en Nuevo México como NM Trabaja, proporciona asistencia en efectivo a las familias que califican.</p> <p style="text-align: center;">o</p> <p>Asistencia general puede proporcionar ayuda en efectivo para los niños necesitados dependientes y adultos con incapacidad que no son elegibles para asistencia bajo el programa de asistencia en efectivo que es igualado federalmente, tales como Nuevo México Trabaja (NMW) o el programa federal de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).</p> <p><b>Completar Secciones 1-3, 5-8, 11,12,14 y 16</b></p>
<input type="checkbox"/>	<p><b>Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)</b></p>	<p>El Programa de Asistencia de Energía Para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ayuda a familias e individuos elegibles de bajos ingresos con sus gastos de calefacción y refrigeración.</p> <p><b>Completar Secciones 1-3,5-8,12,13 y 16</b></p>

<b>Sólo para uso oficial / Official Use Only</b>	Status	Former Recipient:	Expedite:	Cat.	Application Date	Date Mailed	Date Received
	<input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Redetermination	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No				

► **Díganos si necesita:**  ¿Ayuda para llenar esta solicitud?  ¿Ayuda gratuita con el idioma? Idioma \_\_\_\_\_  Transporte  Acomodo especial debido a una incapacidad

► **Díganos por qué prefiere una entrevista por teléfono** (escoja uno)

Incapacidad  Enfermedad

Edad 60+  Trabajando 20 o más horas / semana  Cuidando a un niño menor de 6 años  Cuidando a otros

Vive lejos de la oficina  Transporte  Mal tiempo  Otro:

**1. Díganos sobre usted:**  
Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o para obtener la información necesaria, póngase en contacto con su oficina local de ISD. Si usted solicita de parte de otra persona, complete esta sección para esa persona.

Primer nombre, inicial del segundo nombre, Apellido	Correo electrónico	Mejor hora para llamar
Dirección	Ciudad	Condado
	Estado	Código Postal
		Número de Teléfono ( )

*Si su dirección postal es diferente, por favor llene a continuación. Si no, deje en blanco.*

Dirección o de PO Box	Ciudad	Estado	Código Postal
¿Es usted un residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene la intención quedarse 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	
¿Quiere recibir información por vía electrónica? Si quiere recibir, por favor, rellene su dirección de correo electrónico arriba.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**2. Persona Que lo Representa (Representante Autorizado o Tutor Legal)**  
El representante autorizado podría ser o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el procesamiento de la solicitud o para cumplir con los requisitos de reportes. La designación de un representante autorizado debe hacerse por escrito.

¿Usted quiere que esta persona:  ¿Solicite beneficios en su nombre?  ¿Utilice su beneficio? (Sólo beneficios de SNAP y asistencia en efectivo)

Nombre de la persona(s) autorizada(s)	Dirección de Correo	# de Teléfono Preferido / TDD
		( )
		( )

**3. Díganos sobre la gente que vive con usted:**

Por favor, liste a todos que viven en su hogar, incluso si usted no desea solicitar para ellos. Sólo tiene que dar información de ciudadanía de los EE.UU. y el número de seguro social para los miembros de la familia para quien está solicitando. Recuerde que usted no tiene que ser ciudadano de los EE.UU. para solicitar. Recibir SNAP/COMIDA, asistencia de energía o médica no evitará que usted se convierta en un residente permanente legal o ciudadano de los EE.UU.. Inmigrantes que no son ciudadanos que no solicitan asistencia por sí mismos no tienen que dar información de estatus migratorio, números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, deben dar prueba de sus ingresos y cosas que poseen debido a que parte de sus ingresos y cosas que poseen pueden contar hacia la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Ciertos beneficios pueden ser disponibles para las personas sin número de Seguro Social, pregúntele a ISD. Si es necesario, use una hoja de papel adicional para los miembros del hogar adicionales que no caben en esta página.

Anote los nombres y la información para usted y <u>todas</u> las personas que viven con usted:						<u>Llene esta sección SÓLO para cada persona que está solicitando beneficios.</u>			
Nombre (Primer Nombre y Apellido)	Parentesco	Sexo M/F	Fecha de Nacimiento	Raza y etnicidad (Opcional)	SSN # (Opcional para no-solicitantes)	Ciudadano de EE.UU. S / N	¿Estatus de inmigrante legal? S/N	¿Va a declarar sus impuestos federales del año en curso? S/N	¿Va a reclamar a esta persona en la declaración de impuestos del año en curso? S/N
1.	(sí mismo)								
2.									
3.									
4.									

5.									
6.									
7.									
8.									

Datos raciales y étnicos en los hogares participantes son voluntarios, no afectará a la elegibilidad o la cantidad de beneficios que su hogar va a recibir. Se les recomienda a los indígenas americanos a identificarse como tal porque los indígenas americanos tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. La razón por la cual le pedimos a todos por información racial y étnica es para asegurar que los beneficios se distribuyen sin distinción de raza, color u origen nacional.

Usted tiene el derecho de someter solicitud hoy, por favor no se demore. Beneficios de SNAP / COMIDA empiezan a partir de la fecha de su solicitud. Para comenzar el proceso, sólo tiene que llenar la sección 1 y firmar. Para recibir ayuda, debe completar toda la solicitud. Usted puede traer, enviar o mandar por fax la solicitud a la oficina del condado de ISD.

► Firmar Aquí X \_\_\_\_\_ Fecha de Hoy \_\_\_\_\_

**4. Por favor conteste estas preguntas de ingresos de impuestos federales sobre la gente listada en la sección 3 que NO será reclamada como dependiente de impuestos si están en otra declaración de impuestos del solicitante \* Solicitante todavía puede obtener Medicaid si no declara los impuestos federales.**

Enumere cada individuo con declaración de impuestos y sus dependientes que están indicados en la solicitud, a continuación

Pagador de impuestos 1. \_\_\_\_\_ Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

Pagador de impuestos 2. \_\_\_\_\_ Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

Pagador de impuestos 3. \_\_\_\_\_ Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

Nombre del dependiente: \_\_\_\_\_; Parentesco: \_\_\_\_\_

**5. Por favor conteste estas preguntas sobre la gente listada en la sección 3 que solicita cobertura de seguro médico.**

Liste a todas las personas que solicitan cobertura que tienen el estatus de inmigrante legal y llene la información a continuación.

¿Quién? \_\_\_\_\_; Tipo de Documento \_\_\_\_\_; Número de ID: \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_; Tipo de Documento \_\_\_\_\_; Número de ID: \_\_\_\_\_

¿Quién? \_\_\_\_\_; Tipo de Documento \_\_\_\_\_; Número de ID: \_\_\_\_\_

¿El solicitante que no es ciudadano ha vivido en los EE.UU. desde 1996? ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Hay un solicitante que no es ciudadano o hay un cónyuge o padre que es un veterano o en servicio activo en el ejército de EE.UU.?

¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Hay un solicitante que recibe beneficios en otro estado? Si, Sí, ¿Quién? \_\_\_\_\_

Sí  No

¿Está alguno de los solicitantes viviendo o está por entrar a un hogar de ancianos, enfermos, hospital o centro de tratamiento? ¿Quién? \_\_\_\_\_

Sí  No

Si, Sí, que tipo de institución:  Casa/ institución de ancianos/enfermos  Hospital  PACE

Centro de Atención Intermedia para Personas con Retraso Mental (ICFMR)  Otro: Si otro ¿dónde? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien incapacitado? ¿Quién? \_\_\_\_\_

Sí  No

¿Hay un solicitante en el hogar que recibe Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? ¿Quién? _____ ¿Cuál Estado? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay alguien en el hogar que está embarazada? ¿Quién? _____ ¿Cuántos bebés se esperan de este embarazo? _____ Fecha Prevista del Parto: _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Nombre del padre del bebé no nacido? (opcional) _____	
¿Hay alguien que ha recibido una carta de <b>Libertad Primaria de Selección</b> para una Exención de Servicios Basados en la Comunidad y el Hogar? Si hay, ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Hay algún solicitante que fue receptor del cuidado de crianza bajo la edad de 26 años? Si lo hay, ¿Quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

## 6. Díganos sobre sus ingresos ganados

Nota: Si se le ofrece un seguro médico de un empleador, por favor rellene el siguiente formulario de Cobertura de Empleador adjunta a esta solicitud

¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido ingreso del trabajo o espera recibir ingresos este mes? Si es así, por favor completar la tabla siguiente.				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No sé	
Persona con ingresos	¿Promedia de Horas Trabajadas?	¿Ingresos de? (trabajo, trabajo por cuenta propia, otro trabajo)	¿Cada cuando recibido? (Anual, Mensual, Bisemanal, Semanal, etc.)	¿Cuánto reciben?	¿Este empleador ofrece Seguro de Salud? (S/N) Si contestó sí complete el formulario de la cobertura del empleador en la página 16.
				\$	
				\$	
				\$	
				\$	

## Díganos Sobre Sus Otros Ingresos:

**Ejemplos de ingresos no devengados del trabajo incluyen, pero no están limitados a:** el desempleo, Seguro Social, pensiones, la jubilación, los ingresos de rentas, los pagos de veteranos, sostenimiento de niños, el dinero indígena, ganancias de capital, dividendos / intereses y los pagos per cápita.

Persona con ingreso	¿De dónde viene el Ingreso no devengado de un trabajo?	¿Cada cuando recibido? (Anual, Mensual, Bisemanal, Semanal, etc.)	¿Cuánto reciben?
			\$
			\$
			\$

## 7. ¿Habrá Cambios en los Ingresos?

¿Usted o alguien que vive con usted tiene cambios en los ingresos que no son constantes de mes a mes?  Sí  No  
**Ejemplos incluyen:** pérdida de empleo, reducción de horas, cambio de trabajo, cambio de pago y / o trabajando sólo algunos de los meses del año  No sé

Persona	Ingresos	Cuando	Por qué

**¿Deducciones?** (Solamente si está solicitando Medicaid o el Mercado de Seguros Médicos)

Si usted paga por ciertas cosas que se pueden deducir en la declaración de impuestos federales, díganos acerca de esas cosas.

- Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Deducciones IRA \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo de estudiante \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otro: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otro: Tipo \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**8. Padres que no viven con sus hijos**

Con la aceptación de la asistencia médica para sus hijos, usted asigna (otorga) HSD derechos para cobrar manutención de un padre ausente. Por favor escriba toda la información para los padres de sus hijos que no viven con usted:

Si usted piensa que cooperar para recolectar apoyo médico le hará daño a usted o a sus hijos, es posible que no tenga que cooperar.  Sí  No

¿Es algún solicitante una víctima de violencia familiar?

Nombre del niño	Nombre de padre ausente (opcional)

**9. Información de Atención Médica** (Si solicita Medicaid o el Mercado de Seguros Médicos)

¿Alguien en su hogar ha recibido servicios médicos en los últimos 3 meses que no han sido pagados?  Sí  No

Si es sí, indique los miembros que tienen las cuentas y para cuales meses. Puede ser que nosotros podamos ayudar a pagar estas cuentas.

a. \_\_\_\_\_; b. \_\_\_\_\_; c. \_\_\_\_\_

¿Alguien en su hogar tiene seguro de salud?  Sí  No

Si es así, indique la información de los seguros de salud privados y públicos incluyendo a Medicare para usted y todas las personas que viven con usted.

Personas Cubiertas	Nombre de la compañía de seguros	# de Reclamo de Medicare o # de ID de Miembro de Seguro	Fecha de inicio

**10. Organización de Cuidado Administrado (MCO)** (Si usted está solicitando Medicaid a partir del 01 de diciembre 2013) Esta sección SÓLO aplica si se encuentra ser elegible para Medicaid.

A partir del 1 de enero 2014 los servicios de Medicaid serán proporcionados por las cuatro organizaciones de cuidado administrada (MCO (s) se enumeran a continuación. Usted tiene la opción de cual MCO proporciona sus servicios. Si usted no elige una MCO antes del 1 de enero de 2014, se le asignará automáticamente a una MCO por el Estado. Una vez que está inscrito con una MCO, usted tendrá la opción de cambiar de MCO dentro de 90 días de inscripción.

**Información especial para indígenas Americanos sobre organizaciones de cuidado administrado**

**Si usted es un indígena Americano, usted no es requerido a escoger una MCO. Si usted está con la necesidad de servicios de atención a largo plazo o tiene Medicare tendrá que escoger una MCO.**

Yo soy indígena americano.  Sí  No (Si es así, por favor llene la sección de información de indígena americano o indígena de Alaska después de esta sección)

¿Quiere inscribirse en una organización de cuidado administrado?  Sí  No (Si quiere inscribirse, favor de seleccionar una MCO a continuación)

**Blue Cross Blue Shield (BCBS)**

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

o

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con BCBS: \_\_\_\_\_

**Molina Healthcare of New Mexico**

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

o

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con Molina: \_\_\_\_\_

**Presbyterian Health Plan**

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

o

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con Presbyterian: \_\_\_\_\_

**United Healthcare Community Plan**

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

o

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con United: \_\_\_\_\_

**Indígena Americano o Indígena de Alaska**

Indígenas Americanos e Indígenas de Alaska que se inscriben en Medicaid, el Programa de Seguro de Salud de Niños (CHIP), y el Mercado de Seguros Médicos también pueden recibir servicios de Servicios Médicos para Indígenas, programas de salud tribal, o programas de salud de indígenas urbanos.

Si usted o sus miembros de su familia son Indígenas Americanos o Indígenas de Alaska, puede ser que no tengan que pagar reparto de costos y pueden recibir periodos especiales de inscripción. Le pedimos que conteste las siguientes preguntas para asegurar que usted y su familia reciban toda la ayuda posible. **NOTA:** Si necesita más espacio adjunte otra hoja de papel.

¿Algún solicitante es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal? Si es así, ¿Quién? _____. ¿Cuál Tribu? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Estos solicitantes reciben servicio del Servicio de Salud Indígena, un programa de salud tribal, o el programa de salud para indígenas urbanos o a través de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si <b>no</b> ¿Es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud Indígena, programas de salud tribal, o programas de salud para indígenas urbanos o a través de una referencia de uno de estos programas?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Cierto dinero recibido no se puede contar para Medicaid o CHIP.**

¿El ingreso reportado en la Sección 6, incluye dinero de cualquiera de las siguientes fuentes?

¿Pagos per cápita de una tribu que provienen de los recursos naturales, los derechos de uso, los arrendamientos y las regalías?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Los pagos de los recursos naturales, la agricultura, la ganadería, la pesca, los arrendamientos y regalías de la tierra designada como tierras fiduciarias india por el Departamento de Interior (incluidas las reservas y las reservas anteriores)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dinero de la venta de las cosas que tienen importancia cultural?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



**Si usted no está solicitando los programas a continuación, complete la sección 16 y someta su solicitud. Si usted está solicitando para los programas de asistencia a continuación, por favor sólo complete las secciones necesarias.**

Sección: 12, 13 y 16	Sección: 11 a 16
<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>CASA/INSTITUCIÓN DE ANCIANOS/ENFERMOS</b></li> <li>• <b>PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE</b></li> <li>• <b>SERVICIOS DE EXENCIÓN</b></li> <li>• <b>INDIVIDUO INCAPACITADO TRABAJANDO</b></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>SNAP</b></li> <li>• <b>ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO</b></li> <li>• <b>LIHEAP</b></li> </ul>

<b>11. Asistencia Escolar</b>			
Llene esta sección si usted está solicitando SNAP y/o dinero en efectivo; liste toda la información para cada miembro del hogar.			
Nombre de Estudiante	Nombre de la Escuela	Fecha de Graduación	Grado
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado / Colegio
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado / Colegio
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado / Colegio

## 12. Cosas que posee (recursos / activos)

Ciertos recursos / activos tales como cuentas bancarias pueden contar para su elegibilidad dependiendo de cuál programa está solicitando. Ciertos recursos / activos no pueden contar, como una casa y el lote donde vive y los recursos de las personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

**Ejemplos de cosas que posee incluyen, pero no están limitados a:** Dinero en efectivo, CD - Certificado de Depósito, las regalías, seguro de vida o de entierro, cuenta corriente, fideicomiso(s), acciones o bonos, cuenta de jubilación, ganado, casa / tierra - no ocupando, cuenta de ahorros o vehículos recreativos.

**A. Seleccione todos los elementos aplicables a usted y a todas las personas que viven con usted:**

<input type="checkbox"/> Dinero en Efectivo	<input type="checkbox"/> CD – Certificado de Depósito	<input type="checkbox"/> Fideicomiso	<input type="checkbox"/> Seguro de vida o de entierro
<input type="checkbox"/> Cuenta de cheques	<input type="checkbox"/> Acciones o bonos	<input type="checkbox"/> Ganado	<input type="checkbox"/> Casa / tierra - no ocupando
<input type="checkbox"/> Cuenta de ahorros	<input type="checkbox"/> Cuenta de jubilación	<input type="checkbox"/> Vehículos recreativos	
<input type="checkbox"/> Otro: _____	<input type="checkbox"/> Otro: _____		

**B. Describa todos los elementos de arriba que son propiedad de usted y de todas las personas que viven con usted:**

Elemento	¿Quién es dueño de ellos?	\$ Valor	¿Banco o Nombre de la Compañía?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**C. ¿Usted o alguien que vive con usted transfirió algo de valor a otros en los últimos 5 años (60 meses)?**       Sí    No

Artículo transferido	¿Transferido a quién?	\$ Valor	¿Fecha Transferido?
		\$	
		\$	



### 13. Gastos Mensuales

Para obtener la mayoría de beneficios para cual usted es elegible, liste todos sus gastos MENSUALES fuera de su propio bolsillo. No incluya la cantidad pagada por CYFD u otros familiares.

Cuidado de Niños o de Adulto Dependiente ▶	\$	Millaje de Viaje Redondo para Cuidado de Dependiente ▶	\$
¿Quién/cual agencia es pagada por los gastos de cuidado de niños? _____			
Médico para Ancianos/Incapacitados Incluyendo Medicare ▶	\$	¿Sostenimiento de Niños ordenado por un tribunal? ▶	\$
Hipoteca ▶	\$	Seguro de Casa no incluido en la Hipoteca ▶	\$
Impuestos de Propiedad No Incluidos in la Hipoteca ▶	\$	Renta ▶	\$
Seleccione todas las casillas que mejor describen su tipo de <b>Renta</b> <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Incluye Servicios Públicos			
Calefacción y Refrigeración ▶	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Lifeline/Link-Up:</b> Usted puede tener derecho a descuentos de servicio telefónicos y cobros de instalación de teléfono o activación. Contacte a su proveedor telefónico para más información.	
Agua, Drenaje y Basura ▶	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Teléfono ▶	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de compañía de teléfono:	
<b>El no reportar o verificar cualquiera de los gastos arriba mencionados se considera como una declaración de su hogar que usted no quiere recibir una deducción por el gasto no reportado.</b>			

### 14. Llene esta sección si usted está solicitando LIHEAP:

¿Cuál fue su factura de energía más alta en los últimos 12 meses?	\$	¿Tiene un aviso de desconexión?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
▼ Seleccione el tipo de pago de LIHEAP que usted quiere ▼		Nombre de compañía:	
<input type="checkbox"/> Eléctrico	<input type="checkbox"/> Propano	<input type="checkbox"/> Leña	<input type="checkbox"/> Gas Natural
<input type="checkbox"/> Gránulos	<input type="checkbox"/> Carbón	<input type="checkbox"/> Queroseno	Nombre de cuenta:

### 15. Por favor conteste las siguientes preguntas sobre personas indicadas en la Sección 3.

¿Compran y preparan comidas juntos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Descalificado del programa de asistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Delincuente fugitivo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Voluntariamente renuncio trabajo(s) en los últimos 60 días?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Viviendo en una Reserva de Indígena Americano? Nombre de la Reserva _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabajador(es) en huelga o cierre patronal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Obteniendo los productos alimenticios de indígenas americanos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿En violación de la libertad condicional o vigilada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Paga cuarto y comida?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay alguien que es un veterano? ¿Quién?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de recibir beneficios de SNAP duplicados?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido declarado culpable de intercambiar beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Obteniendo TANF Tribal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

## 16. Su Firma (Su representante autorizado también puede firmar aquí)

Su firma hace que esta solicitud sea válida y no puede ser procesada sin la firma. Su firma también es una indicación de lo siguiente:

- Entiendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría significar penas estatales y federales y he dado a HSD información verdadera, correcta y completa.
- La fecha de presentación es diferente si el hogar está en una institución y solicita SNAP y SSI al mismo tiempo. La fecha de presentación será la fecha en lo dieron de alta de la institución.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años para quien estoy solicitando.
- Voy a dar prueba de lo que yo reporte a HSD. Si no puedo conseguir la prueba, sé que puedo pedir que me ayude HSD y dejaré que HSD contacte a otras personas y empresas para obtener pruebas.
- Voy a dejar que HSD dé información limitada a las agencias aprobadas que dan otro tipo de ayuda relacionada con lo que puedo ser elegible.
- Entiendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, que voy a tener que pagarle a HSD esos beneficios.
- Yo confirmo que nadie que solicita un seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o encarcelado). Si no, \_\_\_\_\_ está encarcelado.
- Yo sé que HSD verificará la información que yo provea. HSD puede utilizar las computadoras u otros medios para verificar la información en este formulario.
- Yo sé que HSD verificará el estatus migratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Entiendo que el estatus migratorio de cualquier miembro de la casa que estoy solicitando puede ser objeto de verificación por parte de USCIS (INS), y que puede afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios.
- Entiendo que debo cooperar con el control de calidad (QC). QC es una parte de HSD. QC revisa casos para asegurarnos que determinamos correctamente quién puede obtener ayuda.
- Se me ha dado una hoja informativa que explica mis derechos y responsabilidades, incluyendo, asistencia de comida/SNAP acelerada, multas e infracciones del programa de comida/SNAP, los derechos de audiencia justa y más. Entiendo que estos también se explicarán durante mi cita para una entrevista.
- FIDEICOMISOS - Entiendo que si yo o la persona (s) para quien estoy solicitando, he creado un fideicomiso, o son beneficiarios de un fideicomiso, debo dar a HSD una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los accesorios e información relacionada. HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta a los beneficios de Medicaid para los que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE PATRIMONIO - Entiendo que, después de mi muerte, HSD puede presentar una reclamación en contra de mi patrimonio para recuperar las sumas que el Estado paga o pago en mi nombre por la asistencia médica proporcionada bajo del programa de Medicaid. Este proceso se llama "recuperación de bienes." "Recuperación de Bienes" es requerido por la ley federal y estatal. "Recuperación de Bienes" es necesario cuando los beneficiarios de Medicaid tienen cincuenta y cinco (55) años de edad o más y el Estado hace pagos de asistencia médica en su nombre por los servicios de institución de enfermería, servicios basados en el hogar y en la comunidad, y/o servicios de hospitalización y medicamentos recetados. La cantidad recuperada por HSD no superará la cantidad de pagos de asistencia médica realizada en nombre del beneficiario de Medicaid. Se pueden aplicar algunas exclusiones.
- Entiendo que debo dar a HSD dinero que recibo por los servicios médicos que ya han sido pagados por Medicaid. Si yo no lo hago, yo o la persona(s) para quien estoy solicitando, podría perder la cobertura de Medicaid por lo menos durante un año y hasta que el monto adeudado a Medicaid ha sido pagado en su totalidad.
- Una persona que está solicitando o recibiendo Asistencia de Medicaid debe asignar a HSD todos los derechos contra cualquier y todos los individuos de apoyo médico o pagos por gastos médicos pagados en nombre del cliente y en nombre de cualquier otra persona para la que se solicite o se recibe ayuda.
- Para retirar su solicitud de cualquier programa, inicie en la casilla del programa  SNAP  Medicaid  Efectivo  LIHEAP  Mercado

Firma del solicitante	Nombre del Testigo (Atestiguado sólo si el solicitante firma con una marca o huella)	Fecha
Firma del representante del solicitante	Firma del Testigo (Atestiguado sólo si el solicitante firma con una marca o huella)	Fecha



**INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES** Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el departamento de servicios humanos de NM gratis al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relés de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)

## 17. Registrar para votar

Si USTED NO está registrado para votar en el lugar donde vive ahora ¿Quiere registrarse para votar aquí hoy? (Por Favor Marque Una)  Sí  NO  
**SI USTED NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea ayuda para llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

**IMPORTANTE: Solicitar para registrar o declinar para registrar a votar NO AFECTARÁ la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.**

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

**CONFIDENCIALIDAD:** Si Ud. decide registrarse o no, la decisión que Ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO con su derecho de registrarse para votar o declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina:**

**Secretary of State, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632).**

# Información de la Solicitud del Programa

(Páginas de Información del Solicitante)

## 1. Información de Necesidades Especiales



INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES: Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el departamento de servicios humanos de NM gratis al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)

## 2. Declaración de No Discriminación

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). 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 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (06/11/13)

## 3. Su Privacidad

La información que usted da a HSD será utilizada para determinar si su hogar tiene elegibilidad o continúa a tener elegibilidad para participar en los programas de HSD. Verificaremos esta información por programas de computadora. Esta información también será utilizada para asegurar de que usted sigue las reglas del programa y para ayudarnos a manejar el programa. Esta información puede ser dada a otras agencias Federales y del Estado para examen oficial, y a oficiales de la ley para el propósito de encontrar a personas que huyen para evitar la ley.

Si usted recibe beneficios de que usted no fue elegible y tiene que pagarlos, esto se llama un reclamo. Si su casa recibe un reclamo contra su casa, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números del seguro social, pueden ser dados a agencias Federales y del Estado, así como agencias privadas de colección de reclamos, para la acción de colección de reclamos.

Dar la información solicitada, incluyendo números del seguro social de cada miembro de la casa es voluntario. Sin embargo, cada persona solicitando para asistencia debe dar un número de seguro social o resultará en la negación de beneficios del programa a cada individuo que no da un número del seguro social. Inmigrantes no ciudadanos que no están solicitando asistencia para sí mismos, no necesitan dar información de su estatus migratoria o número de seguro social. Cualquier número de seguro social proporcionado será utilizado y será revelado en la misma manera que números de seguro social de miembros de la casa que son elegibles. Nosotros también verificamos con otras agencias, el Servicio de Verificación de Elegibilidad e Ingresos Federales (IEVS) y el Sistema de Información Reportada de Asistencia Pública (PARIS) acerca de la información que usted nos da. Ésta información puede afectar su elegibilidad de la casa y cantidad de beneficio.

## 4. División de Sostenimiento de Niños

Al aceptar asistencia en efectivo o médica, usted asigna (otorga) a HSD derechos para cobrar sostenimiento de niños al padre ausente del niño (s). Usted debe ayudar a HSD a encontrar al padre ausente (s) a menos que haya una buena razón para no hacerlo, como la violencia doméstica, pregúntele a un trabajador. Si se decide que usted tiene que cooperar con la Oficina de Sostenimiento de Niños para establecer o hacer cumplir la manutención y usted no lo hace, los beneficios en efectivo pueden ser reducidos y eventualmente perdidos, y los adultos pueden perder su asistencia médica.

## 5. Entrevista

(a) ¿En cuánto tiempo puedo tener mi cita requerida para una entrevista?

- Dentro de 10 días hábiles para la asistencia de SNAP / comida y dinero en efectivo, o para asistencia de SNAP / comida acelerada, el día en que entregue su solicitud
- Ciertos programas de asistencia médica no requieren una entrevista

(b) ¿Puedo tener una entrevista telefónica?

- Puede tener una entrevista telefónica por cualquiera de estas razones:
- |                            |                                    |                                      |                      |
|----------------------------|------------------------------------|--------------------------------------|----------------------|
| ▪ Edad 60+                 | ▪ Trabajando 20 o más horas/semana | ▪ Cuidando a un niño menor de 6 años | ▪ Enfermedad         |
| ▪ Vive lejos de la oficina | ▪ Transporte                       | ▪ Mal tiempo                         | ▪ Cuidando a otros   |
|                            |                                    |                                      | ▪ Otras dificultades |

## 6. Información de Pruebas

(a) ¿Cuántos días voy a tener para dar toda la prueba necesaria que necesito?

- 10 días a partir de la fecha de la entrevista es lo mejor para recibir los beneficios más rápido
- 30 días a partir de la fecha de su solicitud es típico - a menos que necesite más tiempo - Si usted necesita más tiempo, pida más tiempo
- 60 días a partir de la fecha de su solicitud es los más largo – **Cuando Ud. pide** hasta 3 extensiones de 10 días

Si no solicita una extensión de tiempo para presentar la prueba, su caso puede ser negado después de 30 días.

(b) ¿Qué pruebas debo llevar a la entrevista?

Durante su cita de entrevista, su trabajador le hará preguntas para determinar si usted es elegible para los programas que usted ha solicitado. Su

trabajador NO le pedirá que dé prueba de todo. Usted debe estar preparado de presentar todos los datos de su caso que pueda. Por favor refiérase a la tabla llamada, Ejemplos de prueba, como una guía general para ayudarle a decidir qué prueba de los elementos que va a necesitar. Si el trabajador tiene preguntas sin resolver acerca de su elegibilidad, se le pedirá a dar pruebas. Su trabajador le dará una lista de todo lo que todavía tiene que dar, junto con un recibo como prueba que usted proporcionó. Si usted necesita ayuda, pídale ayuda a su trabajador.

## Ejemplos de Prueba

Usted **NO** tiene que darnos todos los elementos enumerados a continuación, son sólo ejemplos. Cuando tenga que dar la prueba, sólo tiene que dar un tipo de los siguientes ejemplos. Si el trabajador tiene preguntas sin resolver acerca de su elegibilidad, se le pedirá que dé prueba. Su trabajador le dará una lista de todo lo que todavía tiene que dar junto con un recibo de prueba que nos ha facilitado. Si necesita ayuda, pídanos ayuda.

	SNAP/Comida	Familia o Adulto	Solo Niño	Ancianos/ Incapacitados	Asistencia en Efectivo	Energía/LIHEAP	
▪ Donde Ud. Vive	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Cuenta de servicios públicos, contrato de renta, carta dirigida a usted a su dirección
▪ Número de Seguro Social							Tarjeta de Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y número
▪ Identidad	✓			✓	✓	✓	Usted puede dar cualquiera de estos si prueban identidad, relación o edad: Licencia de conducir, tarjeta de seguro social, acta de nacimiento o de bautismo, registros de ciudadanía / naturalización, registros del censo indio, certificado de sangre indígena (CIB), registros del gobierno, registros de la corte, tarjeta de registro de votante, papeles de divorcio o de la escuela, Pasaporte de los EE.UU., o registros de guardería, pólizas de seguro, registros de la iglesia o de la Biblia familiar, carta de un doctor, funcionario religioso o la escuela, o alguien que usted conoce y el parentesco del niño con usted y conoce la fecha de nacimiento del niño.
▪ Parentesco					✓		
▪ Edad							<b>Aviso:</b> El programa de Medicaid requerirá prueba de identificación específica.
▪ Ciudadanía EE.UU.		✓	✓	✓			La mayoría de los programas no requieren prueba de ciudadanía de EE.UU... Para asistencia médica, el gobierno federal ahora requiere que todos los individuos den ciertos documentos originales (no copias) que verifiquen la ciudadanía, la identidad o la prueba de estatus legal permanente. Los documentos originales serán copiados y devueltos. <b>Prueba de Ciudadanía e Identificación juntos</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Un Pasaporte</li> <li>▪ Un certificado de naturalización (Formulario 550 o N-570)</li> <li>▪ Un certificado de Ciudadanía de EE.UU (N-560 o N-561)</li> <li>▪ Un certificado de Sangre Indígena (CIB)</li> </ul> <b>Solamente prueba de ciudadanía</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Acta de nacimiento de EE.UU. Si usted nació en Nuevo México, HSD puede ayudarle con revisar con el Departamento de Salud, Registro Civil. Por favor dé a su trabajador su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, sexo, nombre y apellido de soltera de la madre para recibir esta ayuda.</li> </ul>
▪ Estatus de Inmigrante	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si usted es un inmigrante solicitando ayuda, puede que tenga que proporcionar registros originales de USCIS (anteriormente INS).
▪ Incapacidad				✓	✓	✓	Registros médicos que digan cuánto tiempo va a estar incapacitado, o no puede trabajar, y si necesita ayuda / atención constante.
▪ Embarazo					✓		Registros médicos que dicen cuando su bebé nazca
▪ Asistencia Escolar							Tarjeta de calificaciones actual o carta de la escuela diciendo que si su hijo asiste a la escuela
▪ Estudiante Universitario	✓				✓		Carta del colegio diciendo que usted es un estudiante de tiempo parcial o de tiempo completo
▪ Asistencia Financiera para Estudiantes	✓				✓	✓	Carta de la oficina de ayuda financiera que indica qué tipos y cantidades de ayuda financiera que recibe y los costos que tendrá que pagar por su escuela
▪ Ingresos el más reciente período de 30 días o la totalidad del mes pasado	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<b>Ingresos Ganados:</b> Talones de cheques, una carta del empleador con las horas de trabajo y lo que le pagaran. Si usted <b>trabaja por su cuenta</b> , usted puede darle a su trabajador una copia de sus formularios de impuestos, registros comerciales o expedientes personales de los salarios. <b>Ingresos no ganados:</b> Copias de su cheque, o una carta del Seguro Social, Compensación de Desempleo, Compensación de Trabajadores, la Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos Indígenas, Retiro de los Empleados Públicos, etc
▪ Perdida de Trabajo (60 días)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carta del empleador
▪ Valor de cosas que posee				✓			Recursos / Activos: Declaración de estado de cuenta reciente o una carta de valor
▪ Cosas que ha transferido	✓			✓	✓		Declaración reciente o carta de valor
▪ Seguro de Salud		✓	✓	✓			Tarjeta de identificación o carta de su compañía de seguros
▪ Medicare Parte A				✓			Tarjeta de identificación o carta de la Administración de Seguro Social
▪ Sostenimiento de Niños pagado	✓						Si quiere una deducción por el sostenimiento de niños que paga, de prueba de la responsabilidad de pagar y la cantidad pagada. Cualquier orden judicial o administrativo, o acuerdo de separación legal se puede usar. Para prueba de la cantidad, use cheques cancelados, declaraciones de sueldo detenido, verificación de detención de compensación de desempleo o declaraciones escritas del padre con custodia.

**Prueba Opcional** – A continuación se muestra una lista de elementos que pueden ayudar a que usted pueda conseguir el máximo beneficio para cual usted sea elegible. Si no hay una marca en la casilla de abajo no se necesita prueba. Para obtener crédito, sólo díganos lo que usted paga cada mes. Usted sólo tendrá que dar prueba si tenemos preguntas sin resolver acerca de sus costos. Si usted está solicitando para la energía / LIHEAP, por favor provea una copia de su costo de calefacción / refrigeración. Si necesita ayuda, pídale a su trabajador.

▪ Costos del cuidado de niño / adulto							
▪ Gastos Médicos sólo ancianos o incapacitados	✓			✓			
▪ Gastos de Renta/Propietario							
▪ Costos de Calefacción / Refrigeración						✓	

Usted puede dar cualquiera de estos, si prueban sus costos fuera de su propio bolsillo: Acuerdo, impresión de computadora, giro postal, carta de la persona que paga, papeles de divorcio o separación, declaraciones, recibos, cheques cancelados, copia de un cheque.

## 7. Elegibilidad de Inmigrantes No Ciudadanos

### (a) ¿Qué tipos de Inmigrantes no ciudadanos son elegibles para programas de asistencia de HSD?

Para la mayoría de los programas, las personas que no son ciudadanos deben tener un estatus de inmigrante "calificado" y tienen otras ciertas condiciones para calificar. La mayoría de los no ciudadanos en las siguientes categorías pueden obtener beneficios si cumplen todos los demás requisitos de elegibilidad del programa:

- |                                    |   |   |                               |
|------------------------------------|---|---|-------------------------------|
| ▪ Residente Permanente Legal (LPR) | ▪ Refugiados                                  | ▪ Asilados                                | ▪ Entrantes cubanos haitianos |
| ▪ Amerasiáticos                    | ▪ Libertad condicional a EE.UU. - 1 año       | ▪ Retención de la deportación             |                               |
| Ciertos:                           | ▪ Mujeres y niños maltratados                 | ▪ Veteranos, militares en servicio activo | ▪ Tribu Hmong o de Laos       |
|                                    | ▪ Indígena Americano nacido en Canadá /México | ▪ Las víctimas de tráfico de personas     |                               |

Algunos no ciudadanos, incluidos los no ciudadanos indocumentados pueden ser elegibles para los servicios médicos de emergencia, incluyendo el parto y alivio de las mujeres embarazadas.

### (b) ¿Existe un período de espera (bar) antes de que los inmigrantes no ciudadanos pueden obtener beneficios?

La regla general es que ahora la mayoría de los niños inmigrantes calificados son elegibles para recibir Asistencia de SNAP / Comida, Médica, Efectivo y Asistencia de Energía. Sin embargo, algunos adultos inmigrantes "calificados" pueden recibir beneficios después de haber estado en los Estados Unidos en condición de inmigrante "calificado" durante cinco años y algunos inmigrantes pueden obtener de inmediato. En general, los adultos en ciertas categorías de inmigración humanitarias (como refugiados y asilados), las personas con conexiones militares, mujeres embarazadas y niños presente legalmente, crédito por 10 años de historia de trabajo en los EE.UU., y las personas que reciben beneficios por incapacidad pueden ser elegibles de inmediato.

## 8. Después de su entrevista

### (a) ¿En cuánto tiempo será mi solicitud aprobada o negada?

- **SNAP/Comida** – No más de 30 días naturales después de la fecha de solicitud, o Comida /SNAP expedida – 7 días naturales
- **Médica** – No más de 45 días naturales después de la fecha de solicitud
- **Efectivo** – No más de 30 días naturales después de la fecha de solicitud, o en veces más tiempo para decisiones de incapacidad
- **Energía/LIHEAP** – No más de 30 días naturales después de la fecha de solicitud, o crisis – 48 horas

### (b) Si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad o beneficio ¿puedo tener una audiencia justa?

Sí - Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos sobre su caso, usted puede solicitar una audiencia justa en persona, por teléfono 1-800-432-6217 o (505) 827-8164, o por escrito dentro de 90 - días siguientes a la fecha en que la notificación ha sido enviada para informarle de cualquier acción que se ha tomado en su caso. Por favor envíe su solicitud a la Oficina de la Audiencia HSD al PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504. Usted tiene derecho a revisar el archivo de su caso y cualquier registro que HSD usa para determinar su elegibilidad antes de su audiencia. Usted puede pedir a un miembro de la familia u otra persona como un amigo o pariente que lo represente a su hogar en la audiencia justa. Usted también tiene el derecho de tener un abogado u otro representante legal en la audiencia.

### (c) ¿A partir de cual fecha se calculan mis beneficios?

- **SNAP/Comida** – A partir de la fecha que solicitó
- **Médicos** – A partir del primer día del mes en que solicitó. Usted puede ser elegible para recibir hasta 3 meses antes de la cobertura de Medicaid.
- **Efectivo** – En la fecha que HSD aprueba su solicitud o el día 30 a partir de la fecha de solicitud, lo que ocurra primero
- **Energía/LIHEAP** – En la fecha que HSD verifique su cuenta con su proveedor de energía

### (d) ¿Cómo voy a recibir mis beneficios?

- **Médicos** - Una tarjeta de Medicaid se le enviará a usted un día de trabajo después de la fecha de aprobación.
- **Energía/LIHEAP** - Su pago será enviado directamente a su proveedor de energía 7 días a partir de la fecha que HSD verifica la información de su cuenta con su proveedor de energía. Para un apagado/desconexión de crisis, HSD llamará a su proveedor de energía para ayudar a evitar el apagado.
- **SNAP/Comida y Efectivo** – HSD utiliza un sistema de tarjeta de débito electrónica llamada EBT para darle su dinero en efectivo y beneficios de asistencia de comida / SNAP. Si usted nunca ha tenido una tarjeta de EBT, una tarjeta de EBT será enviada por correo a su dirección en un día hábil después de la fecha de su solicitud y después de que su solicitud se ha registrado en la computadora. Si su tarjeta EBT se tarda, puede solicitar una tarjeta en la oficina de ISD local. Usted puede llamar a Servicio al Cliente EBT 24 horas 7 - días / semana al 1-800-843-8303 para solicitar un remplazo o para activar su tarjeta EBT.

Cada mes su beneficio en efectivo se depositará en su cuenta EBT en el primer día del mes. Sus beneficios de comida / SNAP serán depositados en su cuenta EBT el día del mes en el siguiente cuadro que muestra los últimos dos dígitos del número de seguro social de la cabeza de la familia.

**Horario combinado:** Si usted ha solicitado asistencia de SNAP / Comida después del día 15 de cada mes y está aprobado para la asistencia urgente, usted recibirá sus beneficios de acuerdo al siguiente horario.

- Usted recibirá sus beneficios del 1º y 2º mes el día después de que su caso sea aprobado.
- Usted recibirá los beneficios de su 3º mes en el día 1º del mes.
- Usted recibirá los beneficios de su 4º mes dentro de los primeros 10 días del mes, en función de los dos últimos dígitos de su número de seguro social.

Usted recibirá los beneficios de su 5º mes dentro de los primeros 20 días del mes, en función de los dos últimos dígitos de su número de seguro social. Este será el día habitual del mes para recibir su beneficio futuro de SNAP / Estampillas de Comida.

### Horario de Emisión de Asistencia de SNAP / Comida

Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04
	31		21		32		22		33		23		34		24
	51		41		52		42		53		43		54		44
	71		61		72		62		73		63		74		64
<b>1</b>	91	<b>2</b>	81	<b>3</b>	92	<b>4</b>	82	<b>5</b>	93	<b>6</b>	83	<b>7</b>	94	<b>8</b>	84
	16		06		17		07		18		08		19		09
	36		26		37		27		38		28		39		29
	56		46		57		47		58		48		59		49
	76		66		77		67		78		68		79		69
	96		86		97		87		98		88		99		89
															90
															00
															20
															40
															60
															80

### Horario de Emisión de Asistencia de SNAP / Comida Escalonada

Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN	Día	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04
	31		21		32		22		33		23		34		24
<b>1</b>	51	<b>2</b>	41	<b>3</b>	52	<b>4</b>	42	<b>5</b>	53	<b>6</b>	43	<b>7</b>	54	<b>8</b>	44
	71		61		72		62		73		63		74		64
	91		81		92		82		93		83		94		84
	16		06		17		07		18		08		19		09
	36		26		37		27		38		28		39		29
	56		46		57		47		58		48		59		49
	76		66		77		67		78		68		79		69
	96		86		97		87		98		88		99		89
															90
															00
															20
															40
															60
															80

(e) **¿Cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes tengo que renovar?**

- **SNAP/Comida** – Hasta 12 meses es típico o 24 meses para los hogares con mayores de edad y / o incapacitados con ingresos estables no derivados del trabajo, tales como del Seguro Social
- **Médico** - Hasta 12 meses es típico
- **Efectivo** – Hasta 12 meses a la vez es típico. Adultos de edad de 18 años y más pueden recibir los beneficios de TANF por no más de 60 meses durante toda su vida, a menos que califiquen para una extensión de dificultades personales después de llegar al límite. Un niño que vive con un padre que no es elegible debido al límite de tiempo no es elegible para TANF como niño. El límite de 60 meses no aplica a los casos en que los niños califican para TANF y el padre que no tiene derecho a una razón que no sea debido al límite de 60 meses, tales como la recepción de SSI o el estado de inmigrante no calificado. El límite de 60 meses no aplica a la asistencia médica o SNAP.

(f) **¿Tengo que reportar cambios? Siempre reporte cambios de dirección dentro de los 10 días naturales para todo tipo de programas de asistencia. SNAP/Comida y Efectivo - Cambios en los miembros del hogar, gastos mensuales del hogar, ingresos / empleo y recursos:**

Reporte de estos tipos de cambios dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el cambio sólo si:

1. el cambio (s) hará que su caso a cierre, o
2. el cambio (s) hará que sus beneficios aumenten

- **Reporte Semestral:** - A la mayoría de los hogares se les enviará por correo un reporte semestral en el que todos los cambios deben ser reportados y entregados a ISD.
- **Reporte Anual:** A los hogares que reciben ingresos fijos como de Seguro Social se les enviará por correo un reporte anual en el que todos los cambios deben ser reportados y enviados a la oficina de ISD.
- **Reporte regular:** Hay pocas familias que tienen que reportar de los cambios que se produzcan. Estos hogares deben reportar todos los cambios dentro de 10 días naturales a partir de la fecha en que ocurrió el cambio.
- **Médico** - Para las personas mayores y discapacitados, reportar todos los cambios dentro de 10 días naturales. Para las familias con niños, sólo tienen que reportar los cambios de dirección dentro de 10 días naturales. Todos los demás cambios tendrán que ser reportados la próxima vez que renueve su caso.

(g) **¿Tendré que tomar parte en un Programa de Trabajo?**

**SNAP/Comida** – Sí, a menos que esté justificada o exento, los miembros del hogar edad de 18 a 50 años son requeridos en participar con el Programa de Empleo y Entrenamiento (E & T). Usted puede solicitar voluntariamente participar en una actividad de trabajo a través del Programa E & T. Independientemente de si usted decide participar en el Programa E & T no afectará sus beneficios de SNAP. La participación le ofrece la oportunidad de participar en una actividad de preparación para el trabajo y puede recibir servicios de apoyo y reembolsos. Usted puede ser contactado por el nuevo proveedor de servicio de Nuevo México Trabaja (NMW). Cuando se encuentre con las siguientes situaciones, puede ser excusado:

▪ Cuidando a una persona con incapacidad	▪ Recepción de Compensación por Desempleo	▪ Física o mentalmente incapacitado para el empleo
▪ Estudiante de colegio inscrito por lo menos medio tiempo	▪ Cumplimiento con el programa de TANF / NMW	▪ Participar en un programa de tratamiento de drogas / alcohol
▪ Empleado por lo menos 30 hrs. / semana o recibiendo ingresos semanales = al salario min. Federal x 30 horas	▪ Persona menor de 18 años de edad o 50 años de edad o más	▪ Padres biológicos, adoptados o padrastro o individuo que reside en un hogar de SNAP que incluye a un niño menor de 18 años, incluso si el niño no es elegible para los beneficios de SNAP
▪ Mujeres Embarazadas	▪ Que residen en un condado con más de 10% tasa de desempleo	

- **Efectivo** – Sí, todos los adultos que reciben asistencia en efectivo TANF participan en el Programa de Nuevo México Trabaja. Usted será contactado por el proveedor de servicios Nuevo México Trabaja (NMW). Cuando usted no completa o reporta su actividad laboral, Ud. puede perder alguna y eventualmente toda su asistencia en efectivo. Esto se llama una sanción. La primera vez, vamos a querer hablar con usted para tratar de corregir la sanción antes de que suceda, lo que se llama conciliación. Una sanción reducirá sus beneficios en las siguientes tres maneras: **1ª Sanción – 25% reducción en efectivo; 2ª – 50% reducción en efectivo; y la 3ª – Cierre de Caso.** Cuando se encuentre en alguna de las siguientes situaciones, puede ser excusado sólo después de que HSD revise y apruebe su solicitud de ser excusado.

▪ Padre soltero a cargo de un niño menor de 12 meses de edad - 1 vez limitado	▪ Situaciones personales temporales - Hasta 30 días
▪ Edad 60 o más	▪ Incapacitado
▪ Embarazada en el tercer trimestre o 6 meses posparto	▪ Cuidando un miembro del hogar enfermo o incapacitado
▪ Padre soltero a cargo de un niño menor de 6 años de edad (sin guardería)	▪ Violencia Doméstica (Opción violencia en la familia)
▪ Perjudicado, de manera temporal o permanente, según lo determinado por la IRU	▪ Una buena causa para la necesidad del estado de participación en el trabajo limitado

(a) ***¿Qué tipos de servicios de apoyo puedo obtener?***

El proveedor de servicios NMW lo referirá a servicios de apoyo como el cuidado de niños, transporte, inglés como Segundo Idioma, obtener su GED universidad o escuela vocacional, abuso de sustancias y consejero/servicios de violencia doméstica. Por estos y otros servicios adicionales donde usted vive, visite: <http://www.hsd.state.nm.us/isd/fieldoffices.html>.

**9. Información Importante Sobre su Tarjeta de EBT**

(a) **Primer tarjeta de EBT**

Si esta es su primer caso de SNAP / Comida o Asistencia en Efectivo con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, su tarjeta EBT será enviada a usted en el primer día de trabajo después de haber introducido su solicitud en el sistema informático por la oficina ISD local.

Usted debe recibir su tarjeta EBT dentro de los 7 días de solicitarla. Si han pasado 7 días, y usted no ha recibido su tarjeta, por favor contacte al Escritorio de Ayuda de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer arreglos para que usted pueda recoger una tarjeta en la oficina local del condado de ISD.

Usted debe activar su tarjeta cuando la reciba. Usted necesita obtener un Número de Identificación Personal (PIN) de JP Morgan. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, por favor llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o 1-800-283-4465 de lunes a viernes de 8:00 am a 5:00 pm. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al procedimiento de la tarjeta EBT, por favor llame al 1-800-283-4465.

**Importante**

***Si usted tiene una tarjeta EBT y pide una nueva, usted no podrá acceder sus beneficios hasta que la nueva se activa con un nuevo PIN. La tarjeta anterior se desactivará.***

(b) **Si tengo una tarjeta EBT que sé que funciona.**

Si usted ha recibido SNAP / Comida o Asistencia en Efectivo en el pasado y sabe que sus tarjeta EBT funciona, por favor déjele saber a ISD que usted no necesita una nueva tarjeta. Podrá acceder sus beneficios cuando se apruebe su caso.

Si sólo ha olvidado su código PIN, pero su tarjeta todavía funciona, por favor llame al 1-800-843-8303 - 24 horas al día o 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm, para obtener un nuevo PIN. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al procedimiento de la tarjeta EBT, por favor llame al 1-800-283-4465.

(c) **Mi tarjeta EBT no funciona.**

Si usted ha recibido SNAP / Comida o Asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta de EBT no funciona, por favor llame al Escritorio de Servicio al Cliente de JP Morgan al 1-800-843-8303 o 1-800-283-4465. Su nueva tarjeta EBT será enviada en el primer día de trabajo después de que usted solicite una del Escritorio de Servicio al Cliente de JP Morgan.

Usted debe recibir su tarjeta EBT dentro de 7 días de la fecha de solicitud. Si han pasado 7 días, y usted no ha recibido su tarjeta, por favor póngase en contacto con el Escritorio de Ayuda EBT al 1-800-283-4465 para hacer arreglos para que pueda recoger una tarjeta en la oficina local del condado ISD.

Usted debe activar su tarjeta cuando la reciba. Usted necesita obtener un Número de Identificación Personal (PIN) de JP Morgan. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 - 24 horas al día o 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al procedimiento de la tarjeta EBT, por favor llame al 1-800-283-4465.

(d) **Perdí mi tarjeta**

Si usted ha recibido SNAP / Comida o Asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta de EBT no funciona, por favor llame al Escritorio de Servicio al Cliente de JP Morgan al 1-800-843-8303 o 1-800-283-4465. Su nueva tarjeta EBT será enviada en el primer día de trabajo después de que usted solicite una del Escritorio de Servicio al Cliente de JP Morgan.

Usted debe recibir su tarjeta EBT dentro de 7 días de la fecha de solicitud. Si han pasado 7 días, y usted no ha recibido su tarjeta, por favor póngase en contacto con el Escritorio de Ayuda EBT al 1-800-283-4465 para hacer arreglos para que pueda recoger una tarjeta en la oficina local del condado ISD.

Usted debe activar su tarjeta cuando la reciba. Usted necesita obtener un Número de Identificación Personal (PIN) de JP Morgan. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 - 24 horas al día o 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Si usted tiene alguna pregunta con respecto al procedimiento de la tarjeta EBT, por favor llame al 1-800-283-4465.

## 10. Penalizaciones para Violaciones de Asistencia de SNAP / Comida

Usted no debe dar información falsa u ocultar información para obtener asistencia de SNAP/Comida, incluyendo tarjetas EBT. Usted no debe vender o cambiar su tarjeta de EBT o su PIN. Usted no debe permitir que un comerciante cargue en su cuenta EBT a cambio de dinero en efectivo. No debe cambiar tarjetas EBT para obtener asistencia de SNAP / Comida que usted no es elegible para recibir. Usted no debe usar sus beneficios de asistencia de SNAP / Comida para comprar artículos no alimentarios, como productos de alcohol, tabaco o papel. No debe utilizar alguna otra tarjeta EBT para su hogar.

Cualquier persona que intencionalmente quebrando alguna de estas normas podría ser excluido de recibir asistencia de SNAP/Comida por los 12 meses (primera violación); prohibido durante 24 meses (segunda violación); excluido permanentemente (tercera violación), sujeto a multa de \$250,000, encarcelado hasta el 20 años, o ambas cosas, suspendido por 18 meses adicionales. Cualquiera persona que quiebra intencionalmente estas reglas también podría ser procesado bajo otras leyes federales y estatales que contienen sanciones penales.

Cualquier persona que intencionalmente da información falsa u oculta información sobre la identidad o de residencia para obtener asistencia de SNAP/Comida en más de un hogar al mismo tiempo podría ser excluida por 10 años.

Cualquier persona condenada por cambiar estampillas de comida para una sustancia controlada puede ser excluido de recibir SNAP / asistencia de comida durante 24 meses (primera violación) y prohibida permanentemente (segunda violación).

Cualquier persona condenada por cambiar SNAP / Comida para armas de fuego, municiones o explosivos podría ser excluido permanentemente (primera violación). Cualquiera persona condenada por cambiar o vender asistencia de SNAP / Comida de \$ 550 o más, y cualquier persona declarada culpable de un delito relacionado con las drogas podría ser excluido de forma permanente.

## 11. Aviso de Derechos

**CONFIDENCIALIDAD** Toda la información que doy a HSD es confidencial. Esta información se dará a los empleados de HSD que la necesitan para administrar los programas que he solicitado. La información confidencial puede ser revelada a otras agencias federales y estatales. Toda la información se utilizará para determinar la elegibilidad y / o prestación de servicios. (03/29/12)

**DECLARACION DE NO DISCRIMINACION** El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov). 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 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm). El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (06/11/13)

**SU DERECHO A UNA AUDIENCIA** - Usted puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión HSD ha hecho respecto a su solicitud / beneficios. Una audiencia le dará la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo. Usted puede solicitar una audiencia de HSD :

- Completando y regresando la parte inferior de un aviso;
- Escribir o llamar a su oficina local de HSD, o
- Escribir a la Oficina de Audiencias del Departamento de Servicios Humanos, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, o llamando al 1-800-432-6217 (presione 6) o 505-476-6213. (Revised 08/16/11)
- AUDIENCIA del Mercado - Sé que si yo creo que el Mercado de Seguros Médicos ha cometido un error sobre mi elegibilidad, puedo apelar la acción si contacto al Intercambio de Seguros Médicos al 1-800-318-2596 e informar adecuadamente que creo que su acción debe ser revisada. Sé que puedo autorizar a otra persona para que me represente en el proceso de apelación.

**PLAZO PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA** - Usted tiene 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si usted solicita una audiencia dentro de los 13 días a partir de la fecha de este aviso, usted continuará recibiendo la misma cantidad de beneficios que recibió antes de llegar a la acción en este aviso. Usted continuará recibiendo estos beneficios hasta que el Departamento decida el caso, a menos que se haga otro cambio en su caso. Los cambios en los beneficios se pueden hacer después de haber solicitado una audiencia si el motivo del cambio no es el mismo que el motivo de la audiencia. Si usted pierde la audiencia, tendrá que devolver los beneficios que recibió mientras el Departamento decidió su caso. (Revised 9/24/02)

**EL PROCESO DE AUDIENCIA** - Después de pedir una audiencia, el Departamento o el Mercado le enviará una carta informándole la fecha, hora y lugar donde se realizará la audiencia. La audiencia es por lo general en la oficina del condado HSD. La audiencia será dirigida por un oficial de audiencias de la Oficina de Audiencias de HSD o del Mercado. Usted o su representante pueden ver su expediente y cualquier prueba que usamos para decidir su caso. Usted dirá por qué cree que la acción de HSD o del Mercado estaba equivocada. Usted puede presentar testigos y presentar pruebas. Usted puede cuestionar la oficina del condado o al Mercado acerca de las medidas adoptadas y la prueba presentada. Usted puede representarse a sí mismo. Usted puede ser representado por un amigo, un familiar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede obtener ayuda legal gratuita, llame a 1-800-340-9771. Después de la audiencia, el oficial de la audiencia hará un informe. El Director de la División HSD o al Director Ejecutivo del Mercado decidirá si la acción fue correcta o incorrecta. Después de que el Director decida su caso, se le enviará una carta informándole de la decisión y por qué se tomó la decisión. (Revised 04/02/03)



# Formulario de Cobertura del Empleador

## ¿Solicita ayuda con los gastos de seguro de salud del Mercado de Seguros Médicos?

La solicitud del Mercado de Seguros Médicos hace preguntas acerca de cualquier cobertura de salud disponible a través de un trabajo en curso (aunque sea de un trabajo de otra persona, como un padre o cónyuge) para averiguar si es posible que pueda obtener ayuda para pagar el seguro de salud. Utilice este formulario para obtener la información que necesita del empleador que ofrece cobertura de salud. Vamos a verificar esta información, así que es importante ser preciso. Si usted tiene más de un trabajo que ofrece cobertura de salud, use un formulario separado para cada empleador.

### **Información de Empleado**

El empleado debe llenar esta sección. Anote la información del empleado, luego puede solicitar la siguiente información del empleador. Utilice este formulario completo al llenar una solicitud del mercado de Seguros de Médicos.

Nombre de Empleado (Primer, Medio, Apellido)

Número de Seguro Social

### **Información del Empleador**

#### **Pídale al empleador esta información**

Nombre del Empleador

Número de Identificación de Empleador (EIN)

Dirección del Empleador

Número de Teléfono de Empleador  
( ) -

Ciudad

Estado

Código postal

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura de salud de los empleados en este trabajo?

Nombre: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_ Correo Electrónico: \_\_\_\_\_

### **Díganos sobre el plan de salud que ofrece este empleador.**

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

El empleado es elegible para la cobertura bajo el plan del empleador el \_\_\_\_\_ (Fecha de inicio).

¿Qué es el nombre del plan de salud solo para sí mismo de menos costo en que este empleado podría inscribirse en este trabajo? (Sólo considerar los planes que cumplan con el "estándar de valor mínimo" establecido por la Ley de Cuidado de Salud A Bajo Precio.)

Nombre: \_\_\_\_\_

No hay planes que cumplan con el "estándar de valor mínimo"

¿Cuánto tendría que pagar el empleado en primas correspondientes a ese plan?

\$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia?  Semanal  Cada 2 semanas  2 veces al mes  Mensual  Anual  Otro \_\_\_\_\_

# Register to Vote

PERSONAL INFORMATION					This information not to be copied								
1	NAME: Last	First	Middle Name or Initial	Gender	Birth Date	Social Security Number							
PHYSICAL STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW													
2	Street Address		Apartment, Unit, or Lot #		City		Zip						
ADDRESS WHERE YOU GET YOUR MAIL (If different from above)													
3	Address			City		Zip	Site Code						
4	If you are changing your name on this application, under what full name were you previously registered?			Last Name		First Name Middle Name or Initial							
POLITICAL PARTY				DAY TIME TELEPHONE NUMBER (Optional)		POLL WORKER							
5	NOTE: You must name a major political party to vote in primary elections. → → →		Party	If you choose NO PARTY, Check this box <input type="checkbox"/>		6	May the County Clerk make this telephone number public for election purposes? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No						
7	I hereby authorize you to cancel my previous registration in the following county and state.			City or Township		County State							
Please answer the following questions:				ATTESTATION OF QUALIFICATION									
8	Are you a citizen of the United States? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Will you be 18 years of age on or before election day? ..... <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>If you checked "No" to any of the questions above, do not complete this form.</b> <b>If you have been convicted of a felony and are currently on parole or supervised probation do not complete this form.</b>			I swear/affirm that I am a citizen of the United States and a resident of the state of New Mexico; that I have not been denied the right to vote by a court of law by reason of mental incapacity; that I am, or will be at the time of the next election, 18 years of age; and if I have been convicted of a felony, I have completed all conditions of parole and supervised probation, served the entirety of sentence or have been granted a pardon by the governor. I further swear/affirm that I am authorizing cancellation of any prior registration to vote in the jurisdiction of my prior residence; and that all the information I have provided is correct.									
→ <b>TODAY'S DATE</b> Month Day Year ____/____/____				→ <b>SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW:</b> _____ _____ _____									
9	Name of agent who assisted you in filling out this form.			VRA ID #									
DO NOT WRITE IN SHADED AREAS – FOR OFFICIAL USE ONLY													
Accepted for filing in County Registration Records:					ID	PCT	MUN	PRG	DST	REP	DST	SEN	DST
Date / / County Clerk / Filing Clerk					SCHOOL	CC	CC	DST	DST	DST	DST	DST	DST

## Registrarse para Votar

HSD Site Code I-

INFORMACIÓN PERSONAL					Esta información no se debe copiar								
1	NOMBRE: Apellido	Su Nombre de Pila	Medio Nombre o Inicial	Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social							
DIRECCIÓN DONDE UD. VIVE AHORA													
2	Número y Nombre de la Calle		Departamento, Unidad o # de Lote		Ciudad		Código Postal						
DIRECCIÓN DONDE UD. RECIBE SU CORRESPONDENCIA (Si es diferente del anterior)													
3	Dirección			Ciudad		Código Postal Site Code							
4	¿Si Ud. Va cambiar su nombre en esta solicitud, bajo que nombre completo estaba Ud. Matriculado antes?			Apellido		Primer Nombre Medio Nombre o Inicial							
PARTIDO POLÍTICO		NUMERO DE TELÉFONO EN EL DÍA (Opcional)			EMPLEADO / A EN URNA ELECTORAL								
5	AVISO: Ud. tiene que indicar partido politico principal para votar en la elección primaria		Partido	Si Ud. NO ELIGE Partido marque aquí <input type="checkbox"/>		6	¿Puede el Secretario del Condado hacer público este núm. de teléfono para fines electorales? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No						
7	Por la presente autorizo que Ud. cancele mi matrícula previa en el condado y estado a continuación.			Ciudad o División		Condado Estado							
Favor de contestar las preguntas a continuación:				TESTIMONIO DE CALIFICACIÓN									
8	¿Es Ud. ciudadano / a de los Estados Unidos? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Habrá cumplido Ud. 18 años en o antes del día de la elección? ..... <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si Ud. 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 está en libertad condicional o probación supervisada, no llene esta forma.			Yo juro/afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos y residente del Estado de Nuevo México; que la corte no me ha denegado el derecho de votar por motivo de incapacidad psicológica; que tengo o tendré 18 años de edad en la fecha de la próxima elección y si he sido condenado de delito grave he cumplido todas las condiciones de libertad a prueba o el gobernador me ha concedido indulto. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de toda matrícula anterior con el fin de votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información proveída está correcta.									
→ <b>FECHA DE HOY:</b> Mes Día Año ____/____/____				→ <b>FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE LA LÍNEA ABAJO:</b> _____ _____ _____									
9	Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario:			VRA ID #									
NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS – SOLO PARA USO OFICIAL (FOR OFFICIAL USE ONLY)													
Accepted for filing in County Registration Records:					ID	PCT	MUN	PRG	DST	REP	DST	SEN	DST
Date / / County Clerk / Filing Clerk					SCHOOL	CC	CC	DST	DST	DST	DST	DST	DST