Hoja informativa para solicitud de asistencia

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

- **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.
- **Programa de Ahorros de Medicare:** Brinda ayuda para pagar su Medicare Parte A (Seguro hospitalario) y/o primas de Medicare Parte B (Seguro Medico) y deducibles de Medicare
- **Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP):** Ayuda a muchos hogares de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables y ser miembros productivos de la sociedad.
- **Asistencia enefectivo:** Proporciona asistencia en efectivo para familias, niños dependientes que lo necesitan y adultos discapacitados.
- **Programa de Asistencia para Energía para Hogares de Bajos Recursos (LIHEAP):** Brinda asistencia con los costos de calefacción y refrigeración a familias y personas de bajos ingresos elegibles.

Solicite los beneficios antes mencionados en línea en:
www.yes.state.nm.us
O lleve su solicitud firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD)
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

También puede solicitar Medicaid por teléfono llamando al 1-855-637-6574

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 grupo familiar podrían reunir los requisitos para un programa que puede ayudarles a pagar el seguro de salud incluso si gana tanto como $98,000 al 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

<table>
<tr><th colspan="3">Programas de asistencia</th></tr>
<tr><td>Asistencia médica</td><td colspan="2">Según los ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisites para recibir cobertura de Medicaid complete o limitada. A continuación se indican algunos tipos de Medicaid para los cuales podrían reunir los requisitos los integrantes del grupo familiar:</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Complete las secciones 1 a 9 y 16</td></tr>
<tr><td></td><td>• Recién nacidos
• Niños hasta los 18 años de edad
• Padre/madre/cuidador(es)</td><td>• Mujeres embarazadas
• Adultos de bajos ingresos
• Servicios medicos de emergencia para extranjeros(EMSA)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">Completar Secciones 1-9,12-13 y 16</td></tr>
<tr><td></td><td>• Personas de la tercera edad, ciegas y con discapacidades
• Personas con discapacidad laboral
• Atención Institucional:
Centro de Enfermería
Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID)
• Programa de cuidado integral para la tercera edad (PACE</td><td>• Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad:
Exención a Prestaciones Comunitarias (CB) Exención a Discapacidades del Desarrollo (DDW) Exención médicamente frágil (MFW)
Exención Mi Via (MVW)
• Exención en materia de apoyo (SW)</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2">MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NM (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. 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.</td></tr>
<tr><td>Programa de Ahorros de Medicare</td><td colspan="2">Beneficios de Medicaid que brindan ayuda para pagar sus primas de Medicare Parte A (seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (seguro de salud) y los deducibles de Medicare.
Complete las secciones 1 a 9, 12, 13 y 16</td></tr>
<tr><td>Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP)</td><td colspan="2">El Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP) ayuda a muchos hogares de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables y miembros productivos de la sociedad. Los beneficios del SNAP son fáciles de usar cuando compra alimentos en su tienda de comestibles.
Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 11 a 13, 15 y 16 para que la ISD pueda determinar los beneficios más rápidamente.</td></tr>
<tr><td>Asistencia en efectivo</td><td colspan="2">La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) proporciona asistencia en efectivo a las familias que califican.
o
la asistencia general puede proporcionar asistencia en efectivo para niños dependientes que lo necesitan y adultos discapacitados que no sean elegibles para recibir asistencia en virtud de un programa de asistencia en efectivo apareado federalmente, como es Trabajo de Nuevo México (New Mexico Works, NMW) o el programa federal de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 10 a 13, 15 y 16</td></tr>
</table>

Programa de Asistencia para Energía para Familias de Bajos Ingresos (LIHEAP)	El programa de asistencia para energía para familias de bajos ingresos (LIHEAP) brinda asistencia con los costos de calefacción y refrigeración a familias y personas de bajos ingresos elegibles. **Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 14 y 16**

Tiene derecho a presentar su solicitud hoy; no se retrase.

Los beneficios del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP) o de alimentos comienzan a partir de la fecha en que los solicita. Los adultos que no estén solicitando beneficios pueden solicitar por otros integrantes del grupo familiar.

Aceptaremos su solicitud si tiene su nombre, dirección y firma en la Sección Uno. Esta información establecerá su fecha de presentación de la solicitud. El ISD lo alienta a llenar completamente una solicitud para una determinación más rápida de los beneficios. Puede traer la solicitud a la ISD personalmente, enviarla por correo o por fax al (1-855-804-8960).

Revise los programas que desea solicitar ► ☐**SNAP/alimentos** ☐**Asistencia Médica** ☐**Dinero en efectivo** ☐**LIHEAP**

Cuéntenos si necesita ► ☐¿Ayuda para llenar la solicitud?☐ Idioma preferido _____ ☐Transporte☐Adaptación por incapacidad

►Las solicitudes para SNAP y Asistencia en efectivo requieren una entrevista. No se requiere entrevista para la mayoría de las categorías de Asistencia Médica. Si está solicitando para un programa que requiere una entrevista, ¿prefiere una entrevista telefónica? Cuéntenos el porqué, por favor marque una:

☐Soy discapacitado ☐Enfermedad ☐Violencia doméstica☐Mayor de 60 años ☐Alcuidado de un niño menor de 6 años ☐Al cuidado de otros ☐Vivo muy lejos de la oficina ☐Mal tiempo ☐No tengo transporte ☐Otro motivo:

1. Cuéntenos acerca de 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 (opcional para SNAP y Dinero en efectivo)		Mejor horario para comunicarnos con usted	
Domicilio	Cuidad	Condado	Estado	Codigo postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono		Número de teléfono alternativo (opcional)	

Si su dirección postal es diferente, complete a continuación. De no ser así, deje en blanco.

Domicilio o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal
Es usted residente de Nuevo México? ☐SÍ ☐NO	¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? ☐SÍ ☐NO	¿Es usted una persona sin hogar? SÍ ☐ NO	
¿Desea que su información se envíe a su correo electrónico? Si contestó SÍ, complete arriba su dirección de correo electrónico más actualizada.		☐SÍ ☐NO	

Pruebas aceleradas para el SNAP (únicamente SNAP) Complete esto si está solicitando el SNAP para ver si puede obtener más rápido los beneficios del SNAP. Esto se denomina servicio acelerado. Si es elegible para el SNAP acelerado, debe obtenerlo en 7 días. Si se le deniega el servicio acelerado, tiene derecho a una conferencia informal que se llevará a cabo dentro de las 48 horas de su solicitud de conferencia. Solicite hablar con un supervisor si tiene preguntas.

1.¿Su ingreso mensual será MENOR que $150 y el dinero en el banco o dinero en efectivo será MENOR que $100?	☐SÍ ☐NO

2.¿Sus costos mensuales del hogar y los servicios públicos serán MAYORES que su ingreso, dinero en efectivo y dinero en el banco?	☐SÍ ☐NO
3.¿Es usted parte de un grupo familiar de trabajadores agrícolas de temporada o de inmigrantes de muy bajos recursos?	☐SÍ ☐NO

►Firme aquí X **Fecha de hoy**_____

Su firma confirma toda la información de la sección 16 de esta solicitud.

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

Usted desea que esta persona: ☐ ¿Solicite los beneficios en nombre suyo? ☐¿Use sus beneficios? (únicamente para beneficios del SNAP y de dinero en efectivo)

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. Sólo debe proporcionarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los integrantes del grupo familiar que están 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. No es necesario que sea ciudadano estadounidense o que declare impuestos sobre la renta para solicitar los beneficios. 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 y el nivel de beneficios 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 y de los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Podrían haber disponibles ciertos programas 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. Si solicita asistencia médica, incluya a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos sobre la renta federales:

Esta sección sólo se requiere para cada persona que solicita asistencia.

Nombre (Primero y apellido)	Relación	¿Solicita beneficios? Sí/No	Género M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad: Hispano S/N (Opcional)	Raza: 1-6 (Ver abajo) (Opcional)	Afiliación tribal (Opcional)	Número de Seguro Social (SSN) – obligatorio **si tiene uno** (opcional para las personas que no presentan solicitud)	Situación migratoria de ciudadanía 1-34 (Ver a continuación)
1.	(Uno Mismo)	❑ SÍ ☐NO							
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									

8.										
9.										
10.										

1.¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?	
2.¿Cuál es su idioma oral preferido?	
3.¿Todos los adultos de su hogar hablan su mismo idioma?	**☐Sí ☐ No**
4.¿Alguno de los adultos con los que convive habla inglés con fluidez?	**☐Sí ☐No**

Raza: Para cada persona que solicita ayuda, elija del/de los número(s) a continuación que mejor describa su raza y **escriba el/los número(s) 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
Ciudadanía/Situación migratoria: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija entre el/los número(s) a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o situación migratoria y **escriba los números más arriba**.					
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 afgan o oir aquí
13– Persona no ciudadana calificada	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 de declaración impositiva (complete esta sección si está solicitando asistencia médica)

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?**
	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	❑ Sí ❑No Si contestó **sí**, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	❑ Sí ❑No Si contestó **sí**, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	❑ Sí ❑No Si contestó **sí**, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	❑ Sí ❑No Si contestó **sí**, indique el nombre de quien declara impuestos:	
	❑ Sí ❑ No	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el nombre del cónyuge o la pareja:	❑ Sí ❑ No Si contestó **sí**, indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	❑ Sí ❑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 buscando 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 extranjero o número del Formulario I-94 (si se conoce)	Número de tarjeta o 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.?
						❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
						❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
						❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO
						❑ SÍ ❑ NO	❑ SÍ ❑ NO

a. ¿Alguno de los solicitantes está recibiendo beneficios de Medicaid, SNAP/alimentos, o dinero en efectivo en otro estado?	❑ Sí ❑ No	Si contest **SÍ**, ¿quién?_____ ¿Qué beneficios?_____ ¿En cuál estado? _____
b. ¿Alguna solicitante está embarazada?	❑ Sí ❑ No	Si contestó **SÍ**, ¿quién?_____ Fecha de parto, (si la conoce): _____ Número de bebés que se esperan de este embarazo (si se conoce):
c. ¿Hay algún solicitante que esté en prisión (detenido o encarcelado)?	❑ Sí ❑ No	Si contest **SÍ**, ¿quién?_____ ¿En qué establecimiento? _____ Fecha de entrada en prisión: _____ Fecha de liberación (si la conoce): _____
d. ¿Alguno de los solicitantes en el grupo familiar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?	❑ Sí ❑ No	Si contestó **SÍ**, ¿quién?
e. ¿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.)?	❑ Sí ❑ No	Si contestó **SÍ**, ¿quién?

f. ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar?	Sí ❑ No

Conteste las preguntas g a i de esta sección únicamente si está solicitando asistencia médica.

g. ¿Algún integrante del grupo familiar tiene 21 años o menos y estudiante a tiempo completo?	❑ Sí ❑ No	Si contestó **SÍ**, ¿quién?
h. ¿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?	❑ Sí ❑ No	Si contestó **SÍ**, ¿quién? ¿En cuál estado?
i. ¿Algún solicitante ya está o estará en una residencia de atención residencial, hospital o centro de tratamiento?	❑ Sí ❑ No	En caso **AFIRMATIVO**, ¿quién? ¿Cuál es la fecha de admisión? ¿De dónde ingresó el solicitante (por ejemplo, domicilio, hospital)?

j. Si dijo sí a la pregunta (h) anterior, ¿cuál es el nombre y tipo de instalación?

Nombre de la residencia de atención residencial / centro de enfermería:	Nombre del Hospital:	Nombre del Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (CIF/IID):	¿Inscribirse con PACE? ❑ Sí ❑ No	Nombre de la Institución de vivienda asistida:

k. ¿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?	❑ Sí ❑ No	De ser, **SÍ**, ¿quién?

6. Háblenos de sus ingresos percibidos.

¿Usted o alguien que vive con usted recibió ingresos percibidos o espera recibir ingresos percibidos este mes? ❑ Sí ❑ No
En caso afirmativo, por favor complete la siguiente tabla.

Por favor, informe su ingreso total **antes** de impuestos. Si está solicitando asistencia médica y a usted u otra persona de su hogar se le ofrece seguro de salud de cualquier empleador, por favor rellene el formulario de Cobertura del Empleador adjunto a esta solicitud. Si no califica para Medicaid, es posible que el Mercado de Seguros Médicos para Nueva México (NMHIX) necesite usar información sobre cualquier cobertura médica que pueda tener a través de un trabajo para averiguar si puede obtener ayuda para pagar el seguro médico. Por no completar este formulario, no se retrasará su solicitud de asistencia

Persona con ingreso	Número de horas promedio trabajadas or 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 Mercado de seguros de salud de Nuevo México 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.
				$	❑ Sí ❑ No
				$	❑ Sí ❑ No
				$	❑ Sí ❑ No

¿Se le quita algo de lo siguiente de sus ingresos? (si está solicitando asistencia médica)

❑ **¿Interés de préstamo estudiantil?** ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____	❑ **Otro tipo** ❑ ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____	❑ **Otro tipo** ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
❑ **Otro tipo** ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____	❑ **Otro tipo** ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____	❑ **Otro tipo** ¿Quién?_____ Cuánto $_____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuéntenos acerca de sus otros ingresos. ¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido algún ingreso o espera recibir algún ingreso este mes? ❑ Sí ❑ No

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente tabla.

Ejemplos de ingresos no salariales/otros incluyen, entre otros: desempleo, Seguro Social, pensiones, jubilación, ingresos por alquiler, ganancias de capital, regalías, donaciones financieras y ganancias/premios de juego. Informar manutención infantil o manutención conyugal si está solicitando SNAP o Efectivo. Si solo está solicitando Asistencia Médica, no necesita informar ingresos de manutención infantil.

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso no salarial?	¿Cuál es la frecuencia con que lo recibe? (Anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona?
			$
			$
			$

7. ¿Habrá cambios en el ingreso?

¿Usted o alguien que vive con usted tiene ingresos que cambian de un mes a otro? ☐ Sí ☐ No ☐ No sabe Los ejemplos incluyen: ¿Pérdida de empleo, disminución de horas, cambio en el empleo, cambio en la paga y/o solo trabaja algunos meses del año?

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 (si está solicitado asistencia médica)	
¿Algún integrante del grupo familiar recibió servicios médicos dentro de los últimos 3 meses que no han sido pagados?	❑ Sí ☐ 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 reclamo de Medicare o Núm. de afiliado del seguro	Fecha de inicio

9. Organización de atención gestionada (MCO). Esta sección solo se aplica si se determina que usted es eligible para Medicaid. Si es elegible para Medicaid, una de las tres 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 Nativos Americanos

¿Es nativo americano? Si es así, no tiene que elegir una MCO. Si no elige una MCO, estará en Medicaid de Pago por Servicio (FFS). Esto es automático. Si necesita servicios de atención a largo plazo, tendrá que elegir una MCO. (Estos servicios incluyen Atención Institucional y Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad.) Además, si tiene Medicare, tendrá que elegir una MCO.

Soy nativo americano: ❑ **SÍ** ❑ **NO**
En caso **afirmativo**, por favor rellene la sección Nativo Americano o Nativo de Alaska en la siguiente página.

En caso **afirmativo**, por favor díganos si desea inscribirse en una organización de atención gestionada (MCO): ❑ **SÍ** ❑ **NO Si desea inscribirse en una MCO**, por favor seleccione una MCO a continuación.

☐ **Blue Cross Community Centennial**

(866) 689-1523 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.

o

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

☐ **Presbyterian Health Care**

(888)977-2333 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.

o

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

☐ **Western Sky Community Care**
(844) 543- 8996 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.

0

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

Integrante de pueblos originarios de Estados Unidos o nativo de Alaska

Los integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos y los nativos de Alaska que se inscriban en Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros de Salud (NMHIX) también pueden obtener servicios del Servicio de Salud para Indígenas Americanos, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas que viven en ciudades. Si usted o su integrante del grupo familiar son integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos, podría no tener que pagar la participación del costo y obtener períodos de inscripción mensual especiales para el seguro a través del NMHIX. Le estamos solicitando que conteste las siguientes preguntas para asegurarnos de que usted y su familia obtengan la mayor ayuda posible. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

¿Alguno de los solicitantes es miembro de una tribu reconocida federalmente?
Para asegurar que no quede inscrito automáticamente en una MCO, proporcione su afiliación tribal.

❑ SÍ ❑ NO

Si contestó **sí**, ¿quién?_____ ¿Qué tribu? _____

¿Alguno de los solicitantes recibe pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías?

❑ SÍ ❑ NO

Si contestó **sí**, ¿quién?_____ ¿Cuánto?_____ ¿Con qué frecuencia? ____

¿Alguno de los solicitantes recibe alguna vez servicios del Servicio de salud para indígenas americanos, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas que viven en ciu ades, o a través de una derivación de uno de estos programas?

❑ SÍ ❑ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como parte del fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las ex-reservas)?

❑ SÍ ❑ NO

Si contestó **sí**, ¿quién?_____ ¿Cuánto?_____ ¿Con qué frecuencia? ____

Si contestó **no**, ¿esta persona es elegible para recibir los servicios del Servicio de salud para indígenas americanos, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas americanos que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?	**¿Alguno de los solicitantes está recibiendo dinero de la venta de objetos con valor cultural?** ❑ Sí ❑ No Si contest **sí**, ¿quién?_____ ¿Cuánto?_____ ¿Con qué frecuencia?

Si usted <u>no</u> está solicitando para los programas a continuación, complete la sección 16 y presente su solicitud. Si está solicitando los programas de asistencia a continuación, complete únicamente las secciones requeridas.

Sección: 1 , 13 y 16	Sección: 10 hasta la 16
• **Residencia de atención residencial** • **Programa de Ahorro de Medicare (sólo 13 y 16)** • **Servicios de exención** • **Personas con discapacidades que trabaja**	• **SNAP** • **Asestencia en efectivo** • **LIHEAP**

10. Padres que no viven con sus hijos (si solicitan solamente Asistencia en Efectivo)

¿Recibe ayuda en efectivo y ayuda médica para sus hijos? De ser así, usted otorga a HSD derechos de cobrar manutención infantil y manutención conyugal y manutención médica de un padre ausente. Usted les otorga derechos para recaudar manutención conyugal y manutención médica también. Por favor, enumere toda la información por los padres de sus hijos que no están viviendo usted. Si cree que trabajar con la División de Cumplimiento de la manutención infantil (CSE) para recaudar manutención lo dañará a usted o a sus hijos, es posible que tenga una buena causa para no cooperar.

¿Alguno de los solicitantes es víctima de violencia familiar o doméstica? ❑ Sí ❑ No

Nombre del menor	Información del padre ausente		
	Nombre	Fecha de nacimiento	Última dirección conocida

11. Asistencia a la escuela Indique toda la información de estudiante para cada uno de los integrantes del grupo familiar.						
Nombre del estudiante	**Nombre de la escuela**	**Fecha de graduación**	**Grado**			
			❑ K–12	❑ GED	❑ Certificado	❑ Universidad
			❑ K–12	❑ GED	❑ Certificado	❑ Universidad
			❑ K–12	❑ GED	❑ Certificado	❑ Universidad

12. Cosas que posee (Recursos/Activos)

¿Usted o alguien que vive con usted tiene recursos este mes? □ **Sí** □ **No**

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente tabla.

Hay ciertos recursos o bienes como cuentas bancarias que podrían contar para su elegibilidad dependiendo del programa que esté solicitando. Algunos recursos o bienes podrían no contar, como la 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, entre otras cosas: Efectivo en mano, cuenta corriente, caja de ahorro, fideicomisos, CD (Certificado de Depósito), regalías, segurodevidaofunerario, accionesobonos, cuenta de retiro, ganado, viviendas/tierras (sin ocuparlas), ovehículos recreativos.

A. Describa todas las opciones arriba indicadas que sean propiedad suya y de todas las personas que viven con usted:

Recurso o activo	¿Quién es el propietario?	Valor en $	Banco o nombre de la Compañía, si existe alguno.
		$	
		$	
		$	

B. ¿Usted o alguna persona que vive con usted ha transferido algo de valor en los últimos 5 años (60 meses)? (Únicamente para Medicaid)	❑ Sí □No

Opciones transferidas	¿A quién fueron transferidas?	Valor en $	¿Cuál es la fecha de transferencia?
		$	
		$	
		$	

13. Gastos mensuales: Para obtener los mayores beneficios para los que es elegible, indique todos sus gastos de bolsillo MENSUALES. No incluya el importe pagado por el Departamento de Menores, Jóvenes y Familias (CYFD), Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUD) u otras entidades o personas.

Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos. **La omisión de informar o verificar alguno de los gastos antes indicados se considerará una declaración de su grupo familiar de que no desea recibir una deducción por el gasto no informado.**

Cuidado de niños o cuidado de adulto dependiente ► $	Millaje por el viaje ida y vuelta para cuidado de dependiente ►	$
¿Quién o qué agencia está recibiendo el pago por los gastos de cuidado de niños? _____		
Gastos médicos para solicitantes que sean personas mayores/discapacitadas: Incluye primas de Medicare ► $	¿Tiene sostenimiento de niños por fallo judicial? ►	$

Costos por refugio a tiempo completo o temporal: Indique todo el dinero fuera de bolsillo que gasta en refugio. Si está comprando o alquilando una vivienda, indique el impuesto inmobiliario y cualquier seguro que esté pagando. Si no tiene hogar, indique todo dinero que gaste en cosas como lavandería, refugio temporal u otras cosas que pague para brindarle refugio durante el mes.

Marque todas las casillas a continuación que mejor describan su **arreglo de vivienda** e indique el importe que paga fuera de bolsillo.

❑ Hipoteca $_____	❑ El alquiler no incluye los servicios públicos $_____	❑ El alquiler incluye los servicios públicos $_____	❑ Sin hogar $_____
❑ Vivienda pública $_____		❑ Otro_____ $_____	

Calefacción y refrigeración ►	❑ Sí ❑ No	**Programas Lifeline y Link-Up**: Podría ser elegible para descuentos en el servicio mensual de telefonía y la instalación inicial del teléfono o los cargos de activación. Comuníquese con su proveedor de telefonía para más información:
Agua, cloaca y basura ►	❑ Sí ❑ No	
Teléfono ►	❑ Sí ❑ No	Nombre de la empresa de telefonía:

14. Complete esta sección si está solicitando el Programa de asistencia energética para hogares de bajos recursos (LIHEAP):

A. **▼Información sobre LIHEAP▼**

Para qué necesita LIHEAP: Calefacción ❑ o refrigeración ❑

¿Tiene una emergencia energética? ❑ Sí ❑ No

Si contestó sí, marque cualquiera de los incisos a continuación que se apliquen hoy a su caso.

- ❒ No está funcionando el horno, la caldera o el sistema de calefacción
- ❒ Sin combustible (propano, madera, pellets, carbón, aceite)
- ❒ Queda menos del 10% del combustible (propano, madera, pellets, carbón, aceite)
- ❒ Necesita gabinete o depósito para combustible
- ❒ Desconectado, su proveedor de combustible YA ha suspendido su servicio
- ❒ Aviso de desconexión, su proveedor de combustible NO ha suspendido su servicio, pero le advirtió que lo hará si no se toman medidas.

¿La emergencia energética presenta un riesgo para la vida? ❑Sí ❑No

Elija el tipo de asistencia de LIHEAP que desea; seleccione uno: ❑ Eléctrica ❑ Propano ❑ Madera ❑ Gas natural ❑ Pellets ❑ Carbón ❑Querosén

¿Esta factura de energía está incluida en su alquiler? ❑ Sí ❑ No

¿Recibe asistencia subsidiada para esta factura de energía? ❑ Sí ❑ No

¿Es un medidor compartido? ❑ Sí ❑ No

¿Esto se usa para un negocio? ❑ Sí ❑ No

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____

Número de cuenta: _____

Nombre en la cuenta: _____

¿Tiene algún otro uso de energía además de aquel para el cual solicita asistencia de LIHEAP?

❑ Sí ❑ No, Si contesta no, indique el porqué: ❑ No tiene hogar ❑ Vive en un área rural ❑ No tiene servicios públicos disponibles ❑ Otro

B. **▼Proporcione la información sobre el uso de energía de su casa ▼**

¿Cuál es su fuente de calefacción primaria?

Seleccione una opción: ❒ Igual que lo anterior en la Sección 14A (Pase a la Sección 14C) ❑ Eléctrica ❑ Propano ❑ Madera ❑ Gas natural ❑ Pellets ❑ Carbón ❑ Querosén

¿Es un medidor compartido? ❑ Sí ❑ No

¿Esto se usa para un negocio? ❑ Sí ❑ No

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____ Número de cuenta: _____ Nombre en la cuenta: _____

C.

¿Tiene una cuenta para el servicio de energía? ❑ Sí ❑ No – Si contestó **sí**, complete la sección a continuación. Si la fuente de calefacción en la **Sección B** es electricidad o si seleccionó No antes, **NO** complete la sección a continuación		
¿Es un medidor compartido? ❑ Sí ❑ No	¿Esto se usa para un negocio? ❑ Sí ❑ No	
Nombre de la empresa de servicios públicos: _____	Número de cuenta: _____	Nombre en la cuenta: _____

d. Asistencia para la climatización de hogar : Si ha calificado para LIHEAP, también puede calificar para el Programa de climatización de hogar de NM Energy$mart. Si está interesado en postularse para el Programa de climatización de hogar, llame a la Autoridad de Finanzas Hipotecarias de NM al 1-800-444-6880 para obtener más información.

15. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que indicó en la Sección 3 que solicitan beneficios.					
¿Compran y preparan comidas juntos? Si contestó no, ¿quién lo hace por separado?	❑ Sí ❑ No	¿Redujeron las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana en los últimos 30 días? Si contest sí, ¿quién?	❑ Sí ❑ No	¿Trabajador(es) en huelga o cierre patronal?	❑ Sí ❑ No
¿Es un delincuente prófugo? ¿Alguien de su familia es un delincuente prófugo? Si la respuesta es "sí", ¿quién?	❑ Sí ❑ No	¿Renunció voluntariamente al empleo(s) en los últimos 30 días? Si contestó sí, ¿quién?	❑ Sí ❑ No	¿Está en libertad condicional o bajo palabra? Si contestó sí, ¿quién?	❑ Sí ❑ No
¿Usted o alguien de su familia ha sido condenado de adulto por un delito grave que haya ocurrido después del 7 de febrero de 2014 y que esté incluido en la sección que aparece a continuación? Si la respuesta es "sí", ¿quién?	❑ Sí ❑ No	¿Usted o algún integrante de su grupo familiar ha sido condenado por recibir beneficios SNAP duplicados en cualquier Estado después del 22 de septiembre de 1996?	❑ Sí ❑ No	¿Usted o algún integrante de su grupo familiar ha sido condenado por comprar o vender beneficios SNAP por un monto superior a $500 después del 22 de septiembre de 1996?"	❑ Sí ❑ No
¿Han cumplido los términos de su condena?	❑ Sí ❑ No	¿Recibe ayuda del Programa de Distribución de Alimentos sobre Reservas Indígenas (FDPIR)?	❑ Sí ❑ No	¿Recibe TANF Tribal o asistencia general?	❑ Sí ❑ No
¿Está viviendo en una reserva indígena americana? ¿Cuál es el nombre de la reserva?	❑ Sí ❑ No	¿Usted o algún integrante de su grupo familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?	❑ Sí ❑ No	¿Alguno es veterano? Si contestó sí, ¿quién?	❑ Sí ❑ No
¿Fue descalificado de un programa de asistencia?					

	❑ Sí ❑ No	¿Alguno paga alojamiento y comida? Si contestó sí, ¿quién? _____	❑ Sí ❑ No		

16. 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:

- **Lo que dije y escribí a HSD es veraz y completo. Si proveo datos incorrectos puedo ser acusado de un delito. Si escondo u omito datos puedo ser acusado de un delito. Si HSD se entera que he provisto información objetiva falsa o incompleta, se puede denegar o reducir mi SNAP.**
- **Declaración de la Ley de privacidad:** La recolección de información de la solicitud, incluyendo el número de seguro social (SSN) de cada integrante del grupo familiar, está autorizado en el marco de la Ley de Cupones de Alimento de 1977, según fue enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. Se usará la información para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o continúa reuniendo los requisitos para participar en el Programa de cupones de alimentos. Verificaremos esta información a través de programas de coincidencia por computadora. Esta información también se usará para controlar el cumplimiento con las regulaciones del programa y para la administración del programa. 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 surge un reclamo de cupones de alimentos contra su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSN, podría remitirse a agencias federales y estatales, como así también a agencias privadas de cobranza de reclamos, para las medidas de cobro. La entrega de la información solicitada, incluyendo el SSN de cada integrante del grupo familiar, es voluntaria. Sin embargo, no entregar un SSN resultará en la denegación de los beneficios de cupones de alimentos para cada individuo que no proporcione el SSN. Cualquier SSN que se proporcione se usará y divulgará de la misma manera que los SSN de los integrantes del grupo familiar que reúnan los requisitos.
- La fecha de presentación es diferente si el grupo familiar está en una institución y está solicitando SNAP y SSI al mismo tiempo. La fecha de presentación será la fecha de alta de la institución.
- 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 contacte 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.
- Entiendo que si consigo SNAP, Efectivo, o beneficios LIHEAP para los cuales no soy elegible, entonces puede que tenga que pagar 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.
- He recibido una hoja informativa que explica mis derechos y responsabilidades, incluyendo asistencia acelerada del SNAP/alimentos, multas y violaciones al programa del SNAP/alimentos, derechos a una audiencia justa y más. Comprendo que también se me explicará esto durante mi cita para una entrevista.
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi grupo familiar estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía al HSD para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios y evaluación y análisis de programas.
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo al HSD y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores.
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial.
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con el HSD. El HSD puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que el HSD mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado.
- 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 document 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.
- Una persona que está solicitando o recibiendo Medicaid o Asistencia en efectivo 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 Sostenimiento 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 acepto estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o el beneficiario, no reasignaré ningún reclamo de proveedores, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d) y en 7 CFR 273.2(n).
- Para **retirar** su solicitud para cualquier programa, coloque sus iniciales en la casilla del programa ► **SNAP** ☐ **Medicaid** ☐ **Dineroenefectivo** ☐ **LIHEAP** ☐

Firma del solicitante	Nombre del testigo (Atestiguado únicamente si el solicitante firma con una marca o huella digital)	Fecha
Firma del Representante autorizado del solicitante (si corresponde)	Firma del testigo (Atestiguado únicamente si el solicitante firma con una marca o huella digital)	Fecha

17. Regístrese para votar

Si USTED NO está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora? (Marque una) SÍ NO

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

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. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.

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 no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Office of the Secretary of State, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503, (teléfono: 1-800-477-3632).**

18. Condenados por delito grave

Indicate in section15 on page 13 if you have been convicted of any of the following:

(1) Abuso sexual agravado en virtud del artículo 2241 del título 18, Código de los Estados Unidos (United States Code, U.S.C.).

(2) Homicidio en virtud del artículo 1111 del título 18, Código de los Estados Unidos.

(3) Un delito en virtud del capítulo 110 del título 18, Código de los Estados Unidos.

(4) Un delito federal o estatal que implique agresión sexual, según se la define en el artículo 40002 (a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 U.S.C. 13925 (a)).

(5) Un delito en virtud del derecho estatal que el procurador general determine que es sustancialmente similar a un delito descrito en las cláusulas (1), (2) o (3).

(6) El individuo está prófugo para evitar que se lo acuse, o quedar en custodia o confinamiento después de una condena, en virtud del derecho del lugar del que está prófugo, por un delito o intento de comisión de un delito, que sea grave o, en Nueva Jersey, una falta grave, en virtud del derecho del lugar del que está prófugo, o en infracción de una condición de la libertad condicional o bajo palabra impuesta en virtud de una ley federal o estatal, o por no estar en cumplimiento de los términos de su condena o las restricciones en virtud de 8.139.400.12 C del Código Administrativo de Nuevo México..

Páginas de información para solicitor

Puede mantener esta información para sus registros

el programa**1. Informaciónes bre necesidades especiales**

Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere adaptaciones especiales para participar en alguna audiencia pública, program o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del Departamento de Servicios Humanos al 1-505-827-7701 o a través del dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) al 1-800-659-8331 o al 711. El Departamento 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

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación: De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles. La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usda-program-discrimination-complaint-form-spanish.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:
(1)correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o
(2)fax:
(833)-256-1665 , o (202)-690-7442; o bien por
(3)correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov
Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Para presentar una queja a través del HSD por discriminación o trato descortés en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal o estatal, tiene a su disposición un formulario de queja en la oficina del ISD o puede escribir a la siguiente dirección: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504- 2348 o por fax al (505)827-7241.

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 ju ticia. 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, podrían remitirse a agencias federales y estatales, como así también a agencias privadas de cobranza de reclamos para las medidas decobro.

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. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios.. Los inmigrantes que no sean ciudadanos que no estén solicitando asistencia para ellos no tienen obligación de proporcionar información sobre su estado inmigratorio, sus SSN ni ninguna otra prueba similar; sin embargo, deben informar sobre sus ingresos debido a que parte de sus ingresos y de los bienes que pose en pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Puede haber ciertos beneficios para personas sin un SSN; pregunte a la ISD.

La información inmigratoria 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. (9/10/2015)

4. División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños

Al aceptar dinero en efectivo y asistencia médica, usted asigna (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 usted no trabaja o se niega a trabajar con la oficina de la División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños (CSED), sus beneficios de dinero en efectivo se reducirán y eventualmente el caso cerrará, y los adultos en el hogar podrían perder su asistencia médica.

5. Entrevista

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

(a) Para SNAP/Dinero en efectivo ¿cuán rápido puedo obtener mi cita para la entrevista obligatoria?

- Dentro de los 10 días hábiles siguientes para la asistencia del SNAP/alimentos y asistencia en efectivo o para la asistencia acelerada del SNAP/alimentos acelerada, desde el día que su solicitud sea recibida por la oficina. Se considerará que las solicitudes recibidas después del horario de oficinas se recibieron el siguiente día hábil.
- La mayoría de los programas de asistencia médica no requieren una entrevista.

(b) ¿Puedo tener una entrevista telefónica?

Si su categoría de asistencia médica requiere una entrevista, haremos la entrevista por teléfono a menos que usted quiera hacerla en persona.

Para SNAP/dinero en efectivo, podría tener una entrevista telefónica por cualquiera de estos motivos:

- Discapacidad
- Enfermedad
- Mayor de 60 años
- Trabaja 20 o más horas por semana
- Cuida a un niño menor de seis años
- Cuida a otras personas
- Vive muy lejos de la oficina
- Transporte
- Mal clima
- Otras dificultades, hable con la ISD

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 através 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.

¿Qué <u>prueba</u> debería llevar a la entrevista de SNAP o dinero en efectivo?

Durante la cita de entrevista, su trabajador del caso le hará preguntas para determinar si es elegible para los programas para los cuales solicitó. Su trabajador del caso **<u>NO</u>** le solicitará que entregue prueba de todo. Debe estar preparado para brindar la mayor cantidad posible de datos sobre su caso. Vea el cuadro a continuación llamado "Ejemplos de pruebas", como una guía general que le ayude a decidir qué artículos de prueba necesitará. Si su trabajador del caso tiene preguntas no resueltas acerca de su elegibilidad, le solicitará que entregue las pruebas. Se le entregará una lista de todo lo que todavía tiene que entregar junto con un recibo de todas las pruebas proporcionadas. Si necesita ayuda, es responsabilidad del Departamento ayudarlo, siempre y cuando usted coopere.

Verificación de:	SNAP/alimentos	Médico			Dinero en efectivo	Asistencia de energía/LIHEAP	Ejemplos de pruebas Se le podría solicitar que entregue al HSD
		Familia o adulto	Únicamente el niño	Persona mayor o discapacitada			
▪ **Dónde vive**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Factura de servicio público, contrato de alquiler, carta dirigida a usted en su domicilio
▪ **Número de Seguro Social**							Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y número

▪ **Identidad**	✓			✓	✓	✓	Puede entregar cualquiera de los siguientes si demuestran identidad, relación o 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. **Tenga en cuenta:** El programa de Medicaid requerirá pruebas de identificación específicas.
▪ **Relación**					✓		
▪ **Edad**							
▪ **Ciudadanía estadounidense**		✓	✓	✓			La mayoría de los programas no exigen prueba de ciudadanía estadounidense. Para la asistencia médica, el gobierno federal require que todas las personas presenten ciertos documentos ORIGINALES (no copias) que verifiquen la ciudadanía, identidad o prueba de la condición legal permanente. Los documentos originales serán copiados y devueltos. **Prueba de ciudadanía e identificación juntas** ▪ Pasaporte ▪ Certificado de naturalización (formulario 550 o N-570) ▪ Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561) ▪ Certificado de sangre indígena (CIB) **Prueba de ciudadanía exclusivamente** ▪ Certificado de nacimiento de los EE. UU. Si nació en Nuevo México, el HSD podría ayudarle verificando con el Departamento de Salud, Registro Civil. Para obtener esta ayuda entregue a su trabajador del caso su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, género, nombre y apellido de soltera de la madre.
▪ **Situación migratoria**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si es extranjero y está solicitando asistencia, podría tener que presentar registros originales del USCIS (ex INS).
▪ **Discapacidad**				✓	✓	✓	Registros médicos indicando cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.
▪ **Embarazo**					✓		Registros médicos que indiquen cuándo nacerá el bebé
▪ **Asistencia escolar**							Boletín de calificaciones actualizado o carta de la escuela indicando si su hijo está asistiendo a la escuela
▪ **Estudiante universitario**	✓				✓		Carta de la universidad indicando si es un estudiante a medio tiempo o a tiempo completo
▪ **Ayuda económica para estudiantes**	✓				✓	✓	Carta de la oficina de ayuda financiera de la escuela indicando qué tipos e importes de ayuda financiera obtiene y los costos que deberá pagar para su educación
▪ **Ingresos** El período de 30 días más reciente o todo lo del último mes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	**Ingreso ganado:** Talones de pago, una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es **trabajador independiente**, puede entregar a su trabajador del caso una copia de sus formularios de impuestos sobre la renta, registros comerciales o registros del salario personal. **Ingreso no salarial:** Copias de su cheque 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 (60 días)**	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carta del empleador
▪ **Valor de las cosas que posee**				✓			Recursos o bienes: Estado bancario reciente o carta de valor
▪ **Cosas que transfirió**	✓			✓	✓		Estado reciente o carta de valor
▪ **Medicare Parte A**				✓			Tarjeta de ID. o carta de la Administración del Seguro Social
▪ **Pago de sostenimiento de niños**	✓						Si desea una deducción para la sostenimiento de niños que paga, entregue una prueba de la responsabilidad legal de pagar y el importe pagado. Se podría usar cualquier fallo judicial o administrativo, o acuerdo de separación legal. Para prueba de los importes, use cheques cancelados, declaraciones de retención de salarios, verificación de retención de compensación por desempleo y declaraciones escritas del padre/madre con la custodia.

Prueba opcional: a continuación verá una lista de artículos de prueba opcionales que podrían ayudarle a obtener la mayoría de los beneficios para los que es elegible. Si la casilla a continuación no está marcada, entonces no se necesita ninguna prueba. Para obtener el crédito, solo indíquenos cuánto paga cada mes. Solo deberá proporcionar pruebas si su trabajador del caso tiene preguntas sin resolver sobre sus costos. Si está solicitando asistencia de energía/LIHEAP, proporcione una copia de su costo de calefacción y refrigeración. Si necesita ayuda, es responsabilidad del Departamento ayudarlo, siempre y cuando usted coopere.							
▪ **Costos de cuidado de niños/adultos**							Puede entregar cualquiera de los siguientes si demuestran sus costos de bolsillo: Acuerdo, impresión de computadora, giro postal, carta de la persona a quien usted paga, documentos de divorcio o separación, declaraciones, recibos, cheques cancelados, copia de un cheque.
▪ **Costos médicos**	✓			✓			

7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos

Muchos inmigrantes pueden obtener asistencia si residen en Nuevo México. Algunos inmigrantes deben mantener un estado en particular durante 5 años antes de serelegibles para obtener asistencia. Hay muchas excepciones. Cualquier residente legal menor de 21 años o cualquier mujer embarazada que cumpla con todos los requisitos de elegibilidad pueden obtener Medicaid de inmediato. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso aunque no tenga un estado inmigratorio 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 u otra asistencia si cumplen otros requisitos del programa.

1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (Titular de LPR/Tarjeta Verde)	3 – Asilado	4 – Refugiado	5 – Inmigrante de Cuba/Haití; Iraq o	1 – Ciudadano estadounidense
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	7 – Inmigrante condicional aceptado antes de 1980
13 – Persona no ciudadana calificada	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 marcodeIRCA (conEAD)	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. Requisitos para el Número de Seguro Social (SSN)

¿Por qué debo proporcionar un número de seguro social (SSN)?

Para obtener los beneficios de SNAP o Medicaid debe presentar un número de seguro social (SSN), o haber solicitado uno, o tener un motivo justificable por no haber solicitado uno [7 C.F.R. § 273.6 y 42 C.F.R. §435.910]. Todas las personas en un grupo familiar que estén solicitando beneficios de SNAP deben proporcionar su SSN a la oficina de la ISD [7 C.F.R. § 273.6]. La ISD debe comprobar los SSN de todos los integrantes del grupo familiar con la Administración del Seguro Social (SSA). La ISD no puede demorar o denegar los beneficios de SNAP mientras está esperando la confirmación de un SSN [7 C.F.R. § 273.2]. Si el solicitante no puede recordar su SSN o no está seguro si tiene uno, puede comunicarse con la SSA.

¿Cómo usará el Departamento mi SSN?

Evitar la doble participación; facilitar cambios masivos en los beneficios; determinar la exactitud de la información entregada por el integrante del grupo familiar; y el/los SSN será(n) verificado(s) por computadora con SSN que aparecen en otros archivos de datos personales, cuáles son esos archivos, ya sea dentro del Departamento, en otras agencias gubernamentales. El departamento usará regularmente el SSN para obtener y usar información de salario y beneficios de otras fuentes con el fin de verificar si reúne los requisitos para SNAP y el importe de los beneficios de SNAP. Estas fuentes incluyen, entre otros: cualquier agencia federal o estatal, proveedores contratados por el departamento, departamentos de bienestar social en otros estados y bancos o demás instituciones financieras.

¿Qué sucede si no proporciono o no tengo un SSN?

El miembro del grupo familiar que no proporcione o solicite un SSN sin tener un motivo justificable,será descalificado y no recibirá beneficios.[7C.F.R.§273.6]Esta descalificación se aplica solo a ese integrante del grupo familiar y no al grupo familiar completo. [Id.] El ingreso y los recursos de la persona descalificada puede afectar el importe y elegibilidad de los beneficios del grupo familiar completo. Si el integrante del grupo familiar descalificado proporciona su SSN a la ISD, podrían reunir los requisitos para los beneficios. Si el integrante del grupo familiar descalificado proporciona prueba de una solicitud de SSN, o motivo justificable por el cual no se completó una solicitud de SSN, podrían reunir los requisitos para los beneficios. [7 C.F.R. § 273.6]

¿Cuándo tendría motivo justificable para no solicitar un SSN?

Los solicitantes sin SSN deben solicitar uno antes de recibir los beneficios a menos que tengan un “motivo justificable”. [7 C.F.R. § 273.6] “Motivo justificable” significa que la persona intentó solicitar un SSN, pero aún no pudo. [7 C.F.R. § 273.6] Por ejemplo, alguien podría tener un “motivo justificable” si la oficina del Seguro Social no toma su solicitud de SSN porque la persona no tiene prueba de su edad y Seguro Social, y debe mandar a pedir su certificado de nacimiento. Si la oficina de la ISD determina que existe un motivo justificable por no intentar obtener un número de seguro social, un solicitante puede obtener los beneficiosde SNAPporunmesademásdelmesdesolicitud[7C.F.R.§273.6].La oficina del ISD luego decidirá si hay motive justificable para no solicitar un SSN al final de cada mes[7C.F.R.§273.6]. Eventualmente, el solicitante obtendrá un SSN, o dejará de tener motivo justificable para no solicitar uno.

9. Después de que presenta su solicitud

A. ¿Cuánto tardarán en aprobar o rechazar mi solicitud?

- **SNAP/alimentos**: como máximo 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de una solicitud acelerada de SNAP/alimentos, 7 días calendario. Si no obtiene el SNAP en 7 días, tiene derecho a pedir una conferencia informal para ver por qué no le concedieron beneficios de alimentos acelerados.
- **Medicaid**: 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.
- **Dinero en efectivo**: a más tardar, 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de decisions relacionadas con Asistencia general por incapacidad, hasta 90 días
- **Asistencia de energía/LIHEAP**: a más tardar, 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de una crisis de corte o desconexión, 48 horas

B. Si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad o el nivel de beneficios, ¿puedo tener una audiencia justa?

Sí; si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre su caso, puede pedir una audiencia justa en persona, por teléfono al 1-800-432-6217 o al (505) 827-8164, o por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha de envío del aviso para informarle de cualquier acción que se haya tomado respecto de su caso. Envíe por correo su solicitud a la Oficina de Audiencias del HSD a: HSD Hearing's Bureau, PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504. Tiene derecho a revisar su expediente del caso y cualquier registro que el HSD haya usado para determinar su elegibilidad antes de la audiencia. Puede pedirle a un integrante del grupo familiar o a alguien más, como un amigo o un familiar, que represente a su hogar durante la audiencia justa. También tiene derecho a tener un abogado o cualquier otro representante legal durante la audiencia.

C. ¿Desde qué día se calcularon mis beneficios?

- **SNAP/alimentos**: comienzan a partir de la fecha en que los solicita
- **Medicaid**: si se aprueba, recibirá Medicaid desde el primer día del mes en el que los solicita. Es posible que sea eligible para recibir cobertura de Medicaid por hasta los 3 meses previos.
- **Dinero en efectivo**: a partir de la fecha en la que el HSD apruebe su solicitud o a partir de los 30 días desde la fecha de la solicitud; lo que ocurra primero
- **Asistencia de energía/LIHEAP**: a partir de la fecha en la que el HSD verifica su cuenta con el proveedor de energía

D. ¿Cómo obtendré mis beneficios?

- **Medicaid**: 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.
- **Asistencia de energía/LIHEAP**: su pago se enviará directamente a su proveedor de energía 7 días después de que el HSD verifique la información de su cuenta con su proveedor de energía. En caso de una crisis de corte o desconexión, el HSD llamará a su proveedor de energía para ayudarle a evitar el corte.
- **SNAP/alimentos y dinero en efectivo**: el HSD utiliza un sistema de tarjeta de débito electrónica (llamado EBT) para entregarle sus beneficios de dinero en efectivo y SNAP/asistencia de alimentos. Si nunca tuvo una tarjeta EBT, se le enviará una tarjeta EBT por correo a su dirección un día laboral después a su solicitud y después de registrarse su solicitud en la computadora. Si se demora su tarjeta EBT, puede solicitar una tarjeta en su oficina local del ISD. Para solicitar un reemplazo o activar su tarjeta EBT, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de EBT las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-843-8303.

Su beneficio en efectivo se depositará en su cuenta EBT el primer día del mes, todos los meses. Sus beneficios del SNAP/alimentos se depositarán en su

cuenta EBT el día del mes que se muestra en la casilla a continuación la cual indica los últimos dos dígitos del número de seguro social del jefe de familia.

Calendario combinado: Si ha solicitado SNAP/asistencia de alimentos después del día 15 de cualquier mes y se aprobaron por asistencia acelerada, usted recibirá sus beneficios según el cronograma a continuación.

- Usted recibirá sus beneficios del 1er y 2do mes el día después de que se aprobó su caso.
- Recibirá sus beneficios del 3er mes el día 1 del mes.
- Recibirá sus beneficios del 4to mes dentro de los primeros 10 días del mes, dependiendo de los últimos dos dígitos de su SSN.

Recibirá sus beneficios del 5to mes dentro de los primeros 20 días del mes, dependiendo de los últimos dos dígitos de su SSN. Este será el día del mes en que recibirá los beneficios del SNAP/Estampillas de Alimentos de forma regular en el futuro.

Cronograma de emisión *comprimida escalonada* de SNAP/Asistencia de alimentos

Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
	51		41		52		42		53		43		54		44		55		45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
1	91	**2**	81	**3**	92	**4**	82	**5**	93	**6**	83	**7**	94	**8**	84	**9**	95	**10**	85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
	56		46		57		47		58		48		59		49		50		40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

Cronograma de emisión *escalonada* de SNAP/asistencia de alimentos

Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.	Día	Núm. S.S.
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
1	51	**2**	41	**3**	52	**4**	42	**5**	53	**6**	43	**7**	54	**8**	44	**9**	55	**10**	45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
	91		81		92		82		93		83		94		84		95		85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
11	56	**12**	46	**13**	57	**14**	47	**15**	58	**16**	48	**17**	59	**18**	49	**19**	50	**20**	40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

E. ¿Durante cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de renovarlos?

- **SNAP/alimentos**: habitualmente hasta 12 meses o 24 meses para hogares con personas mayores o discapacitadas con ingresos no salariales estables como los del Seguro Social
- **Medicaid**: su Medicaid será aprobado por 12 meses. Debería informar sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad dentro de los 10 días;

veracontinuación.

- **Dinero en efectivo**: habitualmente hasta 12 meses por vez. Los adultos mayores de 18 años pueden recibir beneficios de TANF no más de 60 meses durante toda su vida, a menos que califiquen para una extensión por dificultad después de llegar al límite. Un niño que vive con un padre que no es elegible debido al límite de plazo, no es elegible para TANF como niño. El límite de 60 meses no se aplica en casos en que los niños califican para TANF y los padres no son elegibles por un motivo diferente al límite de 60 meses, como la recepción de SSI o un estado inmigratorio que no califica. El límite de 60 meses no se aplica para asistencia médica o del SNAP.

F. ¿Debo informar los cambios? Informe siempre los cambios de domicilio dentro de los 10 días calendario para todos los tipos de programas de asistencia.

- **SNAP/alimentos y asistencia en efectivo**: cambios en los integrantes del grupo familiar, costos mensuales del hogar, ingresos/empleos y recursos: Informe estos tipos de cambios dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que ocurrió el cambio solo en los siguientes casos:
  1. si el cambio causará el cierre de su caso, o bien
  2. si el cambio el aumento de sus causará beneficios.

  Otros cambios importantes que nos debe comunicar:
  - Cambio de dirección donde recibe su correspondencia. Queremos asegurarnos de que reciba su correspondencia.
  - Cambios en el tamaño del grupo familiar (si alguien se muda a su casa o fuera de ella)
  - Cambio de residencia (si usted o algún integrante de su grupo familiar se muda fuera de Nuevo México).
  - Cambios en los gastos mensuales del grupo familiar...
  - Cambios en recursos (como cuentas bancarias, inmuebles y seguros de vida).
  - Debería informar los cambios en cualquier momento durante el periodo de certificación que podrían aumentar el importe de sus beneficios (como un nacimiento o la reducción de ingresos).

  - **Informe semi-anual:** La mayoría de los integrantes del grupo familiar recibirán por correo un informe semi-anual para que comuniquen todos los cambios y lo entreguen a la División de Asistencia Económica (ISD).
  - **Informe anual:** Los grupos familiares que reciban ingresos fijos como los del Seguro Social recibirán por correo un informe anual para que comuniquen todos los cambios y lo envíen a la oficina de la ISD.
  - **Informe regular:** Hay algunos grupos familiares que deben informar los cambios a medida que ocurren. Estos grupos familiares deben informar todos los cambios dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha en que ocurrió el cambio

- **Medicaid:** 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 de lingreso. Para algunas categorías de Medicaid, como niños y mujeres embarazadas, los cambios en el ingreso

     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, y Extensión Medicaid de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

G. ¿Tendré que participar en el Programa Trabajo de Nuevo México?

- **Dinero en efectivo**: Sí, todos los adultos que reciban asistencia en efectivo de TANF, participan en el Programa Trabajo de Nuevo México.

El proveedor de servicios de Trabajo de Nuevo México (NMW) se comunicará con usted. Si no completa o informa su actividad laboral, puede perder parte o, eventualmente, toda la asistencia en efectivo. Esto se

denomina sanción. La primera vez, hablaremos con usted para tratar de corregir la sanción antes de que suceda; esto se denomina conciliación. Una sanción reducirá sus beneficios de las siguientes tres maneras: **1ra sanción: 25% reducción del dinero en efectivo; 2da: 50% reducción del dinero en efectivo; y la 3ra: cierre del caso.** Si cumple con alguna de las situaciones siguientes, es posible que pueda recibir actividades laborales distintas o menos horas, si alguno de los siguientes es su caso:

▪ Padre/madre soltero al cuidado de un niño menor de 12 meses de edad; límite de 1 de por vida	▪ Situaciones personales temporales, hasta 30 días
▪ 60 años o mayores	▪ Discapacitado
▪ Embarazo en el tercer trimestre o seis semanas después del parto	▪ Al cuidado de un integrante del grupo familiar enfermo o incapacitado
▪ Padre/madre soltero al cuidado de un niño menor de 6 años de edad (sin cuidado de niños)	▪ Violencia doméstica (opción de violencia familiar)
▪ Si padece de un impedimento, temporal o permanente, según lo determine la Unidad de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRU)	▪ Si tiene un motivo justificable para la necesidad del estado de Participación limitada en el trabajo

H. ¿Qué otra ayuda está disponible?

- Ingresando por el vínculo a continuación, encontrará el listado de recursos disponibles a través de Nuevo México. Encontrará el listado de recursos por condado.
  https://www.hsd.state.nm.us/lookingforassistance/field_offices_1/

10. Información importante acerca de su tarjeta EBT

A. Primera Tarjeta EBT

Si este es su primer caso de asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, su tarjeta EBT se enviará el primer día laboral después de que la oficina local del ISD registró su solicitud en el sistema informático del ISD.

Debe recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de su contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

Importante: Si tiene una tarjeta EBT y pide una nueva, su tarjeta anterior se desactivará. Deberá esperar que llegue su nueva tarjeta por correo antes de poder acceder a sus beneficios. Cuando solicite una nueva tarjeta su número de PIN no cambiará. Puede cambiar su PIN cuando llegue su nueva tarjeta llamando al contratista de EBT al 1-800-843-8303.

B. Tengo una tarjeta EBT que sé que funciona.

Si ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y sabe que su tarjeta EBT funciona, hágale saber a la ISD que no necesita una nueva tarjeta. Podrá acceder a sus beneficios una vez que se apruebe su caso.
Si solo se olvidó su número de PIN, pero su tarjeta todavía funciona, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm, para obtener un nuevo PIN. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

C. Mi tarjeta EBT no funciona.

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, llame al teléfono de informes del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Se enviará su nueva tarjeta EBT el primer día hábil después de su solicitud al teléfono de informes al cliente del contratista de EBT.
Debería recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD.
Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de su contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al

1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

D. Extravié mi tarjeta.

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, llame al teléfono de informes del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Se enviará su nueva tarjeta EBT el primer día hábil después de su solicitud al teléfono de informes al cliente del contratista de EBT.

Debería recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de parte del contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

11. Sanciones por violación a SNAP/asistencia de alimentos

No debe dar información falsa ni ocultar información para obtener SNAP/asistencia de alimentos, incluidas las tarjetas EBT. No debe comerciar ni vender su tarjeta EBT ni su PIN. No debe permitir que un minorista cargue a su cuenta EBT a cambio de dinero en efectivo. No debe cambiar las tarjetas EBT para obtener SNAP/asistencia de alimentos que no es elegible para recibir. Aquellos en su hogar pueden usar su tarjeta para comprar alimentos para su hogar. Su representante autorizado también puede utilizar su tarjeta. No deje que otras personas usen su tarjeta. No debe usar sus beneficios de SNAP/asistencia de alimentos para comprar artículos no alimentarios, como alcohol, tabaco o productos de papel. No debe usar la tarjeta EBT de otra persona para su hogar. No debe usar sus beneficios de SNAP/asistencia de alimentos para pagar cuentas de crédito.

Toda persona que viole cualquiera de estas reglas de forma intencional puede estar sujeta a una prohibición para recibir SNAP/asistencia del alimentos durante 12 meses (1ra infracción), 24 meses (2da infracción), o de forma permanente (3ra

infracción); una multa de $250,000, encarcelamiento de hasta 20 años o ambos; o una suspensión por 18 meses adicionales. Toda persona que viole estas reglas de forma intencional también puede procesarse de acuerdo con otras leyes federales y estatales que establecen penas criminales.

Toda persona que proporcione información falsa u oculte información sobre la identidad o la residencia para recibir SNAP/asistencia de alimentos en más de un grupo familiar al mismo tiempo puede estar sujeta a una prohibición de 10 años.

Toda persona condenada por intercambiar SNAP/asistencia del alimentos por una sustancia controlada puede estar sujeta a una prohibición para recibir SNAP/asistencia de alimentos durante 24 meses (primer infracción) y de forma permanente (segundo infracción).

Toda persona convicta por comprar o vender SNAP/asistencia del alimentos de $500 o más después del 22 de Septiembre de 1996 será permanentemente inelegible para participar en el Programa (Cualquierviolación).

Cualquier persona condenada por intercambiar beneficios SNAP/alimentos por armas, municiones o explosivos dejará de ser elegible para participar en el Programa (Cualquier violación).

12. Derechos de audiencia justa

Su derecho a una audiencia: 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 porqué no está de acuerdo. Cada vez quen o esté deacuerdo con una decision tomada en su caso,tiene el derecho de solicitor 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.

¿En qué situaciones puede solicitar una audiencia justa?

- Usted solicita los beneficios y le son denegados, o
- Si no está de acuerdo con una decisión en su caso, o
- Usted cree que sus beneficios no se calcularon correctamente, o
- Se hizo un cambio con el que usted no está de acuerdo.

¿Qué plazo tiene para solicitar una audiencia justa?

Tiene 90días apartir delafecha de este aviso parasolicitar una audiencia. Si solicita una audiencia dentrode los 13 díasde lafecha de este aviso, continuará obteniendo el mismo

importe de beneficios que recibía antes de que tomemos la medida de este aviso. Continuará obteniendo estos beneficios hasta que el Departamento decida su caso, a menos que se realice 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. Sipierdelaaudiencia, quizásdebapagarlosbeneficiosquerecibiómientras el Departamento decidía sobre su caso. Usted no tiene derecho a una audiencia justa si la decisión del Departamento que está cuestionando fue el resultado de un cambio federal o estatal masivo. (Revisado el 07/15/14)

¿Cómo solicita una audiencia justa?

- Complete y devuelva la parte inferior del aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local del HSD o al Centro de atención al cliente al 1-800-283-4465

- Escriba a la Oficina de Audiencias Justas del Departamento en el HSD, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348 o llame 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- 31802596 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 official de audiencia de la Juntade 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 usar á 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 condadoo al NMHIX
- Sobre la medida tomada o laprueba 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 8/30/17)

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.

El empleado es elegible para la cobertura bajo el plan del 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:_____

*ADVISO 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

INFORMACION PERSONAL — Esta información no se debe copiar.

1	NOMBRE Apellido	Su Nombre de Pila	Otro 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	Zona Postal

DIRECCIÓN DONDE USTED RECIBE SU CORREO(si es different del la parte de arriba)

3	Dirección	Ciudad	Zona Postal

4	Si Ud. va a cambiar su nombre en esta solicitud, bajo que nombre completo estaba Ud. matriculado antes. Apellido, Nombre de Pila, Otro Nombre o Inicial	5	Correo Electrónico (*opcional)

PARTIDO POLITICO | **NUMERO DE TELEFONO EN EL DIA (opcional)** | **EMPLEADO/A EN URNA ELECTORAL**

6	AVISO: Ud. tiene que indicar partido político principal para votar en la elección primaria ►►►►	Partido	Si Ud. NO ELIGE Partido marque aqui. ☐	7	¿Con motivo de elecciones puede divulgar el escribano de Condado este Número de teléfono? S☐ N☐	¿Quiere Ud. trabajar en recinto electoral el día de la elección? ☐I	

8	**Por la presente autorizo que Ud. cancele mi matrícula previa en el condado y estado a continuación.**	Ciudad o División	Contado	Estado

Favor de contestar las preguntas a continuación.

TESTIMONIO DE CALIFICACION

9	**¿Es Ud. ciudadano/a de los Estados Unidos?**	SI	NO☐	☐
	¿Tendrá usted por lo menos dieciocho años de edad en o antes de la próxima elección general?	SI	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. Ademas, juro o afirmo que autorizo la cancelación de toda matricula anterior con el fin de votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información provista esta correcta.

➡ FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE LA LINEA AMARILLA ABAJO

FECHA: Mes / Día / Año

10	Nombre de la persona que le llenar este formulario:	ayudó a	VRA ID #

NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS – SOLO PARA USO OFICIAL

Accepted for filing in County Registration Records	PCT.	MUN.	PRC DIST.	REP DIST.	SEN. DIST	SCHOOL	C.C.
Date / County Clerk / Filing Clerk							

SP&G-1 (2015)

PARA TRAMITAR SU CERTIFICADO DE MATRÍCULA UD. TENDRÁ QUE RELLENARLO TOTALMENTE, FIRMAR ESTA SOLICITUD.

UD. RECIBIRÁ CONFIRMACIÓN DE SU MATRÍCULA POR CORREO DEL ESCRIBANO QUE EL ESCRIBANO DEL CONDADO LE REMITIRÁ A US.

*AVISO DE PRIVACIDAD

Se require su número de deguro social y fecha de nacimiento para registrarse para votar. Conforme a la ley de Nuevo México, el secretario del estado, el escribano del condado o cualquier otro agente de registración no debe reveler al público el número de seguro social o fecha de nacimiento del votante. Una persona que copia ilegalmente, transmite o utiliza información de un certificado de registración es culpable de un crimen grave en el cuaro grado. NMSA 1978 § 1-4-5 y NMSA, 1978, 1-4-5.4.

Por NMSA, 1978 § 1-5-14(D) los registros de los votantes provistos al público no pueden incluir correo electrónico.

USA ESTE LADO SOLAMENTE SI VIVE EN RESIDENCIA SIN DIRECCION DE CALLE.

Si la dirección donde usted vive (Dirección de la calle) es uno de los siguientes:

- **dirección rural**
- **no es dirección de calle**
- **no es lugar tradicional**

En el espacio que está a la derecha, Ud. Tiene que dibujar un mapa para indicar donde vive Ud. en relación a señales locales tales como caminos, escueles, iglesias, tiendas, etcetra.
Lo anterior le ayudará al escribano del condado a localizer el recinto electoral correcto.

Además en el espacio más abajo (DESCRIPCION DE DIRECCION RURAL), favor de indicar lo siguiente:

1. **el verdadero número del camino estatal o del condado sobre el cual está ubicada su residencia, en que lado del camino está (este, oeste, norte, sur);**
2. **el número del camino más cercano que atraviesa el camino donde Ud. reside (en los dos sentidos en cualquier lado de su casa) o los nombres de marcas que se pueden identificar;**
3. **las distancia y dirección a la cual Ud. tendría que caminar de su casa para llegar a cada uno de los caminos;**
4. **la distancia que Ud. tendría que atravesar para llegar a su casa si Ud. vive sobre camino pricado que es la extension de camino público (favor de indicar de que punto sale el camino público – el este, el oeste, el norte, el sur.)**
   EJEMPLO **Camino 678, el lado norte, 1 milla al este del Camino 615**
   O
   Camino 743, lado oeste, 1 milla al norte de la tienda de Smith y 4 millas al sur del Camino 698
5. **algúna dirección rural asignada por el condado a su residencia donde vive ahora:**
   EJEMPLO **3251 CR W Grady, NM 88120**
   Esta dirección se puede usar en bloque 2 "DIRECCION DONDE VIVE AHORA" en la reversa de esta forma.

MAPA

N
O + E
S

DIRECCION RURAL EN DETALLE

TODA SOLICITUD PARA VOTAR DEBE INCLUIRLA EN CUADRO 2 O 3 EN LA REVERSA DE ESTA FORMA UNA DIRECCION DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA

.

If you, or someone you are helping, have questions about applying for assistance or need help applying, you have a right to get information and help in your language at no cost. To speak with an interpreter, call (800) 283-4465 {language specific extension.}

Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre cómo solicitar asistencia o necesita ayuda para solicitarla, tiene derecho a obtener información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (800) 283-4465 Español, presione 2.	اگر شما یا فردی که به او کمک می کنید، درباره ارائه درخواست کمک پرسشی دارید یا برای درخواست دادن به کمک نیاز دارید، می توانید به طور رایگان اطلاعات و کمک هایی را به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت با یک مترجم شفاهی، با شماره 283-4465 (800) تماس بگیرید و برای فارسی عدد 5 و سپس 7 را فشار دهید.
Kung ikaw o ang taong iyong tinutulungan ay may mga katanungan tungkol sa pag aapplay ng tulong o kailangan mo ng tulong sa pag aaplay meron kang karapatan na makakuha ng impormasyon at tulong sa inyong sariling wika ng walang binabayaran. Para maka usap ang Tagasalin tumawag sa (800) 283-4465 Tagalog, pindutin ang 5 tapos 9 at 4.	본인 또는 도움을 주는 사람이 지원 신청에 대한 질문이 있거나 신청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 귀하는 무료로 모국어를 통해 정보와 도움을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 대화하려면(800) 283-4465으로 전화하시고, 한국어는 5, 8번을 눌러주십시오.
Nếu bạn hoặc ai đó mà bạn đang giúp đỡ cần hỏi về quy trình làm đơn xin trợ giúp hoặc cần được giúp làm đơn, thì bạn có quyền được nhận thông tin và trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi số (800) 283-4465, ấn phím 3 để chọn tiếng Việt.	**หากท่านหรือคนที่ท่านกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครขอความช่วยเหลือหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเป็นภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการคุยกับล่าม โทร (800) 283-4465 ภาษาไทย กด 5 แล้วก็ 9 แล้วก็ 7**
如果您本人或者您正在帮助的某人对申请援助存在疑问或者需要获得申请帮助，您有权免费获得以您所用语言提供的信息和帮助。如需与口译员交谈，请拨打(800) 283-4465，普通话，请按4。	あなた、またはあなたがサポートしている方が、支援の申請について質問がある場合、または申請のサポートが必要な場合は、ご自身の母国語による情報とサポートを無料で受ける権利があります。通訳をご希望の場合は、(800) 283-4465にご連絡ください。日本語は「5」を押してから「6」を押してください。
如果您本人或者您正在幫助的某人對申請援助存在疑問或者需要獲得申請幫助，您有權免費獲得以您所用語言提供的信息和幫助。 如需與口譯員交談，請撥打(800) 283-4465，廣東話，請按5。	Si vous, ou quelqu'un que vous aidez, avez des questions concernant la demande d'aide ou avez besoin d'aide pour faire une demande, vous avez le droit d'obtenir gratuitement des informations et de l'aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (800) 283-4465 français, appuyez sur 5, puis 9, puis 5.

Ikiwa wewe, au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu kutuma ombi la usaidizi au anahitaji kusaidia kutuma ombi, una haki ya kupata taarifa na usaidizi kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu (800) 283-4465 kwa Kiswahili, bonyeza 5, kisha 4	Если у вас или у того, кому вы помогаете, есть вопросы о подаче заявления на получение помощи или вам нужна помощь в подаче заявления, вы имеете право получить информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру (800) 283-4465 на русском языке, нажмите 5, затем 9, затем 3.
ذا كانت لديك، أو لدى أي شخص تساعده، أسئلة حول تقديم طلب للحصول على المساعدة أو كنت بحاجة إلى مساعدة في تقديم طلب، فيحق لك الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك دون أية تكلفة. للتحدث إلى مترجم شفهي للغة العربية، اتصل على الرقم (800) 283-4465، اضغط على الرقم 5، ثم الرقم 2.	که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوی د مرستې لپاره د خواست کولو په اړه پوښتنې ولری یا خواست کولو لپاره د مرستې اړتیا ولری، تاسو حق لری معلومات او مرسته پخپله ژبه کې په وړیا توګه (پرته د کوم لګښت) تر لاسه کړی. د یو ترجمان (ژباړونکي) سره د خبرو کولو لپاره، 283-4465 (800) ته زنګ ووهئ، 5 کېښکاږئ، بیا 9، بیا 8.
اگر شما یا شخص که به او کمک می‌کنید، درباره تقاضای مساعدت سؤالات دارید یا برای تقاضانامه به مساعدت ضرورت دارید، حق دارید بدون کدام مصرف معلومات و مساعدت را به لسان خود را دریافت کنید. برای صحبت با ترجمان، با283-4465 (800) دری/هسپانوی در تماس شوید، 5 را فشار دهید و سپس 5 را فشار دهید.	ຖ້າທ່ານ, ຫຼື ຜູ້ໃດຫນຶ່ງທີ່ທ່ານພວມຊ່ວຍເຫຼືອມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການ ສະຫມັກຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະຫມັກ, ທ່ານມີສິດຮັບຂໍ້ມູນ ແລະການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ. ເພື່ອລົມກັບລ່າມພາສາ, ໂທ (800) 283-4465 ພາສາລາວ, ກົດ 5, ຈາກນັ້ນ 9, ແລ້ວ 1.
જો તમને, અથવા તમે મદદરૂપ થતા હો તે વ્યક્તિને, સહાયતા માટે અરજી કરવા વિશે પ્રશ્નો હોય અથવા અરજી કરવામાં મદદ જોઇતી હોય તો, તમને કોઈ ખર્ચ વગર માહિતી મેળવવાનો અને તમારી ભાષામાં મદદ મેળવવાનો અધિકાર છે. ગુજરાતી દુભાષિયા સાથે વાત કરવા, (800) 283-4465 નંબર પર કૉલ કરો, 5 દબાવો, પછી 9, પછી 2 દબાવો.	आप, या आपकी सहायता करने वाला कोई व्यक्ति, सहायता के लिए आवेदन करने के बारे में प्रश्न हैं या आवेदन करने में सहायता की आवश्यकता है, तो आपको बिना किसी शुल्क के अपनी भाषा में जानकारी और सहायता प्राप्त करने का अधिकार है। दुभाषिए से बात करने के लिए, (800) 283-4465 हिंदी पर कॉल करें, 5 दबाएं, फिर 9, फिर 6 दबाएं।
T'áá ni ádá, éí doodago, t'áá háida bíká anilyeedígíí, naaltsoos hadilnéehgi bína'ídíkid hólǫǫgo da éí doodai' ła' níká adoolwołígíí yííníkeedgo, ná bá haz'ą́ dóó t'áá jíík'eh t'áá Dinék'ehjí nił náhane'go bíighah. Atxa' halne'í bił ahił hodíílnihgo éí, kojį' hodíílnih (800) 283-4465, ashdla' (5) bił yaa adidíílchił, áádóó bik'ijį' táá' (3) nááná.	