



STATE OF NEW MEXICO  
**Human Services Department**  
**Governor Michelle Lujan**  
**Grisham**


David R. Scrase, M.D., Cabinet Secretary  
Angela Medrano, Deputy Cabinet  
Secretary  
Kari Armijo, Deputy Cabinet Secretary  
Karmela Martinez, Director ISD

---

## Manual Revision Memorandum

---

**ISD MR 21-08**

**TO:** ISD Employees  
**FROM:** Karmela Martinez, ISD Director   
**RE:** Changes to HSD 100 revision 11/25/21  
**DATE:** 11/25/21

The HSD 100/HSDSP 100 Streamline Applications for Benefits revised 10/01/2021 have been updated to make the application current and to comply with federal policy. Below is a summary of each of the changes.

Page 1 and 20:

The Human Services Department (HSD) is replacing the current toll-free number with the new Consolidated Customer Service Center phone number.

Page 2:

HSD is expanding this section to include Institutional Care and Home and Community-Based Services Waivers, so applicants are aware of the different Medicaid categories available.

Additionally, HSD is changing the name of Emergency Medical Services for Aliens (EMSA) to Emergency Medical Services for Non-Citizens (EMSNC) to be consistent with forthcoming NMAC changing the term "aliens" to "non-citizens" throughout policy.

Page 6:

HSD changed "Alien" to "A Number".

Page 6 Section 5(f) and page 11 Section 10:

CMS requires that HSD ask the same absent parent question that is on the marketplace application. As such the following question has been added:

*Does any child on this application have a parent who lives outside the home?*

Page 12 Section 10 Absent Parent Question:

HSD is replacing the term “medical assistance” with “medical aid” and adding “spousal support” in the first sentence.

Page 7 Non-MAGI leading questions:

HSD is adding nursing home related questions:

- Name of Nursing Home / Nursing Facility:
- Name of Hospital:
- Name of Intermediate Care Facility for the Intellectually Disabled (ICF/IID):
- Enrolling with PACE?  Yes  No
- Name of Assisted Living Facility:

Spousal support was also added to the list of income.

Page 7 Section 6 Tell Us About Your Earned Income:

Updated to reverse the text making the Yes/No question first and moving the detail paragraph below. The “Don’t Know” box was removed

Also, a list of unearned income examples was added borrowing from the ISD122.

Page 9 Section 9 Managed Care

In the “Special Information for Native Americans” was updated to define what we mean by long-term care services as Institutional Care and Home and Community-Based Services Waivers. More space was added between the two Yes and No questions which were already there.

Page 10 Medicare Savings Programs (MSPs):

Removed section 12 (resources) as being mandatory for the MSP (QMB, SLIMB, and QI1) categories, but sections 13 and 16 still are.

Page 11 Section 12 Things you Own (Resources/Assets):

A Yes/No question was added to obtain an applicant attestation of resources. Additional text was added that if indicating “yes” to complete the chart.

Page 15 Rights and Responsibilities

Current text:

- I understand that if I receive benefits for which I am not eligible, that I may have to pay HSD back for those benefits.

- I understand that I must give HSD any money I receive for medical services which have already been paid for by Medicaid. If I fail to do so, I, or the person(s) for whom I am applying, may lose Medicaid coverage for at least one year and until the amount owed to Medicaid has been paid back in full.

Revised text:

- I understand that if I receive SNAP, Cash, or LIHEAP benefits for which I am not eligible, that I may have to pay HSD back for those benefits.
- I understand that I must give HSD any money I receive for medical services which have already been paid for by Medicaid. If I fail to do so, I, or the person(s) for whom I am applying, may lose Medicaid coverage for at least one year and until the amount owed to Medicaid has been paid back in full.

Page 22 MSPs

Resources were eliminated for the MSP categories beginning January 01, 2021. MSP is being removed from the resource sentence below.

Current text

5. Resources: Reporting changes in what you own (such as property or money in the bank) is only required for Institutional Care, Waiver, Working Disabled Individuals, and Supplemental Security Income (SSI) Extension and Medicare Savings Program Medicaid.

Revised text

5. Resources: Reporting changes in what you own (such as property or money in the bank) is only required for Institutional Care, Waiver, Working Disabled Individuals, and Supplemental Security Income (SSI) Extension Medicaid

**Instruction:**

**Replace all previous versions of the forms listed below. All previous versions of the form listed in this MR must be used or destroyed by 1/1/2022 from any current stock.**

Use/destroy- ISD 100 Streamlined application revision date 2/24/20

Replace- ISD 100 Streamlined application revision date 11/03/2021

New versions of the HSD 100 may currently be found on the QuiKGuide and will be used when current stock is gone.

If you have questions regarding this MR, please contact Michael Zimmerman, Notice Coordinator, at (505) 629-8725 or by e-mail [jmichael.zimmerman@state.nm.us](mailto:jmichael.zimmerman@state.nm.us)

## Hoja informativa para solicitud de asistencia



### **Beneficios del Departamento de Servicios Humanos (HSD):**

**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 médico) 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 en efectivo:** 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](http://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 de NMHIX en:**

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

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

Programas de asistencia		
Asistencia médica	Según los ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada. A continuación se indican algunos tipos de Medicaid para los cuales podrían reunir los requisitos los integrantes del grupo familiar:	
	<b>Complete las secciones 1 a 9 y 16</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recién nacidos</li> <li>• Niños hasta los 18 años de edad</li> <li>• Padre/madre/cuidador(es)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mujeres embarazadas</li> <li>• Adultos de bajos ingresos</li> <li>• Servicios médicos de emergencia para extranjeros (EMSA)</li> </ul>
	<b>Completar Secciones 1-9,12-13 y 16</b>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Personas de la tercera edad, ciegas y con discapacidades</li> <li>• Personas con discapacidad laboral</li> <li>• <b>Atención Institucional:</b> Centro de Enfermería Centro de Atención Intermedia para Personas con Discapacidad Intelectual (ICF/IID)</li> <li>• Programa de cuidado integral para la tercera edad (PACE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad:</b> Exención a Prestaciones Comunitarias (CB) Exención a Discapacidades del Desarrollo (DDW) Exención médicamente frágil (MFW) Exención Mi Via (MVW)</li> <li>• Exención en materia de apoyo (SW)</li> </ul>
<b>MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NM (NMHIX)</b> 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.		
<b>Programa de Ahorros de Medicare</b>	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. <b>Complete las secciones 1 a 9, 12, 13 y 16</b>	
<b>Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP)</b>	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. <b>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.</b>	
<b>Asistencia en efectivo</b>	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). <b>Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 10 a 13, 15 y 16</b>	
<b>Programa de Asistencia para Energía para Familias de Bajos Ingresos (LIHEAP)</b>	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. <b>Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 14 y 16</b>	

**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?  ¿Ayuda gratuita con el idioma? 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  Al cuidado 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	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono	Número de teléfono alternativo (opcional)		

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

Domicilio o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Desea que su información se envíe a su correo electrónico? Si contestó SÍ, complete arriba su dirección de correo electrónico más actualizada.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 <u>MENOR</u> que \$150 y el dinero en el banco o dinero en efectivo será <u>MENOR</u> que \$100?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2. ¿Sus costos mensuales del hogar y los servicios públicos serán <u>MAYORES</u> que su ingreso, dinero en efectivo y dinero en el banco?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3. ¿Es usted parte de un grupo familiar de trabajadores agrícolas de temporada o de inmigrantes de muy bajos recursos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> 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 solicitar o renovar beneficios, o puede ser una persona diferente. Si usted desea un representante autorizado, debe indicarnos a continuación, por escrito, quién es esa persona.

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:	Raza:	Afilación tribal (Opcional)	Número de Seguro Social (SSN) – obligatorio <b>si tiene uno</b> (opcional para las personas que no presentan solicitud)	Situación migratoria de ciudadanía 1-34 (Ver a continuación)
					Hispano S/N (Opcional)	1-6 (Ver abajo) (Opcional)			
1.	(Uno mismo)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
2.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
3.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
4.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
5.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO							
6.		<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> 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 afgano o iraquí
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 estancia 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?
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó <b>sí</b> , 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.?
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

**a. ¿Alguno de los solicitantes está recibiendo beneficios de Medicaid, SNAP/alimentos, o dinero en efectivo en otro estado?**

Sí  No

Si contestó **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 contestó **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 es 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? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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.
				\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
				\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

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

<input type="checkbox"/> <b>¿Interés de préstamo estudiantil?</b> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo</b> <input type="checkbox"/> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo</b> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo</b> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo</b> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> <b>Otro tipo</b> ¿Quién? _____ Cuánto\$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

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 elegible 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](http://www.bcbsnm.com/community-centennial)

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

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

**Presbyterian Health Care**  
(888)977-2333 [www.phs.org](http://www.phs.org)

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

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

**Western Sky Community Care**  
(844) 543-8996 [www.westernskycommunitycare.com](http://www.westernskycommunitycare.com)

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

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

## 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 ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?**

SÍ  NO

Si contestó sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

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 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? \_\_\_\_\_

**¿Alguno de los solicitantes está recibiendo dinero de la venta de objetos con valor cultural?**

SÍ  No

Si contestó sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuánto? \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_



**Si usted no 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
<ul style="list-style-type: none"> <li>Residencia de atención residencial</li> <li>Programa de Ahorro de Medicare (sólo 13 y 16)</li> <li>Servicios de exención</li> <li>Personas con discapacidades que trabaja</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>SNAP</li> <li>Asistencia en efectivo</li> <li>LIHEAP</li> </ul>

**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			
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> 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, seguro de vida o funerario, acciones o bonos, cuenta de retiro, ganado, viviendas/tierras (sin ocuparlas), o vehículos 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)?**  Sí  No  
(Únicamente para Medicaid)

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.

<input type="checkbox"/> Hipoteca \$ _____	<input type="checkbox"/> El alquiler no incluye los servicios públicos \$ _____	<input type="checkbox"/> El alquiler incluye los servicios públicos \$ _____	<input type="checkbox"/> Sin hogar \$ _____
<input type="checkbox"/> Vivienda pública \$ _____		<input type="checkbox"/> Otro _____ \$ _____	

Calefacción y refrigeración ▶ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<b>Programas Lifeline y Link-Up:</b> 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 ▶ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Teléfono ▶ <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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: \_\_\_\_\_



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? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Reducieron las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana en los últimos 30 días? Si contestó sí, ¿quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Trabajador(es) en huelga o cierre patronal?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es un delincuente prófugo? ¿Alguien de su familia es un delincuente prófugo? Si la respuesta es "sí", ¿quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Renunció voluntariamente al empleo(s) en los últimos 30 días? Si contestó sí, ¿quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Está en libertad condicional o bajo palabra? Si contestó sí, ¿quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?"	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Han cumplido los términos de su condena?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe ayuda del Programa de Distribución de Alimentos sobre Reservas Indígenas (FDPIR)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Recibe TANF Tribal o asistencia general?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está viviendo en una reserva indígena americana? ¿Cuál es el nombre de la reserva?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguno es veterano? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Fue descalificado de un programa de asistencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Alguno paga alojamiento y comida? Si contestó sí, ¿quién? _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> 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 escondí u omití 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 migratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado migratorio 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 documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. El HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE LA HERENCIA: comprendo que después de mi fallecimiento, el HSD puede presentar un reclamo contra mi herencia para recuperar los importes pagados por el estado o pagados en mi nombre por la asistencia médica brindada bajo el programa Medicaid. Este proceso se llama "Recuperación de la herencia". La "recuperación de la herencia" se requiere por la ley federal y estatal en la que el beneficiario de Medicaid tenga 55 años de edad o más y el estado haga pagos de asistencia médica en representación del mismo por los servicios de los establecimientos de atención residencial, servicios basados en el hogar y la comunidad y/o servicios hospitalarios y relacionados con medicamentos recetados. El importe recuperado por el HSD no excederá el importe de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- 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**  **Dinero en efectivo**  **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 section 15 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..

Esta página queda en blanco intencionalmente

# Páginas de información para solicitar el programa

Puedemanteneresta información para sus registros

## 1. Información sobre 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

En esta institución está prohibido discriminar en función de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas. El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe discriminar en función de raza, color, origen nacional, género, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o en represalia por actividad anterior por los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para la información sobre programas (p. ej. Braille, letras grandes, grabaciones en audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben contactar con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con audición disminuida o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español o bien llamar a los números de información o las líneas directas del estado (haga clic en el enlace para ver una lista de las líneas directas por estado); disponibles en línea en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; también puede llamar al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (10/14/2015)

**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 justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si se hace un reclamo en contra de su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social, podrían remitirse a agencias federales y estatales, como así también a agencias privadas de cobranza de reclamos para las medidas de cobro.

Solo debe proporcionar la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los integrantes del grupo familiar para los cuales está solicitando beneficios. 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 migratorio, 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 poseen 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
- Vive muy lejos de la oficina
- Transporte
- Cuida a un niño menor de seis años
- Cuida a otras personas
- 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 a través de las fuentes de datos electrónicos, entonces le solicitará que proporcione prueba de la información que proporcionó en la solicitud. Recibirá una carta por correo solicitando esta información. Si necesita más tiempo para entregar las pruebas al HSD, puede solicitarlo comunicándose con la ISD.

##### ¿Qué prueba 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 **NO** 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

▪ <b>Identidad</b>	✓			✓	✓	✓	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. <b>Tenga en cuenta:</b> El programa de Medicaid requerirá pruebas de identificación específicas.		
▪ <b>Relación</b>					✓				
▪ <b>Edad</b>									
▪ <b>Ciudadanía estadounidense</b>		✓	✓	✓			<p>La mayoría de los programas no exigen prueba de ciudadanía estadounidense. Para la asistencia médica, el gobierno federal requiere 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.</p> <table border="1"> <tr> <td> <b>Prueba de ciudadanía e identificación juntas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasaporte</li> <li>▪ Certificado de naturalización (formulario 550 o N-570)</li> <li>▪ Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561)</li> <li>▪ Certificado de sangre indígena (CIB)</li> </ul> </td> <td> <b>Prueba de ciudadanía exclusivamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certificado de nacimiento de los EE. UU.</li> </ul>           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.         </td> </tr> </table>	<b>Prueba de ciudadanía e identificación juntas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasaporte</li> <li>▪ Certificado de naturalización (formulario 550 o N-570)</li> <li>▪ Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561)</li> <li>▪ Certificado de sangre indígena (CIB)</li> </ul>	<b>Prueba de ciudadanía exclusivamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certificado de nacimiento de los EE. UU.</li> </ul> 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.
<b>Prueba de ciudadanía e identificación juntas</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Pasaporte</li> <li>▪ Certificado de naturalización (formulario 550 o N-570)</li> <li>▪ Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561)</li> <li>▪ Certificado de sangre indígena (CIB)</li> </ul>	<b>Prueba de ciudadanía exclusivamente</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Certificado de nacimiento de los EE. UU.</li> </ul> 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.								
▪ <b>Situación migratoria</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si es extranjero y está solicitando asistencia, podría tener que presentar registros originales del USCIS (ex INS).		
▪ <b>Discapacidad</b>				✓	✓	✓	Registros médicos indicando cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.		
▪ <b>Embarazo</b>					✓		Registros médicos que indiquen cuándo nacerá el bebé		
▪ <b>Asistencia escolar</b>							Boletín de calificaciones actualizado o carta de la escuela indicando si su hijo está asistiendo a la escuela		
▪ <b>Estudiante universitario</b>	✓				✓		Carta de la universidad indicando si es un estudiante a medio tiempo o a tiempo completo		
▪ <b>Ayuda económica para estudiantes</b>	✓				✓	✓	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		
▪ <b>Ingresos</b> El período de 30 días más reciente o todo lo del último mes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<b>Ingreso ganado:</b> Talones de pago, una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es <b>trabajador independiente</b> , puede entregar a su trabajador del caso una copia de sus formularios de impuestos sobre la renta, registros comerciales o registros del salario personal. <b>Ingreso no salarial:</b> 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.		
▪ <b>Pérdida de un empleo (60 días)</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carta del empleador		
▪ <b>Valor de las cosas que posee</b>				✓			Recursos o bienes: Estado bancario reciente o carta de valor		
▪ <b>Cosas que transfirió</b>	✓			✓	✓		Estado reciente o carta de valor		
▪ <b>Medicare Parte A</b>				✓			Tarjeta de ID. o carta de la Administración del Seguro Social		
▪ <b>Pago de sostenimiento de niños</b>	✓						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.		
<b>Prueba opcional:</b> 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.									
▪ <b>Costos de cuidado de niños/adultos</b>							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.		
▪ <b>Costos médicos</b>	✓			✓					

Únicamente para personas mayores o discapacitadas							
▪ <b>Costos de propietario/alquiler de casa</b>							
▪ <b>Costos de calefacción/aire acondicionado</b>						✓	

## 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 ser elegibles 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 migratorio que lo haga elegible para Medicaid, es posible que pueda obtener Medicaid para emergencias. Solicite más información a un trabajador de caso. Mantenemos la privacidad de su información y solo la compartimos con otras agencias del gobierno con el fin de ver para qué programas es elegible. Los inmigrantes con uno de los estados siguientes pueden ser elegibles para Medicaid 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 Afganistán con situación migratoria especial	6 – Goza de libertad condicional concedida dentro de los EE. UU. (por lo menos un año)
7 – Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	8 – Cónyuge, menor o padre/madre maltratado	9 – Víctima de tráfico y su cónyuge, hijo/a, hermano/a o padre/madre	10 – Se concedió la suspensión de deportación o la suspensión de remoción	11 – Miembro de una tribu de Indios reconocida federalmente o Indio Americano nacido en Canadá	12 – Inmigrante especial afgano o iraquí
13 – 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		



## 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. [7 C.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 beneficios de SNAP por un mes además del mes de solicitud [7 C.F.R. §273.6]. La oficina de la ISD luego decidirá si hay motivo justificable para no solicitar un SSN al final de cada mes [7 C.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 decisiones 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 elegible 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 1<sup>er</sup> y 2<sup>do</sup> mes el día después de que se aprobó su caso.
- Recibirá sus beneficios del 3<sup>er</sup> mes el día 1 del mes.
- Recibirá sus beneficios del 4<sup>to</sup> mes dentro de los primeros 10 días del mes, dependiendo de los últimos dos dígitos de su SSN.

Recibirá sus beneficios del 5<sup>to</sup> 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.

<b>Cronograma de emisión <u>comprimida escalonada</u> de SNAP/Asistencia de alimentos</b>															
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
	31		21		32		22		33		23		34		24
	51		41		52		42		53		43		54		44
	71		61		72		62		73		63		74		64
<b>1</b>	91	<b>2</b>	81	<b>3</b>	92	<b>4</b>	82	<b>5</b>	93	<b>6</b>	83	<b>7</b>	94	<b>8</b>	84
	16		06		17		07		18		08		19		09
	36		26		37		27		38		28		39		29
	56		46		57		47		58		48		59		49
	76		66		77		67		78		68		79		69
	96		86		97		87		98		88		99		90
														<b>9</b>	10
															80

<b>Cronograma de emisión <u>escalonada</u> de SNAP/asistencia de alimentos</b>													
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		04
	31		21		32		22		33		23		24
<b>1</b>	51	<b>2</b>	41	<b>3</b>	52	<b>4</b>	42	<b>5</b>	53	<b>6</b>	43	<b>7</b>	54
	71		61		72		62		73		63		74
	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									
<b>11</b>	56	<b>12</b>	46	<b>13</b>	57	<b>14</b>	47	<b>15</b>	58	<b>16</b>	48	<b>17</b>	59	<b>18</b>	49	<b>19</b>	50	<b>20</b>	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; ver a continuación.
- **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 causará el aumento de sus 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 del ingreso. Para algunas categorías de Medicaid, como niños y mujeres embarazadas, los cambios en el ingreso no afectan la elegibilidad hasta la fecha de renovación.
  5. Recursos: Solo se requiere informar los cambios en sus posesiones (como ser propiedades o dinero en el banco) para Atención Institucional, Exenciones, Personas discapacitadas que trabajan, 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: **1ª sanción: 25% reducción del dinero en efectivo; 2ª: 50% reducción del dinero en efectivo; y la 3ª: 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.  
[http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/Field\\_Offices\\_1.aspx](http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/Field_Offices_1.aspx)

**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 de 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 de 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 de alimentos de \$500 o más después del 22 de Septiembre de 1996 será permanentemente inelegible para participar en el Programa (Cualquier violación).

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

### ¿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 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días de la fecha 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. Si pierde la audiencia, quizás deba pagar los beneficios que recibió mientras 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 oficial de audiencia de la Junta de Audiencias Justas del HSD o el NMHIX realizarán la audiencia. Antes de la audiencia, usted o su representante pueden ver su registro del caso y cualquier prueba que se usará para decidir su caso. Usted dirá por qué considera que la decisión del HSD o del NMHIX es incorrecta. Puede presentar testigos y pruebas. Puede cuestionar a la oficina del condado o al NMHIX sobre la medida tomada o la prueba presentada. Puede representarse solo o puede ser representado por un amigo, integrante del grupo familiar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede recibir asistencia legal gratuita, llame al 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).
- Luego de la audiencia, el funcionario de audiencia preparará un informe. El Director de la División del HSD o el Director del NMHIX decidirán si la medida fue correcta o incorrecta. Después de que se haya decidido su caso, se le enviará una carta indicándole sobre la decisión y por qué se tomó dicha decisión. (Revisado el 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: \_\_\_\_\_

Ningún plan cumple el “valor estándar mínimo”

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

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

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

Ningún cambio.

El empleador no ofrecerá cobertura de salud.

El empleador comenzará ofreciendo cobertura de salud para empleados o cambios en la prima por el plan de menor costo que cumpla con el valor estándar mínimo.

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

**ESTA PÁGINA QUEDA EN BLANCO INTENCIONALMENTE**



INFORMACIÓN PERSONAL					Esta información <u>no</u> se debe copiar.	
1	NOMBRE: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre o inicial	Género	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
DIRECCIÓN FÍSICA DONDE VIVE AHORA						
2	Domicilio postal	Apartamento, Unidad o N.º de lote			Ciudad	Código
DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA (si es diferente a la anterior)						
3	Domicilio	Ciudad	Código postal			
4	Si va a cambiar su nombre en esta solicitud, ¿bajo qué nombre completo estaba registrado anteriormente? Apellido, Primer nombre, Segundo nombre				5	Dirección de correo electrónico (*opcional)
PARTIDO POLÍTICO			NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (opcional)		EMPLEADO EN URNA ELECTORAL	
6	TENGA EN CUENTA: Debe	Partido	<input type="checkbox"/>	7	Para fines electorales, ¿puede el Secretario del Condado hacer público este número de teléfono? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Si selecciona SIN PARTIDO, marque esta casilla.					¿Le gustaría servir como trabajador de recinto electoral el día de la elección? <input type="checkbox"/> SÍ	
8	Ciudad o Pueblo		<input type="checkbox"/>	Condado	Estado	
Conteste las siguientes preguntas:						
9	¿Es usted ciudadano estadounidense?	SÍ	NO	CERTIFICACIÓN DE CALIFICACIÓN		
¿Tendrá 18 años cumplidos día de la próxima elección general?		SÍ	NO	Juro/afirmo que soy ciudadano estadounidense y residente del estado de Nuevo México; que ningún tribunal me ha negado el derecho de votar por motivo de incapacidad mental; que tengo o tendré al momento de las próximas elecciones 18 años de edad y, si he sido condenado por un delito grave, he completado todas las condiciones de la libertad condicional y bajo palabra supervisada, he cumplido la totalidad de una sentencia o he recibido el indulto del gobernador. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de todo registro anterior para votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información que brindé es correcta.		
Si marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario.				FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE EN LA LÍNEA A		
Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente esta en libertad condicional o probación supervisada, no llene este formulario.				CONTINUACIÓN:		
FECHA DE HOY						
Mes Día Año						

10 Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario: N.º DE ID DE VRA

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

Accepted for filing in County Registration Records

PCT. MUN. PRC. DIST. REP. DIST. SEN. DIST. SCHOOL C.C.

Date / County Clerk / Filing Clerk

PARA PROCESAR SU CERTIFICADO DE REGISTRO DEBE COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

RECIBIRÁ LA CONFIRMACIÓN DE SU REGISTRO POR CORREO DEL SECRETARIO DEL CONDADO.

**\* AVISO DE PRIVACIDAD**

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

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

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

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

SP&G-1 (2015)

# MAPA

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

En el espacio que se proporciona a la derecha, debe dibujar un mapa de donde usted vive en relación con hitos locales, como caminos, escuelas, iglesias, tiendas, etc.

Esto ayudará al secretario del condado a determinar el recinto electoral correcto que le corresponde.

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

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

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

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

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

EJEMPLO 3251 CR W Grady, NM 88120

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

N  
O + E  
S

## DESCRIPCIÓN DE LA DIRECCIÓN RURAL

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



## Information Sheet for Application for Assistance



### **Human Services Department (HSD) benefits:**

**Medicaid:** Provides free or low-cost health coverage for certain low-income individuals and families. Depending on your household income, some household members may qualify for full or limited Medicaid Coverage.

**Medicare Savings Program:** Provides help paying for your Medicare Part A (Hospital Insurance) and/or Medicare Part B (Medical Insurance) premiums and Medicare deductibles.

**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP):** Helps many low-income households buy the food they need to stay healthy, productive members of society.

**Cash Assistance:** Provides cash assistance for families, dependent needy children and disabled adults.

**Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP):** Assists eligible low-income families and individuals with their heating and cooling costs.

**Apply for the benefits above online at:**

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

**Or take** your signed application to your local Income Support Division (ISD) office

**Or mail** your signed application to:

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

**Or fax** your signed application to 1-855-804-8960

You can also apply for Medicaid over the phone by calling 1-800-283-4465



### **New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX)**

- The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid.
- You or your household may qualify for a program that can help you pay for a health insurance even if you earn as much as \$98,000 a year (for a family of four).
- Tax subsidies that can immediately help pay your premiums for health coverage may be available.

**You can apply for affordable health insurance online through the NMHIX at:**

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

**Or call** 1-855-996-6449  
TTY: 1-855-855-2018

## Assistance Programs

<b>Medical Assistance</b>	<p>Depending on your household income, some household members may qualify for full or limited Medicaid Coverage. The following are some types of Medicaid that household members may qualify for:</p>	
	<p><b>Complete Sections 1-9 &amp; 16</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Newborns</li> <li>• Children through age 18</li> <li>• Parent(s)/Caretaker(s)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pregnant women</li> <li>• Low-income adults</li> <li>• Emergency Medical Services for Non-Citizens (EMSNC)</li> </ul>
	<p><b>Complete Sections 1-9,12-13 &amp; 16</b></p>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aged, blind and disabled individuals</li> <li>• Working Disabled Individuals</li> <li>• <b>Institutional Care:</b> Nursing Facility Intermediate Care Facility for Individuals with Intellectual Disabilities (ICF/IID) Program for All-inclusive Care for the Elderly (PACE)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Home and Community Based Services Waivers:</b> Community Benefit (CB) Waiver Developmental Disabilities Waiver (DDW) Medically Fragile Waiver (MFW) Mi Via Waiver (MVW) Supports Waiver (SW)</li> </ul>
<p><b>NM HEALTH INSURANCE EXCHANGE (NMHIX)</b> The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid. If you do not qualify for Medicaid, you or members of your household may be eligible to receive a tax subsidy that can immediately help pay for health insurance premiums. If you or members of your household do not qualify for Medicaid, your application will be automatically sent to the NMHIX, where you or members of your household may be found eligible for other health insurance affordability programs.</p>		
<b>Medicare Savings Program</b>	<p>Medicaid benefit that provides help with paying for your Medicare Part A (Hospital Insurance) and/or Medicare Part B (Medical Insurance) premiums and Medicare deductibles. <b>Complete Sections 1-9,12-13 &amp; 16</b></p>	
<b>Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)</b>	<p>The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) helps many low-income households buy the food they need to stay healthy, productive members of society. SNAP benefits are simple to use when you purchase food at your grocery store. <b>Complete Sections 1-3, 5 -7, 11 - 13, 15 &amp; 16 so ISD can determine benefits faster.</b></p>	
<b>Cash Assistance</b>	<p>Temporary Assistance for Needy Families (TANF) provides cash assistance to families who qualify. <b>or</b> General assistance can provide cash assistance for dependent needy children and disabled adults who are not eligible for assistance under a federally matched cash assistance program, such as New Mexico Works (NMW) or the Federal program of Supplemental Security Income (SSI). <b>Complete Sections 1-3, 5 -7, 10-13, 15 &amp; 16</b></p>	
<b>Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)</b>	<p>The Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) assists eligible Low Income Families and Individuals with their heating and cooling costs. <b>Complete Sections 1-3, 5 -7, 14 &amp; 16</b></p>	

**You have the right to file your application today, please do not delay.**

SNAP/Food benefits start from the date you apply. Adults who are not asking for benefits can apply for other household members. We will accept your application if it contains your name, address, and signature in Section One. This information will establish your application filing date. ISD encourages you to fill out a complete application for faster benefit determination. You can bring, mail or e-fax (1-855-804-8960) the application to ISD.

**Check the Programs You Want to Apply For** ▶  SNAP/Food  Medical Assistance  Cash  LIHEAP

**Tell Us If You Need** ▶  Help Filling out the Application?  Free Language Help? Preferred Language \_\_\_\_\_  Transportation  Disability Accommodation

▶ **Applications for SNAP and CASH Assistance require an interview. An interview is not required for most categories of Medical Assistance. If you are applying for a program that requires an interview, do you prefer a telephone interview?** Tell us why, please check one:

- I am disabled  Illness  Domestic Violence  Age 60+  Caring for a child under age 6  Caring for others  
 Live too far from office  Bad weather  I do not have transportation  Other reason: \_\_\_\_\_

**1. Tell Us About You:** If you need help filling out this application or getting the needed information, contact your local ISD office. If you are applying for someone else, complete this section for that person.

First Name, Middle Initial, Last Name		Date of Birth (optional for SNAP and Cash)		Best Time to Contact You	
Street Address		City	County	State	Zip Code
E-mail Address		Telephone Number		Alternative Telephone Number (optional)	

**If your mailing address is different, please fill it in below. If not, please leave blank.**

Street or PO Box Address		City		State	Zip Code
Are you a resident of New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Do you intend to remain in New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		Are you homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Do you want to get your information sent to your e-mail? If YES, please fill out your most current e-mail address above.				<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	

**Expedited SNAP Screening (SNAP only) Fill this out if you are applying for SNAP to see if you can get SNAP benefits faster. This is called expedited service. If you are eligible for Expedited SNAP, you must get SNAP within 7 days. If you are denied expedited service, you have a right to an informal conference to be held within 48 hours of your request for a conference. Ask to speak to a supervisor if you have questions.**

- |   |  |
|---|--|
| 1. Will your monthly income be <u>LESS</u> than \$150 <b>and</b> money in the bank or cash be <u>LESS</u> than \$100? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Will your monthly home and utility costs be <u>MORE</u> than your income, cash and money in the bank?              | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Is your household a migrant or seasonal farm worker household with very little money?                              | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

▶ **Sign Here X** \_\_\_\_\_ **Today's Date** \_\_\_\_\_

Your signature is attesting to all information in section 16 of this application.

2. Person to Represent You (Authorized Representative or Guardian) Your authorized representative can be a person who has helped you apply for or renew benefits, or it can be a different person. If you want to have an authorized representative, you must tell us who that person is in writing, below.

Do you want this person to:  Apply for benefits on your behalf?  Use your benefit? (SNAP & Cash benefits only)

Name of Authorized Person(s)	Mailing Address	Preferred Telephone Number or TDD
		( )

3. Tell us About the People Who Live with You and/or Individuals on Your Federal Income Tax Return.

Please list everyone who lives in your household, even if you do not want to apply for them. You only have to provide U.S. Citizenship and Social Security Numbers (SSNs) for household members who are applying for assistance. An SSN is optional for people who are not applying for medical assistance but providing an SSN can speed up the application process. You do not need to be a U.S. Citizen or file income taxes to apply. Immigrant status of all individuals applying for benefits may be subject to verification by the Department of Homeland Security (DHS) through the submission of information provided on this application to DHS, and the information received from DHS may affect your household's eligibility and level of benefits. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, SSNs, or other similar proofs; however, they must give information about their income because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain programs may be available for people without an SSN; ask ISD. Racial and ethnic data about an applicant's household is voluntary; it will not affect your eligibility or the amount of benefits your household may receive. Native Americans are urged to identify themselves as such because Native Americans are entitled to certain special protections under the law. We ask everyone for racial and ethnic information to assure that benefits are distributed without regard to race, color or national origin. If you need more space, please use an additional sheet of paper.

List the names and information for yourself and the people who live with you. If you are applying for medical assistance, please include anyone who you will include on your federal income tax return:

This section is only required for each person applying for assistance.

Name (First and Last)	Relationship	Applying for Assistance? Yes/No	Sex M/F	Date of Birth	Ethnicity:	Race:	Tribal Affiliation (Optional)	Social Security Number (SSN) – required if you have one (optional for non- applicants)	Citizenship Immigration Status 1-34 (see below)
					Hispanic Y/N (Optional)	1-6 (See below) (Optional)			
1.	(Self)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
2.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
3.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
4.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
5.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
6.		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							

**Race:** For each person applying for help, choose from the number(s) below that best describes their race and **write the number(s) above.**

1 - American Indian/Alaska Native    2 - Asian    3 - Black or African American    4 - Native Hawaiian or Pacific Islander    5 - White    6 - Other

**Citizenship/Immigration Status:** For each person applying for help, choose from the number(s) below that best describes their U.S. Citizenship or Immigration Status and **write the numbers above.**

1 - U.S. Citizen	2 - Lawful Permanent Resident (LPR/Green Card holder)	3 - Asylee	4 - Refugee	5 - Cuban/Haitian entrant	6 - Paroled into the U.S. (for at least one year)
7 - Conditional entrant granted before 1980	8 - Battered spouse, child, or parent	9 - Victim of trafficking and his/her spouse, child, sibling, or parent	10 - Granted Withholding of Deportation or Withholding of Removal	11 - Member of a federally recognized Indian tribe or American Indian born in Canada	12 - Afghan or Iraqi Special Immigrant
13 - Qualified non-citizen	14 - Individual with non-immigrant status (including worker visas, student visas, and citizens of Micronesia, the Marshall Islands, and Palau)	15 - Paroled into the U.S. (for less than one year)	16 - Temporary Protected Status (TPS)	17 - Deferred Enforced Departure (DED)	18 - Deferred Action Status
19 - Lawful temporary resident (LTR)	20 - Granted an administrative stay or removal by DHS	21 - Granted Withholding of Removal under the Convention Against Torture (CAT)	22 - Resident of American Samoa	23 - Applicant for Special Immigrant Juvenile Status	24 - Applicant for Adjustment to LPR Status with an approved visa petition
25 - Applicant for Victim of trafficking visa	26 - Applicant for Asylum (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	27 - Applicant Withholding of Deportation or Withholding of Removal (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	28 - Registry applicant (with EAD)	29 - Order of supervision (with EAD)	30 - Applicant for Cancellation of Removal or Suspension of Deportation (with EAD)
31 - Applicant for Legalization under IRCA (with EAD)	32 - Applicant for Temporary Protected Status (TPS) (with EAD)	33 - Legalization under the LIFE Act (with EAD)	34 - Other/Unsure		

**4. Tax Filing Information (Fill out this section if you are applying for Medical Assistance)**

Please give the following information for every household member applying for medical assistance, even if the taxpayer or tax dependent is not in your home. You do not need to file income taxes to apply.

A Name	B Does this person plan to file a federal income tax return next year?	C Will this person file jointly with a spouse/partner?	D Does this person have any tax dependents?	E Is this person claimed as a tax dependent on someone else's tax return?	F How is this person related to the tax filer?
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If <b>yes</b> , name of the tax filer:	



5. Please Answer the Following Questions About the People You Listed in Section 3 who are Seeking Benefits for Themselves.

**For household members seeking benefits who are not U.S. Citizens**, please give the information that appears on their immigration documents, if known. This will be used to see who can get benefits. If you need more space, please attach another piece of paper.

Name	Immigration Document Type (if known)	A-Number or I-94 Number (if known)	Card or Passport Number (if known)	SEVIS ID or Expiration Date (optional)	Other (Category Code or Country of Issuance, if known)	Lived in the US Since 1996?	Is this person a spouse or parent of a veteran or on active duty with the U.S. Military?
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

**a. Is any applicant getting Medicaid, SNAP/Food, or Cash benefits in another state?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_ Which Benefits? \_\_\_\_\_ Which State? \_\_\_\_\_

**b. Is any applicant pregnant?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_ Due Date, (if known): \_\_\_\_\_  
Number of babies expected from this pregnancy (if known): \_\_\_\_\_

**c. Is any applicant imprisoned (detained or jailed)?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_  
What facility? \_\_\_\_\_  
Date of imprisonment: \_\_\_\_\_ Date of release (if known): \_\_\_\_\_

**d. Is any applicant in the household receiving Supplemental Security Income (SSI)?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_

**e. Does any applicant have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.)?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_

**f. Does any child on this application have a parent who lives outside the home?**  Yes  No

Only complete questions g - k of this section if you are applying for Medical Assistance.

**g. Is any household member age 21 or younger and a full-time student?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_

**h. Is there anyone in the household who is age 18 to 25 now, and who was in foster care and getting Medicaid before age 18?**  Yes  No If, **YES**, Who? \_\_\_\_\_ Which state? \_\_\_\_\_

**i. Is any applicant already in or going into a nursing home, hospital or treatment facility?**  Yes  No If **YES**, who? What is the date of admission? Where was the applicant admitted from (e.g., home, hospital)?

**j. If you said yes to question (h) above, what is the name and type of facility?**

Name of Nursing Home / Nursing Facility:	Name of Hospital:	Name of Intermediate Care Facility for the Intellectually Disabled (ICF/IID):	Enrolling with PACE? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Name of Assisted Living Facility:
--	-------------------	---	--	-----------------------------------

**k. Has any applicant received a Primary Freedom of Choice letter for a Home and Community-Based Services Waiver?**  Yes  No If **YES**, who?

**6. Tell Us About Your Earned Income.**

**Have you or anyone living with you received earned income or expect to receive earned income this month?**  Yes  No  
**If yes, please complete the chart below.**

Please report your total income **before** taxes. If you are applying for medical assistance and you or another person in your household are offered health insurance from any employer, please fill out the Employer Coverage form attached to this application. If you do not qualify for Medicaid, the NM Health Insurance Exchange (NMHIX) may need to use information about any health coverage you might have through a job to figure out if you can get help paying for health insurance. Failure to complete this form will not delay your application for assistance

Person with Income	Average Number of Hours Worked per Week?	Income from? (Work, self-employment, odd jobs, etc.)	How often does this person get income? (Yearly, Monthly, Biweekly, Weekly, etc.)	How much does this person receive before taxes?	Does this person have an employer that offers health insurance?  If <b>yes</b> , fill out the Employer Coverage Form to find out if you can get health insurance through the New Mexico Health Insurance Exchange, if you are found ineligible for Medicaid. You are not required to complete the Employer Coverage Form for Medicaid.
				\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
				\$	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**Are any of the following taken from your earnings? (if applying for Medical Assistance)**

<input type="checkbox"/> <b>Student Loan Interest?</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____	<input type="checkbox"/> <b>Other Type</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____	<input type="checkbox"/> <b>Other Type</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____
<input type="checkbox"/> <b>Other Type</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____	<input type="checkbox"/> <b>Other Type</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____	<input type="checkbox"/> <b>Other Type</b> Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____

**Tell Us About Your Other Income. Have you or anyone living with you received any income or expect to receive any income this month?**  Yes  No

**If yes, please complete the chart below.**  
 Examples of unearned/other income include, but are not limited to unemployment, Social Security, pensions, retirement, rental income, capital gains, royalties, financial gifts and gambling winnings/prizes. Report child support or spousal support if you are applying for SNAP or Cash. If you are only applying for Medical Assistance, you do not need to report child support income.

Person with income	Unearned Income from?	How Often Received? (Yearly, Monthly, Biweekly, Weekly, etc.)	How much does this person receive?
			\$
			\$
			\$

**7. Will There be Changes in Income?**

**Do you or anyone living with you have income that changes from month to month?**  Yes  No  Don't know  
 Examples include: Loss of job, decrease in hours, change in job, change in pay, and/or only working some of the months of the year? **If yes, fill out the chart below.**

Person with Income changes	What income changes?	When and why does it change?	Total Income this year	Total Income You Expect for Next Year

**8. Health Care Information (if applying for Medical Assistance)**

Has anyone in the household received medical services within the last 3 months that have not been paid?  Yes  No  
 If **yes**, please fill out the chart below. We may be able to help pay these bills.

Person with Unpaid Medical Bills	Bill Months

**Please list all public and private health insurance, including Medicare information, for you and all people living with you who are applying for Medical Assistance.**

Persons Covered	Insurance Company Name	Medicare Claim # or Insurance Member ID #	Start Date

9. Managed Care Organization (MCO). This section will only apply if you are found to be eligible for Medicaid. If you are eligible for Medicaid, your services will be provided by one of the three managed care organizations (MCOs) listed below. You have a choice of which MCO will provide your services. If you do not choose an MCO, you will be automatically assigned to an MCO by the New Mexico Human Services Department. Once you are enrolled with an MCO, you will have the option to switch to a different MCO within 3 months of enrollment.

**Special Information for Native Americans**

**Are you Native American? If so, you do not have to choose an MCO. If you do not choose an MCO, you will be in fee-for-service (FFS) Medicaid. This is automatic. If you need long-term care services, you will have to choose an MCO. (These services include Institutional Care and Home and Community-Based Services Waivers.) Also, if you have Medicare, you will have to choose an MCO.**

I am a Native American:  YES  NO

If **yes**, please fill out the Native American or Alaska Native section on the next page.

If **yes**, please tell us if you want to enroll in a managed care organization (MCO):  YES  NO

If **you want to enroll in an MCO**, please select an MCO below.

**Blue Cross Community Centennial**  
(866) 689-1523 [www.bcbsnm.com/community-centennial](http://www.bcbsnm.com/community-centennial)

By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.  
**or**  
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

**Presbyterian Health Plan**  
(888) 977-2333 [www.phs.org](http://www.phs.org)

By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.  
**or**  
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

**Western Sky Community Care**  
(844) 543-8996 [www.westernskycommunitycare.com](http://www.westernskycommunitycare.com)

By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.  
**or**  
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

**Native American or Alaska Native**

Native Americans and Alaska Natives who enroll in Medicaid, the Children’s Health Insurance Program (CHIP), and the Health Insurance Marketplace (NMHIX) can also get services from the Indian Health Service, tribal health programs, or urban Indian health programs. If you or your family members are Native American or Alaska Natives, you may not have to pay cost-sharing and may get special monthly enrollment periods for insurance through the NMHIX. We are asking you to answer the following questions to make sure you and your family get the most help possible. If you need more space, please attach another piece of paper.

<p><b>Is any applicant a member of a federally recognized tribe?</b> To ensure that you are not automatically enrolled in an MCO, please provide your tribal affiliation.  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If <b>yes</b>, Who? _____ What Tribe? _____</p>	<p><b>Is any applicant receiving per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases or royalties?</b>  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If <b>yes</b>, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p>
<p><b>Do any applicants ever get a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program or through a referral from one of these programs?</b>  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If <b>yes</b>, Who? _____</p> <p>If <b>no</b>, is this person eligible to get services from the Indian Health Service, tribal health programs, or urban Indian health programs or through a referral from one of these programs?</p>	<p><b>Is any applicant receiving payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations)?</b>  <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If <b>yes</b>, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p> <p><b>Is any applicant receiving money from selling things that have cultural significance?</b>  <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If <b>yes</b>, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p>



**If you are not applying for the programs below, please complete section 16 and submit your application. If you are applying for the assistance programs below, please only complete the required sections.**

Section: 12, 13 & 16	Section: 10 through 16
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nursing Home</li> <li>• Medicare Savings Program (13 &amp; 16 only)</li> <li>• Waiver Services</li> <li>• Working Disabled Individual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• SNAP</li> <li>• Cash Assistance</li> <li>• LIHEAP</li> </ul>

**10. Parents Not Living with their Children (if applying for Cash Assistance only)**

Do you take cash aid and medical aid for your kids? If so, you grant HSD rights to collect child support, and spousal support, and medical support from an absent parent. You grant them rights to collect spousal and medical support too. Please list all the information for your children's parent(s) who are not living with you. If you think working with the Child Support Enforcement Division (CSED) to collect support will harm you or your children, you may have good cause to not cooperate.

Is any applicant a victim of Family or Domestic Violence?  Yes  No

Child Name	Absent Parent Information		
	Name	Date of Birth	Last Known Address

**11. School Attendance List all student information for each household member.**

Name of Student	Name of School	Graduation Date	Grade			
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificate	<input type="checkbox"/> College
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificate	<input type="checkbox"/> College
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificate	<input type="checkbox"/> College

**12. Things you Own (Resources/Assets)**

Do you or anyone living with you have resources this month?  Yes  No

If yes, please complete the chart below.

Certain resources/assets such as bank accounts may count toward your eligibility depending on which program you are applying for. Certain resources/assets may not count, such as a home and lot where you live and the resources of people who receive Supplemental Security Income (SSI).

**Examples of things you own include, but are not limited to:** Cash on hand, checking account, savings account, trust(s), CD – Certificate of Deposit, royalties, life or burial insurance, stocks or bonds, retirement account, livestock, house/land - not occupying, or recreation vehicles.

**A. Describe all of the items from above that are owned by you and all the people living with you:**

Resource or Asset	Who owns it?	\$ Value	Bank or Company Name, if there is one.
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**B. Did you or anyone living with you transfer anything of value to others in the last 5 years (60 months)? (Medicaid only)**  Yes  No

Item transferred	Transferred to whom?	\$ Value	Date of Transfer?
		\$	
		\$	

13. Monthly Expenses: To get the most benefits you are eligible for, list all of your MONTHLY out-of-pocket expenses. Do not include amount paid by CYFD, HUD or other entity or person.

If you do not report any of the expenses listed below, you will not receive a deduction for those expenses. **Failure to report or verify any of the above listed expenses will be seen as a statement by your household that you do not want to receive a deduction for the unreported expense**

Child Care or Adult Dependent Care ▶ \$ _____	Mileage Round Trip for Dependent Care ▶	\$ _____
---	---	----------

Who/what agency is getting paid the Child Care expenses? \_\_\_\_\_

Medical Expenses for applicants who are Elderly/Disabled: Includes Medicare premiums ▶ \$ _____	Court Ordered Child Support? ▶	\$ _____
---	--------------------------------	----------

Full Time or Temporary Shelter Costs: Please put all out of pocket money you spend on shelter. If you are buying or renting a home, please list property tax and any insurance you pay. If you are homeless, please list any money you spend on things such as laundry, temporary shelter or other things you pay for that provide you shelter during the month.

Check any of the boxes below that best describes your **Living Arrangement** and list the amount you pay out of pocket.

<input type="checkbox"/> Mortgage \$ _____	<input type="checkbox"/> Rent Does Not Include Utilities \$ _____	<input type="checkbox"/> Rent Includes Utilities \$ _____	<input type="checkbox"/> Homeless \$ _____
--	---	---	--

<input type="checkbox"/> Public Housing \$ _____	<input type="checkbox"/> Other _____ \$ _____
--	---

Heating and Cooling ▶	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	<b>Lifeline/Link-Up:</b> You may be eligible for telephone discounts on monthly service and initial telephone installation or activation fees. Contact your telephone provider for more information:
Water, Sewer and Trash ▶	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Telephone ▶	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
		Telephone Company Name: _____

14. Fill This Out if You are Applying for LIHEAP:

A. **▼ LIHEAP Information ▼**

**Do you need LIHEAP for:** Heating  or Cooling

Do you have an energy emergency? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <b>If Yes, check any of the items listed below that apply to you today.</b> <input type="checkbox"/> Non-working furnace/boiler/heat system <input type="checkbox"/> Out of fuel (propane, wood, pellets, coal, oil) <input type="checkbox"/> Less than 10% fuel remaining (propane, wood, pellets, coal, oil) <input type="checkbox"/> Need utility/fuel deposit <input type="checkbox"/> Disconnected- your fuel supplier has ALREADY turned off your service <input type="checkbox"/> Disconnection Notice- your fuel supplier has NOT turned off your services but is warning you they will if not acted upon.	Is the energy emergency life threatening? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
---	--

**Select the type of LIHEAP assistance you want, choose one:**  Electric  Propane  Wood  Natural Gas  Pellets  Coal  Kerosene

Is this energy bill included in your rent? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Do you receive subsidized assistance for this energy bill? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Is this a shared meter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this used for a business? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Utility Company Name: _____	Account Number: _____	Name on the Account: _____
<b>Do you have any other energy usage than what you are requesting LIHEAP assistance with?</b>		
<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No, If No, please tell us why: <input type="checkbox"/> You are Homeless <input type="checkbox"/> You live in a rural area <input type="checkbox"/> No Utilities available <input type="checkbox"/> Other _____		
<b>B. ▼ Please provide your energy usage information for your home ▼</b>		
<b>What is your primary heating source?</b>		
<b>Choose one:</b> <input type="checkbox"/> Same as above in Section 14A (Skip to Section 14C) <input type="checkbox"/> Electric <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Coal <input type="checkbox"/> Kerosene		
Is this a shared meter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this used for a business? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Utility Company Name: _____ Account Number: _____ Name on the Account: _____
<b>C.</b>		
<b>Do you have an account for electricity service?</b> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No – If <b>yes</b> , please complete the section below. If your heating source in <b>Section B</b> is electric or you selected No above, <b>DO NOT</b> complete the section below		
Is this a shared meter? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is this used for a business? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	
Utility Company Name: _____	Account Number: _____	Name on the Account: _____

<b>15. Please Answer the Following Questions About the People Listed in Section 3 that are asking for benefits.</b>					
Buy and prepare meals together? If no, who is separate? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Reduced work hours to less than 30 hours per week in the last 30 days? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Worker(s) on strike or lockout?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Is anyone a Fleeing Felon(s)? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Voluntarily quit job(s) in the last 30 days? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	In violation of probation or parole? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Has anyone been convicted of any in section 18 below?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Living on a Native American Reservation? Name of Reservation? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Is anyone a veteran? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
If yes, Is this person in compliance with terms of their sentence?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Getting help from the Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR)?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Getting Tribal TANF or General Assistance?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Have you or any member of your household been convicted of receiving duplicate SNAP benefits in any State after September 22, 1996?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for guns, ammunitions, or explosives after September 22, 1996?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Have you or any member of your household been convicted of buying or selling SNAP benefits over \$500 after September 22, 1996?"	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Disqualified from an assistance program?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Paying room and board? If yes, Who? _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



**16. Please Sign This Application (Your authorized representative may also sign here)**

**Your signature makes this application valid. This application cannot be processed unless signed. Your signature also is an indication of the following:**

- **What I have said and written to HSD is true and complete. If I give incorrect facts, I can be charged with a crime. If I hide or leave out facts, I can be charged with a crime. If HSD learns that I have given untrue or incomplete factual information, my SNAP may be denied or reduced.**
- **Privacy Act statement:** The collection of the application information, including the social security number (SSN) of each household member, is authorized under the Food Stamp Act of 1977, as amended, 7 U.S.C. 2011-2036. The information will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible to participate in the Food Stamp Program. We will verify this information through computer matching programs. This information will also be used to monitor compliance with program regulations and for program management. This information may be disclosed to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of apprehending persons fleeing to avoid the law. If a food stamp claim arises against your household, the information on this application, including all SSNs, may be referred to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies, for claims collection action. Providing the requested information, including the SSN of each household member, is voluntary. However, failure to provide an SSN will result in the denial of food stamp benefits to each individual failing to provide an SSN. Any SSNs provided will be used and disclosed in the same manner as SSNs of eligible household members.
- The filing date is different if the household is in an institution and applying for SNAP and SSI at the same time. The filing date will be the date of release from the institution.
- I am declaring the identity of the children under age 16 for whom I am applying.
- If asked, I will give proof of things I report to HSD. If I cannot get proof, I know that I can ask HSD to help me and I will let HSD contact other people, and companies to get proof.
- I will let HSD give limited information to approved agencies that offer related assistance for which I may be eligible.
- I understand that if I get SNAP, Cash, or LIHEAP benefits for which I am not eligible, then I may have to pay HSD back.
- I know that HSD will check the information that I give. HSD may use computers or other ways to check the information on this form.
- I know that HSD will check the immigration status of people who apply for or get benefits. I understand that immigration status for any household member that I am applying for may be subject to verification by USCIS (INS), and that it may affect the household's eligibility and level of benefits.
- I understand that I must cooperate with Quality Control (QC). QC is a part of HSD. QC reviews cases to make sure we determine who can get help correctly.
- I have been given an information sheet explaining my rights and responsibilities including, expedited SNAP/food assistance, SNAP/food penalties and program violations, fair hearing rights and more. I understand that these will also be explained to me during my appointment for an interview.
- I understand that by providing the account numbers for my household energy supplier(s) I am authorizing the energy provider(s) to provide details about the account and energy use to HSD for the purposes of eligibility and determination of this and future applications, benefit determination, and program evaluation and analysis.
- I understand that by providing application information I am authorizing HSD and its authorized agents to share and report the data provided against federal, state, county, energy provider, employer and landlord databases or records.
- I understand if eligible for energy assistance benefits, I may be referred to other residential energy programs.
- I understand the information collected on this form may be disclosed to energy programs operating under HSD. HSD may share and use information collected for purposes of referral, research, evaluation and analysis.
- I understand that my utility companies will not have control over the data disclosed pursuant to this consent and will not be responsible for monitoring or taking steps to ensure that HSD maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized.
- TRUSTS - I understand that if I, or the person(s) for whom I am applying, have set up a trust, or are the beneficiaries of a trust, I must give HSD a copy of the trust document, including all attachments and related information. HSD will analyze the trust to see if it affects the Medicaid benefits for which I am applying.
- ESTATE RECOVERY- I understand that, after my death, HSD can file a claim against my estate to recover the amounts that the state pays or paid on my behalf for medical assistance provided under the Medicaid program. This process is called "Estate Recovery." "Estate Recovery" is required by federal and state law where Medicaid recipients are 55 years of age or older and the state makes medical assistance payments on their behalf for nursing facilities services, home and community-based services, and/or related hospital and prescription drug services. The amount recovered by HSD will not exceed the amount of medical assistance payments made on behalf of the Medicaid recipient. Some exclusions may apply.
- A person who is applying for or receiving Medicaid or Cash Assistance shall assign to HSD all rights against any and all individuals for medical support or payments for medical expenses paid on the applicant's or recipient's behalf and the behalf of any other person for whom application is made or assistance is received.
- For parents who qualify for Medicaid: I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell the Child Support Enforcement Division (CSED) and I may not have to cooperate. Non-cooperation with CSED may result in termination of my Medicaid eligibility.
- I, as the Authorized Representative, affirm and agree to be legally bound to maintain the confidentiality of any information regarding the applicant or beneficiary, shall not reassign any provider claims, if applicable, and shall adhere to all requirements set forth in 42 CFR 435.923(d) and 7 CFR 273.2(n).
- To **withdraw** your application for any program, initial the box of the program ► **SNAP**  **Medicaid**  **Cash**  **LIHEAP**

Applicant's Signature	Name of Witness (Witnessed only if applicant signs by mark or thumbprint)	Date
Signature of Applicant's Authorized Representative (if applicable)	Signature of Witness (Witnessed only if applicant signs by mark or thumbprint)	Date

## 17. Register to Vote

**If YOU are NOT registered to vote where you live now, Would you like to register to vote here today?** (Please check one)  
**IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.**

YES  NO

The **NATIONAL VOTER REGISTRATION ACT** provides you with the opportunity to register to vote at this location. If you would like help in filling out a voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

**IMPORTANT: Applying to register or declining to register to vote WILL NOT AFFECT the amount of assistance that you will be provided by this agency.**

Signature

Date

**CONFIDENTIALITY:** Whether you decide to register to vote or not, your decision will remain confidential. **IF YOU BELIEVE THAT SOMEONE HAS INTERFERED with your right to register or to decline to register to vote, or your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Office of the Secretary of State, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503, (phone: 1-800-477-3632).**

## 18. Convicted Felons

Indicate in section 15 on page 13 if you have been convicted of any of the following:

- (1) Aggravated sexual abuse under section 2241 of title 18, United States Code;
- (2) Murder under section 1111 of title 18, United States Code;
- (3) An offense under chapter 110 of title 18, United States Code;
- (4) A Federal or State offense involving sexual assault, as defined in section 4002(a) of the Violence Against Women Act of 1994 (42 U.S.C. 13925(a)); or
- (5) An offense under State law determined by the Attorney General to be substantially similar to an offense described in clause (1), (2), or (3); and
- (6) The individual is fleeing to avoid prosecution, or custody or confinement after conviction, under the law of the place from which the individual is fleeing, for a crime or attempt to commit a crime, that is a felony, or in New Jersey a high misdemeanor, under the law of the place from which the individual is fleeing; or violating a condition of probation or parole imposed under a federal or state law. not in compliance with the terms of the sentence of the individual or the restrictions under 8.139.400.12 C NMAC.

This Page intentionally left blank

# Program Application Information Pages

You may keep this information for your records

## 1. Special Needs Information



If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at 1-505-827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-1779 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/10/15)

## 2. Your Civil Rights/ Nondiscrimination Statement

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion or political beliefs.

The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA. Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotape, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027), found online at:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights

1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; or

(3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at:

[http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (TTY).

This institution is an equal opportunity provider. (10/14/2015)

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

## 3. Confidentiality

All information you give to HSD is confidential. This information will be given to HSD employees who need it to manage the programs for which you have applied. Confidential information may also be released to other federal and state agencies. All information will be used to determine eligibility and/or to provide services. This information may be given to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If a claim is established against your household, the information on this application including all Social Security Numbers, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies for claims collection action.

You only have to give U.S. Citizenship and SSNs for household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply. Non-citizen immigrants who are not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, SSNs or other similar proofs; however, they must give information about their income because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a SSN; ask ISD. Immigration information will not be shared with any immigration enforcement agency.

HSD will also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and The Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount. (9/10/2015)

## 4. Child Support Enforcement Division

By accepting cash or medical assistance, you assign (give) HSD rights to collect child support from the child's absent parent(s). You must help HSD find the absent parent(s) unless there is a good reason not to do so such as domestic violence; ask a caseworker. If you fail or refuse to work with the Child Support Enforcement Division (CSED) office, your cash benefits will decrease and eventually the case will close, and adults in the household may lose their medical assistance.

## 5. Interview

Most medical assistance programs that you can apply for with this application do **not** require an interview.

### (a) For SNAP/Cash how soon can I have my required appointment for an interview?

- Within 10 working days for SNAP/food and cash assistance, or for expedited SNAP/food assistance, from the day your application is received by the office. Applications received after business hours will be considered received as of the next business day.
- Most Medical assistance programs do not require an interview.

### (b) May I have a telephone interview?

If your category of medical assistance requires an interview, we will do the interview by telephone unless you want us to do it in-person.

For SNAP/Cash, you may have a telephone interview for any of these reasons:

- Disability
- Age 60+
- Live too Far from Office
- Illness
- Working 20 or more hours/week
- Transportation
- Caring for a Child Under Age 6
- Bad Weather
- Caring for Others
- Other Hardships, please talk to ISD

## 6. Proof Information

HSD will check electronic data sources to see if it can verify your income and other information you provided on this application without requiring paper documentation. If HSD cannot verify your income and other information through electronic data sources, then HSD will ask you to provide proof of the information you provided on your application. You will receive a letter in the mail asking you for this information. If you need more time to provide proof to HSD, you may ask for more time by contacting ISD.

### What proof should I bring to the interview for SNAP or Cash?

During your interview appointment, your caseworker will ask you questions to determine if you are eligible for the programs for which you have applied. Your caseworker will **NOT** ask you to give proof of everything. You should be ready to give as many facts about your case as you can. Please refer to the chart below called, Examples of Proof as a general guide to help you decide which proof items you will need. If your caseworker has unresolved questions about your eligibility, you will be asked to give proof. You will be given a list of everything you still need to give, along with a receipt for proof you provided. If you need help, it is the Department's responsibility to help you, providing you are cooperating.

Verification of:	SNAP/food	Medical			Cash	Energy/LIHEAP	Examples of Proof You May be Asked to Give HSD
		Family or Adult	Child Only	Elderly/Disabled			
▪ Where you Live	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Utility bill, agreement, letter addressed to you at your address
▪ Social Security Number							Social Security card or letter from the Social Security Administration (SSA) with your name & number
▪ Identity	✓			✓	✓	✓	You may give any of these if they prove identity, relationship or age: Driver's License, Social Security card, Birth or baptism certificate(s), Citizenship/naturalization records, Indian census records, certificate of Indian Blood (CIB), government records, court records, voter registration card, divorce papers, U.S. Passport, school or day care records, insurance policies, church records or family bible, letter from a Dr., religious or school official, or someone who knows you, the child's relationship to you and knows the child's date of birth. <b>Note:</b> The Medicaid program will require specific identification proof.
▪ Relationship					✓		
▪ Age							

<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ <b>U.S. Citizenship</b></li> </ul>		✓	✓	✓			<p>Most programs do not require proof of U.S. Citizenship. For medical assistance, the federal government requires that all individuals give certain ORIGINAL documents (not copies) that verify Citizenship, Identity or proof of Legal Permanent Status. Original documents will be copied and returned.</p>
---	--	---	---	---	--	--	--

							<b>Proof of Citizenship and ID together</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A Passport</li> <li>▪ A certificate of naturalization (Form 550 or N-570)</li> <li>▪ A certificate of U.S. Citizenship (N-560 or N-561)</li> <li>▪ A certificate of Indian Blood (CIB)</li> </ul>	<b>Proof of Citizenship Alone</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ U.S. birth certificate</li> </ul> <p>If you were born in New Mexico, HSD may be able to help you by checking with the Department of Health, Vital Records. Please give your caseworker your name, date of birth, county of birth, sex, mother's first and maiden name to get this help.</p>
▪ <b>Immigrant Status</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	If you are an immigrant applying for assistance, you may have to provide original USCIS (formerly the INS) records.	
▪ <b>Disability</b>				✓	✓	✓	Medical records that say how long you will be disabled, whether or not you can work, and if constant help/care is needed.	
▪ <b>Pregnancy</b>						✓	Medical records that say when your baby is due	
▪ <b>School Attendance</b>							Current report card or letter from the school saying whether your child is attending school	
▪ <b>College Student</b>	✓					✓	Letter from the college saying that you are either a part-time or full-time student	
▪ <b>Student Financial Aid</b>	✓					✓	Letter from the financial aid office stating what types and amounts of financial aid you get and the costs you will have to pay for your schooling	
▪ <b>Income</b> the most recent 30-day period or all from last month	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<b>Earned Income:</b> Check stubs, a letter from the employer with the hours you will work and the pay you will get. If you are <b>self-employed</b> , you may give your caseworker a copy of your income tax forms, business records or personal wage records. <b>Unearned Income:</b> Copies of your check, or a letter from Social Security, Unemployment Compensation, Worker's Compensation, Veterans Administration, Bureau of Indian Affairs, Public Employees Retirement etc. Alternative Verification may be accepted; please talk to your caseworker.	
▪ <b>Loss of a Job (60 days)</b>	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Letter from the employer	
▪ <b>Value of Things You Own</b>				✓			Resources/Assets: Recent bank statement or letter of value	
▪ <b>Things You Transferred</b>	✓			✓	✓		Recent statement or letter of value	
▪ <b>Medicare Part A</b>				✓			ID card or letter from Social Security Administration	
▪ <b>Child Support Paid</b>	✓						If you want a deduction for child support you pay, give proof of both the legal responsibility to pay and the amount paid. Any court or administrative order, or legal separation agreement may be used. For proof of the amount, use cancelled checks, wage withholding statements, verification of withholding from unemployment compensation or written statements from the custodial parent.	
<b>Optional Proof</b> —Below is a list of optional proof items that may help you can get the most benefits for which you are eligible. If there is no check in the box below then no proof is needed. To get credit, just tell us what you pay each month. You will only have to give proof if your caseworker has unresolved questions about your costs. If you are applying for energy/LIHEAP, please provide a copy of your heating/cooling cost. If you need help, it is the Department's responsibility to help you, providing you are cooperating.								
▪ <b>Child/Adult Care Costs</b>							You may give any of these if they prove your out-of-pocket costs: Agreement, computer printout, money order, letter from the person you pay, divorce or separation papers, statements, receipts, canceled check, copy of a check.	
▪ <b>Medical Costs</b> Elderly or Disabled only	✓			✓				
▪ <b>Home Rent/Owner Costs</b>								
▪ <b>Heating/Cooling Costs</b>						✓		

## 7. Non-Citizen Immigrant Eligibility

Many immigrants can get assistance residing in New Mexico. Some immigrants must have been in a certain status for 5 years before they can get assistance. There are many exceptions. Any lawfully residing child under the age of 21 or pregnant woman that meets all other eligibility requirements can get Medicaid right away. Some immigrants are eligible without a social security number. Even if you do not have an immigration status that qualifies you for Medicaid, you may be able to get Medicaid for emergencies. Ask a caseworker for more information. We keep your information private and only share information with other government agencies to see which programs you qualify for. Immigrants in one of the following statuses may be eligible for Medicaid or other assistance, if they meet other program requirements

1 – U.S. Citizen	2 – Lawful Permanent Resident (LPR/Green Card holder)	3 – Asylee	4 – Refugee	5 – Cuban/Haitian entrant; Iraqi or Afghan with special immigration status	6 – Paroled into the U.S. (for at least one year)
7 – Conditional entrant granted before 1980	8 – Battered spouse, child, or parent	9 – Victim of trafficking and his/her spouse, child, sibling, or parent	10 – Granted Withholding of Deportation or Withholding of Removal	11 – Member of a federally recognized Indian tribe or American Indian born in Canada	12 – Afghan or Iraqi Special Immigrant
13 – Qualified non-citizen	14 – Individual with non-immigrant status (including worker visas, student visas, and citizens of Micronesia, the Marshall Islands, and Palau)	15 – Paroled into the U.S. (for less than one year)	16 – Temporary Protected Status (TPS)	17 – Deferred Enforced Departure (DED)	18 – Deferred Action Status
19 – Lawful temporary resident (LTR)	20 – Granted an administrative stay or removal by DHS	21 – Granted Withholding of Removal under the Convention Against Torture (CAT)	22 – Resident of American Samoa	23 – Applicant for Special Immigrant Juvenile Status	24 – Applicant for Adjustment to LPR Status with an approved visa petition
25 – Applicant for Victim of trafficking visa	26 – Applicant for Asylum (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	27 – Applicant Withholding of Deportation or Withholding of Removal (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	28 – Registry applicant (with EAD)	29 – Order of supervision (with EAD)	30 – Applicant for Cancellation of Removal or Suspension of Deportation (with EAD)
31 – Applicant for Legalization under IRCA (with EAD)	32 – Applicant for Temporary Protected Status (TPS) (with EAD)	33 – Legalization under the LIFE Act (with EAD)	34 – Other/Unsure		

## 8. Social Security Number (SSN) Requirements

### Why do I need to provide a Social Security Number (SSN)?

To get SNAP or Medicaid benefits you must have a Social Security number (SSN), or have applied for one, or have good cause for not applying for one [7 C.F.R. § 273.6 and 42 C.F.R. § 435.910]. All people in a household applying for SNAP benefits must give the ISD office their SSNs [7 C.F.R. § 273.6]. ISD must check the SSNs of everyone in the household with the Social Security Administration (SSA). ISD cannot delay or deny SNAP benefits while waiting to check a SSN [7 C.F.R. § 273.2]. If the applicant cannot remember their SSN or is unsure if they have one, they can contact SSA.

### How will the Department use my SSN?

Prevent duplicate participation; to facilitate mass changes in benefits; to determine the accuracy of the information given by the household member; and the SSN(s) will be computer cross-checked with SSNs appearing in other personal data files what those files are, whether within the Department, in other governmental agencies. The Department will regularly use the SSN to obtain and use wage and benefit information from other sources for purposes of verifying eligibility for SNAP and the amount of SNAP benefits. These sources include, but are not limited to: any federal or state agency, providers under contract with the Department, welfare departments in other states; and banks and other financial institutions

### What happens if I do not provide or do not have an SSN?

The household member who fails to provide or apply for SSN number without good cause will be disqualified and not receive benefits. [7 C.F.R. § 273.6] This disqualification applies only to that individual household member and not to the entire household. [Id.] The disqualified individual's income and resources can affect the entire household's benefit amount and eligibility. If the disqualified individual household member provides their SSN to ISD they may become eligible for benefits. If the disqualified individual household member provides proof of an SSN application, or good cause for why an SSN application was not completed, they may become eligible for benefits. [7 C.F.R. § 273.6]

### When I would have good cause for not applying for an SSN?

Applicants without SSNs must apply for one before receiving benefits unless there is "good cause." [7 C.F.R. § 273.6] "Good cause" means that the person tried to apply for a SSN but cannot, yet. [7 C.F.R. § 273.6] For example, someone may have "good cause" if their Social Security office will not take his SSN application because he does not have proof of his age, and Social Security and must send away for his birth certificate. If the ISD office finds good cause for not trying to get a Social Security number, an applicant can get SNAP benefits for one month in addition to the month of application [7 C.F.R. § 273.6]. The ISD office will then decide if there is good cause for not applying for a SSN at the end of each month [7 C.F.R. § 273.6]. Eventually, either the applicant will get an SSN, or lack good cause for not applying for one.

## 9. After You Submit Your Application

### (a) How soon will my application be approved or denied?





96	86	97	87	98	88	99	89	90	80
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

SNAP/Food Assistance Staggered Issuance Schedule															
Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN	Day	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04
	31		21		32		22		33		23		34		24
<b>1</b>	51	<b>2</b>	41	<b>3</b>	52	<b>4</b>	42	<b>5</b>	53	<b>6</b>	43	<b>7</b>	54	<b>8</b>	44
	71		61		72		62		73		63		74		64
	91		81		92		82		93		83		94		84
	15		05		16		06		17		07		18		08
	35		25		36		26		37		27		38		28
<b>11</b>	56	<b>12</b>	46	<b>13</b>	57	<b>14</b>	47	<b>15</b>	58	<b>16</b>	48	<b>17</b>	59	<b>18</b>	49
	76		66		77		67		78		68		79		69
	96		86		97		87		98		88		99		89
	105		05		11		01		12		02		13		03
	25		15		26		16		27		17		28		18
	45		35		46		36		47		37		48		38
	65		55		75		65		85		75		95		85
	80		70		90		80		00		10		20		30
	40		30		50		40		60		50		60		70
	60		50		70		60		80		70		90		80

(e) **How long can I get benefits before I have to renew them?**

- **SNAP/food** – Up to 12 months is typical or 24 months for elderly/disabled households with stable unearned income such as Social Security
- **Medicaid** – Your Medicaid will be approved for 12 months. You should report any changes that could affect your eligibility within 10 days; see below.
- **Cash** – Up to 12 months at a time is typical. Adults age 18 and over can receive TANF benefits for no more than 60 months during their lifetime, unless they qualify for a hardship extension after they reach the limit. A child living with a parent who is ineligible due to the time limit is ineligible for TANF as a child. The 60-month limit does not apply to cases where the children qualify for TANF and the parent is ineligible for a reason other than the 60-month limit, such as receipt of SSI or an unqualified immigrant status. The 60-month limit does not apply to medical or SNAP assistance.

(f) **Do I have to report changes? Always report address changes** within 10 calendar days for all types of assistance programs.

- **SNAP/food and Cash** - Changes in household members, monthly household costs, income/job and resources:  
Report these types of changes within 10 calendar days from the date the change happened only if:
  1. the change(s) will cause your case to close;
  2. the change(s) will cause your benefits to increase;
 Other important changes that you need to tell us about:
  - Change of the address where you get your mail. We want to make sure your mail will reach you.
  - Changes to household size (if anyone moves in or out of your home)
  - Change of residency (if you or anyone in your household moves out of New Mexico).
  - Changes to monthly household expenses...
  - Changes to resources (such as bank accounts, property and life insurance).
  - You should report changes at any time during your certification period that might increase the amount of your benefits (like the birth of a child or losing income).
- **Semi-Annual Reporting:** Most households will be mailed a semi-annual report where all changes must be reported and given to ISD.
- **Annual Reporting:** Households that get fixed income like Social Security will be mailed an annual report where all changes must be reported and sent to the ISD office.
- **Regular Reporting:** There are few households that have to report changes as they happen. These households must report all changes within 10 calendar days from the date the change happened.
- **Medicaid** – Medicaid recipients are required to report certain changes that might affect their eligibility to ISD within 10 days from the date the change happened. Changes you should report include the following:
  1. Living arrangements or change of address: Report any change in where an eligible recipient lives or gets mail.

2. **Household size:** Report any change in the household size, including the death of an individual who is included in the household and/or any pregnancies of household members.
3. **Enumeration:** Report any new social security number of individuals receiving Medicaid benefits in the household, including any newborn receiving Medicaid.
4. **Income:** Report any increase or decrease in the amount of income. For some categories of Medicaid, such as children and pregnant women, changes in income do not affect eligibility until the renewal date.
5. **Resources:** Reporting changes in what you own (such as property or money in the bank) is only required for Institutional Care, Waiver, Working Disabled Individuals, and Supplemental Security Income (SSI) Extension Medicaid.

**(g) Will I have to participate in the New Mexico Works Program?**

- **Cash** – Yes, all adults getting TANF cash assistance participate in the New Mexico Works Program. You will be contacted by the New Mexico Works (NMW) service provider. When you do not complete or report your work activity, you can lose some and eventually all of your cash assistance. This is called a sanction. The first time, we will want to talk with you to try and correct the sanction before it happens; this is called conciliation. A sanction will reduce your benefits in the following three ways: **1<sup>st</sup> Sanction – 25% cash reduction; 2<sup>nd</sup> – 50% cash reduction; and the 3<sup>rd</sup> – Case Closure.** When you meet any of the following situations, you may be able to receive different work activities or less hours if any of the following apply to you:

▪ Single Parent Caring for a Child under 12 Months Old – 1 lifetime limit	▪ Temporary Personal Situations – Up to 30 days
▪ Age 60 or Older	▪ Disabled
▪ Pregnant in Third Trimester or Six weeks post-partum	▪ Caring for an Ill or Incapacitated Household Member
▪ Single Parent caring for a Child under 6 years old (no childcare)	▪ Domestic Violence (Family Violence Option)
▪ Impaired, temporarily or permanently, as determined by IRU	▪ Good cause for the need of Limited Work Participation status

**(h) What other help is available?**

- By accessing the link below, you will find resource listings available throughout New Mexico. You will find the resource listings by county.  
[http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/Field\\_Offices\\_1.aspx](http://www.hsd.state.nm.us/LookingForAssistance/Field_Offices_1.aspx)

## 10. Important Information About Your EBT Card

**(a) First EBT Card**

If this is your first SNAP/Food or Cash assistance case with the New Mexico Human Services Department, your EBT card will be mailed to you on the first working day after your application is entered into the ISD computer system by the local ISD office.

You should receive your EBT card within 7 days of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from our EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

**Important: If you have an EBT card and you order a new one, your old card will be deactivated. You will have to wait for your new card to arrive in the mail before you can access your benefits. When ordering a new card your PIN number will not change. You can change your PIN when your new card arrives by calling the EBT contractor at 1-800-843-8303.**

**(b) I have an EBT Card that I know works.**

If you have received SNAP/Food or Cash Assistance in the past and know that your EBT card works, please let ISD know that you do not need a new card. You will be able to access your benefits once your case is approved.

If you only forgot your PIN number, but your card still works, please call 1-800-843-8303 - 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm, to get a new PIN. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

**(c) My EBT Card does not work.**

If you have received SNAP/Food or Cash assistance in the past and your EBT card does not work, please call the EBT contractor Service Desk at 1-800-843-8303 or 1-800-283-4465. Your new EBT card will be mailed to you on the first working day after you request one from the EBT contractor Customer Service Desk.

You should receive your EBT card within 7 days of date of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from our EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303-24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

**(d) Lost my card.**

If you have received SNAP/Food or Cash assistance in the past and your EBT card does not work, please call the EBT contractor Service Desk at 1-800-843-8303 or 1-800-283-4465. Your new EBT card will be mailed to you on the first working day after you request one from the EBT contractor Customer Service Desk.

You should receive your EBT card within 7 days of date of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from the EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303-24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

## 11. Penalties for SNAP/Food Assistance Violations

**You must not give false information or hide information to get SNAP/food assistance, including EBT cards. You must not trade or sell your EBT card or your PIN. You must not allow a retailer to debit your EBT account in exchange for cash. You must not change EBT cards to get SNAP/food assistance you are not eligible to receive. Do not use, or have in your possession, an EBT card that is not yours and do not let someone else use your card. You must not use your SNAP/food assistance benefits to buy non-food items, such as alcohol, tobacco or paper products. You must not use someone else's EBT card for your household. You must not use your SNAP/food assistance benefits to pay credit accounts.**

**Anyone intentionally breaking any of these rules could be barred from receiving SNAP/food assistance for 12 months (1st violation); barred for 24 months (2nd violation); barred permanently (3rd violation); subject to \$250,000 fine, imprisoned up to 20 years, or both; suspended for an additional 18 months. Anyone intentionally breaking these rules could also be prosecuted under other federal and state laws containing criminal penalties.**

**Anyone who intentionally gives false information or hides information about identity or residence to get SNAP/food assistance in more than one household at the same time could be barred for 10 years.**

**Anyone convicted of trading SNAP/food assistance for a controlled substance could be barred from receiving SNAP/food assistance for 24 months (1st violation) and barred permanently (2nd violation).**

**Anyone convicted for buying or selling SNAP/food assistance of \$500 or more after September 22, 1996 shall be permanently ineligible to participate in the Program. (Any violation).**

**Anyone convicted for trading SNAP/food assistance for firearms, ammunition, or explosives will be permanently ineligible to participate in the Program (Any violation).**

## 12. Fair Hearing Rights

**Your Right to a Hearing** - You can ask for a hearing if you do not agree with a decision HSD has made regarding your application/benefits. A hearing will give you a chance to explain why you do not agree. Anytime you disagree with a decision taken on your case, you have the right to request a fair hearing with an official who is required by law to review the facts of every case in a fair and objective manner and give you a chance to explain why you do not agree.

**In what situations can you ask for a fair hearing?**

- You apply for benefits and are denied, or
- You disagree with a decision on your case, or
- You believe your benefits were not calculated correctly, or
- A change was made that you do not agree with.

**By when must you ask for a fair hearing?**

You have 90 days from the date of notice to ask for a hearing. If you ask for a hearing within 13 days from the date of this notice, you will continue to get the same amount of benefits you received before we took the action in this notice. You will continue to get these benefits until the Department decides your case, unless another change is made to your case. Changes in benefits may be made after you have asked for a hearing if the reason for the change is not the same as the reason for the hearing. If you lose the hearing, you may have to pay back any

benefits you received while the Department decided your case. You do not have a right to a fair hearing if the Department's decision which you are challenging was the result of a Federal or State mass change. (Revised 7/15/14)

**How do you request a fair hearing?**

- Complete and return the bottom of a notice, or
- Write or call your local HSD office, or Customer Service Center at 1-800-283-4465
- Write the Department's Fair Hearing's Bureau at HSD, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, or by calling 505-476-6213.
- If you disagree with a decision by the New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX), you may appeal the action by contacting the NMHIX at 1-800-31802596 and inform the NMHIX that you believe their action should be reconsidered. You may authorize someone else to represent you in the appeals process.
- After you ask for a fair hearing, HSD or the NMHIX will send you a letter telling you the date, time and place where your hearing will be held. HSD hearings are usually at the HSD office. The hearing will be conducted by a hearing officer from the HSD Fair Hearings Bureau or the NMHIX. Prior to the hearing, you or your representative can look at your case record and any proof that will be used to decide your case. You will tell why you believe the HSD or NMHIX decision to be wrong. You may bring witnesses and present proof. You may question the county office or the NMHIX about the action taken and the proof presented. You may represent yourself or you may be represented by a friend, household member or an attorney. For information on where you can get free legal help, call 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).
- After the hearing, the hearing officer will make a report. The HSD Division Director or the NMHIX Director will decide whether the action was right or wrong. After your case has been decided, you will be sent a letter telling you about the decision and why the decision was made. (Revised 8/30/17)

# Employer Coverage Form

You don't need to answer these questions unless someone in the household is eligible for health coverage from a job, even if they don't accept the coverage. Attach a copy of this page for each job that offers coverage.

**Failure to complete this form will not delay your application for other benefits like food assistance, cash assistance or Medicaid.**

The New Mexico Health Insurance Marketplace (NMHIX) application asks questions about any health coverage available through a current job (even if it's from another person's job, like a parent or spouse) to figure out if you might be able to get help paying for health insurance. Use this form to get the information you need from the employer who offers health coverage. The NMHIX will verify this information, so it's important to be accurate. If you have more than one job that offers health coverage, use a separate form for each employer.

## **Employee Information**

The employee needs to fill out this section. Write down the employee's information then you may request the information below from the employer.

Employee Name (First, Middle, Last)	Employee Social Security Number
-------------------------------------	---------------------------------

## **Employer Information:**

Ask the employer for this information.

Employer name	Employer Identification Number (EIN)	
Employer Address	Employer Phone Number ( ) -	
City	State	Zip code

Who can we contact about employee health coverage at this job?

Name: \_\_\_\_\_ Phone: \_\_\_\_\_ Email: \_\_\_\_\_

## **Tell us about the health plan offered by this employer.**

This employee isn't eligible for coverage under this employer's plan.

The employee is eligible for coverage under this employer's plan on \_\_\_\_\_ (Start Date).

List the names of anyone else who is eligible for coverage from this job:

What's the name of the lowest cost self-only health plan this employee could enroll in at this job? (Only consider plans that meet the "minimum value standard" set by the Affordable Care Act.) Name: \_\_\_\_\_

No plans meet the "minimum value standard"

How much would the employee have to pay in premiums for that plan?

\$\_\_\_\_\_ How Often?  Weekly  Every 2 weeks  Twice a month  Monthly  Yearly  Other \_\_\_\_\_

What change, if any, will the employer make for the new plan year?

- No change.
- Employer won't offer health coverage.
- Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan that meets the minimum value standard.

Date of change, if applicable: \_\_\_\_\_

**THIS PAGE IS LEFT INTENTIONALLY BLANK**

PERSONAL INFORMATION					This information <u>not</u> to be copied.	
1	NAME: Last	First	Middle Name or Initial	Gender	Birth Date	Social Security Number
PHYSICAL STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW						
2	Street Address		Apartment, Unit, or Lot #	City	Zip	
ADDRESS WHERE YOU GET YOUR MAIL (If different from above)						
3	Mailing Address		City	Zip		
4	If you are changing your name on this application, under what full name were you previously registered? Last, First, Middle				5	E-Mail Address (*optional)
POLITICAL PARTY						
6	NOTE: You must name a major political party to vote in primary elections. ▶▶▶▶	Party	If you choose NO PARTY, check this box. <input type="checkbox"/>	7	DAYTIME TELEPHONE NUMBER (optional) May the County Clerk make this telephone number public for election purposes? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
POLL WORKER Would you like to serve as an election day precinct worker? <input type="checkbox"/> YES						
8	I hereby authorize you to cancel my previous registration in the following county and state.		City or Township	County	State	
<p>Please answer the following questions:</p> <p>9 <b>Are you a citizen of the United States?</b> YES NO  <b>Will you be 18 years of age on or before the next general election?</b> YES NO          If you checked "NO" to any of the questions above, do not complete this form.          If you have been convicted of a felony and are currently on parole or supervised probation do not complete this form.</p> <p><b>ATTESTATION OF QUALIFICATION</b>          I swear/affirm that I am a citizen of the United States and a resident of the state of New Mexico; that I have not been denied the right to vote by a court of law by reason of mental incapacity; that I am, or will be at the time of next election, 18 years of age, and, if I have been convicted of a felony, I have completed all conditions of parole and supervised probation, served the entirety of a sentence or have been granted a pardon by the governor. I further swear/affirm that I am authorizing cancellation of any prior registration to vote in the jurisdiction of my prior residence; and that all information I have provided is correct.</p> <p><b>SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW:</b></p> <p>_____</p>						
<p>10 Name of agent who assisted you in filling out this form: _____ VRA ID # _____</p> <p>TODAY'S DATE          Month / Day / Year          _____ / _____ / _____</p>						

SP&G-1 (2015)

DO NOT WRITE IN SHADED AREAS - FOR OFFICIAL USE ONLY

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

Date \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ County Clerk \_\_\_\_\_ Filing Clerk \_\_\_\_\_

IN ORDER TO PROCESS YOUR CERTIFICATE OF REGISTRATION YOU MUST COMPLETE THIS APPLICATION.

YOU WILL RECEIVE CONFIRMATION BY MAIL OF YOUR REGISTRATION FROM THE COUNTY CLERK.

**\*PRIVACY NOTICE**

Your Social Security number and date of birth are required to register to vote. Pursuant to New Mexico law, the secretary of state, county clerk or any other registration official agent may not release to the public a voter's social security number or date of birth. A person who unlawfully copies, conveys, or uses information from a certificate of registration is guilty of a fourth degree felony. See NMSA, 1978 § 1-4-5 and NMSA, 1978, 1-4-5.4.

Per NMSA 1978 § 1-5-14(D) voter files provided to the public shall not include email address.

**USE THIS AREA ONLY IF YOU LIVE AT A RESIDENCE WITH NO PHYSICAL ADDRESS**

If the address where you live ("Physical Address") is one of the following:

- a rural address
- a non-street address
- a non-traditional place

In the space provided to the right, you must draw a map of where you live in relation to local landmarks, such as roads, schools, churches, stores, etc. This will help your county clerk to determine your correct voting precinct.

Also, in the space below "RURAL ADDRESS DESCRIPTION", please describe the following:

1. the actual number of the state or county road on which your residence is located, and on which side of the road it sits (east, west, north, south);
2. the number of the nearest state roads that cross your road (in both directions from either side of your home), or the names of the identifiable landmarks;
3. the distance and direction you would travel from home to reach these roads;
4. the distance you would travel to reach your home if you live on a private road that is an extension of a public road (please note at which end of the public road your road begins east, west, north or south).

EXAMPLE RD 678, north side, 1 mile east of RD 615

-OR-

RD 73, west side, 1 mile north of Smith's store and 4 miles south of RD 698

5. any county issued rural address assigned to your physical residence where you live now;

EXAMPLE 3251 CR W Grady, NM 88120

This address may also be used in Block 2 "PHYSICAL ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW" on the reverse of this form.

MAP

N  
W + E  
S

**RURAL ADDRESS DESCRIPTION**

**ALL VOTER REGISTRATION FORMS MUST INCLUDE A MAILING ADDRESS IN BOX 2 OR BOX 3 ON THE REVERSE OF THIS FORM.**