

INTRADEPARTMENTAL MEMORANDUM
MAD-MR: 16-01
DATE:

TO: ISD AND MAD STAFF
FROM: *NA* NANCY SMITH-LESLIE, DIRECTOR, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION
ML MARILYN MARTINEZ, DIRECTOR, INCOME SUPPORT DIVISION
THROUGH: *RB* ROY BURT, BUREAU CHIEF, ELIGIBILITY BUREAU
BY: *RM* RICHARD MCINTYRE, ELIGIBILITY BUREAU
SUBJECT: REVISED SPANISH APPLICATION FOR MEDICAL ASSISTANCE MADSP
100

GENERAL INFORMATION

The Spanish Application for Medical Assistance (MADSP 100) has been updated. The Forms Manual in each Income Support Division office should be updated to contain the most current version.

FILING INSTRUCTIONS

1. Remove all previous versions from inventory:
Solicitud para Asistencia Médica MADSP 100 revised 03/5/2014
2. Replace with revised form:
Solicitud para Asistencia Médica MADSP 100 revised 1/15/2016

Please address questions concerning this MR to Richard.McIntyre@state.nm.us or call (505) 476-6818.

Solicitud para Asistencia Médica Hoja Informativa



Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México (HSD)

- Medicaid provee cobertura de salud gratuita o de bajo costo para ciertos individuos y familias de bajos ingresos.
- Dependiendo de los ingresos de su hogar, algunos miembros del hogar pueden calificar para cobertura total o limitada de Medicaid.

Puede solicitar Medicaid en línea en:

www.yes.state.nm.us

O llamar al 1-855-635-6574

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

O enviar por correo su solicitud firmada a:

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

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



Intercambio de Seguro 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 sean elegibles para Medicaid.
- Usted o su hogar podría calificar para un programa que puede ayudarle a pagar por el seguro de salud incluso si gana tanto como \$92,00 al año (para una familia de cuatro).
- Podrían estar disponibles subsidios impositivos que pueden ayudarle de inmediato a pagar sus primas para la cobertura médica.

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

www.bewellnm.com

O llamar al 1-855-996-6449

TTY: 1-855-889-4325

Programas de Asistencia Médica

MEDICAID	<p>Dependiendo de los ingresos de su hogar, algunos miembros del hogar pueden calificar para cobertura total o limitada de Medicaid. A continuación se indican algunos tipos de Medicaid para los cuales podrían calificar los miembros de la familia:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacido • Niños hasta la edad de 18 años • Padre/madre/cuidador(es) • Mujeres embarazadas • Adultos de bajos ingresos • Servicios de Emergencia Médica para Extranjeros (EMSA)
INTERCAMBIO DE SEGURO DE SALUD DE NM	<p>El NMHIX es una manera de comprar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no sean elegibles para Medicaid. Si no califica para Medicaid, usted o los miembros de su familia pueden ser elegibles para recibir un subsidio impositivo que puede ayudarle de inmediato a pagar las primas del seguro de salud. Si usted o los miembros de su hogar no califican para Medicaid, su solicitud será derivada automáticamente a NMHIX, donde usted o los miembros de su hogar podrían ser elegibles para otros programas de asequibilidad de seguros de salud.</p>

Comuníquenos sus necesidades:
 Ayuda para completar esta solicitud
 Ayuda gratuita con el Idioma preferido:
 No tengo transporte
 Adaptaciones por incapacidad

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	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 la dirección en blanco.

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Desea recibir información electrónicamente? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO De ser sí, complete arriba su dirección de correo electrónico.			

2. Persona que le representará (representante autorizado o tutor): Su representante autorizado puede ser la persona que lo ayudó a presentar su solicitud o a renovar los beneficios u otra persona. Si quiere tener un representante autorizado, debe informarnos por escrito quién será esa persona a continuación.

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

3. Cuéntenos acerca de las personas con quienes vive o los individuos en su Declaración Federal Impositiva de Ingresos.

Liste a todas las personas que viven en su hogar, incluso si no desea solicitar beneficios para ellos. Solo debe brindarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar que estén solicitando asistencia. Un SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica; sin embargo, si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No es necesario que sea ciudadano estadounidense ni presentar impuestos a las ganancias para solicitar los beneficios. Recibir beneficios de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no deben proporcionar información sobre su estado migratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar información de sus ingresos porque partes de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Ciertos programas de asistencia médica pueden estar disponibles para personas sin un SSN; pregunte a LSD. La información racial y étnica en los hogares solicitantes es voluntaria; no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios que pudiera recibir su hogar. Se urge a los Nativos Americanos a identificarse debido a que ellos tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. Preguntamos a todos por la información racial y étnica para asegurarnos de que se distribuyan los beneficios independientemente de la raza, color u origen nacional. Si necesita más espacio, utilice otra hoja.

Lista de nombres e información suya y de las personas que viven con usted y de todas las personas que incluya en su declaración federal impositiva de ingresos.

Esta sección es obligatoria únicamente para cada persona que esté solicitando asistencia médica:

Nombre (Primer y apellido)	Relación	¿Está solicitando asistencia médica? Sí/No	Género M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad: Hispano Sí/No (opcional)	Raza: 1-6 Ver debajo (opcional)	Afiliación tribal	Número de Seguro Social (SSN) - obligatorio si tiene uno (opcional para no solicitantes)	Ciudadanía o estado migratorio 1-22 Ver debajo
	(Uno mismo)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO							

Raza: Por cada persona que solicite asistencia, elija los siguientes números que mejor describa su raza y escriba los números anteriores.

Ciudadanía o estado migratorio: Por cada persona que solicite asistencia, elija los siguientes números que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado migratorio y escriba los números anteriores.

1 - Indígena americano / nativo de Alaska	4 - Nativo de Hawái o habitante de otra Isla del Pacífico
2 - Asiático	5 - Blanco
3 - Negro o afroamericano	6 - Otro

1 - Ciudadano estadounidense	7 - Admitido condicionalmente en los Estados Unidos	13 - Diferimiento de partida forzada	19 - Solicitante de asilo
2 - Residente permanente legal (LPR)	8 - Ingreso condicional concedido antes de 1980	14 - Estado de acción diferida	20 - Solicitante de registro con Documento de Autorización para Trabajar (EAD)
3 - Residente temporal legal (LTR)	9 - Cónyuge, padre o niño víctima de maltrato	15 - Concesión de suspensión de deportación o expulsión	21 - Orden de supervisión (con EAD)
4 - Asilado	10 - Víctima de trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre	16 - Solicitante de suspensión de deportación o expulsión	22 - Solicitante de cancelación de expulsión o suspensión de deportación (con EAD)
5 - Refugiado	11 - Individuos sin estado de inmigrante (entre estos se cuentan los que tienen visa de trabajo o estudiante y los ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	17 - Solicitante de estado especial de inmigrante juvenil	23 - Otro / no sabe
6 - Inmigrante cubano o haitiano	12 - Estado de protección temporal o solicitante para estado de protección temporal	18 - Solicitante de modificación a estado LPR, con solicitud de visa aprobada	

4. Información de declaración impositiva. Brinde la siguiente información de cada miembro de la familia que esté solicitando asistencia médica, incluso si el contribuyente o el dependiente impositivo no está en su hogar. No es necesario declarar impuestos a las ganancias para solicitar los beneficios.

A Nombre	B ¿Esta persona planea presentar una declaración federal impositiva de ingresos el próximo año?	C ¿Esta persona hará su presentación en conjunto con un cónyuge o pareja?	D ¿Esta persona tiene dependientes impositivos?	E ¿Esta persona está declarada como dependiente impositiva en la declaración impositiva de otra persona?	F ¿Qué relación tiene esta persona con el contribuyente que presentó la declaración impositiva?
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge o pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombres de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, nombre del contribuyente que presentó la declaración impositiva:	

5. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que indicó en la sección 3. En el caso de los miembros del hogar que estén solicitando beneficios y que no sean ciudadanos estadounidenses, brinde la información que aparece en sus documentos de inmigración. Esto se utilizará para ver quién puede ser elegible para beneficios. Si no conoce la siguiente información, muestre su documento de inmigración a ISD. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre	Tipo de documento de inmigración	Extranjero o número de I-94	Número de tarjeta o número de pasaporte	Identificación de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión)	¿Vivido en los Estados Unidos desde 1996?	¿Es esta persona un cónyuge o padre de un veterano o que está en servicio activo en el ejército de Estados Unidos?
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo beneficios de Medicaid en otro estado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Qué estado?
¿Algún miembro del hogar tiene 21 años o menos y es estudiante a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Algún solicitante está en prisión (detenido o encarcelado)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Qué instalación?
	Fecha de la entrada en prisión:	Fecha de liberación (si la sabe):
¿Alguno de los solicitantes en el hogar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Alguno de los solicitantes estuvo alguna vez en una familia sustituta?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	¿Qué estado?
¿Alguno de los solicitantes es discapacitado?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	
¿Alguno de los solicitantes se encuentra actualmente o está ingresando a una residencia de atención residencial, hospital o establecimiento de tratamiento?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	
De ser sí ¿qué tipo de establecimiento?	<input type="checkbox"/> Residencia de atención residencial o establecimiento de enfermería <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Otro ¿dónde?	<input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Establecimiento de atención intermedia para personas con discapacidad mental
¿Alguna de las solicitantes está embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	Fecha de parto (si la sabe):
	Cantidad de bebés que espera de este embarazo (si la sabe):	
¿Alguno de los solicitantes recibió una carta de Libertad de Elección Primaria para recibir una exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si la respuesta es sí, ¿quién?	

6. Cuéntenos sobre su salario. Informe sus ingresos totales antes de impuestos. Si está solicitando asistencia médica y cualquier empleador le ofrece seguro, completar el formulario de Cobertura del empleador adjunto con esta solicitud. Si no completa este formulario, no se demorará su solicitud de asistencia.

¿Usted o alguna persona que vive con usted recibió un salario o espera recibir un salario este mes?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE De ser sí, complete el cuadro a continuación.	
Persona con ingreso	Cantidad de horas promedio trabajadas por semana	¿De dónde proviene el ingreso? (empleo, trabajo independiente, trabajos esporádicos, etc.)	¿Con qué frecuencia obtiene ingresos esta persona? (anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona antes de impuestos?	¿Esta persona tiene un empleador que ofrece seguro de salud? De ser sí, complete el formulario de Cobertura de empleador para averiguar si puede recibir seguro de salud mediante NMHIX si se determina que no es elegible para Medicaid. No es obligatorio completar el formulario de Cobertura del empleador para Medicaid.
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> NO SABE

¿Tiene alguna de las siguientes deducciones de sus ingresos?

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

7. Cuéntenos sobre sus otros ingresos. Entre los ejemplos de ingreso no salarial u otros ingresos se cuentan los siguientes: desempleo, seguro social, pensiones, jubilaciones, ingresos por arrendamiento, ganancias de capital, regalías, obsequios financieros y ganancias o premios en juegos de azar.

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

¿Habrá cambios en el ingreso?

¿Usted o algún miembro de su hogar tiene ingresos que cambian mes a mes?
 Entre estos ejemplos se cuentan los siguientes: pérdida del empleo, reducción de horas, cambio en el empleo, cambio del pago o trabajar solo algunos meses en todo el año.

SÍ NO NO SABE
 De ser sí, complete el cuadro a continuación.

Persona con cambios en los ingresos	¿Qué cambios en los ingresos?	¿Cuándo y por qué cambian?	Ingresos totales de este año	Ingresos totales que espera para el próximo año
			\$	\$
			\$	\$

8. Información de atención médica.

¿Algún miembro de su hogar recibió servicios médicos dentro de los últimos 3 meses que no han sido pagados?

SÍ NO
 De ser sí, complete el cuadro a continuación. Es posible que podamos ayudar a pagar estas facturas.

Nombre en la factura	Meses facturados

Liste todos los seguros de salud públicos y privados incluyendo la información de Medicare de usted y de todas las personas que viven con usted que estén solicitando Medicaid.

Personas cubiertas	Nombre de la compañía de seguro	Núm. de afiliado del seguro o Núm. de reclamo de Medicare	Fecha de inicio

9. Organización de Administración de Servicios de Salud (MCO). Esta sección se aplicará si se determina que usted es elegible para Medicaid. Si es elegible para Medicaid, una de las cuatro Organizaciones de Administración de Servicios de Salud (MCO) que figuran a continuación, le brindará sus servicios. Usted tiene la opción de elegir qué MCO le brindará servicios. Si no elige una MCO, el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México le asignará una de forma automática. Una vez que se inscriba en una MCO, tendrá la opción de cambiarla dentro de los 90 días a partir de la fecha de inscripción.

Información especial para indígenas americanos:

Si usted es indígena americano, no es necesario que elija una MCO. Si no elige una MCO, será inscrito automáticamente en un servicio de Medicaid por tarifa (FFS). Si necesita servicios de atención a largo plazo o tiene Medicare, deberá elegir una MCO.

Soy indígena americano Sí NO

De ser sí, complete la sección para indígenas americanos o nativos de Alaska en la siguiente página.

De ser sí, díganos si desea inscribirse en una Organización de Administración de Servicios de Salud (MCO): Sí NO

Si desea inscribirse en una MCO, seleccione una de las siguientes MCO.

Blue Cross Community Centennial

(866) 689-1523 www.bcbsnm.com/community-centennial

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que figuran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Molina Healthcare

(800) 580-2811 www.molinahealthcare.com

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que figuran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Presbyterian Health Plan

(888) 977-2333 www.phs.org

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que figuran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Plan Comunitario de United Healthcare

(877) 236-0826 www.uhcommunityplan.com

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que figuran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Indígena americano o nativo de Alaska. Los indígenas americanos y nativos de Alaska que se inscriban en Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Intercambio de Seguro 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 los miembros de su familia son indígenas americanos o nativos de Alaska, podría no tener que pagar el costo compartido y podría obtener períodos de inscripción mensual especiales. 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.

<p>¿Alguno de los solicitantes es miembro de una tribu reconocida federalmente?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién? Para garantizar que no sea inscripto automáticamente en una MCO, proporcione su afiliación tribal:</p>	<p>¿Alguno de los solicitantes recibe pagos per cápita de una tribu que provenga de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién?</p> <p>¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?</p>
<p>¿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?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién? De ser no, ¿alguno de los solicitantes 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 que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién?</p>	<p>¿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)?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién?</p> <p>¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?</p>
<p>¿Alguno de los solicitantes está recibiendo dinero de la venta de objetos con valor cultural?</p> <p style="text-align: center;"><input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO</p> <p>De ser sí, ¿quién?</p> <p>¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?</p>	

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

Su firma valida esta solicitud. Esta solicitud no se puede procesar si no está firmada. Su firma también indica lo siguiente:

- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales. He proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años por quienes presento las solicitudes.
- Si me lo solicitan, proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo solicitar ayuda al HSD y permitiré que el HSD se comunique con otras personas y empresas para que aporten pruebas.
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que ofrecen ayuda relacionada con los servicios para los que soy elegible.
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD.
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras u otros medios para revisar la información en este formulario.
- Sé que el HSD revisará el estado inmigratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado inmigratorio de cualquier miembro del hogar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (INS) y esto podría afectar la elegibilidad del hogar o 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.
- Se me dio la oportunidad para revisar mis derechos y responsabilidades, entre los que se cuentan los derechos de audiencia justa.
- 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 montos 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 exige por ley federal y estatal cuando los beneficiarios de Medicaid tienen 55 años de edad o más y el estado hace pagos de asistencia médica en nombre de ellos para servicios de establecimientos de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad o servicios relacionados con el hospital y la prescripción de medicamentos. El monto recuperado por el HSD no excederá el monto de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- Comprendo que debo entregar al HSD todo dinero que reciba por los servicios médicos que ya hayan sido pagados por Medicaid. De no hacerlo, yo, o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando los beneficios, podría(n) perder la cobertura de Medicaid durante al menos un año y hasta que Medicaid haya recibido la devolución del monto total adeudado.
- Una persona que esté solicitando o recibiendo Medicaid deberá asignar al HSD todos los derechos contra cualquier y todo individuo por el apoyo médico o los pagos de los gastos médicos realizados en nombre del solicitante o en nombre del beneficiario y en nombre de cualquier otra persona por quien se hizo la solicitud o se recibió la asistencia.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y estoy de acuerdo a estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante o al beneficiario, no reasignaré ningún reclamo del proveedor, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR §435.923(d).
- Para **retirar** su solicitud de asistencia médica, ponga sus iniciales en esta casilla:

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

12. Registrarse para votar. La Ley de Registro Nacional de Votantes le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado. **Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.**

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

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

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

Confidencialidad: Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. Si cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar o no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina de la Secretaría de Estado: Office of the Secretary of State,, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 o llamando al 1-800-477-3632.

Páginas de información sobre la solicitud al programa

Puede conservar esta información para sus registros

1. Información sobre necesidades especiales



Si tiene alguna incapacidad y necesita contar con esta información en un formato alternativo, o si necesita adaptaciones especiales para participar en una audiencia, un programa o un servicio público, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al (505) 827-7701, a través del dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) del Sistema de Retransmisión de Nuevo México al 1-800-659-8331 o al 711. El HSD exige contar con una notificación de, al menos, 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas. (Revisado el 09/10/15)

2. Sus derechos civiles / Declaración de no discriminación

En esta institución, está prohibido discriminar en función de raza, color, origen nacional, incapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas. Para presentar un reclamo 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 Ave., SW, Washington, DC 20201; también puede llamar al (202) 619-0403 (voz) o al 1-800-537-7697 (ITY). El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado el 09/10/15)

3. Confidencialidad

Toda la información que proporcionó al HSD es confidencial. Esta información se proporcionará a los empleados del HSD, que la necesitan para administrar los programas cuyos beneficios ha solicitado. Es posible que la información confidencial se comparta con otras agencias federales y estatales. Toda la información se usará para determinar la elegibilidad o proporcionar servicios. Esta información puede compartirse con otras agencias federales y estatales para la examinación oficial y con oficiales del orden público a fin de que se capture a personas prófugas de la justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si su hogar recibe un reclamo en su contra, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social (SSN), podría ser entregada a las agencias federales y estatales como así también a agencias privadas de cobro para las medidas de cobranza de reclamos.

Solo debe brindarnos la información de ciudadanía estadounidense y los SSN de los miembros del hogar para los cuales está solicitando beneficios. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Recibir beneficios de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no deben proporcionar información sobre su estado migratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar información de sus ingresos porque partes de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Ciertos beneficios pueden estar disponibles para personas sin un SSN; pregunte a ISD. La información de inmigración no se compartirá con ninguna agencia de control de inmigración.

HSD revisará la información que nos entrega con otras agencias, como el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de la Asistencia Pública (PARIS). Esta información podría afectar la elegibilidad de su hogar y el monto de los beneficios. (Revisado el 09/10/15)

4. División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños

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

5. Entrevista

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

6. Información de prueba

El HSD controlará fuentes de datos electrónicos para verificar sus ingresos y demás información que brindó en esta solicitud sin solicitar documentación impresa. Si el HSD no puede verificar sus ingresos y demás información mediante las fuentes de datos electrónicos, entonces el HSD le solicitará que presente pruebas de la información que incluyó en su solicitud. Recibirá una carta por correo solicitando esta información. Si necesita más tiempo para presentar pruebas al HSD, puede solicitar más tiempo comunicándose con el ISD.

Consulte la lista en la siguiente página sobre qué información el HSD podría verificar y los ejemplos de pruebas que se le pudiera solicitar que presente.

Verificación de:	Ejemplos de prueba que se le pudiera solicitar que presente al HSD
Dónde vive	Factura de servicio público, contrato de alquiler, carta dirigida a usted en el domicilio que informó en su solicitud.
Número de Seguro Social (SSN)	Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y SSN.
Identidad, relación y edad	Licencia de manejar, tarjeta del Seguro Social, certificado(s) de nacimiento o bautismo, registros de ciudadanía o naturalización, registro del censo indígena, certificado de sangre indígena (CIB), registros gubernamentales, registros judiciales, tarjeta de registro de votante, documentos de divorcio, pasaporte de los EE. UU., registros escolares o de guardería, pólizas de seguro, registros eclesiásticos o biblia familiar, carta de un médico, de un funcionario religioso o escolar o alguien que lo conoce a usted, el parentesco suyo con el niño o los niños y conoce la fecha de nacimiento del niño o los niños.
Ciudadanía estadounidense	Para la asistencia médica, el gobierno federal ahora exige que las personas presenten ciertos documentos originales o copias certificadas que confirmen la ciudadanía. Los documentos originales serán copiados y devueltos.
Estado migratorio	Si es extranjero y está solicitando asistencia médica, podría tener que presentar registros originales del USCIS (ex INS) o copias originales certificadas.
Incapacidad	Registros médicos indicando cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.
Embarazo	No es necesario que presente documentos para verificar su embarazo.
Asistencia escolar	No es necesario que presente documentos para verificar su asistencia a la escuela.
Estudiante universitario	No es necesario que presente documentos para verificar su asistencia a la universidad.
Ayuda financiera para estudiantes	Quizás se le solicite que presente una carta de la oficina de ayuda financiera de la escuela indicando qué tipos y montos de ayuda financiera y los costos que deberá pagar para su educación.
Ingresos: el periodo de 30 días más reciente o todo lo del último mes	<p>Ingreso ganado: Talones de pago o una carta de su empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es empleado independiente, quizás se le soliciten registros de impuestos a las ganancias, registros comerciales o registros del salario personal.</p> <p>Ingreso no salarial: Copias de sus cheques o una carta del Seguro Social, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos de Nativos Estadounidenses, Jubilación de Empleados Públicos, etc.</p> <p>Se podrían aceptar verificaciones alternativas; hable con su trabajador del caso.</p>
Pérdida de un empleo - en los últimos 60 días	Carta del empleador
Seguro de salud	Tarjeta de Id. o carta de su compañía de seguro
Medicare Parte A	Tarjeta de Id. o carta de la Administración del Seguro Social

7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos

Muchos inmigrantes pueden recibir Medicaid viviendo en nuevo México. Algunos inmigrantes deben haber mantenido un estado en particular durante 5 años antes de poder recibir Medicaid. Hay muchas excepciones. Todo menor de 21 años o mujer embarazada que resida legalmente y que cumpla con todos los otros requisitos puede recibir Medicaid inmediatamente. También pueden hacerlo los refugiados, asilados, cónyuges y niños víctimas de maltrato y muchos otros. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso si no tiene un estado migratorio que lo califique para Medicaid, quizás pueda acceder a Medicaid en caso de emergencias. Consulte a un trabajador del caso para obtener más información. Mantenemos su información privada y solo compartimos información con otras agencias gubernamentales para determinar para qué programas califica. Aquellos inmigrantes en uno de los siguientes estados pueden ser elegibles para Medicaid si cumplen con otros requisitos del programa:

1 – Residente permanente legal (LPR)	9 – Víctima de trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre	17 – Solicitante de ajuste a estado LPR, con solicitud de visa aprobada
2 – Residente temporal legal (LTR)	10 – Individuos sin estado de inmigrante (entre estos se cuentan los que tienen visa de trabajo o estudiante y los ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	18 – Solicitante de asilo
3 – Asilado	11 – Estado de protección temporal o solicitante para estado de protección temporal	19 – Solicitante de registro con Documento de Autorización para Trabajar (EAD)
4 – Refugiado	12 – Diferimiento de partida forzada	20 – Orden de supervisión (con EAD)
5 – Inmigrante cubano o haitiano	13 – Estado de acción diferida	21 – Solicitante de cancelación de expulsión o suspensión de deportación (con EAD)
6 – Admitido condicionalmente a Estados Unidos	14 – Concesión de suspensión de deportación o expulsión	22 – Otro / no sabe
7 – Ingreso condicional concedido antes de 1980	15 – Solicitante de suspensión de deportación o expulsión	
8 – Cónyuge, padre o niño víctima del maltrato	16 – Solicitante de estado especial de inmigrante juvenil	

8. Derechos de audiencia justa

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

Puede solicitar una audiencia justa cuando solicita beneficios y le son denegados; si no está de acuerdo con una decisión en su caso; si cree que sus beneficios no se calcularon correctamente; o se hizo un cambio con el que usted no está de acuerdo.

Tiene 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia justa. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días de la fecha del aviso, continuará obteniendo el mismo monto de beneficios que recibía antes de que tomemos la medida del aviso. Continuará obteniendo estos beneficios hasta que el HSD 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 HSD decidía sobre su caso. Usted no tiene derecho a una audiencia justa si la decisión del HSD que está cuestionando fue el resultado de un cambio federal o estatal masivo.

Puede solicitar una audiencia justa de las siguientes maneras:

- Complete y devuelva la parte inferior del aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local del ISD o al Centro de atención al cliente al 1-800-283-4465 o
- escriba a la siguiente dirección: HSD Fair Hearings Bureau, PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 o
- llame a la Oficina de Audiencia Justas del HSD al (505) 476-6213.

Si no está de acuerdo con una decisión del Intercambio de Seguro de Salud de Nuevo México (NMHIX), puede apelar la acción comunicándose con el NMHIX al 1-800-318-2596 e informar al NMHIX que considera que deberían reconsiderar su acción. Puede autorizar a otra persona para que la represente en el proceso de apelación.

Una vez que solicite una audiencia justa, el HSD o el NMHIX le enviará una carta con la fecha, la hora y el lugar donde se llevará a cabo la audiencia. Las audiencias del HSD generalmente se llevan a cabo en la oficina del ISD. Un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Justas del HSD o del NMHIX. Antes de la audiencia, usted o su representante pueden mirar el registro de su caso y cualquier prueba que se utilizará para decidir sobre su caso. Informará por qué cree que la decisión del HSD o NMHIX es incorrecta. Puede presentar testigos y pruebas. Puede cuestionar a al oficina del condado o al NMHIX sobre la medida que se tomó y las pruebas que se presentaron. Puede representarse a sí mismo o contar con la representación de un amigo, un miembro del hogar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede recibir asistencia legal gratuita, llame al 1-800-340-9771.

Luego de la audiencia, el funcionario de audiencia preparará un informe. El Director de la División del HSD o Director del NMHIX decidirá si la medida fue correcta o incorrecta. Una vez que se haya decidido sobre su caso, usted recibirá una carta que le informará la decisión y el motivo por el que se la tomó. (Revisado el 09/10/15)

Formulario de cobertura del empleador

Si esta solicitando asistencia con los costos del seguro de salud al Intercambio de Seguro de Salud de Nuevo México (NMHIX), complete este formulario. Si no completa este formulario no se demorará su solicitud para otros beneficios como la asistencia de alimentos, asistencia en efectivo o Medicaid.

La solicitud del Intercambio de Seguro 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 por el seguro de salud. Use este formulario para obtener la información que necesita de su empleador que le ofrece cobertura médica. Nosotros verificaremos esta información, por lo tanto es importante que sea correcta. Si tiene más de un empleo que ofrece cobertura médica, use un formulario separado para cada empleador. Use este formulario completo cuando llene una solicitud del NMHIX.

Información del empleado

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

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre y apellido)

Número de Seguro Social

Información del empleador:

Solicite esta información al empleador.

Nombre del empleador

Número de identificación del empleador (EIN)

Dirección del empleador

Número de teléfono del empleador
() -

Ciudad

Estado

Código postal

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

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Cuéntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador

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

Este empleado es elegible para la cobertura bajo el plan de este empleador el _____ (fecha de inicio).

¿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 con el "valor estándar mínimo"

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

\$ _____ ¿Con qué frecuencia? Semanal Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensual Anual Otro _____

ESTA PÁGINA QUEDA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

Registrarse para Votar

INFORMACION PERSONAL				Esta información no se debe copiar		
1	NOMBRE Apellido	Su Nombre de Pila	Otro Nombre o Inicial	Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
DIRECCIÓN DONDE UD. VIVE AHORA						
2	Número y Nombre de la Calle		Departamento, Unidad o # de Lote		Ciudad	Zona Postal
3	Dirección			Ciudad	Zona Postal	
4	Si Ud. va a cambiar su nombre en esta solicitud, bajo que nombre completo estaba Ud. matriculado antes. Apellido, Nombre de Pila, Otro Nombre o Inicial				5	Correo Electrónico (*opcional)
PARTIDO POLITICO			NUMERO DE TELEFONO EN EL DIA (opcional)		EMPLEADO/A EN URNA ELECTORAL	
6	AVISO: Ud. tiene que indicar partido político principal para votar en la elección primaria	Partido	Si Ud. NO ELIGE Partido marque aquí. <input type="checkbox"/>	7	¿Con motivo de elecciones puede divulgar el escribano de Condado este Número de teléfono? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quiere Ud. trabajar en recinto electoral el día de la elección? <input type="checkbox"/> SI
8	Por la presente autorizo que Ud. cancele mi matrícula previa en el condado y estado a continuación.	Ciudad o División	Condado		Estado	
Favor de contestar las preguntas a continuación.				TESTIMONIO DE CALIFICACION		
9	¿Es Ud. ciudadano/a de los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tendrá usted por lo menos dieciocho años de edad en o antes de la próxima elección general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si Ud. marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario. Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente está en libertad condicional o probación supervisada, no llene esta forma.			Yo juro/afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos y residente del Estado de Nuevo México; que la corte no me ha denegado el derecho de votar por motivo de incapacidad psicológica; que tengo 18 años de edad en la fecha de la próxima elección y si he sido condenado de delito grave he cumplido todas las condiciones de libertad a prueba o el gobernador me ha concedido indulto. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de toda matrícula anterior con el fin de votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información provista esta correcta.		
				➔ FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE LA LINEA AMARILLA ABAJO		
				➔ FECHA: Mes / Día / Año		
10	Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario:		VRA ID #			
DO NOT WRITE IN SHADED AREAS - FOR OFFICIAL USE ONLY						
Accepted for filing in County Registration Records				PCT.	MUN.	PRC.DIST.
Date / County Clerk / Filing Clerk				REP.DIST.	SEN. DIST.	SCHOOL
				C.C.		

SP&G-1 (2015)

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

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

*AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

MAPA

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

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

1. el verdadero número del camino estatal o del condado sobre el cual está ubicada su residencia, en que lado del camino está (este, oeste, norte, sur);
2. el número del camino más cercano que atraviesa el camino donde Ud. reside (en los dos sentidos en cualquier lado de su casa) o los nombres de marcas que se pueden identificar;
3. las distancia y dirección a la cual Ud. tendría que caminar de su casa para llegar a cada uno de los caminos;
4. la distancia que Ud. tendría que atravesar para llegar a su casa si Ud. vive sobre camino pricado que es la extension de camino público (favor de indicar de que punto sale el camino público – el este, el oeste, el norte, el sur.)

EJEMPLO Camino 678, el lado norte, 1 milla al este del Camino 615
O

5. alguna dirección rural asignada por el condado a su residencia donde vive ahora:
EJEMPLO 3251 CR W Grady, NM 88120
Esta dirección se puede usar en bloque 2 "DIRECCION DONDE VIVE AHORA" en la reversa de esta forma.

N
W + E
S

DIRECCION RURAL EN DETALLE

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