

Susana Martinez, Governor Brent Earnest, Secretary Nancy Smith-Leslie, Director

DEPARTMENTAL MEMORANDUM

MAD-MR: 18-25

DATE: December 14, 2018

TO: INCOME SUPPORT DIVISION AND MEDICAL ASSISTANCE DIVISION

ANCY SMITH-LESLIE, DIRECTOR, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION ARY BROGDON, DIRECTOR, INCOME SUPPORT DIVISION FROM:

THROUGH: PROY BURT, CHIEF, ELIGIBILITY BUREAU

SONYA PIERCE, MANAGER, ELIGIBILITY BUREAU BY:

REVISED BREAST AND CERVICAL CANCER APPLICATION FORM EFFECTIVE SUBJECT: **JANUARY 1, 2019**

GENERAL INFORMATION

There is an updated version of the MAD 088 Breast and Cervical Cancer (BCC) Application that will go into effect January 1, 2019. The new application will be distributed to the Department of Health (DOH) office who oversees the program.

The BCC program provides full Medicaid coverage for women who have met screening criteria as set forth by DOH and have been diagnosed with breast or cervical cancer, including pre-cancerous conditions, and identified as in need of treatment.

In the Managed Care Section of the application, Molina Healthcare and United Healthcare Community Plan were removed as managed care organizations (MCO) choice options and Western Sky Community Care was added with an effective date of January 1, 2019. If an outdated application is used to apply and the applicant chooses Molina or United, then the applicant will automatically be assigned to a different MCO.

FILING INSTRUCTIONS

Please make the following replacements in the Medical Assistance Eligibility Forms Manual:

DELETE MAD 088 dated 02/25/2017 INSERT MAD 088 dated 11/26/2018

DELETE MADSP 088 dated 02/25/2017 INSERT MADSP 088 dated 11/26/2018

Please address any questions concerning these guidelines to Sonya Pierce at sonya.pierce@state.nm.us or call (505) 827-7777.

Attachments
MAD 088 dated 11/26/2018
MADSP 088 dated 11/26/2018



Medicaid Application For Breast and Cervical Cancer (BCC)

INFORMATION FOR THE APPLICANT

Please complete all the spaces on the application about you. If more space is needed to answer any of the questions on this application, you may use another sheet. Return the application to the person who is determining your temporary eligibility or to the Income Support Division (ISD) Office. There are other Medicaid programs that require an application different from this one.

To qualify for Medicaid, your household must meet certain guidelines. You may be eligible for benefits back to your screening date, up to three months before your Medicaid application date. You may ask about these guidelines by contacting the ISD office, or by calling Medicaid Call Center at (888) 997-2583.

Basic Eligibility Requirements:

- An individual who has been screened for breast or cervical cancer under the Center for Disease Control (CDC) Breast and Cervical Cancer Early Detection Program and found to need treatment for either breast or cervical cancer.
- An individual is not eligible for any other Medicaid program.
- An individual must be uninsured. Women with high deductibles, or limits on coverage are considered insured.
- An individual must be under 65 years of age.

Other Program Information:

- An individual must meet the CDC screening income test. There is no separate Medicaid income or asset test.
- Medicaid eligibility rules apply:
 - Age
 - Citizenship
 - New Mexico residency
 - Social Security Number
 - The applicant for Medicaid must have a Social Security Number or apply for one. Certain benefits may be available for people without a Social Security Number. Applicants without a Social Security Numbers should contact their local ISD Office.
- An individual determined Medicaid eligible will receive full Medicaid coverage; Medicaid coverage is not limited to Breast and/or cervical cancer
- If determined eligible you will be given a 12-month certification period:
 - An individual will receive a letter 45 days before the end of the 12-month certification period notifying the individual it is time
 to reapply. An annual review of all eligibility criteria must be completed on your case.
 - If you do not submit an application, your case will be closed.
- The Medicaid BCC program coverage will end before the 12-month certification period only if an individual:
 - Leaves the state of New Mexico.
 - Coverage ends the last day of the month in which an individual reaches age 65.
 - Enrolls in a "creditable" health insurance plan, such as Medicare, Armed Forces insurance, a state health risk pool, or any hospital or medical plan.
 - Is no longer receiving treatment for breast or cervical cancer.
 - Becomes eligible for another Medicaid program.

You need to provide proof of the following:

- Social Security Number (SSN) or proof of application for SSN for all individuals applying for assistance. Certain benefits may be available for individuals with an SSN. Please contact ISD for further information (800) 283-4465.
- Identification and residence.
- Other health insurance.
- To be eligible for Medicaid, an individual must be a citizen of the United States; or an alien who meets the requirements set forth in either Subsection A or B of this section NMAC. 8.200.410.11.

If you need help completing this application or in getting the needed information, contact your local ISD office.

After your application is received, all documents will be reviewed. If the documents are incomplete, you will be asked to provide the needed information. A decision on your application will be made within 45 calendar days, unless you ask for more time to get information. You will be sent a letter about your application.

BY SIGNING THIS APPLICATION, I AGREE TO THE FOLLOWING:

APPLICANT: Please keep this sheet for your records.

- To provide all information and proof needed to determine eligibility.
- To provide a Social Security Number for every household member who is applying for benefits.
- To permit the Human Services Department (HSD) to contact persons or agencies to verify needed information if I am not able to provide the information.
- To allow all information I give to HSD to be matched by computer with other federal, state, and local agencies.

HSD will use the information I give to decide on my eligibility, so the information must be as correct as possible.

 I understand that making false statements or hiding information could mean State and Federal penalties and I have given HSD true, correct and complete information.

RESPONSIBILITY TO REPORT CHANGES - The information I give during the application process is used to determine eligibility. It is my responsibility to report changes within ten (10) days of the date of the change or as otherwise required. This includes changes in address, income, resources, health insurance, and persons living with me.

ASSIGNMENT OF RIGHTS TO PAYMENT - I understand that by applying for and receiving Medicaid, I automatically give HSD any rights to medical support and to payment for medical care from any third party. I understand that I must cooperate with HSD in establishing paternity, as appropriate, and in obtaining medical support and payments for any applicants/recipients that are minor children. I understand that I must cooperate with HSD in identifying, and providing information to assist HSD in pursuing any third party who may be responsible to pay for care and services. I understand that if I do not cooperate with HSD, I may not be eligible for Medicaid or may lose my eligibility for Medicaid, unless I show that I have 'good cause' for not cooperating.

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.

RELEASE OF MEDICAL INFORMATION - By signing this application, I allow HSD to examine medical records needed for eligibility decisions and/or for payment of benefits.

APPLICANT: Please keep this sheet for your records.

Breast and Cervical Cancer Medicaid Initial Application Instructions

- 1. Read your Rights and Responsibilities carefully before completing the application. Keep your Rights and Responsibilities pages.
- 2. Complete the application, sign and date it. If you have any questions, please contact the Department of Health case manager at (505) 841-5896.
- 3. The MEDICAID BREAST AND CERVICAL CANCER PROGRAM REFERRAL FORM (top section) is to be completed by the screening or diagnostic provider. Have the **provider** write in your diagnosis and sign below it.
- 4. Fax or mail the application as noted below. Attach a copy of the Breast and Cervical Cancer (BCC) Referral Form, your biopsy pathology report and the original BCC Annual Program Consent Form with your household size and gross monthly or yearly income. Copy your ID such as driver's license.
- 5. Fax or Mail the application and documents to:

Mail:

ATTN: DOH BCC Case Manager 5301 Central NE (Suite 800) Albuquergue, NM 87108

Fax:

ATTN: DOH BCC Case Manager (505)-222-8602

Breast and Cervical Cancer Medicaid Annual recertification application instructions

- 1. Read your Rights and Responsibilities carefully before completing the application. Keep your Rights and Responsibilities pages.
- Complete the application, sign and date it. If you have any questions, please contact the Department of Health case manager at (505) 841-5896.
- The MEDICAID BREAST AND CERVICAL CANCER PROGRAM REFERRAL FORM (top section) is to be completed by the screening
 or diagnostic provider. Have the <u>provider</u> write in your current BCC treatment under "Diagnosis: Current Medical or Medication Status"
 and have the provider sign below it.
- 4. Treatment may include the need for hormonal therapy medications, breast reconstruction, evaluation for further treatment, or treatment for complications due to breast or cervical cancer treatment, etc.
- 5. Complete the BCC Annual Recertification Eligibility Form to ensure your income and household size meet program limits. Be sure to sign this form.
- 6. Fax or Mail the application and Consent Form to:

Mail:

ATTN: DOH BCC Case Manager 5301 Central NE (Suite 800) Albuquerque, NM 87108

Fax:

ATTN: DOH BCC Case Manager (505)-222-8602

Medicaid Application For Breast and Cervical Cancer (BCC) **CLIENT INFORMATION** CLIENT NAME First Middle Home/Message Telephone Number Last Physical Address Work Telephone Number City State Zip Code Mailing Address -(if it is different from your home address) City State Zip Code Have you ever used another name? □NO If yes, list other name(s) and date(s) they were used: 2. 3. 1. Race Ethnicity (Optional) Citizenship Immigration Social Security Name Sex Date of Hispanic Tribal Status 1-20 1-5 Number (First and Last) Birth Y/N **Affiliation** MF SSN# (See (see below) (Optional) below) Race: For each person applying for help, choose Citizenship/Immigration Status: For each person applying for help, choose from the numbers below that best describes their U.S from the numbers below that best describes their Citizenship or Immigration Status and write the numbers above. Race and write the numbers above 2 - Lawful Perm 3 - Lawful Temporary 1 - American Indian Alaskan Native 1 - U.S Citizen 4 - Asylee applicant for asylum Resident (LPR) Resident 7 - Conditional Entrant 6 - Cuban/Hatian Entrant 8 - Battered Spouse or child 2 - Asian 5 - Refugee granted before 1980 10 - Non-immigrant: work or student visa. 9 - Human Trafficking 11 - Granted for applicant citizens of Mironesia, Victim-spouse, child, for temporary protected 12 - Deferred enforced departure 3 - Black or African American Marshall Island, and sibling or parent status Paulau 14 - Granted or 13 -Deferred Action Application for Status Withholding of 15 - Applicant for special 16- Applicant for adjustment to LPR deportation or removal status, with approved visa petition immigrant status 4 - Native Hawaiian or Pacific Highlander 17. Registry applicant with 19-Applicant for cancelation 20.Other/Unsure an Employment 18- Order of Supervision of removal for deportation **Authorization Document** with an EAD with an EAD (EAD) 5 - White For household member applying for benefit that is not a citizen, please give information that appears on immigration documents. This will be used to see who can get benefits. If you do not know the information below, show your immigration document to ISD. **Immigration** ID Number or A Lived in the US is this person a spouse or parent of a veteran or on active Name Since 1996? duty with the U.S. Military? **Document Type** Number on Document

□YES □NO

□YES □NO

* Please provide a copy of both sides of your immigration documents.

MEDICAL NEEDS			
Have you received medical services within the last three (3) months whi	ich have not	been paid?	☐ YES ☐ NO
If Yes, for which months?			
Beside Medicaid do you have health Insurance coverage	☐ YES If YES, wha	□ NO	
☐ Medical ☐ Hospital	☐ Cance		☐ Other
Have you exhausted your lifetime benefits under your plan or coverage?	☐ YES	□ NO	
Are you under a period of exclusion due to a pre-existing condition?	☐ YES	□ NO	
Does your health insurance cover cancer treatment?	☐ YES	□ NO	
Have you recently dropped health insurance?	☐ YES	□ NO	
(If you answered YES to any of the questions above please provide pro	of from your	Insurance (Carrier)
9. Managed Care Organization (MCO) (This section will ONLY app	ly if you are	found to b	e eligible for Medicaid.)
If you are eligible for Medicaid, your services will be provided by one of provide your services. If you do not choose an MCO, you will be autom Department. Once you are enrolled with an MCO, you will have the opt	the four MCo atically assig	Os listed be gned to an N	ow. You have a choice of which MCO will MCO by the New Mexico Human Services
Special information for	CONTRACTOR DISTRIBUTE		
If you are Native American, you are not required to choose an MCC enrolled in Fee for Service (FFS) Medicaid. If you are in need of lor choose an MCO.			
I am a Native American. YES NO (If yes, please complete th	e Native Am	erican or Ala	askan Native information after this section)
Do you want to enroll in a Managed Care Organization? YES	NO (If yes,	please selec	ct an MCO below)
☐ Blue Cross Community Centennial		yterian He	
(866) 689-1523 www.bcbsnm.com/community-centennial	1	152	ww.phs.org
By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.		ecking this busehold with	oox, I wish to enroll all Medicaid recipients in h this MCO.
or	or		
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:			recipients from this household that are listed rolled with this MCO:
☐ Western Sky Community Care—Available starting January 1, 20 (844) 543-8996 www.westernskycommunitycare.com	19	THE CHARGE OF THE PARTY DOCUMENTS	
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:			

ten dalam Provide and a successionary was reported to a delicitate to the second artificial action to compare a	etti (este geleka a k.) 1 (kg/z)) ja kolejak kai este en tettik ettekka eteksia, este	ente sulla di secondo antico e se se construire popo un carrella sulla	en e	erichteben werden zum zwerweberigen Bestande istelle sonlag under Sommere in wiede sonlag in dereiffende bewerd
VOTER REGISTRATION ACT provide	here you live now, wor X, YOU WILL BE CON s you with the opportunit nether to seek or accept	SIDERED TO HAVE DECI by to register to vote at this k help is yours. You may fill o	vote here today? F DED NOT TO REGI ocation. If you would out the application fo	STER TO VOTE AT THIS TIME. The NATIONAL like help in filling out a voter registration application rm in private. IMPORTANT: Applying to register
Signature:	Makigidd (ffillion by rich it is by allywing opt me with an history partyras y surface in surface by by by the	Date:	and a security of the second security of the second security of the second security of the second second second	- 1 - Printe in contraction to the Line of the state of t
INTERFERED with your right to registe or your right to choose your own politic	er or to decline to registival party or other politica	er to vote, or your right to p I preference, you may file a Office of the Secretary o 419 State Capital Santa Fe, NM 8750 Phone: (800) 477-36	orivacy in deciding w complaint with the 0 f State	
Client Name	ICAID BREAST AND	CERVICAL CANCER A	vert armievist, le contribuement production i principalita em trasferención v	FERRAL FORM
	ત્મારા અમૃતારામાં મ ારા ત્મારા લાગણ જુમાન વારા મા ભાગમાં મું સાધાનું ભૂતમાં લાગ ન નાગણના મુન્યું હતા.	#** 1900-0. MF 0-01-479-0. THE D. MODELLAND WITH LOND OF MARKING TAY - "A MARKET MARKET MARKET FACTOR OF THE B	Security Number	nekkilönekik del kentit i kitöti vaikui disketikien vaist dakid sensasti kunkativinen sessus mustakininin mars Taista
Screening Provider Diagnostic Provider (if different fro	om Screening Provide		Screening Date	ardellelelelelelelelelelelelelelelelelele
TO AND MENT OF THE SECRET AND ADDRESS OF THE CHARGE AND THE CHARGE THE CHARGE TO THE CHARGE THE CHA	ту до чина изтачи и потилую с это ученовачения и иностити		SENTENCE OF THE PROPERTY OF TH	TO LOOK COMMENT AND REPORT
Diagnosis:		Breas	st 🗆 Cen	vical
For recertification purposes, fill Current Medical Status for Cancer Current Medication Status for Can I certify the individual listed aborancer by a contracted provider MD, DO, CNP, NP, PA Name (cer: ve has met BCC scr of the New Mexico [d of treatment for breast or cervical am.
Signature of Above	Date	NA Pinis Alla Million communis I hamili musha milliotha mila uura maa ka k	en el manus provincio de la composição de l	Telephone Number
		n de legge de la company d		
	ELIGIBILITY DE	TERMINATION FOR IS	D PURPOSES ON	Date sent to ISD Date sent to Fiscal Agent
(Applicant's Name)		has been det	ermined:	ACCUMANTAL CONTRACTOR OF THE C
Eligibility Approved	Recertification	Approved		
Eligibility effective date Eligibility Denied	Verified Scree Recertification	_		TO THE REPORT OF THE PARTY OF T
☐ The individua☐ The individua	al did not provide infor al has insurance cover	CEDP screening require mation needed to determage.	nine your eligibility	той то в одничености до 2000 година на одности на одности на одности на одности на одности на одности на одност
DOH Official Determiner Signature	Telephone Number	Determiner Number	Date	DOH Official Determiner Printed Name

	Breast and Cervical Cancer Annual Recertification Eligibil	ity Form
Name (Print)	Date of Birth	
To qualify for the Breast and Cervical	Cancer (BCC) Medicaid you must continue to meet the New Me	exico Breast and Cervical Cancer Early
Detection Program (NMBCCEDP) elig	gibility requirement of staying at or below 250% of the Federal P	overty Level.
BALLEY TALLIER OF LERGINGER AND CONTROL CREAT AND MAKEN AND STORE STREET, BUILDING TO STREET, WITH THE RESERVENCE	в. И быль было не на выбрание на приводительной выполнения в	e d'antre e en europe de des destantes de la company de la compa

1	ncome Eligibil	lity	вы операток подпорного пручасное в самеру соефуского различения	n op men en menter is, til plane men vitte en sommative et profestio	erecenterence The contract
Household size (Include spouse and dependents):	erromophiscon, pravide neverticy is alliquide stream	લોકાલામીકુંન કર્યું હોતા હતું 34 મેળવાની મેળેલાનો તાલાકારો હતું છે. તે લેવેલ કુંગ છે છે માર્ચા અનુક કું છે	ર્ભિત નહેતા હાથ કંપને આપ્રીક્ષામાં જે જે જે જેવાના અને અને હિંદુ કરતા. તેના માને માને જે જે જેવાના કરતા જે જે જ	a serient da con la tracción su litera e metrodico o diventida eliquido sino	adestión vien
Yearly Gross Income:	OR Mont	thly Gross Income:			-1-9/ (walk-200-
If you have questions about your income or household size, or these	e requirements,	, please call the Depa	artment of Health Bo	CC Case Manage	r at
(505) 841-5896.				• •	
Besides Medicaid have you acquired health insurance in the last year?	☐ YES	NO	мен. Стань метоновить точеского не подосного и это подосного и точеского вышения месоновий в	MORE CORP (C) A CORP MORE CORP (C) AND A CORP (C)	igeniante grupos cape
Have you become eligible for Medicare in the last year?	☐ YES	□ NO	мон чиностибного монт от места и теневого компения с койбасти с точностичного почето на применения почето на п	- NAME (TOTAL OF THE ANGEL OF T	and Marin 198000.
By signing below, you affirm that your income and household size is	true and corre	ct.	ally deligible in your procedures a suppose that from consenses and only the option of the parties of the suppose to the suppo	e antimier et in der in 1940 in 1940 in the think and the entire of the think and the	***************************************
Participant/Authorized Representative Signature	Date				
Witness Signature (if applicant signed with an X)	Date	tti 1 k. sague (talenteria tamini ili para 200 VII.a.) (saveta talentuka talentuk ili talen	ne Water garden. Na den je 12.4 s dimente i 14.0 s dimente i 1497. i 1497. i 1497. i 1497. i 1497. i 1497. i 1	ak tagir di Albaha, yali galapa kilabaha, kitar ahaya (1988) di Abahajaha a - para a malam	

Notice of Rights



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 (505) 827-6201 or through the New Mexico Relay System TDD at (800) 659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

Your Civil Rights Nondiscrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating 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, 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	(2) fax: (202) 690-7442
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights	(3) email: program.intake@usda.gov
1400 Independence Avenue, SW Washington,	
D.C. 20250-9410	This institution is an equal opportunity provider. (Revised 10/14/15)

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.

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. (Revised 07/15/14)

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 your household gets a claim against it, 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 Social Security Numbers for those household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply. Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Noncitizen immigrants not requesting assistance for themselves, do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own 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 Social Security Number; ask ISD.

We 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.

			,
			Andrew Commencer and Andrew Commencer and Co
			en die er demokratie er mit en er en die de die die die die die die die die
			4
			, (m) , (s) (s) is is a magnitude (s) is a speciment, magnitude (s)
			ed a transfer to the control of the
	·		Window Transferrate and Edit College and Windows Transferrate Physiological



Solicitud de Medicaid para el cáncer de mama y cuello del útero (BCC)

INFORMACIÓN PARA EL SOLICITANTE

Sírvase completar todos los espacios de la solicitud acerca de usted. Si necesita más espacio para responder cualquier pregunta en esta solicitud, puede usar una hoja aparte. Entregue la solicitud a la persona que está a cargo de determinar su elegibilidad temporal o a la Oficina de la División de Asistencia Económica (ISD). Hay otros programas de Medicaid que requieren una solicitud diferente a esta.

Para calificar para Medicaid, el ingreso de su grupo familiar debe cumplir con ciertas pautas. Usted podría ser elegible para los beneficios retrospectivamente hasta la fecha de su evaluación, hasta tres meses antes de la fecha de su solicitud de Medicaid. Puede solicitar estas pautas comunicándose con la oficina de ISD o llamando sin cargo al (888) 997-2583.

Requisitos básicos de elegibilidad:

- Una persona que se ha sometido a una evaluación de cáncer de mama o cuello del útero bajo el Programa de Detección Temprana de Cáncer de Mama o Cuello del Útero y se haya determinado que necesita tratamiento para alguna de esas dos afecciones.
- Una persona no es elegible para ningún otro programa de Medicaid.
- Una persona debe ser no asegurada. Las mujeres con deducibles altos o límites de cobertura se consideran no aseguradas.
- Una persona debe tener menos de 65 años de edad.

Información sobre otro programa:

- Una persona debe cumplir con la prueba de evaluación del ingreso de CDC. No hay una prueba separada de ingreso o bienes de Medicaid.
- Se aplican las reglas de elegibilidad de Medicaid:
 - Edad
 - Ciudadanía
 - Residencia en Nuevo México
 - Número de Seguro Social
 - El solicitante para Medicaid debe tener un Número de Seguro Social o aplicar para uno. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social. Los solicitantes que no tengan un Número de Seguro Social deben comunicarse con su oficina local de ISD.
- Una persona con elegibilidad para Medicaid recibirá la cobertura completa de Medicaid; la cobertura de Medicaid no se limita solo a cáncer de mama y/o cuello del útero.
- Si se determina su elegibilidad se le otorgará un período de certificación de 12 meses:
 - La persona recibirá una carta 45 días antes de finalizar el período de certificación de 12 meses en la cual se le informará
 que es momento de volver a presentar la inscripción. Se debe completar en su caso una revisión anual de todos los
 criterios de elegibilidad.
 - Si usted no presenta una solicitud, su caso se cerrará.
- La cobertura del programa BCC de Medicaid terminará antes del período de certificación de 12 meses únicamente si una persona:
 - Abandona el estado de Nuevo México.
 - La cobertura termina el último día del mes en el que una persona cumple 65 años de edad.
 - Se inscribe en un plan de seguro de salud "acreditable", como ser Medicare, seguro de las Fuerzas Armadas, un grupo de riesgo de salud del estado, o cualquier hospital o plan médico.
 - Ya no recibe tratamiento para cáncer de mama o cuello del útero.
 - Es elegible para otro programa de Medicaid.

Usted debe proporcionar prueba de lo siguiente:

- Número de Seguro Social (SSN) o prueba de la solicitud de un SSN para todas las personas que estén solicitando la asistencia. Puede haber ciertos beneficios para las personas con SSN. Llame a la ISD para más información al (800) 283-4465.
- Identificación y residencia.
- Otro seguro de salud.
- Para ser elegible para Medicaid, una persona debe ser ciudadana de los Estados Unidos; o un extranjero que cumpla con los requerimientos establecidos en la Subsección A o B de esta sección NMAC. 8.200.410.11.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o para conseguir la información necesaria, comuníquese con su oficina local de la ISD.

Cuando se reciba su solicitud se evaluará toda la documentación. Si la documentación está incompleta, se le pedirá que proporcione la información necesaria. En un plazo de 45 días calendario se tomará una decisión respecto de su solicitud, a menos que usted solicite más tiempo para obtener la información. Recibirá una carta acerca de su solicitud.

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ACUERDO LO SIGUIENTE:

SOLICITANTE: Guarde esta hoja para sus registros.

- Proporcionar toda la información y pruebas necesarias para determinar la elegibilidad.
- Proporcionar un Número de Seguro Social para cada miembro del grupo familiar que solicita los beneficios.
- Permitir al Departamento de Servicios Humanos (HSD) comunicarse con personas o agencias para verificar la información necesaria si yo no pudiera proporcionar la información.
- Permitir que toda la información que proporcioné al HSD sea cotejada por computadora con otras agencias federales, estatales y locales.

El HSD usará la información que proporcioné para decidir sobre mi elegibilidad, por lo tanto, la información debe ser lo más correcta posible.

 Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales y he proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD.

RESPONSABILIDAD DE INFORMAR CAMBIOS - La información que proporcioné durante el proceso de solicitud se utiliza para determinar la elegibilidad. Es mi responsabilidad informar todo cambio dentro de diez (10) días de la fecha de producido o según se requiera. Esto incluye cambios de domicilio, ingresos, recursos, seguro de salud y personas que viven conmigo.

ASIGNACIÓN DE DERECHOS DE PAGO - Entiendo que al solicitar y recibir Medicaid, automáticamente le concedo al HSD todo derecho de ayuda médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero. Entiendo que debo cooperar con el HSD para establecer la patemidad, según corresponda, y obtener la ayuda médica y los pagos para cualquier solicitante/beneficiario que sea menor de edad. Entiendo que debo cooperar con el HSD para identificar y proporcionar la información para ayudar a que el HSD encuentre a los terceros que son responsables de pagar la atención y los servicios. Entiendo que si no coopero con el HSD, podría no ser elegible para Medicaid o podría perder mi elegibilidad para Medicaid, a menos que yo demuestre una "causa justa" para no cooperar.

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) para 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.

DIVULGACIÓN DE INFORMACIÓN MÉDICA - Al firmar esta solicitud, autorizo al HSD a examinar los registros médicos necesarios para tomar decisiones en cuando a la elegibilidad y/o pagos de beneficios.

SOLICITANTE: Guarde esta hoja para sus registros.

Medicaid para el cáncer de mama y cuello del útero Instrucciones para la solicitud inicial

- Lea atentamente sus Derechos y Responsabilidades antes de completar la solicitud. Conserve las páginas de Derechos y Responsabilidades.
- 2. Llene la solicitud, firmela y póngale la fecha. Si tiene preguntas, comuniquese con el gerente de caso del Departamento de Salud Ilamando al (505) 841-5896.
- 3. El FORMULARIO DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE MEDICAID PARA CÁNCER DE MAMA Y CUELLO DEL ÚTERO (sección de arriba) debe ser completado por el proveedor que realiza la evaluación o el diagnóstico. Pídale al <u>proveedor</u> que escriba su diagnóstico y lo firme abajo.
- 4. Envie la solicitud por fax o correo según se indica abajo. Adjunte una copia del Formulario de Derivación al Programa de Medicaid para Cáncer de Mama y Cuello del Útero (BCC), su informe de biopsia patológica y el Formulario de Consentimiento Anual del Programa BCC con el tamaño y el ingreso bruto mensual o anual de su grupo familiar. Copia de su tarjeta de identificación, como ser su licencia de maneiar.
- 5. Envíe la solicitud y documentación por fax o correo a:

Correo postal:

ATTN: DOH BCC Case Manager 5301 Central NE (Suite 800) Albuquerque, NM 87108

Fax:

ATTN: DOH BCC Case Manager (505)-222-8602

Medicaid para el cáncer de mama y cuello del útero Instrucciones para la solicitud de recertificación anual

- Lea atentamente sus Derechos y Responsabilidades antes de completar la solicitud. Conserve las páginas de Derechos y Responsabilidades.
- 2. Llene la solicitud, firmela y póngale la fecha. Si tiene preguntas, comuníquese con el gerente de caso del Departamento de Salud llamando al (505) 841-5896.
- 3. El FORMULARIÓ DE DERIVACIÓN AL PROGRAMA DE MEDICAID PARA CÁNCER DE MAMA Y CUELLO DEL ÚTERO (sección de arriba) debe ser completado por el proveedor que realiza la evaluación o el diagnóstico. Pídale al <u>proveedor</u> que escriba su tratamiento actual de BCC bajo "Diagnóstico: Situación médica o de medicación actual" y haga que lo firme.
- 4. El tratamiento podría incluir la necesidad de medicamentos para terapia hormonal, reconstrucción del seno, evaluación para más tratamiento, o tratamiento de complicaciones debido a tratamiento de cáncer de mama o cuello del útero, etc.
- 5. Complete el Formulario de Recertificación Anual de Elegibilidad para BBC para asegurarse de que su ingreso y tamaño de grupo familiar cumplan con los límites del programa. No olvide firmar este formulario.
- 6. Envíe la solicitud y el Formulario de Consentimiento por fax o correo a:

Correo postal: ATTN: DOH BCC Case Manager 5301 Central NE (Suite 800) Albuquerque, NM 87108

Fay:

ATTN: DOH BCC Case Manager (505)-222-8602

Solicitud de Medicaid para el cáncer de mama y cuello del útero (BCC)

INFORMACIÓN DEL CLIENTE NOMBRE DEL CLIENTE - Apellido, Pi		Número de teléfono del hogar/para mensajes			
Dirección física	·	Número de teléfono laboral			
Ciudad		Códi	go postal		
Dirección postal — (si difiere de la direc	ción residencial)			and the second s	
Ciudad	E	stado		Códi	go postal
Si respondió que sí, escriba el o los nomb	□ Sí □ No pres y la(s) fecha(s) e 2.	en que lo(s) utilizó 3.		maa ah a	The second s
Nombre Género Fech (Primero y apellido) M/F nacim	iento S/N	Raza (Opcional) 1-5 Ver a continuación)	Afiliación tribal	Número de Segu Social N.º Seguro Social (ciudadanía 1 a 20
Raza: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija entre los números a continuación el que mejor describa su raza y escriba los números más arriba.					entre los números a continuación el que pa los números más arriba.
1 – Indígena americano o nativo de Alaska	1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal		Residente legal ooral (LTR)	4 – Asilado solicitante de asilo
2 – Asiático 3 - Negro o afroamericano	5 – Refugiado 9 – Cónyuge, hijo, hermano, padre o madre	6 –Inmigrante cubano/haitiano 10 – No inmigran de trabajo o de estudiante, ciudar de Micronesia, isl	acep te: visa danos 11 –	nnigrante condicional stado antes de 1980 Solicitante o eficiario de estado	8 – Cónyuge o hijo golpeado12 –Partida obligatoria diferida
	víctima de tráfico 13 –Estado de acción diferido	Marshall y Palau 14 –Solicitante o beneficiario de re de deportación o remoción	prote tención 15 –	egido temporal Solicitante de estado amigrante especial	16 – Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada
4 - Nativo de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico	17. Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD)	o 18- Orden de sup con EAD	cand ervisión depo	iolicitante de relación de remoción de ortación con una rización de empleo	20.Otro/No está seguro
5 - Blanco					

Para los miembros de la familia que solicitan beneficios y no son ciudadanos, proporcione la información que aparece en los documentos inmigratorios. Esto se usará para ver quién puede obtener beneficios. Si no conoce la información que sigue, muestre su documento de inmigración a la ISD. Número de Tipo de identificación o número ¿Vive en EE. UU. ¿Esta persona es cónyuge o padre/madre de un veterano o Nombre documento de de extranjero (A desde 1996? de un miembro activo del ejército de los EE. UU.? Number) en el inmigración documento OSÍ ONO USÍ UNO * Proporcione una copia de ambos lados de sus documentos de inmigración. NECESIDADES MÉDICAS ¿Ha recibido servicios médicos en los últimos tres (3) meses que no han sido pagados? ☐ No ☐ Sí Si respondió sí, ¿mencione cuáles fueron esos meses? Además de Medicaid, tiene cobertura de seguro de salud ☐ Sí ☐ No Si respondió SÍ, qué tipo: ☐ Médica Hospitalaria Oncológica ☐ Otro ¿Ha agotado sus beneficios vitalicios bajo su plan o cobertura? ☐ Sí ☐ No ¿Se encuentra en un período de exclusión debido a una condición □ Sí ☐ No preexistente? ☐ Sí ☐ No ¿Cubre su seguro de salud el tratamiento para el cáncer? ¿Ha cancelado recientemente un seguro de salud? □ Sí ☐ No (Si respondió SÍ a alguna de las preguntas anteriores proporcione prueba de su compañía de seguros) 9. Organización de Administración de Servicios de Salud (MCO) (Esta sección se aplicará ÚNICAMENTE si se determina que usted es elegible para Medicaid.) Si es elegible para Medicaid, los servicios le serán prestados por una de las cuatro MCO que se indican a continuación. 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 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 integrante de los pueblos originarios de Estados Unidos, no es necesario que elija una MCO. Si decide no elegir una MCO, será inscrito automáticamente en el sistema Pago por Servicio de Medicaid (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 información de indígena americano o nativo de Alaska después de esta sección) ¿Desea inscribirse en una Organización de Administración de Servicios de Salud? 🗖 Sí 🗖 No (De ser sí, elija una MCO a continuación) □ Blue Cross Community Centennial ☐ Presbyterian Health Plan (866) 689-1523 www.bcbsnm.com/community -centennial (888) 977-2333 www.phs.org Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO. en esta MCO. 0 Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se seleccionen Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar aguí deben inscribirse en esta MCO: que se seleccionen aquí deben inscribirse en esta MCO: ☐ Western Sky Community Care - Disponible a partir del 1ro de enero 2019 (844) 543-8996 www.westernskycommunitycare.com

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi desec beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar o	en esta MCO.	
Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupaquí deben inscribirse en esta MCO:	oo familiar que se seleccionen	
SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE DE REGISTRO NACIONAL DE VOTANTES le ofrec de solicitud para el registro de votantes, le ayudar privado. IMPORTANTE: Solicitar registrarse o nega	CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIE ce la oportunidad de registrarse para remos. La decisión de solicitar o a arse a registrarse para votar NO AFI	strarse para votar ahora? Marque una opción: ☐ Sí ☐ No DO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. La LEY votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario ceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud er ECTARÁ el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.
Firma:	Fecha	r.
INTERFERIDO en su derecho de registrarse o nega	irse a registrarse para votar, en su d) 03
FORMULARIO DE DERIVACIÓN A	AL PROGRAMA DE MEDICAID	PARA CÁNCER DE MAMA Y CUELLO DEL ÚTERO
Nombre del cliente	aran dan kecaman dari kada dan dan dan dan dan dan dan dan dan	ero de Seguro Social
Proveedor que realiza el examen	Fech	a del examen de BCC
Proveedor que realiza el diagnóstico (si difiere	e el proveedor que realiza el exa	men)
Diagnóstico: Por motivos de recertificación, complete lo	siguiente:	□ Mama □ Cuello del útero
Condición médica actual de cáncer:		
Condición médica actual de cáncer:	uuraannee van vas arranna van van van van van van van van van	
		I para evaluación de BCC y se ha determinado que necesita oveedor contratado del Departamento de Salud de Nuevo
MD, DO, CNP, NP, PA Nombre (escribir en	letra de molde)	
Firma del anterior	Fecha	Número de teléfono
where the contract of the con	aktoristinis en kortasi Mastorio kasi protes aktorio en astorio — as nasadio rikokalamentaki siste ya ku ku as Antasianismo sunasanismosta - mistani aktorio supamentaki astorio ku astorio en antasiani susani ku astorio k	ормания и протива на проприя постоя в постоя на принципа и постоя и принципа и постоя на принципа и постоя на постоя на принципа и постоя на посто
DETERMINACIÓN	DE ETECHNICION COMPANY CONTRACTOR	AMENTE PARA USO DE LA ISD
		Fecha en que se envió a la ISD Fecha en que se envió al Agente fiscal
anderstruggen i sezultet (valen hander) (sabon, mañ 44 och desaka ble (van vere) i foret i die kastere ei in fakter fertoutten er	и, место на неистом, удруги прети на селени на пред пред стор на стор на пред пред пред пред пред пред пред пр	reaction, and a contraction of the second contraction of the contracti
Se ha determinado para (nombre del solicitante		
Elegibilidad aprobada 🔲 Rec	ertificación aprobada 🛚	
Fecha de vigencia de la elegibilidad		aluación verificada
Elegibilidad denegada	Recertificación denegada C	

Motivo de la denegación:		La persona no ha cur	mplido con los requis	tos de e	valuación	de NMBCCEDP.	et et trouden trouge et en effektion fan et en feldere brokke state en de ste felde en de state en de ste feld
•		La persona no proporcionó la información necesaria para determinar su elegibilidad					
		La persona tiene cobertura de seguro.					
U STEENOORGENINGEN TO NOOME DANS SEELS OF THE STORES SEEDING THIS SHOULD SEEL SEELS (SEELS SEELS SEELS SEELS S	ON THE BEST SECTION	La persona no cumpl		le BCC (de Medica	id. Motivo:	างสามแล้วแห่งแล้วแล้วและการสามเคราะ เพราะ และการสสสสร้าง และสามารถสา
Firma del funcionario de determinación de DOH		Número de teléfono	Número de determinador	Fec	ha	Nombre en letra de mold funcionario de determina	

	rmula	rio de <u>Recertificació</u> r	n Anual de Elegibili	ad para	Cáncer c	le Mama y Cuello del Útero	ang sampangan sepangan sampangan at mengan Sepangan sepangan sampangan sepangan sepang
Nombre (en letra de molde)			e a company access of the contract of the cont	a de nac			A CONTRACTOR OF THE PROPERTY O
						d debe seguir cumpliendo co	
	a de D	latacción Tamprana de	_ ^ {				
manuscriptor and all OCOO/ Hall				Cuello d	el Útero de	Nuevo México (NMBCCEDF	^o) de
permanecer en el 250% del				Cuello d	el Útero do	e Nuevo México (NMBCCEDF	^D) de
permanecer en el 250% del			por debajo.			Nuevo México (NMBCCEDF	P) de
	Nivel	Federal de Pobreza o	por debajo. Elegibilidad			Nuevo México (NMBCCEDE	P) de
Tamaño del grupo familiar (i	Nivel	Federal de Pobreza o	por debajo. Elegibilidad ientes):	de ingre	SO A SECURE AND A		P) de
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual:	Nivel ncluy	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend	por debajo. <u>Elegibilidad</u> ientes): O E	de ingre	so eso bruto		
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su	Nivel ncluy	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend	por debajo. <u>Elegibilidad</u> ientes): O E	de ingre	so eso bruto		
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896.	Nivel incluy	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo	Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ	de ingre IEN ingr sitos, lla	eso bruto me al Ger		
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896. Además de Medicaid, ¿ha a	Nivel incluy	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo	Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ	de ingre IEN ingr sitos, lla	eso bruto me al Ger		
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896.	Nivel incluy ingres	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo do seguro de salud en	Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ	de ingre	eso bruto me al Ger		
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896. Además de Medicaid, ¿ha a año?	ncluy ingres dquiri	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo do seguro de salud en en el último año?	por debajo. Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ el último	de ingre IEN ingr sitos, lla	eso bruto me al Ger No	ente de Caso del Departame	
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896. Además de Medicaid, ¿ha a año? ¿Ha sido elegible para Medi	ncluy ingres dquiri care c	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo do seguro de salud en en el último año? ue su ingreso y tamaño	por debajo. Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ el último	de ingre IEN ingr sitos, lla	eso bruto me al Ger No	ente de Caso del Departame	
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896. Además de Medicaid, ¿ha a año? ¿Ha sido elegible para Medi Al firmar a continuación, afir Firma del participante/repres	ncluy ingres dquiri care e ma qu	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo do seguro de salud en en el último año? ue su ingreso y tamaño nte autorizado	por debajo. Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ ei úitimo	de ingre IEN ingr sitos, lla ii n verdad a	eso bruto me al Ger No	ente de Caso del Departame	
Tamaño del grupo familiar (i Ingreso bruto anual: Si tiene preguntas sobre su BCC al (505) 841-5896. Además de Medicaid, ¿ha a año? ¿Ha sido elegible para Medi Al firmar a continuación, afir	ncluy ingres dquiri care e ma qu	Federal de Pobreza o a al cónyuge y depend so o tamaño del grupo do seguro de salud en en el último año? ue su ingreso y tamaño nte autorizado	por debajo. Elegibilidad ientes): O E familiar, u otros requ el úitimo	de ingre IEN ingr sitos, lla ii n verdad a	eso bruto me al Ger No	ente de Caso del Departame	

Aviso de Derechos



Información de Necesidades Especiales Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número (505) 827-6201, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al (800) 659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA"), sus agencias, funcionarios y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, convicciones políticas, o ejercer represalias o castigos por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (es decir, Braille, impresión en letra grande, cintas de audio, idioma de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa pude estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el <u>USDA Program Discrimination Complaint Form</u>, (AD-3027) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA) que puede encontrar en el internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe al USDA su formulario completo o carta por uno de los siguientes medios:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture	(2) fax: (202) 690-7442 ; o
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights	(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov
1400 Independence Avenue, SW Washington,	
D.C. 20250-9410	Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.
	(Revisado 10/14/15)

Para presentar una queja a través de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: NM Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa Fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

Confidencialidad

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales. Toda información podrá ser utilizada para determinar eligibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14) Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley. Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, esto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones. Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estado Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la eligibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Eligibilidad (IEVS por sus siglas en inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la eligibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.