



HUMAN SERVICES  
DEPARTMENT

Susana Martinez, Governor  
Brent Earnest, Secretary  
Marilyn Martinez, Director

---

## Manual Revision Memorandum

---

ISD-MR 15-23

**TO:** ISD Employees  
**FROM:** Marilyn Martinez, Director, Income Support Division  
**DATE:** December 30, 2015  
**RE:** Forms Manual Revision for FSP 200 Able Bodied Adult Time Limit Exemption Request / FSPSP 200

Forms FSP 200 / FSPSP 200 "Able Bodied Adult Time Limit Exemption Request" have been created to allow an individual the opportunity to request an exemption from the ABAWD 3 month time limit.

**Instruction:**

New- FSP 200 Able Bodied Adult Time Limit Form  
FSPSP 200 Solicitud de Exención Límite de Tiempo para Adultos Sanos

These forms have been posted to the forms drive: \\disfasv025\ISDForms

If you have questions regarding this MR, please contact Marisa Vigil at (505) 827-1326 or by e-mail at [Marisa.Vigil@state.nm.us](mailto:Marisa.Vigil@state.nm.us).

Attachments: FSP 200 Able Bodied Adult Time Limit Form  
FSPSP 200 Solicitud de Exención Límite de Tiempo para Adultos Sanos

## Able Bodied Adult Time Limit Exemption Request

First	M.I.	Last Name	Case Number
-------	------	-----------	-------------

Address:

SNAP rules say that you are limited to 3 months of SNAP benefits unless you work, volunteer, or participate in certain employment and training programs or work a minimum of 20 hours a week pursuant to 7 CFR 273.24. This rule does not apply to all clients. Use this form to tell us about your situation so we can determine if you are exempt from the time limit rule. Give the completed form and any verification to Income Support Division or New Mexico Works (NMW). If you have questions or need help, call at (800) 283-4465.

### Let us know if you meet the following:

- I am under 18 or 50 years of age or older.
- I am employed or self-employed person working a minimum of 30 hours weekly or earning weekly wages at least equal to the \$7.25 multiplied by 30 hours.
- I am physically or mentally unfit to work up to 20 hours per week, including being homeless, including those living in a homeless shelter or those living on the streets. If the unfitness is not obvious, complete FSP300 SNAP Medical Exemption Form or a letter from a medical or mental health provider stating you are unfit to work up to 20 hours per week.
- I am in a substance abuse treatment program. Name of the program: \_\_\_\_\_  
You need to give us a completed FSP300 SNAP Medical Exemption or a document that shows your participation in the treatment program.
- I live with a child under age 18 in the SNAP household. (This can be your own child or sibling, or the child of another family you live with.)
- I am pregnant (any stage of pregnancy). Your due date (if known): \_\_\_\_\_
- I am caring for a person with a disability. (The person does not need to live with you)  
Name of the person you are caring for: \_\_\_\_\_. You need to give us a completed SNAP Medical Exemption FSP300 form or medical documentation showing their need for care.
- I go to school at least half-time.
- I am receiving or have applied for Unemployment benefits.
- I am receiving temporary or permanent disability benefits issued by governmental or private agency.

## 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 1-505-827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-8331 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](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) 622-9992.

Submit your completed form or letter to USDA by:

- (1) mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, S.W.  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442;
- (3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

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. Non-citizen 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.

Rescinded 03/07/2016

## Solicitud de Exención Límite de Tiempo para Adultos Sanos

Nombre	Inicial	Apellido	Número de Caso
Dirección			
<p>Las reglas de SNAP dicen que usted está limitado a 3 meses de los beneficios de SNAP a menos que trabaje, sea un voluntario, que participe en cierto empleo o programa de entrenamiento. Estas reglas no se aplican a todos los participantes. Utilice este formulario para informarnos sobre su situación para que podamos determinar si usted está exento de la regla de tiempo límite. Entregue el formulario completo y una verificación al Income Support Division o a New Mexico Trabajos (NMW). Si usted tiene alguna pregunta o necesita ayuda, por favor llame al (800) 283-4465.</p>			

### Háganos saber si cumple con los siguientes:

- Soy menor de 18 o 50 años de edad o más.
- Soy un empleado o trabajo por cuenta propia un mínimo de 30 horas semanales o ganando un salario semanalmente de por lo menos o igual al \$7.25 multiplicado por 30 horas.
- Estoy física o mentalmente incapacitado para trabajar arriba de 20 horas por semana. (Sin hogar, viviendo en un albergue). Si la incapacidad no es obvia complete la solicitud SNAP Exención médica FSP300. Reporte el formulario o la carta de un proveedor de salud médica o mental que indique que no es capaz de trabajar arriba de 20 horas por semana.
- Estoy en un programa de tratamiento de abuso de sustancias. Nombre del programa: \_\_\_\_\_ Es necesario que nos dé una solicitud SNAP exención médica FSP300 completa o un documento que muestre su participación en el programa de tratamiento.
- Vivo con niños menores de 18 años en el hogar que recibe SNAP. (Estos pueden ser sus propios hijos o sus hermanos o los hijos de otro familiar que vive con usted.)
- Estoy embarazada (cualquier etapa del embarazo). Su fecha de parto(si la conoce) : \_\_\_\_\_
- Estoy cuidando a una persona con una discapacidad. (La persona no necesita estar viviendo con usted) Nombre de la persona que está cuidando \_\_\_\_\_. Es necesario que nos dé una solicitud SNAP exención médica FSP300 completa o documentación médica mostrando su necesidad de cuidado.
- Yo voy a la escuela por lo menos medio tiempo.
- Estoy recibiendo o eh solicitado beneficios por desempleo
- Estoy recibiendo beneficios por discapacidad temporal o permanente emitidas por la agencia gubernamental o privada.

## 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 Estadounidense con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número 1-505-827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al 800-655-8331 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 castigo 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 puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form, (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](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  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado 10/14/15)

**Para presentar una denuncia de discriminación** referente a un programa que reciba asistencia financiera federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (U.S. Department of Health and Human Services, HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY). El USDA y el HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades. (Revisado 07/15/14)

**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 elegibilidad 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 haberse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estados 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 elegibilidad 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 Elegibilidad (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 elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.

Rescindida 03/01/2016