

Manual Revision Memorandum

ISD-MR 14-12

TO: ISD Employees
FROM:  Marilyn Martinez, Acting Director, Income Support Division
RE: Refugee Cash Assistance Forms
DATE: September 2, 2014

The Refugees Receiving Cash Assistance Information Referral form (ISD205) has been revised and replaced with form RFG203. The RCA Electronic Communication Exchange form and instructions (RFG204 and RFG205 respectively) and Refugee Cash Assistance Program Requirements forms, in English and Spanish (forms RFG206 and RFGSP206) have been created. The purpose of the replacement form and implementation of new forms is to create Refugee Cash Assistance (RCA) program requirement and communication forms and to maintain consistency in refugee program form numbers, so that they may be easily identified.

Form RFG203 must be sent to the current contracted Refugee Social Service (RSS) provider when a refugee applies for or is approved to receive RCA.

Form RFG204 RCA Electronic Communication Exchange form and RFG205 Instructions for the Use of Form RCA Electronic Communication Exchange form have been created to enable the transfer of information between the contracted Refugee Social Services provider and ISD. This form is to be used to communicate compliance and noncompliance issues for RCA recipients. A copy of this form shall be scanned into the Electronic Case File (ECF).

Form RFG206 and RFGSP-206 Refugee Cash Assistance Program Requirements form has been created to inform customers of their responsibilities while receiving RCA. A copy of the completed form shall be scanned into the ECF and provided to the recipient/applicant at initial interview. This form must be reviewed and signed by the RCA applicant/recipient.

Instructions:

1. Remove all previous from inventory:

ISD203e Refugees Receiving Refugee Cash Assistance (RCA) Information Referral (1/21/2014)

2. Replace with revised form:

RFG203 Refugees Receiving Refugee Cash Assistance (RCA) Information Referral (6/30/2014)

These forms have been posted to the forms drive:\[disfasv025\ISDForms](#)

If you have questions regarding this MR, please contact Kresta Opperman at (505)827-7213 or by e-mail at Kresta.Opperman@state.nm.us .



INCOME SUPPORT DIVISION

**REFUGEES RECEIVING REFUGEE CASH ASSISTANCE (RCA)
INFORMATION REFERRAL
TO VOLUNTARY RESETTLEMENT AGENCY**

It is the responsibility of the Human Services Department (HSD)/Income Support Division (ISD) to inform the Voluntary Resettlement Agency (VOLAG) of any refugee who applies for or is approved to receive RCA under the Code of Federal Regulations [400.68(a)]. The VOLAG is responsible for monitoring the client's compliance with employment services requirements and informing HSD/ISD of individuals who are not in compliance with these requirements and may be subject to sanctions

ISD completes the following information for all refugees who have applied or been approved for RCA and mails this form to the local VOLAG.

CASE IDENTIFICATION

County	Case Name	Case Number	Telephone Number

CASE DATA

Date: _____

Approval Date: _____

Application Date: _____

Address: _____

BUDGET GROUP MEMBERS

Name	Date of Birth	Client Identification or Social Security Number	Date of Entry

ISD Caseworker Signature

Telephone Number

RCA Electronic Communication Exchange

RSS Participant Name		Case Number		Response Due Date or <input type="checkbox"/> Info Only	
Initiated by: <input type="checkbox"/> ISD <input type="checkbox"/> RSS Provider <input type="checkbox"/> Other					
Agency Name:					
▼ INITIATOR ▼			▼ RESPONDENT ▼		
Name		Date	Name		Date
E-Mail Address		Phone Number	E-Mail Address		Phone Number
Attachments Other -			Attachments Other -		
1. General Information					
<input type="checkbox"/> Select Other -			Response:		
Narrative:					
2. Support Services Needed					
<input type="checkbox"/> Select Other -			Response:		
Narrative:					
4. Work Activity Sanctions/Disqualifications					
<input type="checkbox"/> Select			Response:		
Narrative:					

DISTRIBUTION - Copy - Initiator Copy - Respondent

INSTRUCTIONS FOR THE USE OF FORM

RCA Electronic Communication Exchange Form

PURPOSE

The Refugee Cash Assistance (RCA) Electronic Communication Exchange form, _____, is initiated by either the Refugee Social Services (RSS) Program Service Provider or by ISD.

The _____ is an electronic form to be used to communicate between agencies who are responsible for working with participants in the RCA Program and who are required to participate in RSS services.

PROCEDURES

The initiator submits the form to the appropriate respondent. Transmission of the form can be done either electronically or via hard copy. However, if transmission is completed electronically, a hard copy must be retained in the case record of the participant.

INSTRUCTIONS

The initiator completes the information at the top of the form including participant name, case number, response due date or indication that the info, worker name and phone number.

If attachments are to be included, they should be indicated by electing from the items listed on the drop down menus.

In each of the four sections of the _____, appropriate selections can be made from the drop down menus. Space is included to further narrate. When sending information to respondents who do not have access to ASPEN, it may be appropriate to add the client address and phone number if that information will be needed to provide services.

A response may be entered on the original document if appropriate and returned to the initiator.

DISTRIBUTION

Copy –Initiator

Copy -Respondent

FORM RETENTION

The _____ is retained in the case record for four (4) years.

Refugee Cash Assistance Program Requirements

County

Participant Name	Case Number	Participant Phone Number
HSD Worker Name	HSD Phone Number	Date

The Refugee Cash Assistance Program: With few exceptions, adults receiving cash assistance must work or participate in approved work activities. This is called the Refugee Social Services (RSS) program.

A. DO I HAVE TO WORK?

When you are work ready, working is best for you and your family. However, you may also participate in other approved Work Activities:

- | | | | |
|-----------------------------|----------------------------|--|-------------------------|
| ▪ Employment | ▪ Sponsored Employment | ▪ On-the-Job-Training | ▪ Work Experience |
| ▪ Community Service | ▪ Job Search/Readiness | ▪ Vocational Training/Education | ▪ Job Training for Work |
| ▪ Job Skills for Employment | ▪ Education for Employment | ▪ Child Care for other TANF Participants in Community Services | |

B. HOW SOON MUST I BEGIN MY WORK ACTIVITIES?

The Human Services Department is referring you to a RSS Program Service Provider. No later than 15 days after approval of your cash assistance application, a case manager will meet with you to help you plan and start your required work activities.

You will develop your Career/Work Goals using an Individual Employability Plan (IEP). You will be required to comply with the terms of your IEP. Your case manager will also link you to support services to help you meet your goals. Your case manager will follow-up with you to help you meet your goals and work activities.

You must contact the RSS Program to schedule an appointment.

RSS Service Provider Name and Address	Phone Number	Write Your RSS Appointment Date Here
---------------------------------------	--------------	--------------------------------------

C. WHAT HAPPENS IF I DON'T PARTICIPATE IN MY WORK ACTIVITIES?

When you have not complied with your IEP requirements, you can your cash assistance. This is called a disqualification. The first time, your case manager will talk with you to try and correct the disqualification before it happens. A disqualification will terminate your benefits for following length of time:

- **First non-compliance = 3 months**
- **Second non-compliance = 6 months**

D. I UNDERSTAND - HSD has explained and I have read the items below. My signature shows that I understand and agree to the terms of NMW.

<input type="checkbox"/> I must participate in the RSS program <input type="checkbox"/> I know I must have an assessment and IEP within 15 days <input type="checkbox"/> I know how to contact the RSS service provider	<input type="checkbox"/> I learned about support services that will help me do my work activities <input type="checkbox"/> I can lose my cash assistance when I do not comply with RSS
Participant Signature	HSD Worker Signature: I have read and explained the program requirements and information, above to the Applicant/Recipient. <input type="checkbox"/> In Person <input type="checkbox"/> Via Telephone

E. WHAT KINDS OF SUPPORT SERVICES CAN I RECEIVE?

- Transportation
- Childcare
- Translation Services
- Case Management Services

Requerimientos del Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados

County

Nombre del Participante		Número de Caso		Número de Teléfono del Participante	
Nombre del Trabajador de HSD		Número de Teléfono HSD		Fecha	

El Programa De Asistencia en Efectivo Para Refugiados: Con algunas excepciones, los adultos que reciban asistencia económica deberán trabajar o participar en actividades de trabajo aprobadas. Esto se conoce como el programa de Refugee Social Services (RSS).

A. ¿TENGO QUE TRABAJAR?

Cuando usted esté listo para el trabajo, trabajar es lo mejor para usted y su familia. Sin embargo, usted también puede participar en otras actividades de trabajo aprobadas:

- | | | | |
|---|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Empleo ▪ Servicio Comunitario ▪ Habilidades de Trabajo para el Empleo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Patrocinador del Empleo ▪ Búsqueda de Empleo/Disposición ▪ Educación para el Trabajo | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Entrenamiento en el Empleo ▪ Educación/Entrenamiento Vocacional ▪ Cuidado de Niños para otros Participantes de TANF que están en Servicio Comunitario | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Experiencia de Trabajo ▪ Trabajo de Entrenamiento para el Empleo |
|---|--|---|---|

B. ¿CUANDO TENGO QUE EMPEZAR MIS ACTIVIDADES DE TRABAJO?

El Departamento de Servicio Humanos **le va referir a usted a un Proveedor de Servicio del Programa RSS.** No mas tardar de 15 días después de aprobada su solicitud de asistencia económica, un trabajador de casos, administrador de casos se reunirá con usted para ayudarle a planear y comenzar las actividades de trabajo requeridas.

Usted desarrollará sus metas de trabajo usando un **Plan de Empleabilidad Individual (IEP).** Se le requerirá para cumplir con los términos de su IEP. Su Especialista de Desarrollo de Carrera (CDS) también lo contactará con los servicios de apoyo que le ayudarán a alcanzar sus metas. Su administrador de casos se comunicará para ayudarle a usted a cumplir con sus metas y actividades de trabajo mensuales

Usted deberá contactar al programa RSS para programar una cita.

Nombre y Dirección del Proveedor de Servicio de RSS	Número de Teléfono	Escriba la fecha de su cita con RSS aquí
---	--------------------	--

C. ¿QUE PASA SI YO NO PARTICIPO EN MIS ACTIVIDADES DE TRABAJO?

Cuando no cumpla con los requerimientos de su IEP, sus beneficios en efectivo pueden verse afectados. Esto se conoce como descalificación. La primera vez, sus administrador de casos hablará con usted y tratará de corregir la descalificación antes de que pase. Una descalificación terminará sus beneficios por la siguiente longitud de tiempo:

- **Primer incumplimiento = 3 meses**
- **Segundo incumplimiento = 6 meses**

D. YO ENTIENDO- HSD me ha explicado y yo he leído el contenido debajo. Mi firma demuestra que entiendo y estoy de acuerdo con los términos de NMW.

<input type="checkbox"/> Yo debo de participar en el programa de RSS <input type="checkbox"/> Yo sé que debo tener una asignación, Plan de Empleabilidad Individual (IEP) dentro de 15 días. <input type="checkbox"/> Yo sé como contactar al proveedor de servicio de RSS	<input type="checkbox"/> Yo aprendí acerca de los servicios de apoyo que me ayudarán hacer mis actividades de trabajo. <input type="checkbox"/> Yo puedo perder toda o parte de mi asistencia en efectivo cuando no cumpla con RSS
--	---

Firma del Participante X	Firma del Trabajador de HSD: X He leído y explicado la información y los requisitos del programa indicado arriba al Solicitante/Recipiente. <input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por Teléfono
------------------------------------	--


E. ¿QUE TIPO DE SERVICIOS DE APOYO PUEDO RECIBIR?

- **Transportación**
- **Cuidado de Niños**
- **Servicios de Traducción**
- **Servicios de Manejo de Casos**

LISTA DE RECURSOS PARA SERVICIOS DE APOYO - Pregunte a su Especialista de Desarrollo de Carrera (CDS) acerca de los servicios específicos que usted necesita

Servicios de Apoyo		Información Importante de Contacto (no todas están incluidas)
<input type="checkbox"/>	Cuidado de Niños (Child Care)	1-800-832-1321 – CYFD
<input type="checkbox"/>	Servicio de Violencia Doméstica	1-800-799-7233 – Línea Directa
<input type="checkbox"/>	Servicios de Abuso de Sustancias	1-866-660-7185 – OptumHealth
<input type="checkbox"/>	Servicios de Salud Mental	1-866-660-7185 – OptumHealth
<input type="checkbox"/>	Programas de Comida	SNAP 1-800-432-6217; Alojamiento 1-800-648-7167; Educación de Nutrición 1-877-993-3637
<input type="checkbox"/>	Vivienda Pública	Llame a su Autoridad de Vivienda local o a la Agencia de Vivienda Pública Local
<input type="checkbox"/>	Impuestos	1-800-829-1040 – IRS
<input type="checkbox"/>	Gastos de Educación	www.studentaid.ed.gov - 1-800-433-3243 o pregunte a su Administrador de Casos
<input type="checkbox"/>	Asistencia de Energía	1-800-283-4465 – HSD LIHEAP
<input type="checkbox"/>	Climatización de Hogar	1-800-444-6880 – MFA
<input type="checkbox"/>	Prevención de Embarazo en Adolescentes	www.nmlpc.org – Programa de Padres Jóvenes Santa Fe (505) 428-1412, Albuquerque (505) 254-8737 or Las Cruces (575) 532-1536
<input type="checkbox"/>	Padres y/o Paternidad	1-877- 993-3637 NMSU Departamento de Economía; Prevención de Embarazo en Adolescentes(arriba); y www.nmgrads.org
<input type="checkbox"/>	Programas de Incapacidad/Rehabilitación	1-800-224-7005 – www.dvrgetsjobs.com
<input type="checkbox"/>	Ropa para el Trabajo	Pregunte a su CDS acerca de este y otros servicios en su comunidad
<input type="checkbox"/>	Transportación	Acceso al trabajo - 1-866-212-9643; Santa Fe (505) 988-RIDE; ABQ RIDE (505) 243-7433 Park & Ride - 866-551-7433; Railrunner - 866-795-7245; Southern NM 1-800-227-7665
<input type="checkbox"/>	Auto/Otros Gastos de Transportación	Pregunte a su CDS acerca de este y otros servicios en su comunidad

AVISO DE DERECHOS

Sus Derechos Civiles	<p>Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a la raza, el color, origen nacional, la edad, la incapacidad, y donde aplicable, el sexo, el estado civil, estatus familiar, estatus paternal, la religión, orientación sexual, información genética, las creencias políticas, la represalia, o porque todo o la parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de ayuda estatal, puede presentar una queja. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental–SNAP (anteriormente conocido como el programa de estampillas para comida) se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame 1-800-795-3272 o 202-720-6382 (TDD). Las quejas de discriminación sobre los programas de Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica se pueden presentar con la Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llame 1-800-368-1019 (voz) o 214-767-8940 (TDD). (09/02/09)</p>
Su Privacidad	<p>La información que usted da a HSD será utilizada para determinar si su casa tiene elegibilidad o continúa a tener elegibilidad para participar en los programas de HSD. Verificaremos esta información a través de programas de computadora. Esta información también será utilizada para asegurar de que usted sigue las reglas del programa y para ayudarnos a manejar el programa.</p> <p>Esta información puede ser dada a otras agencias Federales y del Estado para examen oficial, y a oficiales de la ley para el propósito de encontrar a personas que huyen pa evitar la ley.</p> <p>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 your household, the information on th 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.</p> <p>Si usted recibe beneficios de que usted no fue elegible y tiene que pagarlos, esto se llama un reclamo. Si su casa recibe un reclamo contra su casa, la información en esta aplicación, incluyendo todos los números del seguro social, pueden ser dados a agencias Federales y del Estado, así como agencias privadas de colección de reclamos, para la acción de colección de reclamos.</p> <p>Dar la información solicitada, incluyendo números del seguro social de cada miembro de la casa es voluntario. Sin embargo, no dar un número de seguro social tendrá como resultado la negación de beneficios del programa a cada individuo que no da un número del seguro social. Cualquier número de seguro social proporcionado será utilizado y será revelado en la misma manera que números de seguro social de miembros de la casa que son elegibles. Dentro de diez (10) días de la fecha del cambio o como de otro manera sea necesaria.</p> <p>Nosotros también verificamos con otras agencias, el Servicio de Verificación de Elegibilidad e Ingresos Federales (IEVS) y el Sistema de Información Reportada de Asistencia Pública (PARIS) acerca de la información que usted nos da. Esta información puede afectar su elegibilidad de la casa y cantidad de beneficio. (10/23/2009)</p>
	<p>Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del Departamento de Servicios-Humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo Méjico TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)</p>