HUMAN SERVICES
DEPARTMENT
Susana Martinez, Governor
Brent Earnest, Secretary
Marilyn Martinez, Director

Manual Revision Memorandum

ISD-MR 15-11

TO: **ISD Employees**

FROM: **Marilyn Martinez, Director, Income Support Division**

RE: **Forms Manual Revision for LHP 602 & LHPSP 602**

DATE: **09/25/2015**

This MR is being sent for LIHEAP forms LHP 602 and LHPSP 602 that have been modified to include the new applicant questions necessary to obtain primary and if needed secondary heating source account information. The account information will be used to obtain annual energy data consumption from the vendor. The data obtained from the vendors will be utilized to meet the LIHEAP Performance Measures.

Use of the revised forms will be in effect immediately.

Instruction:

Replace all previous versions of the forms listed below. All previous versions of the form listed in this MR must be removed from any current stock.

Delete- LHP 602, "LIHEAP Application" Revised 12/08/2009
LHPSP 602, "Aplicación Para Asistencia LIHEAP" Revised 12/10/2009
LHP 602, "LIHEAP Application" Revised 9/11/2015
LHPSP 602, "Aplicación Para Asistencia LIHEAP" Revised 9/11/2015

Replace- LHP 602, "LIHEAP Application" Revised 9/25/2015
LHPSP 602, "Aplicación Para Asistencia LIHEAP" Revised 9/25/2015

These forms have been posted to the forms drive (:\\DITSFASV025\ISDForms)

If you have any questions please contact Vivian Ulibarri at 505-827-7258 or VivianD.Ulibarri@state.nm.us.

New Mexico Human Services Department - Income Support Division

HUMAN SERVICES DEPARTMENT

LIHEAP Application

Low Income Home Energy Assistance Program

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

THIS APPLICATION MAY ONLY BE USED FOR THE LIHEAP PROGRAM

Answer all the questions on the form. You must sign and date the last page of the Application in order for it to be valid. If you would like to receive another type of help that you do not already get, please contact your caseworker and ask for an HSD-100 or HSDSP-100 application form.

▼ APPLICANT Section ▼

1. Address

Write in your current physical and mailing address

Home Address – Physical Address	City	State	Zip Code	Telephone Contact #
				( )
Mailing Address if Different from home address	**City**	**State**	**Zip Code**	

2. You and People Who Live with You

A. List names and information <u>for yourself and all</u> the people who live with you. You only have to give a Social Security Number and give citizen information for the persons who are applying for or receiving assistance.

Name (First and Last)	Social Security #	Sex M = Male F- Female	Date of Birth	Age	Race	Citizenship US = United States I = Immigrant	Disabled?
(You)							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No
							☐ Yes ☐ No

B. Do you get SNAP, Medicaid, or Cash Assistance like TANF, GA, or SSI? ☐ Yes ☐ No

C. If you are Native American, do you live on your Reservation? ☐ Yes ☐ No **If Yes, which one?** _____

3. Income

A. Checkmark all sources of income including benefits for all household members and <u>attach proof of the income for the last 30 days.</u>

☐ Employment	☐ Cash Assistance	☐ Social Security	☐ Workers Compensation
☐ Unemployment	☐ Dividends	☐ Veterans	☐ Child Support
☐ Retirement	☐ Military	☐ Tribal monies	☐ Other _____

B. List all the income information for each household member:

Person with Income	Income from?	$ Amount Before Taxes	How Often? Weekly, Biweekly, Monthly, Semi Monthly
		$	
		$	
		$	
		$	

4. Home Heating or Cooling

A. Which best describes your home costs?

☐ Public Housing – $0 rent	☐ Public Housing – I pay rent	☐ Renting –Not Public Housing	☐ Home Owner
☐ Living with Others – $0 rent	☐ Living with Others – I pay rent	☐ Other _____	

B. Do you need LIHEAP for: ☐ Heating or ☐ Cooling

C. Please choose one heating or cooling energy bill that you want help with.

☐ Propane/Butane ☐ Natural Gas ☐ Wood
☐ Electric ☐ Coal ☐ Other _____

D. Do you have an energy emergency? ☐ **Yes** ☐ **No**

If Yes, check any of the items listed below that apply to you today.

☐ Non-working furnace/boiler/heat system
☐ Out of fuel (propane, wood, pellets, coal, oil)
☐ Less than 10% fuel remaining (propane, wood, pellets, coal, oil)
☐ Need utility/fuel deposit
☐ Disconnected- your fuel supplier has ALREADY turned off your service
☐ Disconnection Notice- your fuel supplier has NOT turned off your services, but is warning you they will if not acted upon.

E. Is the energy emergency life threatening? ☐ **Yes** ☐ **No**

F. Do you receive subsidized assistance for this energy bill? ☐ **Yes** ☐ **No**

G. Is this energy bill included in your rent payment? ☐ **Yes** ☐ **No**

H. What is the name of the energy company, fuel provider or landlord that you pay? _____

I. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

J. What is the Account Number? _____

K. How much was your highest monthly bill in the last 12 months? $_____

****Please provide a copy of your bill or receipts for fuel.** *If eligible, HSD will send your payment to your heating **or** cooling fuel provider unless they do not accept LIHEAP payments.*

5. Home Energy Usage *Must complete to receive LIHEAP

A. Which best describes your primary heat source? This is the fuel used to operate the main heating appliances for the dwelling. Choose one:

☐ Same as above in Section 4 (Skip Sections 5E-5H) ☐ Natural Gas ☐ Wood ☐ Electric ☐Propane/Butane
☐ Coal ☐ Other _____

B. If you do not have any other energy usage than what you are requesting LIHEAP assistance with check this box. ☐

Explain why: ☐**Homeless** ☐**Rural Area** ☐**No Utilities available** ☐**Other**_____

C. Is this a meter shared with another dwelling unit? ☐ **Yes** ☐ **No**

D. Is there a business use on this account? ☐ **Yes** ☐ **No**

E. What is the name of the energy company, fuel provider or landlord that you pay? _____

F. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

G. What is the Account Number? _____

H. What is your annual fuel cost? $_____

6. Electric Information

A. Do you have an electric account? ☐ **Yes** ☐ **No**

If your heating source in section 5 is Electric or you selected 'NO" above, DO NOT complete the section below:

B. Is this a meter shared with another dwelling unit? ☐ **Yes** ☐ **No**

C. Is there a business use on this account? ☐ **Yes** ☐ **No**

D. What is the name of the energy company, fuel provider or landlord that you pay? _____

E. If this energy bill is not in your name, what is the customer's name on the account? _____

F. **What is the Account Number?** _____

G. **What is your annual fuel cost?** $_____

7. Telephone Assistance

If you are eligible for LIHEAP you may also be eligible for a telephone discount from one telephone company. Not all telephone companies offer this discount. Please contact your telephone company for more details.

8. Your Signature

You must sign this form to make this application valid. Your application will not be processed unless signed

- I have given HSD true, correct and complete information
- I understand that making false statements or hiding information could mean state and federal penalties and denial of assistance
- I will give proof of things I report to HSD. If I cannot get proof, I know that I can ask HSD to help me and I will let HSD contact other people, and companies to get proof
- I will let HSD give limited information to approved agencies which provide other energy/weatherization help for which I may be eligible
- I will let HSD give limited information to my heating, cooling, and telephone service providers in order to provide federal and state benefits
- I understand that if I receive benefits I am not eligible for, that I may have to pay HSD back for those benefits
- I know that HSD will check the information that I give. HSD may use computers to check the information on this form
- I understand that by providing the account numbers for my household energy supplier(s) I am authorizing the energy provider(s) to provide details about the account and energy use to HSD for the purpose of eligibility and determination of this and future application, benefit determination, and program evaluation and analysis
- I understand that by providing application information I am authorizing HSD and its authorized agents to share and report the data provided against federal, state, county, energy provider, employer and landlord databases or records
- I understand if eligible for energy assistance benefits, I may be referred to other residential energy programs
- I understand the information collected on this form may be disclosed to energy programs operating under HSD. HSD may share and use information collected for purposes of referral, research, evaluation and analysis
- I understand that my utility companies will not have control over the data disclosed pursuant to this consent, and will not be responsible for monitoring or taking steps to ensure that HSD maintains the confidentiality of the data or uses the data as authorized

I affirm under penalty of perjury that the statements made about persons in my home, income, and all other information I have given HSD are true and correct

► **Sign Here** X _____ **Today's Date** _____

You Can Register to Vote Here

If YOU are NOT registered to vote where you live now, Would you like to register to vote here today? (Please check one) ☐ **Yes** ☐ **No** **IF YOU DO NOT CHECK EITHER BOX, YOU WILL BE CONSIDERED TO HAVE DECIDED NOT TO REGISTER TO VOTE AT THIS TIME.**

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

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

Signature	Date

CONFIDENTIALITY: Whether you decide to register to vote or not, your decision will remain confidential. **IF YOU BELIEVE THAT SOMEONE HAS INTERFERED** with your right to register or to decline to register to vote, or your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Office of the Secretary of State, 419 State Capital, Santa Fe, NM, 87503 (phone: 1-800-477-3632). (12/01/09)

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

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion and political beliefs. The U.S Department of Agriculture also prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination with USDA, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found online at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or at any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish or call the State Information/Hotline Numbers (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

To file a complaint of discrimination regarding a program receiving Federal financial assistance through the U.S. Department of Health and Human Services (HHS), write: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or (800) 537-7697 (ITY).USDA and HHS are equal opportunity providers and employers. (Revised 07/15/14)

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.

YOUR RIGHT TO A FAIR HEARING

What is a Fair Hearing and why should I ask for one?	A Fair Hearing gives you the chance to explain why you think there has been a wrong decision made about your benefits. Hearings are held over the phone with a hearing officer. The hearing officer will hear information from you and from the Income Support Division and decide whether the decision was right or wrong.
Can I get help with my hearing?	You can have a friend or family member participate in the hearing with you. You may also be able to get free legal help. To learn more about free legal help, call Law Access New Mexico at 1-800-340-9771.
How long do I have to ask for a hearing?	You must request a hearing within **90 days** of the date on this notice. You may be able to get more time to ask for a hearing if you have a good reason, like illness or another circumstance beyond your control.
Can I keep my benefits if I request a hearing?	If you are already getting benefits, you may be able to continue receiving benefits while you wait for your hearing if you request your hearing within **13 days** of the date on this notice. If the hearing decision is not in your favor, you may have to pay back the benefits you received while waiting for your hearing.
How do I ask for a hearing?	You can request a hearing by filling out the form on the back of this notice and mailing or faxing it to: Human Services Department-Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax # (505) 476-6215 You can request a hearing over the phone by calling 1-800-432-6217 (option 6). You can also request a hearing in person at your local Income Support Division office.
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, Americans With Disabilities coordinator at 1-505-827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-1779 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations.
If you need an interpreter	You have a right to a free interpreter. Let HSD know if you need an interpreter before or during the hearing by calling: 1-800-432-6217 x 6

FAIR HEARING REQUEST

Date:	Name:		Case Number	
Mailing Address:		City	State	Zip Code -

I do not agree with an action on my case. I am asking for a fair hearing in the following program(s).

☐ SNAP or E&T ☐ Cash Assistance or NM Works (TANF) ☐ LIHEAP
☐ General Assistance (Unrelated Child & Disabled Adult) ☐ Medicaid

If my benefits were lowered or stopped:

☐ I want to keep getting the same amount of benefits while I wait for a fair hearing decision. I understand if the hearing decision is not in my favor, I may have to pay back any benefits I received while waiting for the hearing and the decision.

☐ I DO NOT want to keep getting the same amount of benefits while I wait for a fair hearing decision.

(For more information on the fair hearing process see the other side of this form.)

Please write down your reason(s) for asking for a fair hearing and why you think the action taken was wrong. Give as much information as you can. You can still have a fair hearing even if you don't fill this section out.

_____
_____
_____
_____

Client or Authorized Representative Signature:	Date:

You can leave this form at your local ISD office and it will be delivered to the Fair Hearings Bureau or you may send it or fax it to:

Human Services Department-Fair Hearings Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Fax # (505) 476-6215

When the Fair Hearings Bureau in Santa Fe receives your hearing request, you will be sent a notice confirming that your request for hearing. You will receive a second notice with information about the date and time of your hearing and the phone number you need to call for the hearing. If you have any questions about your hearing rights, call Law Access New Mexico at 1-800-340-9771.

Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México - División de Asistencia Económica

HUMAN SERVICES DEPARTMENT

Aplicación Para Asistencia LIHEAP

Programa Para Asistencia con los Costos De Energía

ESTA APLICACIÓN SE PUEDE UTILIZAR SOLAMENTE PARA EL PROGRAMA DE LIHEAP

Conteste todas las preguntas sobre la forma. Debe firmar y fechar la última página de esta aplicación para que sea válida. Si usted quisiera recibir otro tipo de ayuda que ahora no está recibiendo, comuníquese con su trabajador(a) y pídale por la aplicación HSD-100 o HSDSP-100.

▼ **Sección del APLICANTE** ▼

1. Dirección

Escriba su dirección física y su dirección del correo

Dirección residencial – Dirección física	Ciudad	Estad	Código postal	Contacto por Teléfono ( )
Dirección del correo si es diferente de la dirección residencial	**Cuidad**	**Estad**	**Código postal**	

2. Usted y Las Personas Que Viven Con Usted

A. Enumere los nombres y la información para usted y todas las personas que vive con usted. . Solo usted tiene que escribir el Número de su Seguro Social y escriba la información de ciudadanía de las personas de parte de quién usted está solicitando asistencia

Nombre y Apellido	Número de Seguro Social	Sexo M = Masculino F = Femenino	Fecha De Nacimiento	Edad	Raza	Ciudadano E.E.U.U. = Estados Unidos I = Inmigrante	¿Disapacitado?
(Usted)							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No
							☐ Sí ☐ No

B. ¿Consigue estampillas del comida (SNAP), Medicaid, o ayuda en efectivo como TANF, GA, o SSI? ☐ Sí ☐ No

C. ¿Si usted es americano nativo, vives en su reservación? ☐ Sí ☐ No **¿Si contestó sí, cual reservación?** _____

3. Ingresos

A. Marque todas las fuentes de los ingresos incluyendo los beneficios para todos los miembros de la casa. Por favor proporcione prueba de los ingresos para cada persona por los últimos 30 días.

☐ Empleo ☐ Asistencia en Efectivo ☐ Seguridad Social ☐ Compensación al Trabajador
☐ Desempleo ☐ Dividendos ☐ Veteranos ☐ Sostenimiento de los Niños
☐ Pensión por retiro ☐ Militar ☐ Dineros Tribales ☐ Otro _____

B. Enumere toda la información de los ingresos para cada miembro de la casa:

Persona con los ingresos	¿Ingresos de que fuente?	$ Cantidad Antes de impuestos	¿Con que frequencia? Semanal, Bisemanal, Mensual Bimensual
		$	
		$	
		$	
		$	

4. Calefacción y Refrescar de Casa

A. ¿Cuál mejor describe sus costos de casa?

☐ Vivienda pública – $0 renta ☐ Vivienda pública – Pago renta ☐ Rentando – No en Vivienda pública ☐ Dueño de una casa
☐ Viviendo con otros – $0 renta ☐ Viviendo con otros – Yo pago renta ☐ Otro _____

B. Necesitas LIHEAP asistencia por: ☐ **Calefacción** **o** ☐ **Refrescar**

C. Por favor escoja una cuenta de calefacción o aire acondicionado con que desea ayuda.

☐ Propano/butano ☐ Gas Natural ☐ Leña
☐ Electricidad ☐ Carbón ☐ Otro _____

D. ¿Tienes una emergencia de la energética? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si contestó sí, marque cualquier de los elementos enumerados a continuación que aplica a Usted hoy.

☐ No funciona horno/caldera/sistema de calor
☐ No hay combustible de calefacción (propano/butano, leña, bolitas de madera, carbon, aceite de calefacción)
☐ Combustible de calefacción menos de 10 % restante (propano/butano, leña, bolitas de madera, carbon, aceite de calefacción)
☐ Necesita la entrega inicial por las utilidades/combustible de caleffación
☐ Desconectado- su proveedor de combustible de calefacción ha apagado su servicio
☐ Aviso de Desconexión- su proveedor de combustible de calefacción no se ha apagado sus servicios , pero le advierte que si no se va a actuar en consecuencia.

E. ¿Es la emergencia energética amenazas de la vida? ☐ **Sí** ☐ **No**

F. ¿Recibe subsidio asistencia a este proyecto de ley de energía? ☐ **Sí** ☐ **No**

G. ¿Se incluye esta cuenta de energía en su pago de renta? ☐ **Sí** ☐ **No**

H. ¿Qué es el nombre de la compañía de energía, proveedor del combustible o el dueño a quien le paga?

_____

I. ¿Si esta cuenta no está en su nombre, que es el nombre del cliente en la cuenta?_____

J. ¿Qué es el número de la cuenta? _____

K. ¿Cuánto fue su cuenta mensual más alta de los ultimo 12 meses? $_____

****Por favor proporcione una copia de su cuenta o recibos para el combustible.** Si es elegible, HSD enviará su pago al proveedor de su calefacción o del combustible a menos que él no acepte pagos de LIHEAP.

5. Uso de la Energía de Casa *Debe Completar para Recibir LIHEAP

A. ¿Cuál mejor describe su fuente de calor primaria? Este es el combustible utilizado para operar los aparatos de calefacción principal de la vivienda. Elija uno:

☐ Lo mismo como encima en Sección 4 (Salte secciones 5E-5H) ☐ Gas Natural ☐ Carbón ☐ Lena ☐ Electricidad ☐ Propano/Butano ☐ Otro _____

B. Si no tienes otro uso de la energía que con qué solicta la ayuda LIHEAP, compruebe su caja. ☐

Explique por qué: ☐**Sin Hogar** ☐**Zona Rural** ☐**No Hay Utilidades Disponibles** ☐ **Otro** _____

C. ¿Es esto un metro compartido con otra un unidad de vivienda?: ☐ **Sí** ☐ **No**

D. ¿Hay un uso comercial en esta cuenta? ☐ **Sí** ☐ **No**

E. ¿Qué es el nombre de la compañía de energía, proveedor del combustible o el dueño a quien le paga?

_____

F. ¿Si esta cuenta no está en su nombre, Cuáles es el nombre del cliente en la cuenta?_____

G. ¿Qué es el número de la cuenta? _____

H. ¿Qué es el costo combustible anual? _____

6. Información Eléctrico

A. ¿Tienes una cuenta de electricidad? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si su fuente de calor en la sección 5 es eléctrica o ha seleccionado "NO", no complete la sección a continuación:

B. ¿Es esto un metro compartido con otra un unidad de vivienda?: ☐ **Sí** ☐ **No**

C. ¿Hay un uso comercial en esta cuenta? ☐ **Sí** ☐ **No**

D. ¿Si esta cuenta no está en su nombre, Cuáles es el nombre del cliente en la cuenta?_____

E. ¿Qué es el nombre de la compañía de energía, proveedor del combustible o el dueño a quien le paga?

_____

F. ¿Qué es el número de la cuenta? _____

G. ¿Qué es el costo combustible anual? _____

7. Asistencia Telefónica

Si es eligible por LIHEAP usted puede ser eligible para un teléfonico descuento con ti compañía telefónica. No todas las companias telefónicas ofrecen este descuento. Por favor póngase en contacto con su compañía telefónica para más detalles.

5. Su Firma

Debe firmar esta aplicación para que sea válida. Su aplicación no será procesada sin su firma.

- Le he dado información a HSD que es verdadera, correcta y completa.
- Yo entiendo que haciendo declaraciones falsas o escondiendo información pudiera significar penas federales o estatales y rechazo de asistencia.
- Daré prueba de las cosas que le ha reportado a HSD. Si no puedo conseguir la prueba, sé que puedo pedir asistencia de HSD y dejaré que contacten la gente, y las compañías nombradas para conseguir la prueba.
- Permitiré que HSD dé información limitada a las agencias aprobadas que proporcionan la otra ayuda de la energía/deo programa de climatización para cual puedo ser elegible.
- Permitiré que HSD dé información a las agencias aprobadas que proporcionan mi calefacción, enfriamiento, y servicios telefónicos para proporcionar beneficios federales y del estado.
- Entiendo que si yo recibo beneficios por cual no califiqué, es posible yo tendré que compensar a HSD por estos beneficios.
- Sé que HSD comprobará la información que doy. HSD puede utilizar las computadoras para comprobar la información sobre esta forma.
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta de mi proveedor(es) de energía doméstica estoy autorizando al proveedor(es) de energía para proporcionar detalles acerca de la cuenta y el uso de energía a HSD para el propósito de la elegibilidad y la determinación de esto y aplicación en el futuro , determinación de beneficios , y la evaluación del programa y análisis.
- Entiendo que al proporcionar información de la solicitud autorizo HSD y sus agentes autorizados para compartir y reportar los datos facilitados en contra federal, estatal, del condado, proveedor de energía, de los empleadores y de las bases de datos o registros de propietario.
- Entiendo que si elegible para beneficios de asistencia de energía, que pueden ser referidos a otros programas de energía residenciales.
- Entiendo que la información coleccionada en esta forma puede ser revelada a programas de la energía que funciona bajo HSD. HSD puede compartir y usar la información coleccionada con objetivos de remisión, investigación, evaluación y análisis.
- Entiendo que mis empresas de servicios públicos no tendrán control sobre los datos dados a conocer en virtud de este consentimiento, y no será responsable del seguimiento o de tomar medidas para garantizar que HSD mantiene la confidencialidad de los datos o utiliza los datos como autorizado

Afirmo bajo pena del perjurio que las declaraciones hechas sobre personas en mi hogar, renta, y el resto de la información que he dado a HSD es verdadera y correcta.

► **Firme Aquí** X _____ **Fecha de Hoy** _____

Registro para Votar Aquí

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY? ☐ **Sí** ☐ **No** **(Escoja uno)**

SI Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.

La **LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES** pone a su disposición la oportunidad de registrase para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar NO AFECTARÁ la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

Firma	Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar ó declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrare, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632). (12/01/09)

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, por favor comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses 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 1-800-659-8331 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 Esta institución tiene prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos religión y convicciones políticas.
El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA") también prohíbe la discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo en base a raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, parentesco, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales). Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles ante el USDA, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (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, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. 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 o (800) 845-6136 (en español). Para obtener más información acerca de cuestiones del programa SNAP, las personas deben contactar al número de línea directa del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a State Information/Hotline Numbers (dé clic en el enlace para obtener un listado de números de línea directa por estado); lo puede encontrar en internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

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, NM 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.
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.
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. 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

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.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?	Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué le parece que ha habido una decisión equivocada sobre sus beneficios. Las audiencias se llevan a cabo por teléfono con un oficial de audiencias. El oficial de audiencias escuchará la información de usted y la del Income Support Division y decidirá si la decisión fue correcta o incorrecta.
¿Puedo obtener ayuda con mi audiencia?	Usted puede tener un amigo o un miembro de la familia para participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para saber más sobre la ayuda legal gratuita, llame al Law Access New Mexico al 1-800-340-9771.
¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?	Usted debe solicitar una audiencia dentro de los **90 días** de la fecha en esta notificación. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia fuera de su control.
¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?	Si usted ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia, si es que la solicitó dentro de los **13 días** de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.
¿Cómo solicito una audiencia?	Ud. puede solicitar una audiencia llenando el formulario que se encuentra en el reverso de esta notificación y enviándolo por correo o fax a: Human Services Department-Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax # (505) 476-6215 Ud. puede solicitar una audiencia por teléfono llamando al 1-800-432-6217 (opción 6). También puede solicitar una audiencia en persona en su oficina local del Income Support Division.
Información sobre necesidades especiales	Si Ud. es una persona con alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo, o si requiere alguna acomodación especial para participar en una audiencia pública, un programa o un servicio, comuníquese con el coordinador de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos al 1-505-827-7701 o a través del Dispositivo de Telecomunicación para Sordos (TDD por sus siglas en inglés) del Sistema de Retransmisión de Nuevo México al 1-800-659-1779 o al 711. El departamento exige contar con una notificación de, al menos, 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas.
En caso de que necesite un intérprete	Tiene derecho a un intérprete gratuito. Infórmele al HSD si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: 1-800-432-6217 x 6

SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA JUSTA

Fecha:	Nombre:		Número de Caso	
Dirección:		Ciudad	Estado	Código Postal -

Yo no estoy de acuerdo con una acción en mi caso. Yo estoy solicitando una audiencia justa en el siguiente programa(s).

☐ SNAP or E&T ☐ Cash Assistance o NM Works (TANF) ☐ LIHEAP
☐ General Assistance (Sin relación niños & adultos minusválidos) ☐ Medicaid

Si mis beneficios fueron reducidos o suspendidos:

☐ Quiero seguir recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero por la decisión de la audiencia justa. Entiendo que si la decisión de la audiencia no es a mi favor, puede que tenga que devolver cualquier beneficio que recibí durante la espera de la audiencia y la decisión.

☐ Yo no quiero seguir recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero por la decisión de la audiencia justa.

(Para más información en el proceso de la audiencia justa vea el otro lado de esta forma.)

Por favor escriba su razón(s) por la cual usted está solicitando una audiencia justa y porque piensa que la acción que se tomo fue la equivocada. De tanta información como sea posible. Usted todavía puede tener una audiencia justa aunque no complete esta sección.

_____

_____

_____

_____

Firma del Cliente o del Represéntate Autorizado:	Fecha:

Puede dejar esta solicitud en su Oficina local de ISD y esta será entregada a las Oficinas de Audiencias Justas o usted puede enviarla o faxearla a:

Human Services Department-Fair Hearing Bureau
P.O. Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Fax # (505) 476-6215

Cuando la Oficina de Audiencias Justas en Santa Fe reciba su solicitud para la audiencia, se le mandara una notificación confirmando su solicitud para la misma. Usted recibirá una segunda noticia con la información sobre la fecha y la hora de su audiencia y el número de teléfono al cual usted necesita llamar. Si usted tiene alguna pregunta acerca de sus derechos de audiencia, llame al Law Access New Mexico al número 1-800-340-9771.