

Manual Revision Memorandum

ISD-MR 16-5

TO: ISD Employees
FROM:  Marilyn Martinez, Director, Income Support Division
DATE: February 24, 2016
RE: Forms Manual Revision for: HSD 100 “New Mexico Streamlined Application for Assistance”

Form HSD 100 “New Mexico Streamlined Application for Assistance” has been updated and revised to include formatting and language changes to the Voter Registration section.

Instruction:

Replace all previous versions of the forms listed below:

- Delete - HSD 100 “New Mexico Streamlined Application for Assistance” Rev 12/29/2015
- Replace - HSD 100 “New Mexico Streamlined Application for Assistance” Rev 02/11/16
- Delete - HSDSP 100 “Hoja de Información para la Solicitud de Asistencia” Rev 01/08/16
- Replace - HSDSP 100 “Hoja de Información para la Solicitud de Asistencia” Rev 02/11/16

This form has 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.

Attachments: HSD 100 “New Mexico Streamlined Application for Assistance” Rev 02/11/16
HSDSP 100 “Hoja de Información para la Solicitud de Asistencia” Rev 02/11/16

Information Sheet for Application for Assistance



Human Services Department benefits:

Medicaid: Provides health care for individuals and families with low incomes and resources. Depending on the income and resources in the household, household members may qualify for full or limited Medicaid Coverage. To apply by phone please call 1-855-637-6574.

Medicare Savings Program: Benefit that provides help with paying for your Medicare Part A (Hospital Insurance) and/or Medicare Part B (Medical Insurance) premiums and Medicare deductibles.

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP): Helps many low-income households buy the food they need to stay healthy, productive members of society.

Cash Assistance: Provides cash assistance for families, dependent needy children and disabled adults.

Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): Assists eligible Low Income families and individuals with their heating and cooling costs.

Apply for the benefits above online at:

www.yes.state.nm.us

Or

Send your signed application to your local Income Support Division (ISD) office or mail it to:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
or Fax to 1-855-804-8960



New Mexico Health Insurance Marketplace (NMHIX)

- The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid.
- You may qualify for a program that can help you pay for a health insurance even if you earn as much as \$94,000 a year (for a family of 4).
- Tax subsidies that can immediately help pay your premiums for health coverage may be available.

To apply for health insurance online through the NMHIX, you can go to:

www.bewellnm.com

Or

Call 1-855-99NMHIX (996-6449)
TTY: 1-855-889-4325

| Assistance Programs | |
|--|---|
| | Depending on the income and resources in the household, household members may qualify for full or limited Medicaid Coverage. The following are types of Medicaid that household member may qualify for: |
| MEDICAID (If you or your household does not qualify for Medicaid, your application will be automatically forwarded to the Health Insurance Marketplace where you or your household may be eligible for other health insurance affordability programs.) | <p style="text-align: center;">Complete Sections 1-9 & 16</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newborns • Children up to age 18 • Parent(s)/Caretaker(s) • Pregnant women • Low-income adults • Emergency Medical Services for Aliens <p style="text-align: center;">Complete Sections 1-9,12-13 & 16</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aged, blind and disabled individuals • Working Disabled Individual • Institutional care • Home and Community Based Services Waiver <p>NM HEALTH INSURANCE MARKETPLACE The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid. If you do not qualify for Medicaid, you or members of your household may be eligible to receive a tax subsidy that can immediately help pay for health insurance premiums. If you or members of your household do not qualify for Medicaid, your application will be automatically sent to the NMHIX, where you or members of your household may be found eligible for other health insurance affordability programs.</p> |
| MEDICARE SAVINGS PROGRAM | Medicaid benefit that provides help with paying for your Medicare Part A (Hospital Insurance) and/or Medicare Part B (Medical Insurance) premiums and Medicare deductibles. Complete Sections 1-9,12-13 & 16 |
| SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM (SNAP) | The Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) helps many low-income households buy the food they need to stay healthy, productive members of society. SNAP benefits are simple to use when you purchase food at your grocery store. Complete Sections 1-3, 5 -7, 11 - 13, 15 & 16 so ISD can determine benefits faster. |
| CASH ASSISTANCE | Temporary Assistance for Needy Families (TANF) provides cash assistance to families who qualify. or General assistance can provide cash assistance for dependent needy children and disabled adults who are not eligible for assistance under a federally matched cash assistance program, such as New Mexico Works (NMWV) or the Federal program of Supplemental Security Income (SSI). Complete Sections 1-3, 5 -7, 10-13, 15 & 16 |
| Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) | The Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP) assists eligible Low Income Families and Individuals with their heating and cooling costs. Complete Sections 1-3, 5 -7, 14 & 16 |

You have the right to file your application today, please do not delay.

SNAP/FOOD benefits start from the date you apply. Adults not seeking benefits can apply for other household members.

To begin the process, you only need to fill out section 1 and sign; ISD encourages you to fill out a complete application for faster benefit determination. You can bring, mail or e- fax (1-855-804-8960) the application to ISD.

Check the Programs You Want to Apply For SNAP/Food Medical Assistance Cash LIHEAP

Tell Us if You Need Help Filling out the Application? Free Language Help? Preferred Language _____ Transportation Disability Accommodation

Do you prefer a telephone interview? Tell us why, please check one: I am disabled. Illness
 Age 60+ Working 20 or more hours/week Caring for a child under age 6 Caring for others
 Live too far from office I do not have transportation Bad weather Other: _____

1. Tell Us About You: If you need help filling out this application or getting the needed information, contact your local ISD office. If you are applying for someone else, complete this section for that person.

| | | | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--------|-------------------------------|----------|
| First Name, Middle Initial, Last Name | | Date of Birth (optional) | | Best Time to Contact You | |
| Street Address | | City | County | State | Zip Code |
| E-mail Address | | Telephone Number | | Alternative Number (optional) | |

If your mailing address is different, please fill it in below. If not, please leave blank.

| | | | |
|--|--|-------|----------|
| Street or PO Box Address | City | State | Zip Code |
| Are you a resident of New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | Do you intend to remain in New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | |
| Do you want to receive information electronically? If YES, please fill out your most current e-mail address above. | Are you homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | |
| <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | |

Expedited SNAP Screening (SNAP only) Fill this out if you are applying for SNAP to see if you can get SNAP benefits faster. This is called expedited service. If you are eligible for Expedited SNAP, you must get SNAP within 7 days. If you are denied expedited service you have a right to an informal conference to be held within 48 hours of your denial. Ask to speak to a supervisor if you have questions.

| | |
|---|--|
| 1. Will your monthly income be LESS than \$150 and money in the bank or cash be LESS than \$100? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 2. Will your monthly home and utility costs be MORE than your income, cash and money in the bank? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| 3. Is your household a migrant or seasonal farm worker household with very little money? | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

► Sign Here X _____ Today's Date _____
 Your signature is attesting to all information in section 16 of this application.

2. Person to Represent You (Authorized Representative or Guardian) The authorized representative can be a person who helped you apply for and renew benefits or it can be a different person. If you want to have an authorized representative, you must tell us who that person is in writing.

Do you want this person to: Apply for benefits on your behalf? Use your benefit? (SNAP & Cash benefits only)

Name of Authorized Person(s) _____ Mailing Address _____ Preferred Telephone # / TDD _____

() _____

() _____

3. Tell us About the People who live with You:

Please list everyone that lives in your household even if you do not want to apply for them. You only have to give U.S. Citizenship and Social Security Numbers for those household members that you are applying for assistance. An SSN is optional for people who are not applying for medical assistance, but providing an SSN can speed up the application process. You do not need to be a U.S. Citizen or file income taxes 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 information about their income 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. Racial and ethnic data on applicant households is voluntary; it will not affect your eligibility or the amount of benefits your household may receive. Native Americans are urged to identify themselves as such because Native Americans are entitled to certain special protections under the law. We ask everyone for racial and ethnic information to assure that benefits are distributed without regard to race, color or national origin. If you need more space, please use an additional sheet of paper. If needed, please use an additional sheet of paper for additional household members who do not fit on this page.

List the names and information for yourself and the people who live with you. If you are applying for medical assistance, please include anyone who you will include on your federal income tax return: _____ This section is only required for each person applying for assistance.

| Name (First and Last) | Relationship | Applying for Assistance? Yes/No | Sex M/F | Date of Birth | Ethnicity: Hispanic Y/N (Optional) | Race: 1-6 (See below) (Optional) | Tribal Affiliation | Social Security Number (SSN) – required only if you have one (optional for non-applicants) | Citizenship Immigration Status 1-22 (see below) |
|-----------------------|--------------|---------------------------------|---------|---------------|------------------------------------|----------------------------------|--------------------|--|---|
| 1. _____ | (Self) | | | | | | | | |
| 2. _____ | | | | | | | | | |
| 3. _____ | | | | | | | | | |
| 4. _____ | | | | | | | | | |
| 5. _____ | | | | | | | | | |
| 6. _____ | | | | | | | | | |
| 7. _____ | | | | | | | | | |
| 8. _____ | | | | | | | | | |

Race: For each person applying for help, choose from the numbers below that best describes their Race and write the numbers above.

| | 3 - Black or African American | 4 - Native Hawaiian or Pacific Islander | 5 - White | 6 - Other |
|---|--|---|--|---|
| 1 - American Indian Alaskan Native | 3 - Black or African American | 4 - Native Hawaiian or Pacific Islander | 5 - White | 6 - Other |
| Citizenship/Immigration Status: For each person applying for help, choose from the numbers below that best describes their U.S. Citizenship or Immigration Status and write the numbers above. | | | | |
| 1 - U.S. Citizen | 2 - Lawful Permanent Resident (LPR) | 3 - Lawful Temporary Resident (LTR) | 4 - Asylee | 5 - Refugee |
| 7 - Paroled into the U.S. | 8 - Conditional entrant granted before 1980 | 9 - Battered spouse, parent or child | 10 - Victim of trafficking and spouse, child, sibling, parent | 11 - Individual with non-immigrant status (includes individuals with visas, and citizens of Micronesia, the Marshall Islands and Palau) |
| 13 - Deferred Enforced Departure | 14 - Deferred Action Status | 15 - Granted withholding of deportation or withholding of removal | 16 - Applicant for withholding of deportation or withholding of removal | 17 - Applicant for special immigrant status with approved visa petition |
| 19 - Applicant for Asylum | 20 - Registry applicant with Employment Authorization Document (EAD) | 21 - Order of Supervision (with EAD) | 22 - Applicant for cancellation of removal or suspension of deportation (with EAD) | 23 - Other/Unsure |
| | | | | 12 - Granted or Applicant for Temporary Protected Status |
| | | | | 18 - Applicant for adjustment to LPR status, with approved visa petition |

4. Tax Information (Fill out this section if you applying for Medical Assistance/Medicaid) The Applicant can still get Medicaid if they don't file Federal taxes.

Please give the following information for every household member applying for medical assistance, even if the tax payer or tax dependent is not in your home. You do not need to file income taxes to apply.

| A Name | B Does this person plan to file a federal income tax return next year? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | C Will this person file jointly with a spouse/partner? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name of spouse or partner: | D Does this person have any tax dependents? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, name(s) of dependents: | E Is this person claimed as a tax dependent on someone else's tax return? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No if yes, name of the tax filer: | F How is this person related to the tax filer? |
|-----------|---|---|--|--|---|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

5. Please Answer the Following Questions About the People You Listed in Section 3.

For household members applying for benefits who are not U.S. Citizens, please give information that appears on their 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. If you need more space please attach another piece of paper.

| Name | Immigration Document Type | Alien or I-84 Number | Card or Passport Number | SEVIS ID or Expiration Date (optional) | Other (Category Code or Country of Issuance) | Lived in the US Since 1999? | Is this person a spouse or parent of a veteran or on active duty with the U.S. Military? |
|------|---------------------------|----------------------|-------------------------|--|--|--|--|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO |

Is any applicant getting benefits in another state? Yes No If, YES, Who? _____ Which State?

Is any household member age 21 or younger and a full time student? Yes No If, YES, Who? _____

Is any applicant imprisoned (detained or jailed)? Yes No If, YES, Who? _____ Which facility? _____
 Date of imprisonment: _____ Date of release: _____

Is any applicant in the household receiving Supplemental Security Income (SSI)? Yes No If, YES, Who? _____

Was any applicant ever in foster care? Yes No If, YES, Who? _____

Is any applicant disabled? Yes No If, YES, Who? _____

Is any applicant already in or going into a nursing home, hospital or treatment facility? Yes No If, YES, Who? _____

Nursing Home/Nursing Facility Hospital Intermediate Care facility for the Mentally Retarded (ICFMR) PACE Other, where? _____

Is any applicant pregnant? Yes No If, YES, Who? _____
 Estimated Due Date(s), (if known): _____
 Number of babies expected from this pregnancy (if known): _____

Has any applicant received a Primary Freedom Of Choice letter for a Home and Community Based Services Waiver? Yes No If, YES, Who? _____

6. Tell Us About Your Earned Income. Please report your total income before taxes. Note: If you are applying for medical assistance and you are offered health insurance from any employer, please fill out the Employer Coverage form attached to this application. Failure to complete this form will not delay your application for assistance.

Have you or anyone living with you received earned income or expect to receive earned income this month? Yes No Don't Know

| Person with Income | Average Number of Hours Worked per Week? | Income from? (Work, self-employment, odd jobs, etc.) | How often does this person get income? (Yearly, Monthly, Biweekly, Weekly, etc.) | How much does this person receive? | Does this person have an employer that offers Health Insurance? If yes, fill out the Employer Coverage Form to find out if you can get health insurance through the New Mexico Health Insurance Exchange, if you are found ineligible for Medicaid. You are not required to complete this form for Medicaid. |
|--------------------|--|--|--|------------------------------------|--|
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

| | | | | | |
|--|--|--|----|--|--|
| | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| | | | \$ | | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |

Are any of the following deducted from your earnings? (Medicaid Only)

| | | | |
|---|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Alimony Paid Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____ | <input type="checkbox"/> Student Loan Interest? Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____ | <input type="checkbox"/> Other Type Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____ | <input type="checkbox"/> Other Type Who? _____ How Much \$ _____ How Often? _____ |
|---|---|---|---|

Tell Us About Your Other Income:

Examples of unearned/other income include, but are not limited to: unemployment, Social Security, pensions, retirement, rental income, capital gains, royalties, financial gifts and gambling winnings/prizes.

| Person with income | Unearned Income from? | How Often Received? (Yearly, Monthly, Biweekly, Weekly, etc.) | How much do they receive? |
|--------------------|-----------------------|--|---------------------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

7. Will There be Changes in Income?

Do you or anyone living with you have income that changes from month to month?
Examples include: Loss of job, decrease in hours, change in pay, and/or only working some of the months, out of the year?

Yes No Don't know

If yes, complete the information below.

| Person with income changes | What income changes? | When and why does it change? | Total Income this year | Total Income You Expect for Next Year |
|----------------------------|----------------------|------------------------------|------------------------|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

8. Health Care Information (if you are applying for Medicaid or Health Insurance Marketplace)

Has anyone in the household received medical services within the last 3 months that have not been paid?

Yes No

If yes, please fill out the chart below. We may be able to help pay these bills..

| | |
|--------------|-------------|
| Name on Bill | Bill Months |
| | |
| | |
| | |

Please list all public and private health insurance, including Medicare information, for you and all people living with you applying for Medicaid.

| Persons Covered | Insurance Company Name | Medicare Claim # or Insurance Member ID # | Start Date |
|-----------------|------------------------|---|------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

9. Managed Care Organization (MCO) (This section will ONLY apply if you are found to be eligible for Medicaid.) If you are eligible for Medicaid, your services will be provided by one of the four MCOs listed below. You have a choice of which MCO will provide your services. If you do not choose an MCO, you will be automatically assigned to an MCO by the New Mexico Human Services Department. Once you are enrolled with an MCO, you will have the option to change the MCO within 90 days of enrollment.

Special information for Native Americans

If you are Native American, you are not required to choose an MCO. If you choose not to select an MCO, you will be automatically enrolled in fee-for-service (FFS) Medicaid. If you are in need of long-term care services or if you have Medicare, you will be required to choose an MCO.

I am a Native American YES NO
 If yes, please fill out the Native American or Alaska Native section on the next page.
 If yes, please tell us if you want to enroll in a managed care organization (MCO): YES NO
 If you want to enroll in an MCO, please select an MCO below.

Blue Cross Community Centennial
 (866) 689-1523 www.bcbsnm.com/community-centennial
 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:

Molina Healthcare of New Mexico
 (800) 580-2811 www.molinahealthcare.com
 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:

Presbyterian Health Plan
 (888) 977-2333 www.phs.org
 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:

United Healthcare Community Plan
 (877) 236-0826 www.uhccommunityplan.com
 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:

Native American or Alaska Native

Native Americans and Alaska Natives who enroll in Medicaid, the Children's Health Insurance Program (CHIP), and the Health Insurance Marketplace can also get services from the Indian Health Services, tribal health programs, or urban Indian health programs. If you or your family members are Native American or Alaska Native, you may not have to pay cost sharing and may get special monthly enrollment periods. We are asking you to answer the following questions to make sure you and your family get the most help possible. If you need more space please attach another piece of paper.

| | |
|--|---|
| <p>Is any applicant a member of a federally recognized tribe? To ensure that you are not automatically enrolled in an MCO, please provide your tribal affiliation. <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, Who? _____ What Tribe? _____</p> | <p>Is any applicant receiving per capita payments from a tribe that come from natural resources, usage rights, leases or royalties? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p> |
| <p>Do any applicants ever get a service from the Indian Health Service, a tribal health program, or urban Indian health program or through a referral from one of these programs? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, Who? _____</p> | <p>Is any applicant receiving payments from natural resources, farming, ranching, fishing, leases or royalties from land designated as Indian trust land by the Department of Interior (including reservations and former reservations)? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO</p> <p>If yes, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p> |
| <p>If no, is this person eligible to get services from the Indian Health Service, tribal health programs, or urban Indian health programs or through a referral from one of these programs?</p> | <p>Is any applicant receiving money from selling things that have cultural significance? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> <p>If yes, Who? _____ How Much? _____ How Often? _____</p> |



If you are not applying for the programs below, please complete section 16 and submit your application. If you are applying for the assistance programs below, please only complete the required sections.

| Section: 12, 13 & 16 | Section: 10 through 16 |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • NURSING HOME • MEDICARE SAVINGS PROGRAM • WAIVER SERVICES • WORKING DISABLED INDIVIDUAL | <ul style="list-style-type: none"> • SNAP • CASH ASSISTANCE • LIHEAP |

10. Parents Not Living with Their Children (Cash Assistance only)

By accepting cash and medical assistance for your children, you assign (give) HSD rights to collect child and medical support from an absent parent. Please list all the information for your children's parent(s) who are not living with you:

If you think cooperating to collect support will harm you or your children, you may not have to cooperate. Is any applicant a victim of Family Violence? Yes No

| Child Name | | Absent Parent Information | |
|------------|---------------|---------------------------|--|
| Name | Date of Birth | Last Known Address | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

11. School Attendance List all student information for each household member.

| Name of Student | Name of School | Graduation Date | Grade |
|-----------------|----------------|-----------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> K - 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificate <input type="checkbox"/> College |
| | | | <input type="checkbox"/> K - 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificate <input type="checkbox"/> College |
| | | | <input type="checkbox"/> K - 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificate <input type="checkbox"/> College |

12. Things you Own (Resources/Assets)

Certain resources/assets such as bank accounts may count toward your eligibility depending on which program you are applying for. Certain resources/assets may not count, such as a home and lot where you live and the resources of people who receive Supplemental Security Income (SSI).

Examples of things you own include, but are not limited to: Cash on hand, checking account, savings account, trust(s), CD - Certificate of Deposit, royalties, life or burial insurance, stocks or bonds, retirement account, livestock, house/land - not occupying, or recreation vehicles.

A. Describe all of the items from above that are owned by you and all the people living with you:

| Resource or Asset | Who owns it? | \$ Value | Bank or Company Name, if applicable. |
|-------------------|--------------|----------|--------------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

B. Did you or anyone living with you transfer anything of value to others in the last 5 years (60 months)? (Medicaid only) Yes No

| Item transferred | Transferred to whom? | \$ Value | Date of Transfer? |
|------------------|----------------------|----------|-------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

13. Monthly Expenses: To get the most benefits you are eligible for, list all of your MONTHLY out-of-pocket expenses. Do not include amount paid by CYFD, HUD or other entity or person.
 If you do not report any of the expenses listed below, you will not receive a deduction for those expenses. Failure to report or verify any of the above listed expenses will be seen as a statement by your household that you do not want to receive a deduction for the unreported expense

| | | | |
|--|--|---|----|
| Child Care or Adult Dependent Care ▶ | \$ | Mileage Round Trip for Dependent Care ▶ | \$ |
| Who/what agency is getting paid the Child Care expenses? _____ | | | |
| Medical Expenses for applicants who are Elderly/Disabled: Includes Medicare premiums ▶ | \$ | Court Ordered Child Support? ▶ | \$ |
| Mortgage ▶ | \$ | Home Insurance Not included in Mortgage ▶ | \$ |
| Property Taxes Not included in Mortgage ▶ | \$ | Rent ▶ | \$ |
| Check any of the boxes that best describes your <u>Rent</u> type | | | |
| <input type="checkbox"/> Homeless | | <input type="checkbox"/> Public Housing | |
| <input type="checkbox"/> Rent Includes Utilities | | <input type="checkbox"/> Rent Does Not Include Utilities | |
| Heating and Cooling ▶ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Lifeline/Link-Up: You may be eligible for telephone discounts on monthly service and initial telephone installation or activation fees. Contact your telephone provider for more information: | |
| Water, Sewer and Trash ▶ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Telephone Company Name: _____ | |
| Telephone ▶ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | |

14. Fill This Out if You are Applying for LIHEAP:

A. **LIHEAP Information ▼**

Do you need LIHEAP for: Heating or Cooling

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.

Is the energy emergency life threatening? Yes No

Select the type of LIHEAP assistance you want, choose one: Electric Propane Wood Natural Gas Pellets Coal Kerosene

Is this energy bill included in your rent? Yes No

Do you receive subsidized assistance for this energy bill? Yes No

Is this a shared meter? Yes No

Is this used for a business? Yes No

Utility Company Name: _____ Account Number: _____ Name on the Account: _____

Do you have any other energy usage than what you are requesting LIHEAP assistance with?
 Yes No, If No, please tell us why: You are Homeless You live in a rural area No Utilities available Other _____

B. Please provide your energy usage information for your home ▼

What is your primary heating source?

Choose one: Same as above in Section 14A (Skip to Section 14C) Electric Propane Wood Natural Gas Pellets Coal Kerosene

Is this a shared meter? Yes No

Utility Company Name: _____ Account Number: _____
 Name on the Account: _____

C.

Do you have an account for electricity service? Yes No – If yes, please complete the section below.
 If your heating source in Section B is electric or you selected No above, DO NOT complete the section below

Is this a shared meter? Yes No

Utility Company Name: _____ Account Number: _____ Name on the Account: _____

15. Please Answer the Following Questions About the People Listed in Section 3 that are asking for benefits.

| | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|
| Buy and prepare meals together? If no, who is separate? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Disqualified from an assistance program? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Worker(s) on strike or lockout? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Fleeing Felon(s)? If yes, Who? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Voluntarily quit job(s) in the last 60 days? If yes, Who? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | In violation of probation or parole? If yes, Who? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Living on a Native American Reservation? Name of Reservation? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Getting help from the Food Distribution Program on Indian Reservation (FDPIR)? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Getting Tribal TANF or General Assistance? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Have you or any member of your household been convicted of receiving duplicate SNAP benefits? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Have you or any member of your household been convicted of trading SNAP benefits for guns, ammunitions, or explosives? | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | Is anyone a veteran? If yes, Who? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
| Paying room and board? If yes, Who? _____ | <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No | | | | |

16. Your Signature (Your authorized representative may also sign here)

Your signature makes this application valid and cannot be processed unless signed. Your signature also is an indication of the following:

- 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.
- The filing date is different if the household is in an institution and applying for SNAP and SSI at the same time. The filing date will be the date of release from the institution.
- I am declaring the identity of the children under age 16 for whom I am applying.
- 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 give other related help for which I may be eligible.
- I understand that if I receive benefits for which I am not eligible, 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 or other means to check the information on this form.
- I know that HSD will check the immigration status of people who apply for or get benefits. I understand that immigration status for any household member that I am applying for may be subject to verification by USCIS (INS), and that it may affect the household's eligibility and level of benefits.
- I understand that I must cooperate with Quality Control (QC). QC is a part of HSD. QC reviews cases to make sure we determine who can get help correctly.
- I have been given an information sheet explaining my rights and responsibilities including, expedited SNAP/food assistance, SNAP/food penalties and program violations, fair hearing rights and more. I understand that these will also be explained to me during my appointment for an interview.
- 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 purposes of eligibility and determination of this and future applications, 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.
- TRUSTS - I understand that if I, or the person(s) for whom I am applying, have set up a trust, or are the beneficiaries of a trust, I must give HSD a copy of the trust document, including all attachments and related information. HSD will analyze the trust to see if it affects the Medicaid benefits for which I am applying.
- ESTATE RECOVERY- I understand that, after my death, HSD can file a claim against my estate to recover the amounts that the state pays or paid on my behalf for medical assistance provided under the Medicaid program. This process is called "Estate Recovery." "Estate Recovery" is required by federal and state law. "Estate Recovery" is required where Medicaid recipients are fifty-five (55) years of age or older and the state makes medical assistance payments on their behalf for nursing facilities services, home and community based services, and/or related hospital and prescription drug services. The amount recovered by HSD will not exceed the amount of medical assistance payments made on behalf of the Medicaid recipient. Some exclusion's may apply.
- 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.
- A person who is applying for or receiving Medicaid Assistance shall assign to HSD all rights against any and all individuals for medical support or payments for medical expenses paid on the applicants' or client's behalf and the behalf of any other person for whom application is made or assistance is received.
- I, as the Authorized Representative, affirm and agree to maintain the confidentiality of any information regarding the applicant or beneficiary, shall not reassign any provider claims, if applicable, and shall adhere to all requirements set forth in 42 CFR 435.923(d) and 7 CFR 273.2(n).
- To withdraw your application for any program, initial the box of the program: SNAP Medicaid Cash LIFEAP

| | | |
|--|--|------|
| Applicant's Signature | Name of Witness (Witnessed only if applicant signs by mark or thumbprint) | Date |
| Signature of Applicant's Authorized Representative | Signature of Witness (Witnessed only if applicant signs by mark or thumbprint) | Date |

17. Register to Vote

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).**

This Page intentionally left blank

Program Application Information

(Applicant Information Pages)

1. 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 09/10/15)

2. 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 or political beliefs. The U.S. Department of Agriculture also prohibits discrimination 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, audiotope, 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/Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; or
- (3) email: program.intake@usda.gov.

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 (TTY). This institution is an equal opportunity provider. (10/14/2015)

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.

3. 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. 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 a claim is established against your household, 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 SSNs for household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply. Receiving energy, medical or SNAP/ food assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants who are not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, SSNs or other similar proofs; however, they must give information about their income because part of their income and things they own may count towards the households eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a SSN; ask ISD. Immigration information will not be shared with any immigration enforcement agency.

HSD will 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. (9/10/2015)

4. Child Support Enforcement Division

By accepting cash or medical assistance, you assign (give) HSD rights to collect child support from the child's absent parent(s). You must help HSD find the absent parent(s) unless there is a good reason not to do so such as domestic violence; ask a caseworker. If it is decided that you have to work with the Child Support Enforcement Division (CSED) office to establish or enforce child support and you do not, cash benefits may be reduced and eventually lost, and adults may lose their medical assistance.

5. Interview

(a) How soon can I have my required appointment for an interview?

- Within 10 working days for SNAP/food and cash assistance, or for expedited SNAP/food assistance, from the day you turn in your application
- Certain Medical assistance programs do not require an interview

(b) May I have a telephone interview?

You may have a telephone interview for any of these reasons:

- Age 60+
- Live too Far from Office
- Disability
- Caring for a Child Under Age 6
- Working 20 or more hours/week
- Transportation
- Bad Weather
- Illness
- Caring for Others
- Other Hardships, please talk to ISD

6. Proof Information

(a) How many days will I have to give all the required proof I need?

- 10 days from the date of your interview is best to receive benefits faster
 - 30 days from the date of your application is typical – unless you need more time – if you need more time, ask for more time
 - 60 days from the date of your application is the longest – When you ask for up to 3-ten-day extensions
- If you do not ask for an extension of time to bring in proof, your case may be denied after 30 days.*

(b) What proof should I bring to the interview?

During your interview appointment, your caseworker will ask you questions to determine if you are eligible for the programs for which you have applied. Your caseworker will **NOT** ask you to give proof of everything. You should be ready to give as many facts about your case as you can. Please refer to the chart below called, Examples of Proof as a general guide to help you decide which proof items you will need. If your caseworker has unresolved questions about your eligibility, you will be asked to give proof. You will be given a list of everything you still need to give, along with a receipt for proof you provided. If you need help, it is the Department's responsibility to help you, providing you are cooperating.

| Verification of: | SNAP/food | Medical | | | Cash | Energy/LHEAP | Examples of Proof |
|--------------------------|-----------|-----------------|------------|------------------|------|--------------|---|
| | | Family or Adult | Child Only | Elderly/Disabled | | | |
| ▪ Where you Live | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Utility bill, Rent agreement, letter addressed to you at your address Social Security card or letter from the Social Security Administration (SSA) with your name & number |
| ▪ Social Security Number | | | | | | | |
| ▪ Identity | ✓ | | | ✓ | ✓ | ✓ | You may give any of these if they prove identity, relationship or age: Driver's License, Social Security card, Birth or baptism certificate(s), Citizenship/naturalization records, Indian census records, certificate of Indian Blood (CIB), government records, court records, voter registration card, divorce papers, U.S. Passport, school or day care records, insurance policies, church records or family bible, letter from a Dr., religious or school official, or someone who knows you, the child's relationship to you and knows the child's date of birth. Note: The Medicaid program will require specific identification proof. |
| ▪ Relationship | | | | | ✓ | | |
| ▪ Age | | | | | | | |
| ▪ U.S. Citizenship | | ✓ | ✓ | ✓ | | | Most programs do not require proof of U.S. Citizenship. For medical assistance, the federal government now requires that all individuals give certain ORIGINAL documents (not copies) that verify Citizenship, Identity or proof of Legal Permanent Status. Original documents will be copied and returned. Proof of Citizenship and ID together <ul style="list-style-type: none"> ▪ A Passport ▪ A certificate of naturalization (Form 550 or N-570) ▪ A certificate of U.S. Citizenship (N-560 or N-561) ▪ A certificate of Indian Blood (CIB) Proof of Citizenship Alone <ul style="list-style-type: none"> ▪ U.S. birth certificate ▪ If you were born in New Mexico, HSD may be able to help you by checking with the Department of Health, Vital Records. Please give your |

7. Non-Citizen Immigrant Eligibility

Many immigrants can get assistance residing in New Mexico. Some immigrants must have been in a certain status for 5 years before they can get assistance. There are many exceptions. Any lawfully residing child under the age of 21 or pregnant woman that all other requirements can get Medicaid right away. So can refugees, asylees, battered spouses and children, and many others. Some immigrants are eligible without a social security number. Even if you do not have an immigration status that qualifies you for Medicaid, you may be able to get Medicaid for emergencies. Ask a caseworker for more information. We keep your information private and only share information with other government agencies to see which programs you qualify for. Immigrants in one of the following statuses may be eligible for Medicaid or other assistance, if they meet other program requirements

| | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|
| 1 – U.S. Citizen | 2 – Lawful Permanent Resident (LPR) | 3 – Lawful Temporary Resident | 4 – Asylee or Applicant for Asylum | 5 – Refugee |
| 6 – Cuban/Haitian Entrant | 7 – Conditional Entrant granted before 1980 | 8 – Battered spouse, parent or child | 9 – Victim of trafficking and spouse, child, sibling, parent | 10 – Non-immigrant: work or student visa, citizens of Micronesia, Marshall Island, & Palau |
| 11 – Granted or Applicant for Temporary Protected Status | 12 – Deferred Enforced Departure | 13 – Deferred Action Status | 14 – Granted or Application for Withholding of deportation or removal | 15 – Applicant for special immigrant status |
| 16- Applicant for adjustment to LPR status, with approved visa petition | 17 –Registry applicant with an Employment Authorization Document (EAD) | 18 – Order of Supervision with EAD | 19 - Applicant for cancellation of removal or suspension of deportation with EAD | 20 – Other/Unsure |

8. After You Submit Your application.

(a) *How soon will my application be approved or denied?*

- **SNAP/food** – No later than 30 calendar days after the date of application, or expedited SNAP/food - 7 calendar days. If you do not get SNAP within 7 days, you have a right to ask for an informal conference to see why you were not given expedite food benefits.

- **Medical** – No later than 45 calendar days after the date of application

- **Cash** – No later than 30 calendar days after the date of application, or up to 90 days for General Assistance disability decisions

- **Energy/LIHEAP** – No later than 30 calendar days after the date of application, or shut-off/disconnect crisis – 48 hours

(b) *If I disagree with the eligibility decision or benefit level, can I have fair hearing?*

Yes - if you don't agree with a decision we make about your case, you can ask for a fair hearing in person, by telephone 1-800-432-6217 or (505) 827-8164, or in writing within 90-days of the date that a notice has been sent informing you of any action that has been taken on your case. Please mail your request to the HSD Hearing's Bureau at PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504.

You have a right to look at your case file and any records HSD used to determine your eligibility before your hearing. You can ask a household member or someone else like a friend or relative to represent your household at the fair hearing. You also have the right to have an attorney or other legal representative at the hearing.

(c) *From what date are my benefits calculated?*

- **SNAP/food** – From the date you applied

- **Medical** – From the 1st day of the month you applied. You may be eligible for up to 3 prior months of Medicaid coverage.

- **Cash** – On the date HSD approves your application or the 30th day from the date of application, whichever is earlier

- **Energy/LIHEAP** – On the date HSD verifies your account with your energy provider

(d) How will I get my benefits?

- **Medical** - A Medicaid card will be mailed to you one working day after the date of approval.
- **Energy/LIHEAP** - Your payment will be sent directly to your energy provider 7-days from the date HSD verifies your account information with your energy provider. For a shut-off/disconnect crisis, HSD will call your energy provider to help you avoid shut-off.
- **SNAP/food and Cash** - HSD uses an electronic debit card system called EBT to give you your cash and SNAP/food assistance benefits. If you have never had an EBT card, an EBT card will be mailed to your address in one working day after the date you apply and after your application is registered on the computer. If your EBT card is delayed you may request a card from your local ISD office. You may call EBT Customer Service 24 hours 7- days/week at 1-800-843-8303 to order a replacement or activate your EBT card.

Each month your cash benefit will be deposited in your EBT account on the first day of the month. Your SNAP/food benefits will be deposited in your EBT account on the day of the month in the box below that lists the last two digits of the head of household's social security number.

Combined Schedule: If you have applied for SNAP/Food assistance after the 15th day of any month and are approved for expedited assistance, you will receive your benefits according to the schedule below.

- You will receive your 1st and 2nd month's benefits the day after your case is approved.
- You will receive your 3rd month's benefits on the 1st day of the month.
- You will receive your 4th month's benefits within the first 10 days of the month, depending on the last two digits of your SSN.
- You will receive your 5th month's benefits within the first 20 days of the month, depending on the last two digits of your SSN. This will be your regular day of the month to receive your future SNAP/Food Stamp benefit.

| SNAP/Food Assistance <u>Compressed</u> <u>Staggered</u> <u>Issuance</u> <u>Schedule</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN |
| | 11 | 01 | 12 | 02 | 13 | 03 | 14 | 04 | 15 | 05 | 05 | 15 | 05 | 05 | 05 |
| | 31 | 21 | 32 | 22 | 33 | 23 | 34 | 24 | 35 | 25 | 25 | 35 | 25 | 25 | 25 |
| | 51 | 41 | 52 | 42 | 53 | 43 | 54 | 44 | 55 | 45 | 45 | 55 | 45 | 45 | 45 |
| | 71 | 61 | 72 | 62 | 73 | 63 | 74 | 64 | 75 | 65 | 65 | 75 | 65 | 65 | 65 |
| 1 | 91 | 81 | 92 | 82 | 93 | 83 | 94 | 84 | 95 | 85 | 85 | 95 | 85 | 85 | 85 |
| | 16 | 06 | 17 | 07 | 18 | 08 | 19 | 09 | 10 | 00 | 00 | 10 | 00 | 00 | 00 |
| | 36 | 26 | 37 | 27 | 38 | 28 | 39 | 29 | 30 | 20 | 20 | 30 | 20 | 20 | 20 |
| | 56 | 46 | 57 | 47 | 58 | 48 | 59 | 49 | 50 | 40 | 40 | 50 | 40 | 40 | 40 |
| | 76 | 66 | 77 | 67 | 78 | 68 | 79 | 69 | 70 | 60 | 60 | 70 | 60 | 60 | 60 |
| | 96 | 86 | 97 | 87 | 98 | 88 | 99 | 89 | 90 | 80 | 80 | 90 | 80 | 80 | 80 |

| SNAP/Food Assistance <u>Staggered</u> <u>Issuance</u> <u>Schedule</u> | | | | | | | | | | | | | | | |
|--|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN | Day | SSN |
| | 11 | 01 | 12 | 02 | 13 | 03 | 14 | 04 | 15 | 05 | 05 | 15 | 05 | 05 | 05 |
| | 31 | 21 | 32 | 22 | 33 | 23 | 34 | 24 | 35 | 25 | 25 | 35 | 25 | 25 | 25 |
| 1 | 51 | 41 | 52 | 42 | 53 | 43 | 54 | 44 | 55 | 45 | 45 | 55 | 45 | 45 | 45 |
| | 71 | 61 | 72 | 62 | 73 | 63 | 74 | 64 | 75 | 65 | 65 | 75 | 65 | 65 | 65 |
| | 91 | 81 | 92 | 82 | 93 | 83 | 94 | 84 | 95 | 85 | 85 | 95 | 85 | 85 | 85 |
| | 16 | 06 | 17 | 07 | 18 | 08 | 19 | 09 | 10 | 00 | 00 | 10 | 00 | 00 | 00 |
| | 36 | 26 | 37 | 27 | 38 | 28 | 39 | 29 | 30 | 20 | 20 | 30 | 20 | 20 | 20 |
| 11 | 56 | 46 | 57 | 47 | 58 | 48 | 59 | 49 | 50 | 40 | 40 | 50 | 40 | 40 | 40 |
| | 76 | 66 | 77 | 67 | 78 | 68 | 79 | 69 | 70 | 60 | 60 | 70 | 60 | 60 | 60 |
| | 96 | 86 | 97 | 87 | 98 | 88 | 99 | 89 | 90 | 80 | 80 | 90 | 80 | 80 | 80 |

(e) *How long can I get benefits before I have to renew them?*

- **SNAP/food** – Up to 12 months is typical or 24 months for elderly/disabled households with stable unearned income such as Social Security
- **Medical** – Up to 12 months is typical
- **Cash** – Up to 12 months at a time is typical. Adults age 18 and over can receive TANF benefits for no more than 60 months during their lifetime, unless they qualify for a hardship extension after they reach the limit. A child living with a parent who is ineligible due to the time limit is ineligible for TANF as a child. The 60-month limit does not apply to cases where the children qualify for TANF and the parent is ineligible for a reason other than the 60-month limit, such as receipt of SSI or an unqualified immigrant status. The 60-month limit does not apply to medical or SNAP assistance.
- (f) *Do I have to report changes?* Always report address changes within 10 calendar days for all types of assistance programs.
 - **SNAP/food and Cash** - Changes in household members, monthly household costs, income/job and resources:
Report these types of changes within 10 calendar days from the date the change happened only if:
 1. the change(s) will cause your case to close;
 2. the change(s) will cause your benefits to increase;
 - Other important changes that you need to tell us about:
 - Change of the address where you get your mail. We want to make sure your mail will reach you.
 - Changes to household size (if anyone moves in or out of your home)
 - Change of residency (if you or anyone in your household moves out of New Mexico).
 - Changes to monthly household expenses...
 - Changes to resources (such as bank accounts, property and life insurance).
 - You should report changes at any time during your certification period that might increase the amount of your benefits (like the birth of a child or losing income).
 - **Semi-Annual Reporting:** Most households will be mailed a semi-annual report where all changes must be reported and given to ISD.
 - **Annual Reporting:** Households that get fixed income like Social Security will be mailed an annual report where all changes must be reported and sent to the ISD office.
 - **Regular Reporting:** There are few households that have to report changes as they happen. These households must report all changes within 10 calendar days from the date the change happened.
- **Medical** – For Elderly and Disabled persons, report all changes within 10 calendar days. For families with children and childless adults, you only have to report address changes within 10 calendar days. All other changes will have to be reported the next time you renew your case.

(g) **Will I have to take part in an Employment and Training Program?**

- SNAP/food -
- Some people who get SNAP benefits may be required to participate in a work activity to keep getting SNAP benefits. During your interview, an ISD worker will explain these requirements and what you must do. You will also receive a notice that explains the requirements. Adults subject to these requirements must do one of the following:
 - Meet with the NM Works Program to complete an assessment and plan for participating in the Employment and Training program and then meet all program requirements, and
 - Provide ongoing documentation to ISD that you are completing the activity.
- Not all adults are subject to these requirements. If you have questions or think you have been incorrectly required to participate in a work program, please contact your local ISD office or you may call Customer Service at (800) 843-8303 or request a fair hearing.

When you meet the following situations, you may be excused:

| | | | |
|--|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Caring for an incapacitated person ▪ Student(s) enrolled at least part-time ▪ Residing in a tribe, pueblo and nation with an estimated employment-to-population ratio as a measure for insufficient job availability ▪ Employed at least 30 hrs./wk. or receiving weekly earnings = to the Federal min. wage x 30 hours | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Receiving Unemployment Compensation ▪ Complying with TANFINMW Program ▪ Persons younger than 16 years of age or a person 60 years of age or older ▪ Participating in the ABAWD 20 hour work requirement ▪ A two year average unemployment rate 20% above the national average | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Physically or mentally unfit for employment ▪ Participating in a drug/alcohol treatment program ▪ Natural parent, adopted or step parent or individual residing in a SNAP household that includes a child under age 18, even if the child is not eligible for SNAP benefits ▪ The cost of participating in the E&T program exceeds the out of pocket expenses | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Pregnant Women ▪ Applying for SSI ▪ A parent or other household member responsible for the care of a dependent child under 13 |
|--|---|--|---|

- SNAP/food rules also state that certain able bodied adults who do not have dependents ages 18 to 49, who do not meet the previous situations are limited to 3 months of SNAP benefits unless you work, volunteer, and/or participate in certain employment and training programs. Please contact Customer Service at (800) 843-8303 if you think this applies to you.
- Cash - Yes, all adults getting TANF cash assistance participate in the New Mexico Works Program. You will be contacted by the New Mexico Works (NMW) service provider. When you do not complete or report your work activity, you can lose some and eventually all of your cash assistance. This is called a sanction. The first time, we will want to talk with you to try and correct the sanction before it happens; this is called conciliation. A sanction will reduce your benefits in the following three ways: 1st Sanction - 25% cash reduction; 2nd - 50% cash reduction; and the 3rd - Case Closure. When you meet any of the following situations, you may be able to receive different work activities or less hours if any of the following apply to you:

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Single Parent Caring for a Child under 12 Months Old - 1 lifetime limit ▪ Age 60 or Older ▪ Pregnant in Third Trimester or Six weeks post-partum ▪ Single Parent caring for a Child under 6 years old (no childcare) ▪ Impaired, temporarily or permanently, as determined by IRU | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Temporary Personal Situations - Up to 30 days ▪ Disabled ▪ Caring for a Ill or Incapacitated Household Member ▪ Domestic Violence (Family Violence Option) ▪ Good cause for the need of Limited Work Participation status |
|---|---|

9. Important Information About Your EBT Card

(a) **First EBT Card**

If this is your first SNAP/Food or Cash assistance case with the New Mexico Human Services Department, your EBT card will be mailed to you on the first working day after your application is entered into the ISD computer system by the local ISD office.

You should receive your EBT card within 7 days of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from our EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

Important: If you have an EBT card and you order a new one, your old card will be deactivated. You will have to wait for your new card to arrive in the mail before you can access your benefits. When ordering a new card your PIN number will not change. You can change your PIN when your new card arrives by calling the EBT contractor at 1-800-843-8303.

(b) **I have an EBT Card that I know works.**

If you have received SNAP/Food or Cash Assistance in the past and know that your EBT card works, please let ISD know that you do not need a new card. You will be able to access your benefits once your case is approved.

If you only forgot your PIN number, but your card still works, please call 1-800-843-8303 - 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm, to get a new PIN. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

(c) My EBT Card does not work.

If you have received SNAP/Food or Cash assistance in the past and your EBT card does not work, please call the EBT contractor Service Desk at 1-800-843-8303 or 1-800-283-4465. Your new EBT card will be mailed to you on the first working day after you request one from the EBT contractor Customer Service Desk.

You should receive your EBT card within 7 days of date of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from our EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303 - 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

(d) I lost my card.

If you have received SNAP/Food or Cash assistance in the past and your EBT card does not work, please call the EBT contractor Service Desk at 1-800-843-8303 or 1-800-283-4465. Your new EBT card will be mailed to you on the first working day after you request one from the EBT contractor Customer Service Desk.

You should receive your EBT card within 7 days of date of applying. If 7 days have passed, and you have not received your card, please contact the EBT Help Desk at 1-800-283-4465 so arrangements can be made for you to pick up a card at the local county ISD office.

You must activate your card when you get it. You need to get a Personal Identification Number (PIN) from the EBT contractor. To activate your card and get a PIN, please call 1-800-843-8303 - 24 hours a day or 1-800-283-4465, Monday-Friday, 8:00am to 5:00pm. If you have any questions regarding the EBT card procedure, please call 1-800-283-4465.

10. Penalties for SNAP/Food Assistance Violations

You must not give false information or hide information to get SNAP/food assistance, including EBT cards. You must not trade or sell your EBT card or your PIN. You must not allow a retailer to debit your EBT account in exchange for cash. You must not change EBT cards to get SNAP/food assistance you are not eligible to receive. Do not use, or have in your possession, an EBT card that is not yours and do not let someone else use your card. You must not use your SNAP/food assistance benefits to buy non-food items, such as alcohol, tobacco or paper products. You must not use someone else's EBT card for your household. You must not use your SNAP/food assistance benefits to pay credit accounts.

Anyone intentionally breaking any of these rules could be barred from receiving SNAP/food assistance for 12 months (1st violation); barred for 24 months (2nd violation); barred permanently (3rd violation); subject to \$250,000 fine, imprisoned up to 20 years, or both; suspended for an additional 18 months. Anyone intentionally breaking these rules could also be prosecuted under other federal and state laws containing criminal penalties.

Anyone who intentionally gives false information or hides information about identity or residence to get SNAP/food assistance in more than one household at the same time could be barred for 10 years.

Anyone convicted of trading food stamps for a controlled substance could be barred from receiving SNAP/food assistance for 24 months (1st violation) and barred permanently (2nd violation).

Anyone convicted for trading SNAP/food for firearms, ammunition, or explosives could be barred permanently (1st violation). Anyone convicted for trading or selling SNAP/food assistance of \$500 or more and anyone convicted of a drug-related felony will be barred permanently.

11. Fair Hearing Rights

Your Right to a Hearing - You can ask for a hearing if you do not agree with a decision HSD has made regarding your application/benefits. A hearing will give you a chance to explain why you do not agree. Any time you disagree with a decision taken on your case, you have the right to request a fair hearing with an official who is required by law to review the facts of every case in a fair and objective manner and give you a chance to explain why you do not agree.

In what situations can you ask for a fair hearing?

- You apply for benefits and are denied, or
- You disagree with a decision on your case, or
- You believe your benefits were not calculated correctly, or
- A change was made that you do not agree with.

By when must you ask for a fair hearing?

You have 90 days from the date of notice to ask for a hearing. If you ask for a hearing within 13 days from the date of this notice, you will continue to get the same amount of benefits you received before we took the action in this notice. You will continue to get these benefits until the Department decides your case, unless another change is made to your case. Changes in benefits may be made after you have asked for a hearing if the reason for the change is not the same as the reason for the hearing. If you lose the hearing, you may have to pay back any

benefits you received while the Department decided your case. You do not have a right to a fair hearing if the Department's decision which you are challenging was the result of a Federal or State mass change. (Revised 7/15/14)

How do you request a fair hearing?

- Complete and return the bottom of a notice, or
- Write or call your local HSD office, or Customer Service Center at 1-800-283-4465
- Write the Department's Fair Hearing's Bureau at HSD, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, or by calling 505-476-6213.
- If you disagree with the Federal Marketplace decision - If you believe the Marketplace has made a mistake about your eligibility, you may appeal the action by contacting the New Mexico Health Insurance Exchange at 1-800-318-2596 and properly inform it that you believe their action should be reviewed. You may authorize someone else to represent you in the appeals process.
- After you ask for a hearing, the Department or Marketplace will send you a letter telling you the date, time and place where your hearing will be held. The hearing is usually at the HSD county office. The hearing will be conducted by a hearing officer from the HSD Fair Hearings Bureau or the Marketplace. Prior to the hearing, you or your representative can look at your case record and any proof we will be using to decide your case. You will tell why you believe HSD's or Marketplace action was wrong. You may bring witnesses and present proof. You may question the county office or the Marketplace about the action taken and proof presented. You may represent yourself. You may be represented by a friend, household member or an attorney. For information on where you can get free legal help, call 1-800-340-9771 (in English and Spanish). After the hearing, the hearing officer will make a report. The HSD Division Director or Marketplace Executive Director will decide whether the Department's action was right or wrong. After the Director has decided your case, you will be sent a letter telling you of the decision and why the decision was made. (Revised 07/15/14)

Employer Coverage Form

Applying for help with health insurance costs from the NM Health Insurance marketplace? If yes, please complete this form.

Failure to complete this form will not delay your application for other benefits like food assistance, cash assistance or Medicaid.

The New Mexico Health Insurance Marketplace application asks questions about any health coverage available through a current job (even if it's from another person's job, like a parent or spouse) to figure out if you might be able to get help paying for health insurance. Use this form to get the information you need from the employer who offers health coverage. We'll verify this information, so it's important to be accurate. If you have more than one job that offers health coverage, use a separate form for each employer.

Employee Information

The employee needs to fill out this section. Write down the employee's information then you may request the information below from the employer. Use this completed form when you fill out a NM Health Insurance Marketplace application.

Employee Name (First, Middle, Last) _____

Social Security Number _____

Employer Information: Ask the employer for this information

Employer name _____

Employer Identification Number (EIN) _____

Employer Address _____

Employer Phone Number
() - _____

City _____

State _____ Zip code _____

Who can we contact about employee health coverage at this job?

Name: _____ Phone: _____ Email: _____

Tell us about the health plan offered by this employer.

This employee isn't eligible for coverage under this employer's plan.

The employee is eligible for coverage under this employer's plan on _____ (Start Date).

What's the name of the lowest cost self-only health plan this employee could enroll in at this job? (Only consider plans that meet the "minimum value standard" set by the Affordable Care Act.) Name: _____

No plans meet the "minimum value standard"

How much would the employee have to pay in premiums for that plan?

\$ _____ How Often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Yearly Other _____

THIS PAGE IS LEFT INTENTIONALLY BLANK

| | | | | |
|--|---|--|---|----------------------------|
| Protected: See Privacy Notice* | | | | |
| PERSONAL INFORMATION | | | | |
| 1 | NAME: Last | First | Middle Name or Initial | Gender |
| | Birth Date | | Social Security Number | |
| PHYSICAL STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW | | | | |
| 2 | Street Address | | Apartment, Unit, or Lot # | City |
| | Zip | | | |
| ADDRESS WHERE YOU GET YOUR MAIL (If different from above) | | | | |
| 3 | Mailing Address | | City | Zip |
| 4 | If you are changing your name on this application, under what full name were you previously registered? Last, First, Middle | | 5 | E-Mail Address (*optional) |
| POLITICAL PARTY | | DAYTIME TELEPHONE NUMBER (optional) | | POLL WORKER |
| 6 | NOTE: You must name a major political party to vote in primary elections. ▶▶▶▶ | Party | If you choose NO PARTY, check this box. <input type="checkbox"/> | 7 |
| | May the County Clerk make this telephone number public for election purposes? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | Would you like to serve as an election day precinct worker? <input type="checkbox"/> YES | |
| 8 | I hereby authorize you to cancel my previous registration in the following county and state | | City or Township | County |
| | State | | | |
| Please answer the following questions: | | | ATTESTATION OF QUALIFICATION | |
| 9 | Are you a citizen of the United States? Will you be 18 years of age on or before the next general election? If you checked "NO" to any of the questions above, do not complete this form. If you have been convicted of a felony and are currently on parole or supervised probation do not complete this form. | | I swear/affirm that I am a citizen of the United States and a resident of the state of New Mexico; that I have not been denied the right to vote by a court of law by reason of mental incapacity; that I am, or will be at the time of next election, 18 years of age; and, if I have been convicted of a felony, I have completed all conditions of parole and supervised probation, served the entirety of a sentence or have been granted a pardon by the governor. I further swear/affirm that I am authorizing cancellation of any prior registration to vote in the jurisdiction of my prior residence; and that all information I have provided is correct. | |
| | <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO | | → SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW: <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%; margin-top: 5px;"></div> | |
| 10 | Name of agent who assisted you in filling out this form: | VRA ID # | | |
| DO NOT WRITE IN SHADED AREAS - FOR OFFICIAL USE ONLY | | | | |
| Accepted for filing in County Registration Records | | | PCT. | MUN. |
| Date _____ County Clerk _____ Filing Clerk _____ | | | PAC DIST. | REP DIST. |
| | | | SEN DIST. | SCHOOL |
| | | | C.C. | |

SP&G-1 (2015)

IN ORDER TO PROCESS YOUR CERTIFICATE OF REGISTRATION YOU MUST COMPLETE THIS APPLICATION.
YOU WILL RECEIVE CONFIRMATION BY MAIL OF YOUR REGISTRATION FROM THE COUNTY CLERK.

* PRIVACY NOTICE

Your Social Security number and date of birth are required to register to vote. Pursuant to New Mexico law, the secretary of state, county clerk or any other registration official agent may not release to the public a voter's social security number or date of birth. A person who unlawfully copies, conveys, or uses information from a certificate of registration is guilty of a fourth degree felony. See NMSA, 1978 § 1-4-5 and NMSA, 1978, 1-4-5.4.

Per NMSA 1978 § 1-5-14(D) voter files provided to the public shall not include email address.

USE THIS AREA ONLY IF YOU LIVE AT A RESIDENCE WITH NO PHYSICAL ADDRESS

If the address where you live ("Physical Address") is one of the following:

- a rural address
- a non-street address
- a non-traditional place

In the space provided to the right, you must draw a map of where you live in relation to local landmarks, such as roads, schools, churches, stores, etc. This will help your county clerk to determine your correct voting precinct.

Also, in the space below "RURAL ADDRESS DESCRIPTION", please describe the following:

1. the actual number of the state or county road on which your residence is located, and on which side of the road it sits (east, west, north, south);
2. the number of the nearest state roads that cross your road (in both directions from either side of your home), or the names of the identifiable landmarks;
3. the distance and direction you would travel from home to reach these roads;
4. the distance you would travel to reach your home if you live on a private road that is an extension of a public road (please note at which end of the public road your road begins east, west, north or south).
 EXAMPLE RD 678, north side, 1 mile east of RD 615
 -OR-
 RD 73, west side, 1 mile north of Smith's store and 4 miles south of RD 698
5. any county issued rural address assigned to your physical residence where you live now.
 EXAMPLE 3251 CR W Grady, NM 88120
 This address may also be used in Block 2 "PHYSICAL ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW" on the reverse of this form.

MAP

N

W + E

S

RURAL ADDRESS DESCRIPTION

ALL VOTER REGISTRATION FORMS MUST INCLUDE A MAILING ADDRESS IN BOX 2 OR BOX 3 ON THE REVERSE OF THIS FORM.

Hoja informativa para solicitud de asistencia



Beneficios del Departamento de Servicios Humanos:

Medicaid: Proporciona atención médica para personas y familias de bajos ingresos y recursos. Según los ingresos y los recursos de la familia, los miembros de la familia pueden ser elegibles para cobertura de Medicaid completa o limitada. Para solicitarla, llame al 1-855-637-6574.

Programa de Ahorros de Medicare: Beneficios que brindan ayuda para pagar sus primas de Medicare Parte A (seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (seguro de salud) y los deducibles de Medicare.

Programa de ayuda de nutrición suplemental (SNAP): Ayuda a muchos hogares de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables y ser miembros productivos de la sociedad.

Asistencia en efectivo: Proporciona asistencia en efectivo para familias, niños dependientes que lo necesitan y adultos discapacitados.

Programa de asistencia de energía para personas de bajos ingresos (LIHEAP): Brinda asistencia a familias y personas de bajos ingresos elegibles con sus costos de calefacción y refrigeración.

Solicite los beneficios antes mencionados en línea en:

www.yes.state.nm.us

O

Envíe su solicitud firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD) o por correo a:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
o por fax al 1-855-804-8960

Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX)

- El NMHIX es una manera de comprar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no sean elegibles para Medicaid.
- Podría calificar para un programa que puede ayudarlo a pagar por el seguro de salud incluso si gana tanto como \$94.000 al año (para una familia de 4).
- Pueden estar disponibles subsidios impositivos que pueden ayudarlo de inmediato a pagar sus primas para la cobertura médica.

Para solicitar el seguro de salud en línea a través del NMHIX, puede ingresar en:

www.bewellnm.com

O

Llame al 1-855-99NMHIX (996-6449)
TTY: 1-855-889-4325

Programas de asistencia

Según los ingresos y los recursos de la familia, los miembros de la familia pueden ser elegibles para cobertura de Medicaid completa o limitada. A continuación se indican los tipos de Medicaid para los cuales podría ser elegible un miembro de la familia:

MEDICAID

(Si usted o su hogar no califican para Medicaid, su solicitud será derivada automáticamente al Mercado de seguros de salud en el cual usted o su hogar podrían ser elegibles para otros programas de seguros de salud asequibles.)

Complete las secciones 1 a 9 y 16

- Recién nacidos
- Niños hasta 18 años de edad
- Padre/madre/cuidador(es)
- Mujeres embarazadas
- Adultos de bajos ingresos
- Servicios médicos de emergencia para extranjeros

Complete las secciones 1 a 9, 12 a 13 y 16

- Ancianos, personas ciegas y discapacitadas
- Persona discapacitada que trabaja
- Atención institucional
- Exención a servicios basados en el hogar y la comunidad

MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NM

El NMHIX es una manera de comprar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no sean elegibles para Medicaid. Si no es elegible para Medicaid, usted o los miembros de su familia pueden ser elegibles para recibir un subsidio impositivo que puede ayudar inmediatamente a pagar las primas del seguro de salud. Si usted o los miembros de su familia no son elegibles para Medicaid, su solicitud será enviada automáticamente al NMHIX donde usted o los miembros de su familia pueden ser elegibles para otros programas de seguros de salud asequibles.

PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE

Beneficios de Medicaid que brindan ayuda para pagar sus primas de Medicare Parte A (seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (seguro de salud) y los deducibles de Medicare.

Complete las secciones 1 a 9, 12 a 13 y 16

PROGRAMA DE AYUDA DE NUTRICIÓN SUPLEMENTAL (SNAP)

El Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP) ayuda a muchos hogares de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables y ser miembros productivos de la sociedad. Los beneficios del SNAP son fáciles de usar cuando compra alimentos en su tienda de comestibles.

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 11 a 13, 15 y 16 para que la ISD pueda determinar los beneficios más rápido.

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) proporciona asistencia en efectivo a las familias que califican.

ASISTENCIA EN EFECTIVO

Asistencia general puede proporcionar asistencia en efectivo para niños dependientes que lo necesitan y adultos discapacitados que no sean elegibles para recibir asistencia en virtud de un programa de asistencia en efectivo apareado federalmente, como ser New Mexico Works (NMW) o el programa federal de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 10 a 13, 15 y 16

Programa de asistencia de energía para familias de bajos ingresos (LIHEAP)

El programa de asistencia de energía para familias de bajos ingresos (LIHEAP) brinda asistencia a familias y personas de bajos ingresos elegibles con sus costos de calefacción y refrigeración.

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 14 y 16

Tiene derecho a presentar su solicitud hoy; no se retrase.

Los beneficios del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP) o de ALIMENTOS comienzan a partir de la fecha en que los solicita. Los adultos que no solicitan beneficios pueden presentar una solicitud para otros miembros de la familia.

Para comenzar el proceso, basta con que complete la sección 1 y firme; la ISD le recomienda rellenar una aplicación completa para la determinación más rápida de los beneficios. Puede traer la solicitud a la ISD personalmente, enviarla por correo o por fax al (1-855-804-8960).

Revise los programas que desea solicitar SNAP/alimentos Asistencia médica Dinero en efectivo LIHEAP

Cuéntenos si necesita ¿Ayuda para llenar la solicitud? ¿Ayuda gratuita con el idioma? Transporte Adaptaciones por incapacidad Idioma preferido _____

▶ ¿Prefiere una entrevista telefónica? Cuéntenos el porqué, por favor marque una: Soy discapacitado. Enfermedad

Mayor de 60 Trabaja 20 o más horas por semana Cuida a un niño menor de 6 años Cuida a otras personas

Vive muy lejos de la oficina No tiene transporte Mal clima Otro: _____

1. Cuéntenos acerca de usted: Si necesita ayuda para completar esta solicitud o para conseguir la información necesaria, comuníquese con su oficina local de la ISD. Si está solicitando beneficios en nombre de otra persona, complete esta sección para esa persona.

| | | | | |
|---|--------------------------------|---------|---|---------------|
| Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido | Fecha de nacimiento (opcional) | | Mejor horario para comunicarnos con usted | |
| Domicilio | Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico | Número de teléfono | | Número alternativo (opcional) | |

Si su dirección postal es diferente, complete a continuación. De no ser así, deje en blanco.

| | | | |
|---|--|---|---------------|
| Domicilio o apartado postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| ¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | |
| ¿Desea recibir información electrónicamente? De ser SÍ, complete arriba su dirección de correo electrónico más actualizada. | <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | | |

Pruebas aceleradas para el SNAP (únicamente SNAP) Complete esto si está solicitando el SNAP para ver si puede obtener más rápido los beneficios del SNAP. Esto se denomina servicio acelerado. Si es elegible para el SNAP acelerado, debe obtenerlo en 7 días. Si se le niega el servicio acelerado, tiene derecho a una conferencia informal que se celebrará dentro de las 48 horas de su negativa. Solicite hablar con un supervisor si tiene preguntas.

1. ¿Su ingreso mensual será MENOR de \$150 y el dinero en el banco o en efectivo será MENOR de \$100? SÍ NO
2. ¿Sus costos mensuales del hogar y los servicios públicos serán MAYORES que su ingreso, dinero en efectivo y dinero en el banco? SÍ NO
3. ¿Es usted parte de una familia de trabajadores agrícolas de temporada o de inmigrantes de muy bajos recursos? SÍ NO

▶ **Firme aquí X** _____ **Fecha de hoy** _____
Su firma confirma toda la información de la sección 16 de esta solicitud.

2. Persona que lo representará (representante autorizado o tutor) El representante autorizado puede ser una persona que lo ayudo a solicitar y a renovar los beneficios o puede ser otra persona. Si desea tener un representante autorizado, nos debe indicar por escrito quién es esa persona.

Usted desea que esta persona: ¿Solicite los beneficios en nombre suyo? ¿Use sus beneficios? (únicamente para beneficios del SNAP y de dinero en efectivo)

Nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) Dirección postal

Número de teléfono preferido / TDD

3. Cuéntenos acerca de las personas que viven con usted:

Enumere a todas las personas que viven en su hogar, incluso si no desea solicitar beneficios para ellos. Solo debe brindarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia para quienes está solicitando asistencia. El SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No es necesario que sea ciudadano estadounidense o que declare impuestos a las ganancias para solicitar los beneficios. Recibir beneficios del SNAP o de alimentos, de energía o de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su estado migratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos y de los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad de la familia para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social; consulte en la ISD. La información racial y étnica sobre las familias solicitantes es voluntaria; no afectará la elegibilidad o el monto de los beneficios que recibirá su familia. Se urge a los Nativos Americanos a identificarse debido a que ellos tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. El motivo por el que pedimos a todos información racial y étnica es para asegurarnos de que se distribuyan los beneficios independientemente de la raza, el color o la nacionalidad de origen. Si necesita más espacio, use otra hoja. Si necesita, use una hoja adicional para los miembros adicionales del hogar que no entren en esta página.

Indique los nombres y la información de usted y de las personas que viven con usted. Si solicita asistencia médica, incluya a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos a las ganancias federales:

Esta sección solo se requiere para cada persona que solicita asistencia.

| Nombre (Primero y apellido) | Relación | ¿Solicita beneficios? S/No | Género M/F | Fecha de nacimiento | Etnicidad: Hispano S/N (Opcional) | Raza: 1-6 (ver a continuación) (Opcional) | Afiliación tribal | Número de Seguro Social (SSN) - requerido solo si tiene uno (opcional para quienes no solicitan) | Estado migratorio de ciudadanía 1 a 22 (ver a continuación) |
|-----------------------------|-------------|----------------------------|------------|---------------------|-----------------------------------|---|-------------------|--|---|
| | (Uno mismo) | | | | | | | | |
| 1. | | | | | | | | | |
| 2. | | | | | | | | | |
| 3. | | | | | | | | | |
| 4. | | | | | | | | | |
| 5. | | | | | | | | | |
| 6. | | | | | | | | | |
| 7. | | | | | | | | | |
| 8. | | | | | | | | | |

Raza: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y escriba los números más arriba.

- 3 - Negro o afroamericano
- 4 - Nativo de Hawaii o de otra isla del Pacífico
- 5 - Blanco
- 6 - Otro

Ciudadanía/Estado migratorio: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado migratorio y escriba los números más arriba.

| | | | | | |
|-----------------------------------|--|---|---|---|--|
| 1 - Ciudadano estadounidense | 2 - Residente legal permanente (LPR) | 3 - Residente legal temporal (LTR) | 4 - Asilado | 5 - Refugiado | 6 - Inmigrante cubano/haitiano |
| 7 - Refugiado político en EE. UU. | 8 - Inmigrante condicional aceptado antes de 1980 | 9 - Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado | 10 - Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre | 11 - Persona con estado no de inmigrante (incluye a las islas Marshall y Palau) | 12 - Solicitante o beneficiario de estado protegido temporal |
| 13 - Partida obligatoria diferida | 14 - Estado de acción diferida | 15 - Beneficiario de retención de deportación o retención de remoción | 16 - Solicitante de retención de deportación o retención de remoción | 17 - Solicitante de estado de inmigrante especial con petición de visa aprobada | 18 - Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada |
| 19 - Solicitante de asilo (EAD) | 20 - Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD) | 21 - Orden de supervisión (con EAD) | 22 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD) | 23 - Otro/no está seguro | |

4. Información impositiva (Complete esta sección si solicita asistencia médica/Medicaid) El solicitante igualmente puede obtener Medicaid aunque no declare impuestos federales.

Proporcione la siguiente información sobre todos los miembros de la familia que solicitan asistencia médica, incluso si la persona que paga impuestos o dependiente en la declaración de impuestos no está en su casa. No es necesario que sea declare ingresos federales para solicitar.

| A Nombre | B ¿Esta persona tiene pensado declarar impuestos a las ganancias federales el año próximo? | C ¿Esta persona hará la declaración conjunta con su cónyuge/pareja? | D ¿Esta persona tiene dependientes en la declaración de impuestos? | E ¿Esta persona está declarada como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? | F ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante de impuestos? |
|-------------|---|---|---|--|---|
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique los nombres de los dependientes: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos: | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique los nombres de los dependientes: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos: | |
| | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre del cónyuge o la pareja: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique los nombres de los dependientes: | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó sí, indique el nombre de quien declara impuestos: | |

5. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que indicó en la sección 3.

Para los miembros de la familia que solicitan beneficios y no son ciudadanos estadounidenses, proporcione la información que aparece en sus documentos migratorios. Esto se usará para ver quién puede obtener beneficios. Si no conoce la información que sigue, muestre su documento de inmigración a la ISD. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

| Nombre | Tipo de documento de inmigración | Número de registro de extranjeros o I-84 | Número de tarjeta o pasaporte | ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional) | Otro (Código de categoría o país emisor) | ¿Vive en EE. UU. desde 1996? | ¿Esta persona es cónyuge o padre/madre de un veterano o de un miembro activo del ejército de EE. UU.? |
|--------|----------------------------------|--|-------------------------------|---|--|---|---|
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

| | | | |
|--|---|---|--|
| ¿Alguno de los solicitantes está recibiendo beneficios en otro estado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | ¿De qué estado? |
| ¿Algún miembro de la familia tiene 21 años o menos y es estudiante de tiempo completo? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | |
| ¿Hay algún miembro de la familia que esté en prisión (detenido o encarcelado)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? Fecha de entrada en prisión: | ¿En qué establecimiento? Fecha de liberación de prisión |
| ¿Alguno de los solicitantes en el hogar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | |
| ¿Algún solicitante alguna vez estuvo en un hogar sustituto? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | |
| ¿Algún solicitante es discapacitado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | |
| ¿Alguno de los solicitantes se encuentra actualmente o está ingresando a una residencia de atención residencial, hospital o establecimiento de tratamiento? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? | |
| ¿Qué tipo de establecimiento? | | | |
| <input type="checkbox"/> Residencia de atención residencial o establecimiento de enfermería | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Establecimiento de atención intermedia para personas con retardo mental (ICFMR) | <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Otro, ¿dónde? _____ |
| ¿Alguna solicitante está embarazada? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | De ser Sí, ¿quién? Fechas estimadas de parto (si se conocen): Número de bebés que se esperan de este embarazo (si se conoce): | |
| ¿Alguno de los solicitantes recibió una carta de Libertad de elección primaria para recibir una exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Si contestó Sí, ¿quién? | |

6. Cuéntenos sobre sus ingresos por trabajo. Informe sus ingresos totales antes de los impuestos. **Nota:** Si está solicitando asistencia médica y algún empleador le ofrece seguro de salud, complete el formulario de Cobertura del empleador que se adjunta a esta solicitud. Si no completa este formulario, no se demorará su solicitud de asistencia.

¿Usted o alguna persona que vive con usted recibió o espera recibir ingresos por trabajo este mes? Sí No No sabe

De ser sí, complete el cuadro a continuación.

| Persona con ingreso | Número de horas promedio trabajadas por semana: | ¿De dónde proviene el ingreso? (Empleo, trabajo independiente, trabajos esporádicos, etc.) | ¿Con qué frecuencia recibe ingresos esta persona? (Anual, mensual, quincenal, semanal, etc.) | ¿Cuánto recibe esta persona? | ¿Esta persona tiene un empleador que ofrece seguro de salud? Si contestó sí, complete el formulario de Cobertura del empleador para averiguar si puede obtener seguro de salud a través del Intercambio de Seguro de Salud de Nuevo México en caso de que se determine que no es elegible para Medicaid. No es necesario que complete ese formulario para Medicaid. |
|---------------------|---|---|---|------------------------------|--|
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | | | | \$ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

¿Tiene alguna de las siguientes deducciones de sus ingresos? (Únicamente para Medicaid)

| | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Pago de pensión alimenticia ¿Quién? _____ Monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil ¿Quién? _____ Monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otro tipo ¿Quién? _____ Monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ | <input type="checkbox"/> Otro tipo ¿Quién? _____ Monto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ |
|--|--|--|--|

Cuéntenos sobre sus otros ingresos:

Ejemplos de ingresos no por trabajo/otros ingresos incluyen, entre otras cosas: desempleo, Seguro Social, pensiones, retiro, ingreso por alquileres, ganancias de capital, regalías, regalos económicos y ganancias/premios por apuestas.

| Persona con ingreso | ¿De dónde proviene el ingreso no salarial? | ¿Cuál es la frecuencia con que los recibe? (Anual, mensual, quincenal, semanal, etc.) | ¿Cuánto reciben? |
|---------------------|--|--|------------------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

7. ¿Habrá cambios en el ingreso?

¿Usted o alguien que vive con usted tiene ingresos que cambian de un mes a otro?

Sí No No sabe

Los ejemplos incluyen: Pérdida del empleo, reducción de horas, cambio en el empleo, cambio del pago y/o trabajar solo algunos meses en todo el año.

Si contestó sí, complete la información a continuación.

| Persona con cambios en los ingresos | ¿Qué ingresos cambian? | ¿Cuándo y por qué cambian? | Total de ingresos de este año | Total de ingresos esperado para el año próximo |
|-------------------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |

8. Información de atención médica (únicamente si está solicitando Medicaid o el mercado de seguros de salud)

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

Sí No

Si contestó sí, complete el cuadro a continuación. Es posible que podamos ayudar a pagar estas facturas..

| Nombre en la cuenta | Meses de las cuentas |
|---------------------|----------------------|
| | |
| | |

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

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

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 a 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 estadounidenses

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

Soy indígena estadounidense SÍ NO

Si contestó sí, complete la sección para indígenas estadounidenses o nativos de Alaska en la página que sigue.

Si contestó sí, indique si desea inscribirse en una Organización de Administración de Servicios de Salud (MCO): SÍ NO

Si desea inscribirse en una MCO, seleccione una a continuación.

Blue Cross Community Centennial

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

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de esta familia que se indiquen aquí deben inscribirse en esta MCO:

Presbyterian Health Care

(888) 977-2333 www.phs.org

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de esta familia que se indiquen aquí deben inscribirse en esta MCO:

Molina Healthcare de Nuevo México

(800) 580-2811 www.molinahealthcare.com

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

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

Plan Comunitario de United Healthcare

(877) 236-0826 www.uhccommunityplan.com

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

Solo los beneficiarios de Medicaid de esta familia que se indiquen aquí deben inscribirse en esta MCO:

Indígena americano o nativo de Alaska

Los indígenas estadounidenses y los nativos de Alaska que se inscriban en Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros de Salud también pueden obtener servicios del Servicio de Salud para Indígenas Estadounidenses, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas que viven en ciudades. Si usted o los miembros de su familia son indígenas americanos o nativos de Alaska, podría no tener que pagar el costo compartido y podría obtener períodos de inscripción mensual especiales. Le estamos solicitando que conteste las siguientes preguntas para asegurarnos de que usted y su familia obtengan la mayor ayuda posible. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

¿Alguno de los solicitantes es miembro de una tribu reconocida federalmente? Para garantizar que no sea inscripto automáticamente en una MCO, proporcione su afiliación tribal.

SÍ NO

De ser sí, ¿quién? _____ ¿Qué tribu?

¿Alguno de los solicitantes recibe alguna vez servicios del Servicio de salud para indígenas americanos, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?

SÍ NO

De ser sí, ¿quién? _____

De ser no, ¿esta persona es elegible para recibir los servicios del Servicio de salud para indígenas americanos, un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?

¿Alguno de los solicitantes recibe pagos per cápita de una tribu que provenga de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías?

SÍ NO

De ser sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierra designada como parte del fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las ex-reservas)?

SÍ NO

De ser sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo dinero de la venta de objetos con valor cultural?

SÍ No

De ser sí, ¿quién? _____ ¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____



Si usted no está solicitando los programas a continuación, complete la sección 16 y presente su solicitud. Si está solicitando los programas de asistencia a continuación, complete únicamente las secciones requeridas.

| | |
|---|--|
| Sección: 12, 13 y 16 | Sección: 10 hasta la 16 |
| <ul style="list-style-type: none"> • RESIDENCIA DE ATENCIÓN RESIDENCIAL • PROGRAMA DE AHORROS DE MEDICARE • SERVICIOS DE EXENCIÓN • PERSONA DISCAPACITADA QUE TRABAJA | <ul style="list-style-type: none"> • SNAP • ASISTENCIA EN EFECTIVO • LIHEAP |

10. Padres que no viven con sus hijos (Asistencia en Efectivo únicamente)

Al aceptar dinero en efectivo y asistencia médica para sus hijos, usted asigna (otorga) al HSD los derechos para cobrar el sostenimiento de niños y médica de un padre/madre ausente. Indique toda la información del padre/madre del hijo que no esté viviendo con usted:

Si usted cree que cooperar para cobrar la manutención perjudicará a usted o a sus hijos, quizás no deba cooperar. ¿Alguno de los solicitantes es víctima de violencia familiar? Sí No

| Nombre del menor | Información del padre ausente | |
|------------------|-------------------------------|---------------------------|
| | Nombre | Fecha de nacimiento |
| | | Última dirección conocida |
| | | |
| | | |

11. Asistencia a la escuela Indique toda la información de estudiante para cada uno de los miembros del hogar.

| Nombre del estudiante | Nombre de la escuela | Fecha de graduación | Grado |
|-----------------------|----------------------|---------------------|--|
| | | | <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Institución terciaria |
| | | | <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Institución terciaria |
| | | | <input type="checkbox"/> K-12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Institución terciaria |

12. Cosas que posee (recursos o bienes)

Hay ciertos recursos o bienes como cuentas bancarias que podrían contar para su elegibilidad dependiendo del programa que esté solicitando. Algunos recursos o bienes podrían no contar, como la casa y el lote donde vive y los recursos de las personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Ejemplos de las cosas que posee incluyen, pero no se limitan a: Efectivo en mano, cuenta corriente, caja de ahorro, fideicomisos, CD (Certificado de Depósito), regalías, seguro de vida o funerario, acciones o bonos, cuenta de retiro, ganado, viviendas/tierras (sin ocupadas), o vehículos recreativos.

A. Describa todas las opciones arriba indicadas que sean propiedad suya y de todas las personas que viven con usted:

| Recurso o activo | ¿Quién es el propietario? | Valor en \$ | Banco o nombre de la compañía, si corresponde. |
|------------------|---------------------------|-------------|--|
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |
| | | \$ | |

B. ¿Usted o alguna persona que vive con usted ha transferido algo de valor en los últimos 5 años (60 meses)? (Únicamente para Medicaid) Sí No

| Opción transferida | ¿A quién fue transferida? | Valor en \$ | ¿Cuál es la fecha de transferencia? |
|--------------------|---------------------------|-------------|-------------------------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

13. Gastos mensuales: Para obtener los mayores beneficios para los que es elegible, indique todos sus gastos de boisillo MENSUALES. No incluya el monto pagado por CYFD, HUD u otras entidades o personas.
 Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos. La omisión de informar o verificar alguno de los gastos antes indicados se considerará una declaración de su familia de que no desea recibir una deducción por el gasto no informado.

| | | | |
|---|---|---|----|
| Cuidado de niños o cuidado de adulto dependiente ▶ | \$ | Millaje por el viaje ida y vuelta para cuidado de dependiente ▶ | \$ |
| ¿Quién o qué agencia está recibiendo el pago por los gastos de cuidado de niños? | | | |
| Gastos médicos para solicitantes que sean personas mayores/discapacitadas: Incluye primas de Medicare ▶ | \$ | ¿ Tiene sostenimiento de niños por fallo judicial? ▶ | \$ |
| Hipoteca ▶ | \$ | Seguro del hogar no incluido en la hipoteca ▶ | \$ |
| Impuestos a la propiedad no incluidos en la hipoteca ▶ | \$ | Alquiler ▶ | \$ |
| Marque cualquiera de las casillas que mejor describa su tipo de alquiler | <input type="checkbox"/> Sin hogar <input type="checkbox"/> Vivienda pública <input type="checkbox"/> El alquiler incluye servicios públicos <input type="checkbox"/> El alquiler no incluye servicios públicos | | |
| Calefacción y aire acondicionado ▶ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Lifeline/Link-Up: Podría ser elegible para descuentos en el servicio mensual de telefonía y la instalación inicial del teléfono o los cargos de activación. Comuníquese con su proveedor de telefonía para más información: | |
| Agua, Alcantarillas y Residuos ▶ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | |
| Teléfono ▶ | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | Nombre de la empresa de telefonía: | |

14. Complete esta sección si está solicitando LIHEAP:

A. Información sobre LIHEAP

Para qué necesita LIHEAP: Calefacción o Refrigeración

¿ Tiene una emergencia de energía? Si No

Si contestó Sí, marque todos los puntos indicados a continuación que se apliquen a usted hoy.

- Calefactor/caldera/sistema de calefacción que no funciona
- No tiene combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Le queda menos del 10 % de combustible (propano, madera, granulado, carbón, aceite)
- Necesita un depósito para servicios públicos/combustible
- Lo desconectaron; el proveedor de combustible YA le cortó el servicio
- Aviso de desconexión; el proveedor de combustible NO le cortó el servicio, pero le advirtió que lo hará si no se toman medidas.

Elija el tipo de asistencia de LIHEAP que desea;
 seleccione uno:

Electricidad Propano Madera Gas natural Granulado Carbón Queroseno

¿ Esta cuenta de energía se incluirá en su alquiler? Si No

¿ Recibe asistencia subsidiada para esta cuenta de energía? Si No

¿ Es un medidor compartido? Si No

¿ Se usa para un negocio? Si No

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____

Número de cuenta: _____

Nombre en la cuenta: _____

Sí No Si contesta No, indique por qué: Es una persona sin hogar Vive en una zona rural No hay servicios públicos disponibles

B. ▼ Proporcione la información sobre el uso de energía de su casa ▼

¿Cuál es su fuente de calefacción primaria?
 Seleccione una opción: Igual que antes en la sección 14A (vaya directamente a la sección 14C) Electricidad Propano Madera Gas natural
 Granulados Carbón Queroseno

¿Es un medidor compartido? Sí No Se usa para un negocio? Sí No

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____
 Número de cuenta: _____
 Nombre en la cuenta: _____

C.

¿Tiene una cuenta para el servicio de electricidad? Sí No – Si contestó sí, complete la sección a continuación.
 Si la fuente de calefacción en la sección B es electricidad o si seleccionó No antes, NO complete la sección a continuación.

¿Es un medidor compartido? Sí No Se usa para un negocio? Sí No

Nombre de la empresa de servicios públicos: _____
 Número de cuenta: _____
 Nombre en la cuenta: _____

15. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que indicó en la sección 3 que solicitan beneficios.

| | | | | | |
|---|---|---|---|--|---|
| ¿Compran y preparan comidas juntos? Si contestó no, ¿quién lo hace por separado? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Fue descalificado de un programa de asistencia? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Trabajador(es) en huelga o cierre patronal? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Delincuente(s) prófugo(s)? De ser sí, ¿quién? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Renunció voluntariamente al empleo(s) en los últimos 60 días? De ser sí, ¿quién? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Está en libertad condicional o bajo palabra? De ser sí, ¿quién? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Está viviendo en una reserva indígena americana? ¿Cuál es el nombre de la reserva? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Recibe ayuda del Programa de Distribución de Alimentos sobre Reservas Indígenas (FDPIR)? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Recibe TANF Tribal o asistencia general? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Usted o algún miembro de su hogar fue condenado por recibir beneficios del SNAP por duplicado? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Usted o algún miembro de su hogar fue condenado por vender beneficios del SNAP a cambio de armas, municiones o explosivos? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Alguno es veterano? De ser sí, ¿quién? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Alguno paga alojamiento y comida? De ser sí, ¿quién? _____ | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | | | |

16. Su firma (su representante autorizado también puede firmar aquí)

Su firma válida esta solicitud, la cual no puede procesarse a menos que esté firmada. Su firma también indica lo siguiente:

- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales y he proporcionado información verdadera, correcta y completa al HSD.
- La fecha de presentación es diferente si el hogar está en una institución y está solicitando SNAP y SSI al mismo tiempo. La fecha de presentación será la fecha de alta de la institución.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años por quienes presento las solicitudes.
- Proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HSD y permitiré que el HSD se contacte con otras personas y compañías para obtener pruebas.
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios para los que soy elegible.
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD.
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras u otros medios para revisar la información en este formulario.
- Sé que el HSD revisará el estado migratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado migratorio de cualquier miembro del hogar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (INS) y esto podría afectar la elegibilidad del hogar y el nivel de beneficios.
- Comprendo que debo cooperar con el control de calidad (QC). QC es parte del HSD. QC revisa los casos para asegurarse de que determinemos quién puede obtener ayuda de forma correcta.
- He recibido una hoja informativa que explica mis derechos y responsabilidades, incluyendo asistencia acelerada del SNAP/alimentos, multas y violaciones al programa del SNAP/alimentos, derechos a una audiencia justa y más. Comprendo que también se me explicará esto durante mi cita para una entrevista.
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi familia estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía al HSD para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios y evaluación y análisis de programas.
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo al HSD y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores.
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial.
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con el HSD. El HSD puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que el HSD mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado.
- FIDEICOMISOS: comprendo que si yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando beneficios, hemos establecido un fideicomiso o somos los beneficiarios de un fideicomiso, debo entregar al HSD una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. El HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE LA HERENCIA: comprendo que después de mi fallecimiento, el HSD puede presentar un reclamo contra mi herencia para recuperar los montos pagados por el estado o pagados en mi nombre por la asistencia médica brindada bajo el programa Medicaid. Este proceso se llama "Recuperación de la herencia". La "Recuperación de la herencia" es obligatoria en virtud de las leyes federales y estatales. La "Recuperación de la herencia" es obligatoria cuando los beneficiarios de Medicaid tienen cincuenta y cinco (55) años de edad o más y el estado hace pagos de asistencia médica en nombre de ellos para servicios de establecimientos de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad y/o servicios relacionados con el hospital y la prescripción de medicamentos. El monto recuperado por el HSD no excederá el monto de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- Comprendo que debo entregar al HSD todo dinero que reciba por los servicios médicos que ya hayan sido pagados por Medicaid. De no hacerlo, yo o la(s) persona(s) por quien estoy solicitando los beneficios, podría(n) perder la cobertura de Medicaid durante al menos un año Y hasta que Medicaid haya recibido la devolución del monto total adeudado.
- Una persona que esté solicitando o recibiendo asistencia de Medicaid deberá asignar al HSD todos los derechos contra cualquier y todo individuo por el apoyo médico o los pagos de los gastos médicos realizados en nombre del solicitante o en nombre del cliente y en nombre de cualquier otra persona por quien se hizo la solicitud o se recibió la asistencia.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y acepto estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o el beneficiario, no reasignaré ningún reclamo de proveedores, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d) y en 7 CFR 273.2(n).
- Para retirar su solicitud por cualquier programa, coloque sus iniciales en la casilla del programa SNAP Medicaid Dinero en efectivo LIHEAP

Firma del solicitante

Nombre del testigo (Atestiguado únicamente si el solicitante firma con una marca o huella digital)

Fecha

Firma del representante autorizado del solicitante

Fecha

17. Registrarse para votar

SI USTED NO está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora? (Marque una opción) SI NO
 SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

La LEY DE REGISTRO NACIONAL DE VOTANTES le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Firma

Fecha

CONFIDENCIALIDAD: Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO en su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar o no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina de la Secretaría de Estado: Office of the Secretary of State, 419 State Capital, Santa Fe, NM, 87503, (teléfono: 1-800-477-3632).

Esta página queda en blanco intencionalmente

Información sobre la solicitud al programa

(Páginas de información para el solicitante)

1. Información sobre necesidades especiales



Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere adaptaciones especiales para participar en alguna audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del Departamento de Servicios Humanos al 1-505-827-7701 o a través del dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) al 1-800-659-8331 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. (Revisado el 09/10/15)

2. Sus derechos civiles/ Declaración de no discriminación

En esta institución está prohibido discriminar en función de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas. El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe discriminar en función de raza, color, nacionalidad de origen, género, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o en represalia por actividad anterior por los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para la información sobre programas (p. ej. Braille, letras grandes, grabaciones en audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben contactar con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con audición disminuida o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA (AD-3027) que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta al USDA por:

(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.

Por cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español o bien llamar a los números de información o las líneas directas del estado (haga clic en el enlace para ver una lista de las líneas directas por estado); disponibles en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar un reclamo por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; también puede llamar al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (10/14/2015)

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 Civil Rights Director, P.O. Box 2348 Santa Fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

3. Confidencialidad

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

Solo debe proporcionar la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros de la familia para los cuales está solicitando beneficios. No es necesario

que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Recibir asistencia médica, de energía o del SNAP/alimentos no le impedirá llegar a ser residente legal permanente o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten asistencia para ellos no tienen obligación de proporcionar información sobre su estado inmigratorio, sus números de Seguro Social ni ninguna otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar información sobre sus ingresos debido a que parte de sus ingresos y de los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad de la familia para recibir asistencia. Puede haber ciertos beneficios para personas sin un SSN; pregunte a la ISD. La información inmigratoria no se compartirá con ninguna agencia de control de inmigración.

El HSD asimismo verificará con otras agencias, el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de Asistencia Pública (PARIS) la información que usted proporcione. Esta información podría afectar la elegibilidad de su hogar y el monto de los beneficios. (9/10/2015)

4. División de Control de Manutención de Menores

Al aceptar dinero en efectivo y asistencia médica, usted asigna (otorga) al HSD los derechos para cobrar el sostenimiento de niños del padre/madre ausente del niño. Usted debe ayudar al HSD a encontrar al padre/madre ausente a menos que exista una buena razón por la cual no deba hacerse esto, como violencia doméstica; consulte al trabajador del caso. Si se decide que debe trabajar con la División de Control de Manutención de Menores (CSED) para establecer o hacer cumplir la manutención de menores y no lo hace, se pueden reducir y finalmente perder los beneficios de dinero en efectivo y los adultos pueden perder su asistencia médica.

5. Entrevista

(a) ¿Qué tan pronto puedo tener mi cita obligatoria para una entrevista?

- Dentro de los 10 días hábiles para la asistencia del SNAP/alimentos y de Asistencia en Efectivo o para la asistencia del SNAP/alimentos acelerada desde el día que presente su solicitud

▪ Algunos programas de asistencia médica no requieren una entrevista

(b) ¿Puedo tener una entrevista telefónica?

- Podría tener una entrevista telefónica por cualquiera de los siguientes motivos:
- Mayor de 60
 - Vive muy lejos de la oficina
 - Discapacidad
 - Cuida a un niño menor de 6 años
 - Enfermedad
 - Transporte
 - Mal clima
 - Cuida a otras personas
 - Otras dificultades, hable con la ISD

6. Información de prueba

(a) ¿Cuántos días tendré para entregar todas las pruebas requeridas que necesito?

- Para recibir sus beneficios más rápido, lo mejor es 10 días desde la fecha de su entrevista
- Lo habitual es 30 días desde la fecha de su solicitud, a menos que necesite más tiempo. Si necesita más tiempo, solicítelo
- Lo máximo es 60 días desde la fecha de su solicitud, cuando solicita de 3 hasta 10 días de extensión

Si no solicita una extensión del plazo para traer las pruebas, se podría denegar su caso después de los 30 días.

(b) ¿Qué pruebas debo traer a la entrevista?

Durante la cita de entrevista, su trabajador del caso le hará preguntas para determinar si es elegible para los programas para los cuales solicitó. Su trabajador del caso **NO** le solicitará que entregue prueba de todo. Debe estar preparado para brindar la mayor cantidad posible de datos sobre su caso. Remítase al cuadro a continuación llamado "Ejemplos de pruebas", como una guía general que le ayude a decidir qué artículos de prueba necesitará. Si su trabajador del caso tiene preguntas no resueltas acerca de su elegibilidad, le solicitará que entregue las pruebas. Se le entregará una lista de todo lo que todavía tiene que entregar junto con un recibo de todas las pruebas proporcionadas. Si necesita ayuda, es responsabilidad del Departamento ayudarlo, siempre y cuando usted coopere.

Verificación de:

Ejemplos de pruebas

| | SNAP/alimentos | | | Médicos | | Asistencia de energía/LIHEAP | Dinero en Efectivo | Factura de servicio público, contrato de alquiler, carta dirigida a usted en su domicilio Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y número |
|---------------------------|------------------|--------------------|-------------------------------|---------|---|------------------------------|--------------------|--|
| | Familia o adulto | Únicamente el niño | Persona mayor o discapacitada | | | | | |
| ▪ Donde vive | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | |
| ▪ Número de Seguro Social | | | | | | | | |

| | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Identidad | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | <p>Puede entregar cualquiera de los siguientes si demuestran identidad, relación o edad: Licencia de manejar, tarjeta del Seguro Social, certificado(s) de nacimiento o bautismo, registros de ciudadanía o naturalización, registro del censo indígena, certificado de sangre indígena (CIB), registros gubernamentales, registros judiciales, tarjeta de registro de votante, documentos de divorcio, pasaporte de los EE. UU., registros escolares o de guardería, pólizas de seguro, registros eclesiásticos o biblia familiar, carta de un médico, de un funcionario religioso o escolar o alguien que lo conoce a usted, el parentesco suyo con el niño y conoce la fecha de nacimiento del niño.</p> <p>Nota: El programa de Medicaid requerirá pruebas de identificación específicas.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Relación | | ✓ | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Edad | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Ciudadanía estadounidense | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | <p>Prueba de ciudadanía e identificación juntas</p> <ul style="list-style-type: none"> Pasaporte Certificado de naturalización (formulario 550 o N-570) Certificado de ciudadanía estadounidense (N-560 o N-561) Certificado de sangre indígena (CIB) <p>Prueba de ciudadanía exclusivamente</p> <ul style="list-style-type: none"> Certificado de nacimiento en EE. UU. <p>Si nació en Nuevo México, el HSD podría ayudarlo verificando con el Departamento de Salud, Registro Civil. Para obtener esta ayuda entregue a su trabajador del caso su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, género, nombre y apellido de soltera de la madre.</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> Estado migratorio | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Si es extranjero y está solicitando asistencia, podría tener que presentar registros originales del USCIS (ex INS). |
| <ul style="list-style-type: none"> Discapacidad | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Registros médicos indicando cuándo tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante. |
| <ul style="list-style-type: none"> Embarazo | | | | | ✓ | Registros médicos indicando cuándo nacerá su bebé |
| <ul style="list-style-type: none"> Asistencia escolar | | | | | ✓ | Boletín de calificaciones actualizado o carta de la escuela indicando si su hijo está asistiendo a la escuela |
| <ul style="list-style-type: none"> Estudiante terciario | ✓ | | | | ✓ | Carta de la universidad indicando si es un estudiante a medio tiempo o a tiempo completo |
| <ul style="list-style-type: none"> Ayuda económica para estudiantes | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carta de la oficina de ayuda financiera de la escuela indicando qué tipos y montos de ayuda financiera obtiene y los costos que deberá pagar para su educación |
| <ul style="list-style-type: none"> Ingresos <p>El periodo de 30 días más reciente o todo lo del último mes</p> | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Ingreso ganado: Talones de pago, una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es empleado independiente, puede entregar a su trabajador del caso una copia de sus formularios de impuestos a la renta, registros comerciales o registros del salario personal. Ingreso no ganado: Copias de su cheque o una carta del Seguro Social, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos de Nativos Estadounidenses, jubilación de empleados públicos, etc. Se podrían aceptar verificaciones alternativas; hable con su trabajador del caso. |
| <ul style="list-style-type: none"> Pérdida de un empleo (60 días) | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Carta del empleador |
| <ul style="list-style-type: none"> Valor de las cosas que posee | ✓ | | | | ✓ | Recursos o bienes: Estado bancario reciente o carta de valor |
| <ul style="list-style-type: none"> Cosas que transfirió | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Estado reciente o carta de valor |
| <ul style="list-style-type: none"> Seguro de salud | | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | Tarjeta de Id. o carta de su compañía de seguro |
| <ul style="list-style-type: none"> Medicare Parte A | | | | | ✓ | Tarjeta de Id. o carta de la Administración del Seguro Social |
| <ul style="list-style-type: none"> Manutención de menores pagada | ✓ | | | | ✓ | Si desea una deducción para el sostenimiento de niños que paga, entregue una prueba de la responsabilidad legal de pagar y el importe pagado. Se podría usar cualquier fallo judicial o administrativo, o acuerdo de separación legal. Para prueba de los montos, use cheques cancelados, declaraciones de retención de salarios, verificación de retención de compensación por desempleo y declaraciones escritas del padre/madre con la custodia. |
| <p>Prueba opcional: a continuación se enumera una lista de artículos de prueba opcionales que podrían ayudarte a obtener la mayoría de los beneficios para los cuales es elegible. Si la casilla a continuación no está marcada, entonces no se necesita ninguna prueba. Para obtener el crédito, solo indiquenos cuánto paga cada mes. Solo deberá proporcionar pruebas si su trabajador del caso tiene preguntas sin resolver sobre sus costos. Si está solicitando asistencia de energía/LIHEAP, proporcione una copia de su costo de calefacción y refrigeración. Si necesita ayuda, es responsabilidad del Departamento ayudarlo, siempre y cuando usted coopere.</p> | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Costos de cuidado de niños/adultos | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Costos médicos únicamente para personas mayores o discapacitadas | ✓ | | ✓ | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Costos de propietario/ alquiler de casa | | | | | | |
| <ul style="list-style-type: none"> Costos de calefacción/aire acondicionado | | | | | ✓ | |

7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos

Muchos inmigrantes pueden obtener asistencia si residen en Nuevo México. Algunos inmigrantes deben mantener un estado en particular durante 5 años antes de ser elegibles para obtener asistencia. Hay muchas excepciones. Cualquier residente legal menor de 21 años o cualquier mujer embarazada que cumpla con todos los demás requisitos puede obtener Medicaid de inmediato. Lo mismo sucede con los refugiados, los asilados, los cónyuges y los menores golpeados y muchos otros. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso aunque no tenga un estado migratorio que lo haga elegible para Medicaid, es posible que pueda obtener Medicaid para emergencias. Solicite más información a un trabajador de casos. Mantenemos la privacidad de su información y solo la compartimos con otras agencias del gobierno con el fin de ver para qué programas es elegible. Los inmigrantes con uno de los estados siguientes pueden ser elegibles para Medicaid u otra asistencia si cumplen otros requisitos del programa.

| | | | | |
|--|--|--|---|---|
| 1 – Ciudadano estadounidense | 2 – Residente legal permanente (LPR) | 3 – Residente legal temporal (LTR) | 4 – Asilado o solicitante de asilo | 5 – Refugiado |
| 6 – Inmigrante cubano o haitiano | 7 – Inmigrante condicional aceptado antes de 1980 | 8 – Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado | 9 – Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre | 10 – No inmigrante: visa de trabajo o de estudiante, ciudadanos de Micronesia, islas Marshall y Palau |
| 11 – Solicitante o beneficiario de estado protegido temporal | 12 – Partida obligatoria diferida | 13 – Estado de acción diferido | 14 – Solicitante o beneficiario de retención de deportación o remoción | 15 – Solicitante de estado de inmigrante especial |
| 16 – Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada | 17 – Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD) | 18 – Orden de supervisión con EAD | 19 – Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación con EAD | 20 – Otro/no está seguro |

8. Después de presentar la solicitud.

(a) ¿Cuánto tardarán en aprobar o rechazar mi solicitud?

- SNAP/alimentos: como máximo 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de SNAP/alimentos acelerados, 7 días calendario. Si no obtiene el SNAP en 7 días, tiene derecho a pedir una conferencia informal para ver por qué no le concedieron beneficios de alimentos acelerados.
- Asistencia médica: a más tardar, 45 días calendario a partir de la fecha de la solicitud
- Dinero en efectivo: a más tardar, 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de decisiones relacionadas con Asistencia General por incapacidad, hasta 90 días
- Asistencia de energía/LIHEAP: a más tardar, 30 días calendario a partir de la fecha de la solicitud o, si se trata de una crisis de corte o desconexión, 48 horas

(b) Si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad o el nivel de beneficios, ¿puedo tener una audiencia justa?

Si; si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre su caso, puede pedir una audiencia justa en persona, por teléfono al 1-800-432-6217 o al (505) 827-8164, o por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha de envío del aviso para informarle de cualquier acción que se haya tomado respecto de su caso. Envíe por correo su solicitud a la Oficina de Audiencias del HSD a: HSD Hearing's Bureau, PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504. Tiene derecho a revisar su expediente del caso y cualquier registro que el HSD haya usado para determinar su elegibilidad antes de la audiencia. Puede pedirle a un miembro de su hogar o a alguien más, como un amigo o un familiar, que represente a su hogar durante la audiencia justa. También tiene derecho a tener un abogado o cualquier otro representante legal durante la audiencia.

(c) ¿Desde qué día se calcularon mis beneficios?

- SNAP/alimentos: comienzan a partir de la fecha en que los solicita
- Asistencia médica: desde el 1er día del mes en que lo solicita. Es posible que sea elegible para recibir cobertura de Medicaid por hasta los 3 meses previos.
- Dinero en efectivo: A partir de la fecha en la que el HSD aprueba su solicitud o a partir del trigésimo día desde la fecha de la solicitud; lo que ocurra primero
- Asistencia de energía/LIHEAP: a partir de la fecha en la que el HSD verifica su cuenta con el proveedor de energía

(d) ¿Cómo obtendré mis beneficios?

- **Asistencia médica:** se le enviará por correo una tarjeta de Medicaid un día hábil después de la fecha de aprobación.
- **Asistencia de energía/LIHEAP:** su pago se enviará directamente a su proveedor de energía 7 días después de que el HSD verifique la información de su cuenta con su proveedor de energía. En caso de una crisis de corte o desconexión, el HSD llamará a su proveedor de energía para ayudarle a evitar el corte.
- **SNAP/alimentos y dinero en efectivo:** el HSD utiliza un sistema de tarjeta de débito electrónica (denominado EBT) para darle los beneficios de dinero en efectivo y asistencia del SNAP/alimentos. Si nunca tuvo una tarjeta EBT, se le enviará una tarjeta EBT por correo a su dirección un día laboral posterior a su solicitud y después de registrarse su solicitud en la computadora. Si se demora su tarjeta EBT, puede solicitar una tarjeta en su oficina local del ISD. Para solicitar un reemplazo o activar su tarjeta EBT, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de EBT las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-843-8303.

Su beneficio en efectivo se depositará en su cuenta EBT el primer día del mes, todos los meses. Sus beneficios del SNAP/alimentos se depositarán en su cuenta EBT el día del mes que se muestra en la casilla a continuación la cual indica los últimos dos dígitos del número de seguro social del jefe de familia.

Calendario combinado: Si solicitó la asistencia del SNAP/alimentos después del día 15 de cualquier mes y se aprueba la asistencia acelerada, recibirá los beneficios de acuerdo con el calendario a continuación.

- Recibirá los beneficios del primer y del segundo mes al día siguiente de aprobarse su caso.
- Recibirá los beneficios del tercer mes el primer día del mes.
- Recibirá los beneficios del cuarto mes dentro de los primeros 10 días del mes, según los últimos dos dígitos de su SSN.
- Recibirá los beneficios del quinto mes dentro de los primeros 20 días del mes, según los últimos dos dígitos de su SSN. Este será el día del mes en que recibirá los beneficios del SNAP/Estampillas de Alimentos de forma regular en el futuro.

| Cronograma resumido de emisión escalonada de Asistencia del SNAP/alimentos | | | | | | | | | | | |
|--|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. |
| 1 | 11 | 01 | 12 | 02 | 03 | 04 | 14 | 04 | 15 | 05 | 05 |
| | 31 | 21 | 32 | 22 | 23 | 24 | 34 | 24 | 35 | 25 | 25 |
| | 51 | 41 | 52 | 42 | 43 | 44 | 54 | 44 | 55 | 45 | 45 |
| | 71 | 61 | 72 | 62 | 63 | 64 | 74 | 64 | 75 | 65 | 65 |
| | 91 | 81 | 92 | 82 | 83 | 84 | 94 | 84 | 95 | 85 | 85 |
| | 16 | 06 | 17 | 18 | 07 | 08 | 19 | 09 | 10 | 10 | 00 |
| | 36 | 26 | 37 | 38 | 27 | 28 | 39 | 29 | 30 | 30 | 20 |
| 2 | 56 | 46 | 57 | 47 | 48 | 58 | 59 | 49 | 50 | 40 | 40 |
| | 76 | 66 | 77 | 67 | 68 | 78 | 79 | 69 | 70 | 60 | 60 |
| | 96 | 86 | 97 | 87 | 88 | 98 | 99 | 89 | 90 | 80 | 80 |

| Cronograma de emisión escalonada de Asistencia del SNAP/alimentos | | | | | | | | | | | |
|---|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|-----|-----------|
| Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. | Día | Núm. S.S. |
| 1 | 11 | 01 | 12 | 02 | 03 | 13 | 03 | 14 | 04 | 15 | 05 |
| | 31 | 21 | 32 | 22 | 23 | 33 | 34 | 24 | 35 | 25 | 25 |
| | 51 | 41 | 52 | 42 | 43 | 53 | 54 | 44 | 55 | 45 | 45 |
| | 71 | 61 | 72 | 62 | 63 | 73 | 74 | 64 | 75 | 65 | 65 |
| | 91 | 81 | 92 | 82 | 83 | 93 | 94 | 84 | 95 | 85 | 85 |
| 11 | 16 | 06 | 17 | 07 | 08 | 18 | 19 | 09 | 10 | 00 | 00 |
| | 36 | 26 | 37 | 27 | 28 | 38 | 39 | 29 | 30 | 20 | 20 |
| | 56 | 46 | 57 | 47 | 48 | 58 | 59 | 49 | 50 | 40 | 40 |
| 20 | 76 | 66 | 77 | 67 | 68 | 78 | 79 | 69 | 70 | 60 | 60 |
| | 96 | 86 | 97 | 87 | 88 | 98 | 99 | 89 | 90 | 80 | 80 |

(e) *¿Durante cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de renovarlos?*

- SNAP/alimentos: habitualmente hasta 12 meses o 24 meses para hogares con personas mayores o discapacitadas con ingresos no salariales estables como los del Seguro Social
 - Asistencia médica: habitualmente hasta 12 meses.
 - Dinero en efectivo: habitualmente hasta 12 meses por vez. Los adultos mayores de 18 años y más pueden recibir beneficios de TANF durante no más de 60 meses durante toda su vida, a menos que califiquen para una extensión por dificultad después de llegar al límite. Un niño que vive con un padre que no es elegible debido al límite de plazo, no es elegible para TANF como niño. El límite de 60 meses no se aplica en casos en que los niños califican para TANF y los padres no son elegibles por un motivo diferente al límite de 60 meses, como la recepción de SSI o un estado inmigratorio que no califica. El límite de 60 meses no se aplica para asistencia médica o del SNAP.
- (f) *¿Debo informar los cambios? Informe siempre los cambios de dirección dentro de los 10 días calendario para todos los tipos de programas de asistencia.*
- SNAP/alimentos y asistencia en efectivo: cambios en los miembros del hogar, costos mensuales del hogar, costos mensuales del hogar, ingresos/empleos y recursos:
Informe estos tipos de cambios dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha del cambio solo en los siguientes casos:
 1. si el cambio causará el cierre de su caso, o bien
 2. si el cambio causará el aumento de sus beneficios.Otros cambios importantes que nos debe comunicar:
 - Cambio de dirección donde recibe su correspondencia. Queremos asegurarnos de que reciba su correspondencia.
 - Cambios en el tamaño del grupo familiar (si alguien se muda a su casa o fuera de ella)
 - Cambio de residencia (si usted o algún integrante de su grupo familiar se muda fuera de Nuevo México).
 - Cambios en los gastos mensuales del grupo familiar.
 - Cambios en recursos (como cuentas bancarias, inmuebles y seguros de vida).
 - Debería informar los cambios en cualquier momento durante el periodo de certificación que podrían aumentar el monto de sus beneficios (como un nacimiento o la reducción de ingresos).

- Informe semi-anual: Informe semi-anual: la mayoría de los hogares recibirán por correo un informe semi-anual para que comuniquen todos los cambios y lo entreguen a la División de Asistencia Económica (ISD).
- Informe anual: Los hogares que reciban ingresos fijos como los del Seguro Social recibirán por correo un informe anual para que comuniquen todos los cambios y lo envíen a la oficina de la ISD.
- Informe regular: Hay algunos hogares que deben informar los cambios a medida que ocurren. Estos hogares deben informar todos los cambios dentro de los 10 días calendario de la fecha en que ocurrió el cambio.
- Asistencia médica: para personas mayores o discapacitadas, informar todos los cambios dentro de los 10 días calendario. Para familias con niños y adultos sin hijos, solo tiene que informar los cambios de domicilio dentro de los 10 días calendario. Deberán informar todos los demás cambios durante la próxima renovación del caso.

(g) ¿Tendré que participar en un Programa de Empleo y Capacitación?

- SNAP/alimentos -
- Algunas personas que reciben beneficios de SNAP deben participar en una actividad de trabajo para seguir recibiendo los beneficios. Durante su entrevista, un trabajador de la ISD le explicará estos requisitos y lo que debe hacer. También recibirá un aviso donde se explican los requisitos. Los adultos sujetos a estos requisitos deben realizar una de las siguientes actividades:
 - Reunirse con el programa New Mexico Works para completar una evaluación, para planificar la participación en el Programa de Empleo y Capacitación y, después, cumplir con todos los requisitos del programa.
 - Proporcionar documentación vigente a la ISD de que está completando la actividad.
- No todos los adultos están sujetos a estos requisitos. Si tiene preguntas o si piensa que es incorrecto que le exijan que participe en un programa de trabajo, contacte con su oficina local de la ISD o llame a Servicio al Cliente al (800) 843-8303 o solicite una audiencia justa. Podría ser excusado cuando cumpla con las siguientes situaciones:

| | | | |
|--|---|--|---|
| ■ Cuida de una persona incapacitada | ■ Recibe compensación por desempleo | ■ Tiene una incapacidad física o mental que le impide trabajar | ■ Mujeres embarazadas |
| ■ Estudiantes al menos de tiempo parcial | ■ Cumple con el Programa TANF/NIMW | ■ Participa en un programa de tratamiento de la adicción a las drogas o el alcohol | ■ Solicitante de SSI |
| ■ Residente en una tribu, pueblo y nación con una relación estimada entre empleo y población como medida de disponibilidad de trabajo insuficiente | ■ Personas menores de 16 años de edad o mayores de 60 años de edad | ■ Padre/madre natural, adoptado o padastro/madrastra o persona que reside en un hogar del SNAP el cual incluye un menor de 18 años, incluso si el niño no es elegible para los beneficios del SNAP | ■ Padre/madre u otro miembro de la familia responsable del cuidado de un menor de 13 años de edad dependiente |
| | ■ Participante del requisito de trabajo de 20 horas ABAWD | ■ El costo de participar en el programa de Empleo y Capacitación excede los gastos de bolsillo | |
| ■ Está empleado al menos 30 horas por semana o está recibiendo ingresos semanales iguales al salario mínimo federal por 30 horas | ■ Un promedio de dos años con tasa de desempleo del 20 % por encima del promedio nacional | | |

- Las reglas de SNAP/alimentos también estipulan que ciertos adultos físicamente aptos que no tienen dependientes entre 18 y 49 años, que no cumplen con las situaciones anteriores están limitados a 3 meses de beneficios de SNAP a menos que trabajen, se ofrezcan como voluntarios y/o participen en determinados programas de empleo y capacitación. Contacte con Servicio al Cliente al (800) 843-8303 si piensa que este es su caso.
- Dinero de efectivo: Si, todos los adultos que reciben asistencia en efectivo de TANF, participan en el Programa New Mexico Works. El proveedor de servicios de New Mexico Works (NIMW) se comunicará con usted. Si no completa o informa su actividad laboral, puede perder parte o, eventualmente, toda la asistencia en efectivo. Esto se denomina sanción. La primera vez, hablaremos con usted para tratar de corregir la sanción antes de que suceda; esto se denomina conciliación. Una sanción reducirá sus beneficios de las siguientes tres maneras: 1a sanción: 25% de reducción de efectivo, 2a: 50% de reducción de efectivo y 3a: cierre del caso. Si cumple con alguna de las situaciones siguientes, es posible que pueda recibir actividades laborales distintas o menos horas, si alguno de los siguientes es su caso:

| | |
|--|---|
| ■ Si es padre soltero o madre soltera y cuida a un niño menor de 12 meses: limite de 1 de por vida | ■ Si se trata de situaciones personales temporales: hasta 30 días |
| ■ Si tiene 60 años o más | ■ Si es discapacitado |
| ■ Si está embarazada en el tercer trimestre o seis semanas después del parto | ■ Si cuida a un miembro de la familia enfermo o discapacitado |
| ■ Si es padre soltero o madre soltera y cuida a un niño menor de 6 años (no cuidado infantil) | ■ Si es víctima de violencia doméstica (opción de violencia familiar) |
| ■ Si padece de un impedimento, temporal o permanente, según lo determine la Unidad de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRU) | ■ Si tiene una buena causa para la necesidad del estado de Participación limitada en el trabajo |

9. Información importante acerca de su tarjeta EBT

(a) Primera tarjeta EBT

Si este es su primer caso de asistencia del SNAP/alimentos o dinero en efectivo con el Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, su tarjeta EBT se enviará el primer día laboral después de que la oficina local del ISD registró su solicitud en el sistema informático del ISD. Debe recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD. Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de su contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

Importante: Si tiene una tarjeta EBT y pide una nueva, su tarjeta anterior se desactivará. Deberá esperar que llegue su nueva tarjeta por correo antes de poder acceder a sus beneficios. Cuando solicite una nueva tarjeta su número de PIN no cambiará. Puede cambiar su PIN cuando llegue su nueva tarjeta llamando al contratista de EBT al 1-800-843-8303.

(b) Tengo una tarjeta EBT que sé que funciona.

Si ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o dinero en efectivo en el pasado y sabe que su tarjeta EBT funciona, hágale saber al ISD que no necesita una nueva tarjeta. Podrá acceder a sus beneficios una vez que se apruebe su caso.

Si solo se olvidó su número de PIN, pero su tarjeta todavía funciona, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes de 8:00am a 5:00pm, para obtener un nuevo PIN. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

(c) Mi tarjeta EBT no funciona.

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o dinero en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, llame al teléfono de informes del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Se enviará su nueva tarjeta EBT el primer día hábil después de su solicitud al teléfono de informes al cliente del contratista de EBT.

Debería recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de su contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

(d) Extravié mi tarjeta

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o dinero en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, llame al teléfono de informes del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Se enviará su nueva tarjeta EBT el primer día hábil después de su solicitud al teléfono de informes al cliente del contratista de EBT.

Debería recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no recibió su tarjeta, llame al teléfono de asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos para que busque una tarjeta en la oficina local del ISD.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita un número de identificación personal (PIN) de parte del contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes y viernes de 8:00am a 5:00pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

10. Multas por violación a la Asistencia del SNAP/alimentos

No debe brindar información falsa u ocultar información para obtener asistencia del SNAP/alimentos, incluyendo las tarjetas EBT. No debe intercambiar o vender su tarjeta EBT o su PIN. No debe permitir que un vendedor haga un débito de su cuenta EBT a cambio de dinero en efectivo. No debe cambiar las tarjetas EBT para obtener asistencia del SNAP/alimentos si no es elegible para recibirla. No use ni tenga en su propiedad una tarjeta EBT que no sea suya ni deje que otra persona use su tarjeta. No debe usar sus beneficios de asistencia del SNAP/alimentos para comprar artículos que no sean comestibles, como ser alcohol, tabaco o productos de papel. No debe usar la tarjeta EBT de otra persona para su hogar. No debe usar sus beneficios de asistencia del SNAP/alimentos para pagar cuentas de crédito.

Toda persona que viole cualquiera de estas reglas de forma intencional puede estar sujeta a una prohibición para recibir asistencia del SNAP/alimentos durante 12 meses (1ra infracción), 24 meses (2da infracción), o de forma permanente (3ra infracción); una multa de \$250,000, encarcelamiento de hasta 20 años o ambos; o una suspensión por 18 meses adicionales. Toda persona que viole estas reglas de forma intencional también puede procesarse de acuerdo con otras leyes federales y estatales que establecen penas criminales.

Toda persona que proporcione información falsa u oculte información sobre la identidad o la residencia para recibir asistencia del SNAP/alimentos en más de un hogar al mismo tiempo puede estar sujeta a una prohibición de 10 años.

Toda persona condenada por intercambiar estampillas de alimentos por una sustancia controlada puede estar sujeta a una prohibición para recibir asistencia del SNAP/alimentos durante 24 meses (1ra infracción) y de forma permanente (2da infracción).

Cualquier persona condenada por intercambiar beneficios del SNAP/alimentos por armas, municiones o explosivos puede estar sujeta a una prohibición permanente (1ra infracción).

Cualquier persona condenada por intercambiar o vender asistencia del SNAP/alimentos de \$500 y cualquier persona condenada por un delito relacionado con drogas estará sujeta a una prohibición permanente.

11. Derechos de audiencia justa

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

¿En qué situaciones puede solicitar una audiencia justa?

- Usted solicita los beneficios y le son denegados, o
- Si no está de acuerdo con una decisión en su caso, o
- Usted cree que sus beneficios no se calcularon correctamente, o
- Se hizo un cambio con el que usted no está de acuerdo.

¿Qué plazo tiene para solicitar una audiencia justa?

Tiene 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días de la fecha de este aviso, continuará obteniendo el mismo monto de beneficios que recibía antes de que tomemos la medida de este aviso. Continuará obteniendo estos beneficios hasta que el departamento decida su caso, a menos que se realice otro cambio en su caso. Es posible que los cambios en los beneficios se realicen después de que usted haya pedido una audiencia si el motivo del cambio es diferente del motivo de la audiencia. Si pierde la audiencia, quizás deba pagar los beneficios que recibió mientras el departamento decidía sobre su caso. Usted no tiene derecho a una audiencia justa si la decisión del departamento que está cuestionando fue el resultado de un cambio federal o estatal masivo. (Revisado el 07/15/14)

¿Cómo solicita una audiencia justa?

- Complete y devuelva la parte inferior del aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local del HSD o al Centro de atención al cliente al 1-800-283-4465
- Escriba a la Oficina de Audiencias Justas del departamento en el HSD, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348 o llame al 505-476-6213.
- Si no está de acuerdo con la decisión del Mercado Federal: Sé que si considero que el Mercado ha cometido un error sobre mi elegibilidad, puedo apelar la acción comunicándome con Intercambio de Seguro de Salud de Nuevo México al 1-800-318-2596 e informarle adecuadamente que considero que su acción debe ser revisada. Sé que puedo autorizar a otra persona para que me represente en el proceso de apelación.
- Una vez que solicite una audiencia, el Departamento o el Mercado le enviará una carta con la fecha, la hora y el lugar donde se llevará a cabo la audiencia. Por lo general, las audiencias se llevan a cabo en la oficina del HSD del condado. Un funcionario de audiencias de la Oficina de Audiencias Justas del HSD o del Mercado realizará la audiencia. Antes de la audiencia, usted o su representante pueden mirar el registro de su caso y cualquier prueba que estaremos usando para decidir sobre su caso. Deberá indicar por qué cree que la acción del HSD o del Mercado fue incorrecta. Puede presentar testigos y pruebas. Puede cuestionar al funcionario del condado o al Mercado sobre la medida que se tomó y las pruebas que se presentaron. Puede representarse a usted mismo. Puede contar con la representación de un amigo, un miembro del hogar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede recibir asistencia legal gratuita, llame al 1-800-340-9771 (en inglés y español). Luego de la audiencia, el funcionario de audiencia preparará un informe. El Director de la División del HSD o Director Ejecutivo del Mercado decidirá si la medida del Departamento fue correcta o incorrecta. Una vez que el Director haya decidido sobre su caso, usted recibirá una carta que le informará la decisión y el motivo por el que se tomó. (Revisado el 07/15/14)

Formulario de cobertura del empleador

¿Está solicitando ayuda con los costos del seguro de salud del Mercado de Seguros de Salud de NM? De ser sí, complete este formulario.

Si no completa este formulario no se demorará su solicitud para otros beneficios como la asistencia de alimentos, asistencia en efectivo o Medicaid.

La solicitud del Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México hace preguntas acerca de cualquier cobertura de salud disponible a través de su empleo actual (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre/madre o cónyuge) para determinar si podría obtener ayuda para pagar el seguro de salud. Use este formulario para obtener la información que necesita de su empleador que le ofrece cobertura médica. Nosotros verificaremos esta información, por lo tanto es importante que sea correcta. Si tiene más de un empleo que ofrece cobertura médica, use un formulario separado para cada empleador.

Información del empleado

El empleado debe completar esta sección. Escriba la información del empleado, luego puede solicitar al empleador la información a continuación. Use este formulario completo cuando llene una solicitud del Mercado de Seguros de Salud de NM.

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

Número de Seguro Social

Información del empleador Solicite esta información al empleador

Nombre del empleador

Número de identificación del empleador (EIN)

Dirección del empleador

Número de teléfono del empleador
() -

Ciudad

Estado

Código postal

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

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Cuéntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador.

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

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

¿Cuál es el nombre del plan de salud unipersonal de menor costo en el que se podría inscribir a este empleado en este empleo? (Solo considere planes que cumplan el "valor estándar mínimo" establecido por la Ley de cuidado de salud asequible.)

Nombre: _____

Ningún plan cumple con el "valor estándar mínimo"

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

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

ESTA PÁGINA QUEDA EN BLANCO INTENCIONALMENTE

| INFORMACION PERSONAL | | | | Esta información no se debe copiar | | | | | |
|---|---|-------------------|---|------------------------------------|---|--|--------------|--------|------|
| 1 | NOMBRE Apellido | Su Nombre de Pila | Otro Nombre o Inicial | Género | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | | | |
| DIRECCIÓN DONDE UD. VIVE AHORA | | | | | | | | | |
| 2 | Número y Nombre de la Calle | | Departamento, Unidad o # de Lote | | Ciudad | Zona Postal | | | |
| 3 | Dirección | | Ciudad | | Zona Postal | | | | |
| 4 | Si Ud. va a cambiar su nombre en esta solicitud, bajo que nombre completo estaba Ud. matriculado antes. Apellido, Nombre de Pila, Otro Nombre o Inicial | | | | 5 | Correo Electrónico (*opcional) | | | |
| PARTIDO POLITICO | | | NUMERO DE TELEFONO EN EL DIA (opcional) | | EMPLEADO/A EN URNA ELECTORAL | | | | |
| 6 | AVISO: Ud. tiene que indicar partido político principal para votar en la elección primaria ▶▶▶ | Partido | Si Ud. NO ELIGE Partido marque aquí. <input type="checkbox"/> | 7 | ¿Con motivo de elecciones puede divulgar el escribano de Condado este Número de teléfono? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO | ¿Quiere Ud. trabajar en recinto electoral el día de la elección? <input type="checkbox"/> SI | | | |
| 8 | Por la presente autorizo que Ud. cancele mi matrícula previa en el condado y estado a continuación. | | Ciudad o División | Condado | Estado | | | | |
| Favor de contestar las preguntas a continuación. | | | TESTIMONIO DE CALIFICACION | | | | | | |
| 9 | ¿Es Ud. ciudadano/a de los Estados Unidos? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> ¿Tendrá usted por lo menos dieciocho años de edad en o antes de la próxima elección general? SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si Ud. marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario. Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente está en libertad condicional o probación supervisada, no llene esta forma. | | Yo juro/afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos y residente del Estado de Nuevo México; que la corte no me ha denegado el derecho de votar por motivo de incapacidad psicológica; que tengo o tendré 18 años de edad en la fecha de la próxima elección y si he sido condenado de delito grave he cumplido todas las condiciones de libertad a prueba o el gobernador me ha concedido indulto. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de toda matrícula anterior con el fin de votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información provista esta correcta. FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE LA LINEA AMARILLA ABAJO | | | | | | |
| 10 | Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario: | | VRA ID # | | | | | | |
| NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS - SOLO PARA USO OFICIAL | | | | | | | | | |
| Accepted for filing in County Registration Records | | | PCT. | MAIL. | PREC. DIST. | REP. DIST. | SERIAL DIST. | SCHOOL | C.C. |
| Date | County Clerk | | Filing Clerk | | | | | | |

SP&G-1 (2015)

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

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

* AVISO DE PRIVACIDAD

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

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

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

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

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

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

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

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

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

O

Camino 743, lado oeste, 1 milla al norte de la tienda de Smith y 4 millas al sur del Camino 698

5. alguna dirección rural asignada por el condado a su residencia donde vive ahora:

EJEMPLO 3251 CR W Grady, NM 88120

Esta dirección se puede usar en bloque 2 "DIRECCION DONDE VIVE AHORA" en la reversa de esta forma.

MAPA

N
W + E
S

DIRECCION RURAL EN DETALLE

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