



Manual Revision Memorandum

ISD-MR 14-02

TO: ISD Employees
FROM: Marilyn Martinez, Acting Director, Income Support Division *MS for*
DATE: February 3, 2014
RE: Forms Manual Revision for ISD122 and ISDSP 122

Forms ISD 122 and ISDSP 122 "RECERTIFICATION FORM Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Medicaid, Cash Assistance, and Affordable Care Medicaid" have been reformatted to accommodate the mailing structure for ASPEN, and to exclude the Examples of Proof.

Instruction:

Replace all previous versions of the forms listed below.

Delete- ISD 122 "Recertification Application for Cash SNAP" Revised 12-8-09
ISDSP 122 "Solicitud para Recertificacion" Revised 12-08-09

Replace - ISD 122 "Recertification Application for Cash SNAP" Revised 12-06-13
ISDSP 122 "Solicitud para Recertificacion" Revised 12-06-13

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

If you have questions regarding this MR, please contact Richard McIntyre at (505)827-3142 or by e-mail at Richard.McIntyre@state.nm.us.

RECERTIFICATION FORM

Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Medicaid, Cash Assistance, and Affordable Care Medicaid

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

Answer all the questions on the form. You must sign and date the last page of the Recertification Application in order for it to be valid.

If you would like to receive another type of help you do not already get, please contact your caseworker and ask for a HSD100 application form.

Section 1: Address

Please write in your current address and mailing address. Is this a new address? YES NO

Home address - No. & Street/R. Rt. /Apt. No. City State Zip Code	Date of change
Mailing address if Different - No. & Street/R. Rt./Apt. No. City State Zip Code	Telephone Number

Section 2: People who live with you

List names and information for yourself and all the people who live with you. You only have to give a Social Security Number and citizen information for the persons who are applying for or receiving assistance. If you are receiving Medicaid you may need to provide proof of citizenship and identity for all members who are receiving Medicaid. Use an extra sheet of paper if more space is needed.

Name	Social Security Number	Birth Date	Relation to You	Sex	Race	U.S. Citizen	Will you claim this person on your current year's tax return? Y/N
			Self			<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	
						<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	

Is anyone in your household pregnant? YES NO If yes, who? _____

Do all persons purchase and prepare meals together? YES NO

Section 3: Please answer these Federal Income Tax Questions only about the people listed in Section 2 who will NOT be claimed as the applicant's tax dependents and will appear on a different tax return. *The applicant can still get Medicaid if they do not file Federal tax returns. (Medicaid Only)

Please list each individual tax filer and their dependents that are listed on the application, below.

Tax filer 1. _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____
 _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____
 Tax filer 2. _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____
 _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____
 Tax filer 3. _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____
 _____ Dependent Name: _____; Relationship: _____

Section 4: People no longer living with you

Has anyone moved out of your home? YES NO

If YES, complete the information in this section.

Name	Explain why no longer in your home

Section 5: Students in the home (SNAP and Cash only)

List all persons in your home who attend school

Name of Person in School	Name of School	Attending Boarding school <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Grade Level	Part-time or Full-time	Graduation Date
		<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			

Section 6: All income from work (Please provide proof of income for last 30 days)

Name of person working: _____
 Place of work: _____
 Date this job started: _____

How often are you paid?
 Once a month
 Weekly
 Bi-Weekly
 Twice a month
 Other: _____

Name of person working: _____
 Place of work: _____
 Date this job started: _____

How often are you paid?
 Once a month
 Weekly
 Bi-Weekly
 Twice a month
 Other: _____

Section 7: All income other than work

List all checks/money received by you or any other household members. Examples - Social Security SSI, VA, unemployment benefits, workers compensation, child support, military allotments, contributions, dividends, grants, loans, BIA-GA, Individual Indian Monies, and any other money/monies received from any other source.

You must send proof of all income received by people in your household for the last 30 days.

Household Member Who Gets Money	Who Provides or the Source of this Money	Amount of Income	How often is Income Received? (Monthly, Weekly, etc.)	When did this income start?

Section 8: Resources (All Programs)

Resources are things like cash, money in savings account, stocks, bonds, camper trailers, boats, recreational vehicles (RV's), land your household owns but does not live on, cash settlements, or anything else that can be sold or turned into cash. Complete the section below and send in proof of these resources. Use an extra sheet of paper if needed to explain.

Name of person	Type of Property/Savings	Value	Year / Make / Model

MEDICAID ONLY: Did you or anyone living with you transfer anything of value to others in the last 5 years (60 months)?

Item transferred	Transferred to whom?	\$ Value	Date of transfer

Section 9: Shelter Costs (SNAP or Cash only)

What bills do you pay and how much? **You must complete this section and provide proof.**

<p>Housing:</p> <p><input type="checkbox"/> Rent or Home Mortgage \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Rent includes Utilities \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> HUD Housing/Section 8 \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Living with Relatives or Friends \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Housing is Supplied Free of Charge \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Own my Home \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Taxes \$ _____</p> <p><input type="checkbox"/> Home Insurance \$ _____</p>	<p>Utilities:</p> <p><input type="checkbox"/> Included in Rent <input type="checkbox"/> Water</p> <p><input type="checkbox"/> Gas/Butane <input type="checkbox"/> Trash/Sewer</p> <p><input type="checkbox"/> Electric <input type="checkbox"/> Purchase Pellets</p> <p><input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Purchase Wood</p> <p>Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP): Has LIHEAP or anyone else helped you pay for heating or cooling costs within the past year at your current address? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p>
---	---

Section 10: Child Support Payments (SNAP or Cash only)

Are you or anyone in your household paying court ordered child support to someone living outside your household? YES NO **If YES, complete the section below.**

Who pays? _____
To whom?
Name: _____
Telephone: _____
Address: _____

How much? \$ _____
How often? _____
Did the amount you are court-ordered to pay change?
 YES NO
If yes, you must show proof of the court order to pay child support and all payments that were made in the last three months.

Section 11: Dependent Care (SNAP or Cash only)

Do you or someone in your household pay someone to care for your children or disabled or elderly person so you can work, attend school, or look for work? YES NO

For whom? _____ How much? \$ _____
How often? (Monthly, Weekly, etc.) _____
Mileage Round Trip for Dependent Care _____
Name of caregiver or day care center: _____
Telephone Number: _____ Do you get help to pay for childcare? YES NO

Section 12: Medical Expenses for People Who Are Disabled or Over the Age of 60 (SNAP only)

These expenses include medical bills not covered by insurance, prescriptions, health insurance premiums or other medical services. **You will need to give your caseworker proof of the amount owed or paid.**

Amount paid or owed per month: \$ _____ Do you receive a Medicare Prescription Card? Yes No

Section 13: Medical Support – For Cash and Medical Only

Has the court ordered medical support for any child in your assistance unit? Yes No
Is any child in your assistance group covered by other Health Insurance? (Medical support may be health insurance or payment of any medical bills) Yes No
If Yes, complete the section below.

Who is responsible for providing health insurance coverage? _____

When did the insurance begin? _____ What is the policy number? _____

Attach a copy of the card

Has insurance for a child or children been dropped in the last six months? YES NO

If yes, provide the name(s) of child or children and date(s) the insurance was dropped:

1. _____ 2. _____ 3. _____

Explain why insurance was dropped:

Section 14. Information About Penalties (SNAP and Cash only)

If you do the following	You will lose benefits for
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Hide information or make false statements ▪ Use EBT cards that belong to someone else ▪ Use Food Stamp Benefits to buy alcohol or tobacco ▪ Trade or sell benefits or EBT cards 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 12 months for the first time ▪ 24 months for the second time ▪ Permanently for the third time
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trade Food Stamp Benefits for controlled substances; such as drugs 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 24 months for the first time, and ▪ Permanently for the second time
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Trade Food stamps Benefits for firearms, ammunition or explosives ▪ Trade, buy or sell Food Stamp Benefits of \$500 or more 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Permanently
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Give false information about who you are and where you live so you can get extra Food Stamp Benefits 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 10 years for each time

You can also be fined up to \$250,000 or put in jail for up to 20 years, or both for doing these things. You could also be charged under other state or federal laws.

Section 15. Your Signature

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

- I have given HSD true, correct and complete information.
- I understand that making false statements or hiding information could mean state and Federal penalties and denial of assistance.
- I have given true citizenship information about myself and the others that I am applying for.
- 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.
- I will let HSD contact other people and agencies to get proof.
- I understand that if I receive benefits I am not eligible for, I may have to pay HSD back for those benefits.
- I know that HSD will check the information that I give. HSD may use computers to check the information on this form.
- I understand that I must cooperate with Quality Control (QC). QC is part of HSD. QC looks to make sure HSD determines who can get help correctly.
- TRUSTS - I understand that if I, or the person(s) for whom I am applying, has set up a trust, or is 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.
- I confirm that no one applying for health insurance on this application is incarcerated (detained or jailed). If not, _____ is incarcerated.
- 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 for 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 this applies for any person(s) for whom I am applying as well.
- I understand that I or the person(s) for whom I am applying must give HSD any money I or they receive for medical services which have already been paid for by Medicaid. If I or the person(s) for whom I am applying fail to do so, I, or they, 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 affirm under penalty of perjury that the statements made about persons in my home, income, resources, property and all other information I have given HSD are true and correct.

Sign Here

Today's Date

Telephone Number (daytime)

You Can Register to Vote Here

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

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

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

Signature _____ Date _____

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

For Office Use Only	Name of Person Interviewed: _____ Date _____
	Recertification Interview Conducted by: <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Face-to-Face
	If Face-to-Face Interview, Why? <input type="checkbox"/> Client Request <input type="checkbox"/> No Telephone
	<input type="checkbox"/> Resolve Eligibility Issues <input type="checkbox"/> Cash Assistance <input type="checkbox"/> Other
	Worker Signature: _____ Date _____
Disposition: <input type="checkbox"/> Approved Cat.....	
<input type="checkbox"/> Denied Cat.....	

RESCINDED

NOTICE OF RIGHTS

CONFIDENTIALITY All information I give to HSD is confidential. This information will be given to HSD employees who need it to manage the programs for which I 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. (03/29/12)

NONDISCRIMINATION STATEMENT The U.S. Department of Agriculture prohibits discrimination against its customers, employees, and applicants for employment on the bases of race, color, national origin, age, disability, sex, gender identity, religion, reprisal, and where applicable, political beliefs, marital status, familial or parental status, sexual orientation, or all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, or protected genetic information in employment or in any program or activity conducted or funded by the Department. (Not all prohibited bases will apply to all programs and/or employment activities.) If you wish to file a Civil Rights program complaint of discrimination, complete the USDA Program Discrimination Complaint Form, found only at http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, or any USDA office, or call (866) 632-9992 to request the form. You may also write a letter containing all of the information requested in the form. Send your completed complaint form or letter to us by mail at U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, by fax (202) 690-7442 or email at program.intake@usda.gov. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339; or (800) 845-6136 (Spanish). For any other information dealing with Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) issues, persons should either contact the USDA SNAP Hotline Number at (800) 221-5689, which is also in Spanish, or call the State Information Hotline Numbers (click the link for a listing of hotline numbers by State); found online at http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. USDA is an equal opportunity provider and employer. (06/11/13)



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 toll-free at 1-800-432-6217 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. (08/22/08)

YOUR RIGHT TO A HEARING You can ask for a hearing if you do not agree with the information in this notice. A hearing will give you a chance to explain why you do not agree. You can ask for a hearing by:

- Completing and returning the bottom of this letter;
- Writing or calling your local HSD office; or
- Writing the department's Hearing Bureau at Human Services Department, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, or by calling 1-800-432-6217 (press 6) or 505-476-6213. (Revised 08/16/11)

TIME LIMIT FOR ASKING FOR A HEARING You have 90 days from the date of this 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. For SNAP only: If you have met your claim benefit maximums (dollars or bed days) or have paid premium payments late, you will not have continuation of benefits when you request a hearing within 13 days of this notice. (Revised 4/03/12)

THE HEARING PROCESS After you ask for a hearing, the Department 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 Hearings Bureau. You or your representative can look at your case record and any proof we used to decide your case. You will tell why you believe HSD's action was wrong. You may bring witnesses and present proof. You may question the county office 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. After the hearing, the hearing officer will make a report. The HSD Division Director will decide whether the 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 04/02/03)

PLEASE FILL IN THE SECTION BELOW, ONLY IF YOU WANT TO ASK FOR A HEARING, AND RETURN IT TO YOUR LOCAL INCOME SUPPORT OFFICE OR TO THE HEARINGS BUREAU.

I am asking for a hearing. I do not agree with what the Human Services Department told me in this notice because:

Check one of the boxes below only if you are asking for a hearing:

- I want to continue receiving the benefits I now receive.
- I DO NOT want to continue receiving the benefits I now receive.

I understand that if my request for a fair hearing is made after 13 days from the date on this notice, my benefits will not be continued.

Printed Name

Signature

Date

Case Number

Phone Number

RESCINDED

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN

Para Medicaid, Asistencia en Efectivo, el Programa de Ayuda de Nutrición Supplemental (SNAP) y Medicaid de Cuidado de Salud de Bajo Precio

Conteste todas las preguntas en el formulario. Usted tiene que firmar y poner la fecha en la última página de la Solicitud de Re-Certificación para que la solicitud sea válida.

Si usted quiere recibir otro tipo de asistencia que usted no recibe ahora, favor de contactar a su trabajador y pídale el formulario de la solicitud HSD100.

Sección 1: Dirección

Favor de escribir su dirección actual y su dirección postal. ¿Es una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
Dirección de su casa – Número y Calle/ Ruta Rural/ Num. de Apartamento	Ciudad	Estado	Código Postal	Fecha de cambio
Dirección Postal si es diferente - Núm. y Calle/ Ruta Rural./ Número de Apto.	Ciudad	Estado	Código Postal	Núm. de teléfono

Sección 2: Personas que viven con Usted.

Escriba los nombres y la información respecto a usted y de todas las personas que viven con usted. Solo tiene que dar el Número de Seguro Social e información de ciudadanía de las personas de parte de quién usted está solicitando asistencia o quien está recibiendo asistencia. Si está recibiendo Medicaid puede ser que necesite proveer la prueba de la ciudadanía y de la identidad para todos los miembros de su casa. Use hoja de papel adicional si necesita más espacio.

Nombre	Número de Seguro Social	Fecha de nacimiento	Relación o parentesco con Ud.	Sexo	Raza	Ciudadano de E.U.		¿Va a reclamar a esta persona en la declaración de impuestos del año en curso? S/N
						Si	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
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
								<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

¿Alguna mujer que vive en su hogar está embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Si la respuesta es sí, quién es?
¿Todas las personas compran la comida y la preparan juntos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	_____

Sección 3: Por favor, conteste estas preguntas de Impuesto Federal sólo sobre las personas que están en la Sección 2 que NO serán reclamados como dependientes del solicitante y aparecerán en una declaración de impuestos diferente. * El solicitante aún puede recibir Medicaid si no somete su declaración de impuestos federales. (Solamente Medicaid)

Por favor, indique cada declaración de impuestos individual y sus dependientes enumerados en la solicitud, a continuación.

Pagador de impuestos 1: _____ Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____
 Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____

Pagador de impuestos 2: _____ Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____
 Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____

Pagador de impuestos 3: _____ Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____
 Nombre del dependiente: _____; Parentesco: _____

Sección 4: Gente que ya no vive con usted

¿Alguna persona se ha mudado de su casa? SÍ NO

Si la respuesta es sí, llene la información en esta sección.

Nombre	Explique por qué ya no está en la casa de usted.

Sección 5: Estudiantes que viven en su casa (Solamente para SNAP y Asistencia en Efectivo)

Indique todas las personas en su casa que asisten a la escuela.

Nombre de la persona en la escuela	Nombre de la Escuela	Estudiante Interno	Nivel en la escuela	Parte del Tiempo o Tiempo Completo	Fecha de Graduación
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

Sección 6: Todo el ingreso que recibe del trabajo (Por favor dé prueba de ingresos de los últimos 30 días)

Nombre de la persona que trabaja: _____ ¿Dónde Trabaja? _____ Fecha cuando empezó en este trabajo: _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro: _____
Nombre de la persona que trabaja: _____ Lugar donde trabaja: _____ Fecha cuando empezó en este trabajo: _____	¿Cada cuánto tiempo le pagan? <input type="checkbox"/> Una vez al mes <input type="checkbox"/> Cada Semana <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Otro: _____

Sección 7: Todo los ingresos que no sean del trabajo

Indique todos los cheques/dinero que recibe usted o cualquiera persona que vive en su casa. Ejemplos: Seguro Social SSI, VA, beneficios de desempleo, indemnización de trabajadores, sostenimiento de niños, consignación militar, contribuciones, dividendos, concesiones, préstamos, BIA-GA, Dinero Individual para Indios, y cualquier otro dinero /cantidades de dinero que recibe de otra fuente.

Usted tiene que mandar prueba de todas sumas de dinero que reciben las personas que viven en su casa para los últimos 30 días.

Miembro del hogar que recibe dinero	Quién es el Proveedor o el origen de este Dinero	Suma de los Ingresos	¿Cada cuánto tiempo es recibido? (Cada mes, Cada semana etcétera.)	¿Cuándo empezó a recibir este dinero?

Sección 8: Recursos (todos los programas)

Recursos son cosas como dinero en efectivo, dinero en cuenta de ahorros, acciones, vales de ahorros, remolque para acampar, barcos, vehículos de recreo(RV's), terrenos que tienen las personas que viven con Ud. pero no viven allí, liquidación de cuentas, o cualquiera otra cosa que se puede vender y convertir en dinero. Llene la sección de abajo y envíe prueba de esos recursos. Si necesita, use otra hoja de papel para explicar.

Nombre de la persona	Tipo de Bienes/Ahorros	Valor	Año / Marca / Modelo

Solamente Medicaid: ¿Usted o alguien que vive con usted transfirió algo de valor a alguien más en los últimos 5 años (60 meses)?

Artículo transferido	¿A quién se transfirió?	Valor	Fecha transferido

Sección 9: Gastos de vivienda (Solamente para SNAP y Asistencia en Efectivo)

¿Qué cuentas paga usted y la suma? Usted tiene que llenar esta sección y darnos prueba.

<p>Vivienda:</p> <input type="checkbox"/> Renta o Hipoteca de mi casa \$ _____	<p>Servicios Públicos:</p> <input type="checkbox"/> Incluidos en la Renta <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Gas/Butano <input type="checkbox"/> Basura/ Alcantarillado <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Compra pelotillas de leña <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Compra Leña
<input type="checkbox"/> Renta incluso Servicios Públicos \$ _____	<p>Programa de Asistencia de Energía del hogar para personas de bajos ingresos (LIHEAP): ¿LIHEAP o cualquiera otra entidad le ha ayudado a pagar el costo de calefacción o enfriamiento durante el año pasado en su dirección actual? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p>
<input type="checkbox"/> Vivienda HUD/ Sección 8 \$ _____	
<input type="checkbox"/> Vive con Parientes o Amistades \$ _____	
<input type="checkbox"/> Le proveen casa gratis \$ _____	
<input type="checkbox"/> Soy dueño de mi casa \$ _____	
<input type="checkbox"/> Impuestos \$ _____	
<input type="checkbox"/> Seguro de su casa \$ _____	

Sección 10: Pagos para el Sosténimiento de Niños (Solamente para SNAP y Asistencia en Efectivo)

¿Ud. o alguna persona en su hogar paga sostenimiento de niños por orden de corte a persona que no vive con usted? SÍ NO Si responde Sí llene la sección abajo.

¿Quién paga? _____
¿A quién le paga?
Nombre: _____
Teléfono _____
Dirección _____

¿Cuánto paga? \$ _____
¿Cada cuánto tiempo? _____
¿Cambió la cantidad de dinero que había ordenado la corte? SÍ NO

Si responde sí, usted tiene que presentar prueba de la orden de la corte para pagar el sostenimiento del niño y todos los pagos hechos en los últimos tres meses

Sección 11: Cuidado de Dependientes (Solamente para SNAP y Asistencia en Efectivo)

¿Usted o alguna persona que vive con usted en su casa paga para que cuiden a los niños de usted o a persona discapacitada o persona mayor para que usted trabaje, asista a la escuela o para que busque trabajo? SÍ NO

¿Para quién? _____ ¿Cuánto dinero? \$ _____
¿Cada cuánto tiempo? (Cada mes, Cada semana, etcétera) _____
Millaje de vuelta redonda para cuidado de dependientes: _____
Nombre de la persona que cuida o nombre de la guardería: _____

Número de Teléfono: _____ ¿Recibe ayuda para pagar por el cuidado del dependiente? SÍ NO

Sección 12: Costos Médicos de Personas que Están Incapacitadas o que tienen más de 60 años de edad (Solamente para SNAP)

Esos costos incluyen cuentas médicas que no cubre el seguro, recetas, primas del seguro de salud y otros servicios médicos. **Usted tendrá que entregarle pruebas de la cantidad de dinero que usted debe o que ya pagó.**

Cantidad que pagó o que debe cada mes: \$ _____

¿Recibió una Tarjeta de Medicare para Recetas Médicas? SÍ No

Sección 13: Sostén Médico – Solamente para Asistencia en Efectivo y Medicaid

¿Ha ordenado la corte un sostén médico para cualquier niño/a en su unidad de asistencia? SÍ No

¿Tiene cobertura de salud de otro Seguro Médico, cualquier niño/a que forma parte de su grupo de asistencia? (Cobertura de salud puede ser Seguro Médico o pago de cualquier cuenta médica.) SÍ No
Si usted responde que sí, llene la sección abajo.

¿Quién tiene la obligación de proveer cobertura de seguro de salud? _____

¿En qué fecha empezó el seguro? _____ ¿Qué es el número de la póliza? _____

Adjunte una copia de la tarjeta.

¿Dejó su plan de seguro para niño o niños en los últimos seis meses? SÍ NO

Si su respuesta es sí, explíquenos por que dejó el plan de seguro:

Sección 14. Información de Penalidades (Solamente para Asistencia en Efectivo y SNAP)

Si usted hace lo siguiente	Usted perderá los beneficios por
<ul style="list-style-type: none">▪ Oculta información o hace declaraciones falsas▪ Usa tarjetas EBT que le pertenecen a otra persona▪ Usa los beneficios de SNAP para comprar bebidas alcohólicas o tabaco▪ Intercambia o vende beneficios o tarjetas EBT	<ul style="list-style-type: none">▪ 12 meses la primera vez▪ 24 meses la segunda vez▪ Permanentemente la tercera vez
<ul style="list-style-type: none">▪ Cambia beneficios de SNAP por sustancias ilícitas tales como drogas	<ul style="list-style-type: none">▪ 24 meses la primera vez, y▪ Permanentemente la segunda vez
<ul style="list-style-type: none">▪ Cambia beneficios de SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos▪ Cambia, compra o vende beneficios de SNAP de \$500 o más de \$500	<ul style="list-style-type: none">▪ Permanentemente
<ul style="list-style-type: none">▪ Da información falsa respecto a quién es usted y donde vive para que pueda conseguir beneficios de SNAP adicionales	<ul style="list-style-type: none">▪ 10 años cada vez

Además, le pueden imponer una multa hasta de \$ 250,000 o encarcelarlo por 20 años o ambas penas, por llevar a cabo tales cosas. Además, le pueden levantar cargos bajo otras leyes federales o estatales.

Sección 15: Su Firma

Usted tiene que firmar este formulario para que este reporte sea válido. No tramitará su reporte si no lo firma.

- Le he dado a HSD información cierta, correcta y completa.
- Entiendo que si hago declaraciones falsas u ocultó información podría resultar en penalidades estatales y Federales y negación de asistencia.
- He presentado información cierta de mi ciudadanía y de las otras personas de parte de quien estoy solicitando asistencia.
- Presentaré prueba respecto a la información que reporte a HSD. Si no puedo conseguir pruebas, sé que le puedo pedir ayuda HSD.
- Le doy permiso a HSD que se comunique con otras personas y agencias para que obtengan pruebas.
- Entiendo que si recibo beneficios que yo no tengo derecho de recibir, que tengo que reembolsarle a HSD la suma de esos beneficios.
- Sé que HSD va a examinar la información que yo le presento. HSD puede usar computadoras para examinar la información en este formulario.
- Entiendo que tengo que colaborar con el personal de Control de Calidad (QC). QC forma parte del HSD. El personal del QC asegura que HSD determina correctamente quién puede recibir ayuda.
- FIDEICOMISOS - Yo entiendo que si yo o la persona(s) para quien solicito, ha creado un fideicomiso, o es beneficiario de un fideicomiso, debo darle a HSD una copia del documento del fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. HSD analizará el fideicomiso para ver si afecta a los beneficios de Medicaid cuales estoy solicitando.
- Confirmando que nadie que solicita seguro de salud en esta solicitud está encarcelado (detenido o encarcelado). Si no, está encarcelado.
- RECUPERACIÓN - Entiendo que después de mi muerte HSD puede presentar un reclamo contra mi patrimonio para recuperar las cantidades que el Estado paga o pagó por mí para la asistencia médica bajo el programa de Medicaid. Este proceso se llama "Recuperación del patrimonio" "Recuperación del patrimonio" es requerido por ley federal y estatal. "La recuperación del patrimonio" se requiere cuando los beneficiarios de Medicaid tienen cincuenta y cinco (55) años de edad o más y el estado hace los pagos de asistencia médica en su nombre para los servicios de enfermería, servicios basados en el hogar y la comunidad, y / o servicios relacionados con el hospital y de medicamentos recetados. La cantidad recuperada por HSD no superará la cantidad de los pagos de asistencia médica hechas en nombre del beneficiario de Medicaid. Algunas exclusiones pueden aplicar. Entiendo que esto también es aplicable a cualquier persona(s) para quien estoy solicitando.
- Entiendo que yo o la persona(s) para quien estoy solicitando tienen que regresar dinero a HSD que recibo o reciben por los servicios médicos que yo o ellos han sido pagados por Medicaid. Si yo o la persona(s) para quien estoy solicitando no lo hago, yo, o ellos, podría perder la cobertura de Medicaid durante al menos un año y hasta que la cantidad adeudada a Medicaid se ha pagado en su totalidad.
- Una persona que está solicitando o recibiendo asistencia Medicaid asignará a HSD todos los derechos contra cualquier y todas las personas por sostén médico o los pagos por gastos médicos pagados por el solicitante o cliente y el nombre de cualquier otra persona para la que se solicite o se recibe asistencia

Afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones respecto a personas en mi casa, los ingresos, recursos, propiedad y toda la otra información que le he presentado al HSD es cierta y correcta.

Firme aquí

La fecha de hoy

Número de Teléfono durante el día

Ud. Puede Registrarse para Votar Aquí

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

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

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

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

Firma _____

Fecha _____

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

**For
Office
Use
Only**

Name of Person Interviewed: _____ Date _____

Recertification Interview Conducted by: Telephone Face-to-Face

If Face-to-Face Interview, Why? Client Request No Telephone

Resolve Eligibility Issues Cash Assistance

Worker Signature: _____

_____ Date _____

Disposition: Approved Cat.

Denied Cat.

RESCANNED

AVISO DE DERECHOS

CONFIDENCIALIDAD Yo comprendo que toda la información que yo proporcione a HSD (Departamento de Servicios Humanos) es confidencial. La información solamente se usará para propósitos de elegibilidad o para proporcionar servicios. Por ley, la información confidencial puede referirse a agencias federales y estatales. Toda la información será utilizada para determinar la elegibilidad y / o proporcionar servicios. (03/29/12)

DECLARACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN El Departamento de Agricultura de EE.UU. prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de raza, color, origen nacional, edad, incapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia, y donde relevante, las creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual, o la totalidad o parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de asistencia pública, o la información genética protegida en el empleo o en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplicarán a todos los programas y/o actividades de empleo.) Si usted desea presentar una queja de discriminación con el programa de derechos civiles, complete el formulario de Queja de Discriminación del Programa USDA, que sólo se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja o carta por correo al Departamento de Agricultura de EE.UU., Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o al correo electrónico program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con problemas de audición o incapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Relés al (800) 877-8339, o (800) 845-6136 (español). Para cualquier otra información que se trata del Programa de Asistencia de Nutrición Suplemental (SNAP), las personas deben ponerse en contacto con la Línea Gratuita del USDA SNAP al (800) 221-5689, que también está en español o llamar a los números de la Línea de Información del Estado (haga clic en la enlace para un lista de números por estado); encontrada en línea en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm USDA es una agencia que ofrece igualdad de oportunidades en el empleo y en la prestación de servicios (06/11/13)

INFORMACIÓN DE NECESIDADES ESPECIALES Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodo especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relés de Nueva México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/02/08)



AUDIENCIA JUSTA Usted puede solicitar una audiencia si usted no está de acuerdo con la información en este aviso. Una audiencia le dará la oportunidad de explicar el porque usted no está de acuerdo. Usted puede solicitar una audiencia:

- Completando y regresando la parte inferior de esta carta; o
- Escribiendo o llamando a su oficina local de HSD; o
- Escribiendo al departamento de Oficinas de Audiencias en el Departamento de Servicios Humanos, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, o llamando al 1-800-432-6217 o 505-476-6217 (Revisado 08/16/11)
- Por solamente SCI- Una audiencia justa no se concede por tarde o falta de pago de primas

SOLO PARA SCI: UNA AUDIENCIA NO SE CONCEDERÁ POR EL RETRASO U OMISIÓN DE PAGO DE PRIMAS.

TIEMPO LIMITE PARA SOLICITAR UNA AUDIENCIA Usted tiene 90 días desde la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si usted solicita una audiencia dentro de 13 días desde la fecha de este aviso, usted continuará recibiendo la misma cantidad de beneficios que usted recibía antes de que nosotros tomemos la decisión de este aviso. Usted continuará obteniendo esos beneficios hasta que el Departamento decida su caso, al menos que otro cambio sea hecho a su caso. Cambios en los beneficios pueden ser hechos después de que usted haya solicitado una audiencia si la razón para ese cambio no es la misma que la razón para la audiencia. Si usted pierde la audiencia, es posible que usted tenga que pagar de regreso cualquiera de los beneficios que usted recibía mientras el Departamento estaba decidiendo su caso. Solamente para SCI: Si usted ha llegado a su reclamo máximo de beneficios (dólar o días de cama), o ha pagado los pagos de primas tarde, no tendrá continuidad de los beneficios cuando usted solicita una audiencia dentro de 13 días de este aviso. (Revisado 4/03/12)

EL PROCESO DE LA AUDIENCIA Después que usted solicite una audiencia, el Departamento le enviará una carta indicándole el día, hora y lugar donde su audiencia será llevada a cabo. La audiencia es usualmente en la oficina del condado de HSD. La audiencia será llevada a cabo por un oficial de la Oficina de Audiencias de HSD. Usted o su representante pueden investigar en el expediente de su caso y usar cualquier prueba que ustedes decidan utilizar en su caso. Usted explicará porque usted piensa que la acción tomada por HSD estaba equivocada. Usted puede traer testigos y presentar pruebas. Usted puede cuestionar a la oficina del condado acerca de la acción tomada y prueba presentada. Usted se puede representar a usted mismo. Usted puede ser representado por un amigo, miembro de la familia o un abogado. Para mayor información de donde usted puede obtener asistencia legal gratuita, llame al 1-800-340-9771. Después de la audiencia, el oficial elaborará un reporte. El Director de la División de HSD decidirá si la acción fue correcta o incorrecta. Después que el Director haya decidido su caso, se le enviará una carta informándole la decisión y razones del porque la decisión fue tomada. (Revisado 04/02/03)

POR FAVOR COMPLETE LA SECCION ABAJO, SI USTED QUIERE SOLICITAR UNA AUDIENCIA, Y REGRESELA A SU OFICINA LOCAL DE INGRESOS DE APOYO O LA OFICINA DE AUDIENCIAS.

Yo estoy solicitando una audiencia. Yo no estoy de acuerdo con lo que el Departamento de Servicios Humanos me dice en este aviso debido a que:

Seleccione uno de los cuadros a continuación sólo si solicita una audiencia.

- Yo quiero continuar recibiendo los beneficios que recibo ahora.
- Yo **NO** quiero continuar recibiendo los beneficios que recibo ahora.

Yo entiendo que si no solicito una audiencia justa dentro de 13 días a partir de la fecha de este aviso, mis beneficios no continuarán.

Imprimir el Nombre

Firma

Fecha

Número de Caso

Número de Teléfono

RESCINDED