
Manual Revision Memorandum

ISD-MR 15-17

TO: ISD Employees
FROM: *MM* Marilyn Martinez, Director, Income Support Division
RE: Forms Manual Revision ISD 122 Recertification Application
DATE: December 1, 2015

Instruction:

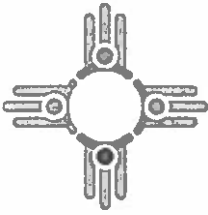
Replace all previous versions of the forms listed below. All previous versions of the form listed in this MR must be removed from any current stock.

Delete- ISD 122 "Recertification Application for Cash SNAP" Revised 12-6-2013
ISDSP 122 "Solicitud para Recertificacion" Revised 12-6-2013

Replace- ISD 122 "Recertification Application for Cash SNAP" Revised 11-27-15
ISDSP 122 "Solicitud para Recertificacion" Revised 11-27-15

This form has been posted to the forms drive :<\\disfasv025\ISDForms>

If you have questions regarding this MR, please contact Gavino Archuleta at (505) 827-7244 or by e-mail at Gavino.Archuleta@state.nm.us.



Income Support Division
 CASA Income Support
 PO Box 830
 Bernalillo, NM 87504
Phone Number: (505) 420-4920
Fax Number: 1(855) 283-8960

Case Number: 012345678
Date: January 01, 2015

Tom Smith
 1600 Pennsylvania Avenue
 Santa Fe, NM 87505



Renewing Your Benefits is a SNAP! 1 - 2 - 3

According to our records, your Category of Assistance (spelled out) (coma-separated in case of several COEs due for renewal at the same time) benefits are due to expire Month Due (Month, Year (August, 2015)). Did you know you don't have to visit our office to renew your benefits? You can now complete your renewal by telephone. Please follow steps 1, 2, and 3 below.

1. **Fill out and sign** this letter. Your report cannot be processed unless it is signed.

We need to know if information has changed. If it has, you may need to provide proof of:

- ✓ **Money** your household receives from the most recent 4-weeks of all income from last month.
 - **Examples of proof of the money received include, but is not limited to:**
 - Earned Income:** Check-stubs or a letter from the employer with the hours you will work and the pay you will get. If you are **self-employed**, you may give ISD a copy of your income tax forms, business records, or personal wage records.
 - Unearned Income:** Copy of your check stub, or a letter from Social Security, Unemployment Compensation, Worker's Compensation, Veterans Administration, Bureau of Indian Affairs, Public Employees Retirement, etc. Alternative verification may be accepted; please contact ISD.
- ✓ **What your household pays for things like:**
 - Court ordered child support from the last 6 months.
 - Current monthly medical expenses for household member(s) age 60+ or disabled.

2. **Deliver** your Renewal Application with attached proof(s) to ISD **within 10 days but no later than Month Due 15th, Year (August 15th 2015)** to continue receiving benefits timely. You can get another application form by requesting one from your local ISD office. We must accept your application if it has your name, address and signature. However, additional information will be required to continue benefits. You can submit your application and proof(s) in one of the following ways:

	Fax	In Person	Online
Central AREA Scanning Area P.O. Box 830 Bernalillo, NM 87004	1-855-804-8960	ISD Office	www.yes.state.nm.us "Renew My Benefits"

Supplemental Security Income Recipients: If everyone in your household receives SSI or this is your only source of income – you can renew your SNAP benefits at a Social Security Administration office.

3. Within 10 days after you provide your application you will receive an appointment letter with the date and time of your appointment. An interview is only required for SNAP, Cash Assistance, and some forms of Medicaid. Failure to complete the renewal process may result in delay or denial of benefits. The renewal process includes turning in this form and required documents and completing an interview. You are responsible for rescheduling your interview if you miss it or cannot attend.



RECERTIFICATION FORM
Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), Medicaid, Cash Assistance

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

Section 2. 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. An SSN is optional for people 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 to apply. Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for you without a Social Security Number; ask ISD. 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 all the people who live with you:

Fill out this section only for each person applying for benefits.										
Name (First and Last)	Relationship	Sex M/F	Date of Birth	Ethnicity Hispanic Y/N (Optional)	Race (Optional) 1-5	Tribal Affiliation	SSN #	Citizenship Immigration Status 1-15 (see below)	Will you file Federal income taxes for the current year? Y/N	Will you claim this person on your current year's tax return? Y/N
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.

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 - American Indian Alaskan Native	5 - White	2 - Lawful Perm Resident (LPR)	3 - Refugee	4 - Asylee
2 - Asian	6 - Amerasians	6 - Amerasians	7 - Paroled to U.S. - 1 year	8 - Withholding of Deportation/Removal
3 - Black or African American	9 - Battered Woman/Children	10 - Veterans, Active Duty Military	11 - Hmong or Laotian Tribe	12 - Human Trafficking Victim
4 - Native Hawaiian or Pacific Highlander	13 - Lawfully Residing Pregnant Woman	14 - Lawfully Residing Child	15 - Other	

Is anyone in your household pregnant?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If YES, who? _____
Do all persons purchase and prepare meals together?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Is any household member imprisoned (detained or jailed)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	If, YES, Who? _____ Where? _____ Date of imprisonment _____ Date of release _____

Section 3: Has there been a change in Federal Income Tax filing information? YES NO
IF YES: Please list all individuals who will file their own taxes listed in Section 2. *The applicant can still get Medicaid if they do not file Federal tax returns. (Medicaid Only)

Tax Payer 1 Name: _____
 Who will they claim from section 2? _____

Tax Payer 2 Name: _____
 Who will they claim from section 2? _____

Tax Payer 3 Name: _____
 Who will they claim from section 2? _____

Section 4: 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: Is there a new applicant who is attending school? YES NO
Has there been a change in student status for any current household members? YES NO
IF YES: Please complete the information below.

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			

Section 6: Has there been a change in the amount of income your household gets from work? YES NO
Do you have a new employer? YES NO
IF YES: Please complete the information below.
SNAP: Provide proof of income for last 30 days ONLY if your employer has changed or if your monthly income has increased or decreased by more than \$50 per month.
Other programs: Provide proof of all new or different income for last 30 days.

Name of person working: _____ Place of work: _____ Date this job started: _____	How often are you paid? <input type="checkbox"/> Once a month <input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Other: _____
Name of person working: _____ Place of work: _____ Date this job started: _____	How often are you paid? <input type="checkbox"/> Once a month <input type="checkbox"/> Weekly	<input type="checkbox"/> Bi-Weekly <input type="checkbox"/> Twice a month <input type="checkbox"/> Other: _____

Section 7: Has there been a change in household income from a source other than work? YES NO
IF YES: Please complete the information below.
SNAP: Provide proof of income for last 30 days ONLY if the source of income has changed or if the amount of monthly income has increased or decreased by more than \$50 per month.
Other programs: Provide proof of all new or different income for last 30 days.

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.

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: Have your resources changed? YES NO **IF YES: Please complete the information in this section.**
 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 – Have your bills changed? YES NO
IF YES: Please complete the information in this section. If you do not report any of the expenses listed below, you will not receive a deduction for these expenses. **Institutional Care Medicaid ONLY: Please complete the information in this section if your bills have increased or decreased per month or if you have moved and provide proof.**

Housing: <input type="checkbox"/> Rent or Home Mortgage \$ _____ <input type="checkbox"/> Rent includes Utilities \$ _____ <input type="checkbox"/> HUD Housing/Section 8 \$ _____ <input type="checkbox"/> Living with Relatives or Friends \$ _____ <input type="checkbox"/> Home Insurance \$ _____ <input type="checkbox"/> Own my Home \$ _____ <input type="checkbox"/> Taxes \$ _____ <input type="checkbox"/> Housing is Supplied Free of Charge	Utilities: <input type="checkbox"/> Included in Rent <input type="checkbox"/> Gas/Butane <input type="checkbox"/> Electric <input type="checkbox"/> Telephone <input type="checkbox"/> Water <input type="checkbox"/> Trash/Sewer <input type="checkbox"/> Purchase Pellets <input type="checkbox"/> Purchase Wood 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
---	--

Section 10: Has the amount of Child Support you pay changed? YES NO (SNAP, Cash, and Institutional Care Medicaid only)
Has the amount of Spousal Support you pay changed? YES NO (Institutional Care Medicaid only)
IF YES: Please complete the information in this section.

Are you, or is anyone in your household, paying court ordered support to someone living outside your household? YES NO
 If YES: Please 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? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes, you must show proof of the court order to pay support and all payments that were made in the last three months.
---	---

Section 11: Has there been a change in Dependent Care? YES NO (SNAP or Cash only)
IF YES: Please complete the information in this section. If you do not report any of the expenses listed below, you will not receive a deduction for these expenses.

Do you or someone in your household pay someone to care for your children or a 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.) _____	Name of caregiver or day care center: _____ Mileage Round Trip for Dependent Care: _____ Telephone Number: _____ Do you get help to pay for childcare? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
---	--

Section 12: Have Medical Expenses for People who are Disabled or Over the Age of 60 changed? YES NO (SNAP and Institutional Care Medicaid) **IF YES: Please complete the information in this section.**
 These expenses include medical bills not covered by insurance, prescriptions, health insurance premiums or other medical services. **For SNAP: You must give your caseworker proof if the amount increased by \$25 or more. For Institutional Care Medicaid: You must give your caseworker proof of all expenses.**

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

Section 13: Is there a new applicant with health insurance? YES NO
Does any household member have changes to their health insurance? YES NO (Medicaid only)

Who lost health insurance? _____, _____, _____ Who has health insurance? _____, _____, _____
 Who is the primary policy holder? _____
 When did the insurance begin? _____ What is the policy number? _____ **Attach a copy of the card(s) if possible.**

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. 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 you need help, the Department has the responsibility to help you. 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 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.
- 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 exclusions 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 be legally bound 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).
- 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)

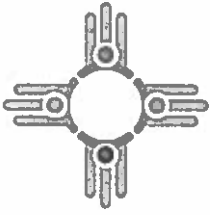
RESCINDED

NOTICE OF RIGHTS

Trigger: Special Needs
Trigger: Your Civil Rights Nondiscrimination Statement
Trigger: Confidentiality
Trigger: Right to a Fair Hearing.

--- Note: This corresponds to the entire Notice of Rights (1 sheet EN, 2 sheets SP) ---

RESCINDED



Income Support Division
 CASA Income Support
 PO Box 830
 Bernalillo, NM 87504
Número de teléfono: (505) 420-4920
Número de fax: 1(855) 283-8960

Número de caso: 012345678
Fecha: January 01, 2015



¡Es muy rápido renovar sus beneficios SNAP! 1 - 2 - 3

Según nuestros registros, sus beneficios Category of Assistance (spelled out) (coma-separated in case for several COEs due for renewal at the same time) caducarán el Month Due (Month, Year (August, 2015)). ¿Sabía que no es necesario que visite nuestra oficina para renovar sus beneficios? Puede completar su renovación por teléfono. Siga los pasos 1, 2 y 3 a continuación.

1. **Complete y firme** esta carta. No se puede procesar el reporte sin su firma.

Necesitamos saber si la información ha cambiado. Si fue así, podría tener que proporcionar pruebas de:

- ✓ **Dinero que recibió su hogar durante las últimas 4 semanas** antes del fin del último mes.
 - **Los ejemplos de pruebas de dinero recibido incluyen, entre otros:**
 - Ingreso ganado:** Talones de pago o una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es **empleado independiente**, puede entregar a la ISD una copia de sus formularios de impuestos a las ganancias, registros comerciales o registros del salario personal.
 - Ingreso no ganado:** Copia de sus cheques 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; comuníquese con la ISD.
- ✓ **Cuánto paga su familia por costos con cargo a su cuenta**
 - Sostenimiento de niños ordenado por la corte correspondiente a los últimos 3 meses.
 - Gastos médicos mensuales actuales para los miembros de la familia de 60 años de edad o más, o discapacitados.

2. **Entregue** su solicitud de renovación con las pruebas adjuntas a la ISD **antes de los 10 días pero no después del Month Due 15th, Year (August 15th 2015)** para continuar recibiendo beneficios oportunamente. Puede obtener otro formulario de solicitud en la oficina de la ISD de su localidad. Debemos aceptar su solicitud si tiene su nombre, dirección y firma. Sin embargo, será necesaria información adicional para continuar los beneficios. Puede presentar su solicitud y pruebas de una de las maneras siguientes:

Correo postal	Fax	En persona	En línea
Central ASP/N Scanning Area P.O. Box 830 Bernalillo, NM 87004	1-855-804-8960	ISD Office	www.yes.state.nm.us "Renovar mis beneficios"

Beneficiarios de Seguridad de Ingreso Suplementario: Si alguien es su hogar recibe SSI o si es la única fuente de ingreso, puede renovar sus beneficios SNAP en una oficina de la Administración del Seguro Social.

3. Dentro de los 10 días luego de haber presentado la solicitud recibirá una carta que le indica la fecha y la hora de su cita. Solo es necesaria una entrevista para SNAP, asistencia en efectivo, y para ciertos tipos de Medicaid. El no completar el proceso de renovación puede resultar en el retraso o la denegación de beneficios. El proceso de renovación incluye entregar este formulario y los documentos necesarios y hacer una entrevista. Usted es el responsable de reprogramar su entrevista si se la perdió o no puede asistir.

FORMULARIO DE RECERTIFICACIÓN

Programa de asistencia para la nutrición suplemental (SNAP), Medicaid, asistencia en efectivo

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

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de la solicitud de recertificación para que sea válida.

Si desea recibir otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HSD100.

Sección 1: Dirección	
Escriba su dirección actual y su dirección postal. ¿Se trata de una nueva dirección? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Dirección residencial - No. y calle/carretera Rt. /No. de Apt.	Ciudad Estado Código postal
Dirección residencial si es diferente - No. y calle/carretera Rt. /No. de Apt.	Ciudad Estado Código postal
	Fecha del cambio Número de teléfono

Sección 2. 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 del hogar para los cuales está solicitando beneficios. El SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, sin embargo si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Recibir beneficios de SNAP 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 deben proporcionar información sobre su estado inmigratorio, 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 debido a que parte de sus ingresos y los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social. 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 todas las personas que viven con usted:

Nombre (Primer y apellido)	Relación	Género (M/F)	Fecha de nacimiento	Etnicidad Hispano S/N (Opcional)	Raza (Opcional) 1-5	N.º Seguro Social (SSN)	Estado inmigratorio de ciudadanía 1 a 15 (ver a continuación)	¿Presentará sus declaraciones de impuestos federales para el año actual? S/N	¿Usted reclamará a esta persona en su declaración de impuesto para el año actual? S/N
1.	(Uno mismo)								
2.									
3.									
4.									
5.									
6.									
7.									
8.									

Complete esta sección únicamente para cada persona que está solicitando los beneficios.

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.

- 1 - Indígena americano nativo de Alaska
- 2 - Asiático
- 3 - Negro o afroamericano
- 4 - Nativo de Hawái o habitante de otra isla del Pacífico
- 5 - Blanco

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

- 1 - Ciudadano estadounidense
- 2 - Residente permanente legal (LPR)
- 3 - Refugiado
- 4 - Asilado
- 5 - Inmigrantes cubanos y haitianos
- 6 - Asiático-estadounidenses
- 7 - Admitido en los Estados Unidos condicionalmente durante 1 año
- 8 - Aplazamiento de deportación o retiro
- 9 - Mujer o niños golpeados
- 10 - Veteranos, militares en servicio activo
- 11 - Tibu hmong o leosiana
- 12 - Víctima de tráfico de personas
- 13 - Mujer embarazada con residencia legal
- 14 - Menor con residencia legal
- 15 - Otro

¿Alguna persona que viva en su hogar está embarazada?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser SÍ, ¿quién? _____			
¿Todos compran y preparan las comidas juntos?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO				
¿Hay algún miembro de la familia que este en prisión (detenido o encarcelado)?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	De ser SÍ, ¿quién? _____ ¿Dónde? _____ Fecha de la entrada en prisión _____ Fecha de liberación _____			
Sección 3: ¿Ha habido un cambio en la información de la declaración de impuestos federales? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Enumere a todas las personas que figuran en la sección 2 que presentan sus propios impuestos. *El solicitante todavía puede recibir Medicaid si no presentan sus declaraciones de impuestos federales. (Únicamente para Medicaid)					
Nombre del contribuyente 1: _____ ¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
Nombre del contribuyente 2: _____ ¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
Nombre del contribuyente 3: _____ ¿A quiénes reclamará de la sección 2? _____					
Sección 4: ¿Se ha mudado alguien a otro lugar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO De ser SÍ, complete la información en esta sección.					
Nombre	Explique por qué ya no vive en su casa				
Sección 5: ¿Hay un nuevo solicitante que asista a la escuela? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Ha habido un cambio en la condición de estudiante de alguno de los actuales miembros del hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la siguiente información.					
Nombre de la persona que asiste a la escuela	Nombre de la escuela	Asiste a un internado	Grado	Medio 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			
		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Sección 6: ¿Hubo algún cambio en el monto del ingreso que recibe el hogar proveniente del empleo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO ¿Tiene un nuevo empleador? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la siguiente información. SNAP: Proporcione pruebas de ingresos correspondientes a los últimos 30 días ÚNICAMENTE si su empleador ha cambiado, o si su ingreso mensual ha aumentado o se ha reducido en más de \$50 por mes. Otros programas: Proporcione pruebas de todo ingreso nuevo o diferente correspondiente a los últimos 30 días.					
Nombre de la persona que está trabajando: _____ Lugar de trabajo: _____ Fecha en que comenzó este empleo: _____	¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Una vez por mes <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Nombre de la persona que está trabajando: _____ Lugar de trabajo: _____ Fecha en que comenzó este empleo: _____	¿Con qué frecuencia se le paga? <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Una vez por mes <input type="checkbox"/> Dos veces por mes <input type="checkbox"/> Semanalmente <input type="checkbox"/> Otro: _____				
Sección 7: ¿Hubo algún cambio en el ingreso familiar de una fuente que no sea el trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la siguiente información. SNAP: Proporcione pruebas de ingresos correspondientes a los últimos 30 días ÚNICAMENTE si ha cambiado la fuente del ingreso o si el monto del ingreso mensual ha aumentado o se ha reducido en más de \$50 por mes. Otros programas: Proporcione pruebas de todo ingreso nuevo o diferente correspondiente a los últimos 30 días.					
Enumere todos los cheques o dinero recibido por usted o cualquier otro miembro del hogar. Por ejemplo - Seguro Social, SSI, VA, beneficios de desempleo, compensación a trabajadores, manutención infantil, asignaciones militares, contribuciones, dividendos, subvenciones, préstamos, BIA-GA, fondos individuales de los indígenas, y cualquier otro dinero o fondos recibido de cualquier otra fuente.					
Miembro de la familia que recibe dinero	El que lo provee o la fuente de este dinero	Monto del ingreso	¿Con qué frecuencia se recibe el ingreso? (mensualmente, semanalmente, etc.)	¿Cuándo comenzó a recibir este ingreso?	



Sección 8: ¿Han cambiado sus recursos? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la información en esta sección.			
Los recursos son, por ejemplo, efectivo, dinero en cuentas de ahorros, acciones, bonos, casas rodantes, embarcaciones, vehículos recreativos (RV), terrenos que pertenecen a su familia pero no son habitados por ella, liquidaciones en efectivo o cualquier otra cosa que pueda venderse o convertirse en efectivo. Complete la sección a continuación y envíe prueba de estos recursos. Use una hoja de papel adicional si necesita explicar.			
Nombre de la persona	Tipo de propiedad o ahorro	Valor en \$	Año / marca / modelo
UNICAMENTE PARA MEDICAID: ¿Ha transferido usted o alguna persona que vive con usted algo de valor en los últimos 5 años (60 meses)?			
Opciones transferidas	¿A quién fueron transferidas?	Valor en \$	Fecha de la transferencia
Sección 9: Costos de vivienda- ¿Ha cambiado el costo de sus facturas? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO DE SER SÍ: Complete la información en esta sección. Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos. ÚNICAMENTE para Medicaid para atención en instituciones: Complete la información en esta sección si sus facturas han aumentado o disminuido mensualmente o si se ha mudado y proporcione pruebas.			
Vivienda: <input type="checkbox"/> Alquiler o hipoteca de la vivienda \$ _____ <input type="checkbox"/> El alquiler incluye los servicios \$ _____ <input type="checkbox"/> Vivienda del HUD/Sección 8 \$ _____ <input type="checkbox"/> Vive con familiares o amigos \$ _____ <input type="checkbox"/> Seguro para el hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Propietario de mi hogar \$ _____ <input type="checkbox"/> Impuestos \$ _____ <input type="checkbox"/> Se proporciona vivienda sin cargo		Servicios: <input type="checkbox"/> Se incluyen en el alquiler <input type="checkbox"/> Gas/butano <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Teléfono <input type="checkbox"/> Agua <input type="checkbox"/> Residuos/santarillado <input type="checkbox"/> Compra de pastillas <input type="checkbox"/> Compra de madera Programa de asistencia financiera para personas de bajos ingresos (LIHEAP): ¿El LIHEAP o cualquier otra persona le ayudó a pagar los costos de calefacción o refrigeración en el último año en su dirección actual? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No	
Sección 10: ¿Ha cambiado el monto que paga por sostenimiento de niños? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP, efectivo y Medicaid para atención en instituciones)			
¿Ha cambiado la cantidad que paga de manutención conyugal? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente Medicaid para atención en instituciones)			
DE SER SÍ: Complete la información en esta sección.			
¿Usted o alguien en su grupo familiar paga manutención por orden judicial a una persona que vive fuera de su grupo familiar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
De ser SÍ: Complete la siguiente sección.			
¿Quién paga? _____		¿Cuánto? \$ _____	
¿A quién? Nombre: _____		¿Con qué frecuencia? _____	
Teléfono: _____		¿Ha cambiado la cantidad que la corte le indicó a pagar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Dirección: _____		Si es así, debe mostrar prueba de la orden judicial para pagar manutención y todos los pagos hechos en los últimos tres meses.	
Sección 11: ¿Hubo algún cambio en el cuidado para dependientes? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP o efectivo)			
DE SER SÍ: Complete la información en esta sección. Si no informa ninguno de los gastos a continuación, no recibirá una deducción por los mismos.			
¿Usted o alguien en su grupo familiar paga un tercero para cuidar de sus hijos o a una persona discapacitada o mayor, para poder trabajar, asistir a la escuela o buscar trabajo? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Para quién? _____		Nombre del cuidador o guardería: _____	
¿Cuánto? \$ _____		Millaje por el viaje ida y vuelta para cuidado de dependiente: _____	
¿Con qué frecuencia? (Mensualmente, semanalmente, etc.) _____		Número de teléfono: _____	
		¿Recibe ayuda para pagar por el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Sección 12: ¿Han cambiado los gastos médicos para las personas discapacitadas o mayores de 60 años? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente SNAP y Medicaid para la atención en instituciones) DE SER SÍ: Complete la información en esta sección.			
Estos gastos incluyen facturas médicas no cubiertas por el seguro, recetas, primas de seguros de salud u otros servicios médicos. Para SNAP: Debe proporcionar pruebas a su trabajador del caso si el monto aumentó en \$25 o más. Para Medicaid para atención en instituciones: Debe proporcionar prueba de todos los gastos a su trabajador del caso.			
Cantidad pagada o adeudada por mes: \$ _____ ¿Recibe una tarjeta de prescripciones de Medicaid? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Sección 13: ¿Hay un nuevo solicitante para el seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
¿Algún miembro de su hogar tiene cambios en su seguro de salud? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO (Solamente para Medicaid)			
¿Quién perdió el seguro de salud? _____, _____, _____ ¿Quién tiene seguro de salud? _____, _____, _____			
¿Quién es el titular principal de la póliza? _____			
¿Cuándo comenzó el seguro? _____ ¿Cuál es el número de póliza? _____ Adjunte una copia de las tarjetas de ser posible.			

Sección 14: Información acerca de las sanciones (solamente para SNAP y efectivo)		
Si hace alguna de las siguientes:	Perderá sus beneficios por:	
<ul style="list-style-type: none"> Ocultar información o formular falsas declaraciones Usar una tarjeta EBT que le pertenezca a otra persona Usar los beneficios de estampillas de alimentos para comprar alcohol o tabaco Intercambiar o vender 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"> Intercambiar beneficios de estampillas de alimentos por sustancias controladas; como ser drogas 	<ul style="list-style-type: none"> 24 meses la primera vez, y Permanentemente la segunda vez 	
<ul style="list-style-type: none"> Intercambiar beneficios de estampillas de alimentos por armas de fuego, munición o explosivo Intercambiar, vender o comprar beneficios de estampillas de alimentos por \$500 o más 	<ul style="list-style-type: none"> Permanentemente 	
<ul style="list-style-type: none"> Brindar información falsa sobre su identidad y en dónde vive para obtener beneficios de estampillas de alimentos adicionales 	<ul style="list-style-type: none"> 10 años cada vez 	
<p>También puede ser multado por hasta \$250.000 o enviado a la cárcel por hasta 20 años, o ambas, por hacer estas cosas. También podría ser acusado bajo leyes federales o de otro estado.</p>		
<p>Sección 15: Su firma</p> <p>Debe firmar este formulario para que este informe tenga validez. No se procesará su informe a menos que esté firmado. Su firma también indica lo siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 usted necesita ayuda, el departamento tiene la responsabilidad de ayudarlo. Dejaré que el HSD se comunique con otras personas y empresas para obtener las pruebas. Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda y servicios como 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 computadores u otros medios para revisar la información en este formulario. Sé que el HSD revisará el estado inmigratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado inmigratorio de cualquier miembro del hogar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (HHS) 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 programa 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. 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 (50) 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 el 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 legalmente 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 estoy de acuerdo a estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante o al beneficiario, no reasignaré ningún reclamo del proveedor, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d). Afirmo, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos, recursos, propiedades y demás información entregada al HSD, son verdaderas y correctas. 		
Firme aquí _____	Fecha de hoy _____	Número de teléfono (día) _____



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). (12/1/03)

RESCINDED

NOTICE OF RIGHTS

Trigger: Special Needs
Trigger: Your Civil Rights Nondiscrimination Statement
Trigger: Confidentiality
Trigger: Right to a Fair Hearing.

--- Note: This corresponds to the entire Notice of Rights (1 sheet EN, 2 sheets SP) ---

RESCINDED