



New Mexico Human Services Department

Susana Martinez, Governor
Sidonie Squier, Secretary

Income Support Division
Director's Office
PO Box 2348
Santa Fe, NM 87504-2348
Phone: (505) 827-7250; Fax: (505) 827-7203

**ISSUED ELECTRONICALLY
INTRADEPARTMENTAL MEMORANDUM
ISD- GI 12-23
DATE: May 18, 2012**

TO: All ISD Employees

**FROM:  Ted Roth, Acting Director
Income Support Division**

RE: New Mexico Combined Application Project (NMCAP) Renewal Form

This GI is to inform staff that the first NMCAP renewal applications (FSP122) are being mailed to participating clients beginning May 15, 2012, and are due to the North Processing Center in June 2012. The NMCAP Renewal Form (FSP122) is attached.

NMCAP Renewal Forms received in local County Offices should be sent to the NMCAP unit either by mail or faxed to:

North Processing Center - NMCAP
830 Camino Del Pueblo
Bernalillo, NM 87104

Fax: (505) 771-6002

If you have any questions, please contact Gwen Brubaker at (505) 771-6323 or gwen.brubaker@state.nm.us





Attachment: NMCAP Renewal Letter (FSP122)


NEW MEXICO MODIFIED COMBINED APPLICATION PROJECT
NEW MEXICO HUMAN SERVICES DEPT.
830 S CAMINO DEL PUEBLO
BERNALILLO NM 87004-9904
Tel: 1-877-636-5453
Fax: 1-505-771-6662

[ssn]

[Name]
[Street]
[City, State, Zip]

It's time to renew your food assistance with the New Mexico Modified Combined Application Project (NMCAP)!
¡Es tiempo para renovar su asistencia de comida con el Proyecto Modificado de Aplicación Combinada de Nuevo México!

<p>You must respond to this letter By <u>10th of next month</u>. If you do not, your NMCAP case will close.</p> <p>According to our records, your NMCAP benefits are to expire at the end of [Month/year].</p> <p>To receive NMCAP for another three years, you must do the following:</p>	<p>Usted tiene que responder a esta carta Para <u>10th of next month</u>. Si no lo hace, su caso de NMCAP se cierre.</p> <p>Según nuestros documentos, sus beneficios de NMCAP se ven en al fin de [Month/year].</p> <p>Para recibir el NMCAP para otros tres años más, tiene que hacer lo siguiente:</p>	
<p>Fill out the attached PINK PAGE.</p> <p>Please make sure it is signed and dated so we can process your NMCAP case.</p> <p>Mail the PINK PAGE in the enclosed envelope to:</p> <p>Combined Application Processing Unit New Mexico Human Services Dept. 830 S Camino Del Pueblo Bernalillo NM, 87004-9904</p> <p>You can also FAX it to: 505-771-6662</p>	  	<p>Llene la PÁGINA ROSADA adjunto.</p> <p>Por favor, asegúrese que tenga firma fecha para procesar su caso de NMCAP.</p> <p>Envía la PÁGINA ROSADA en el sobre adjunto a:</p> <p>Combined Application Processing Unit New Mexico Human Services Dept. 830 S Camino Del Pueblo Bernalillo NM, 87004-9904</p> <p>También lo puede FAX a: 505-771-6662</p>
<p>For any questions, call: 1-877-636-5453</p> <p>IMPORTANT – PLEASE READ BY RESPONDING TO THIS LETTER FOR RECERTIFICATION YOU ACKNOWLEDGE THAT THE INFORMATION YOU PROVIDE IS TRUE AND ACCURATE UNDER PENALTY OF PERJURY.</p>		<p>Si tiene preguntas, llame al: 1-877-636-5453</p> <p>IMPORTANTE- POR FAVOR LEA SI RESPONDE A ESTA CARTA PARA LA RENOVACIÓN ESTÁ AFIRMANDO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA ES VERDADERA Y EXACTA.</p>

<p>Special Needs Information</p>  <p>Información de Necesidades Especiales</p>	<p>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 NM 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)</p> <p>Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)</p>
<p>Responsibility to Report Changes/ Responsabilidad para Reportar Cambios</p>	<p>The information I give during the application process is used to determine eligibility. It is my responsibility to report only changes that would result in a loss of eligibility. This includes increase in income above the program limits, persons living with me, moving out of state, and in some cases other health insurance. La información que doy durante el proceso de aplicación es utilizada para determinar elegibilidad. Es mi responsabilidad de reportar sólo cambios que resulten en pérdida de elegibilidad. Esto incluye aumento de ingresos que es más de los límites del programa, las personas que viven conmigo, mudándome del estado, y en unos casos otro seguro de salud.</p>

Notice of Rights / Aviso de Derechos

<p>Your Civil Rights - All programs administered by the Human Services Department (HSD) are equal opportunity programs. If you believe you have been treated unfairly because of race, color, national origin, age, disability, and where applicable, sex, marital status, familial status, parental status, religion, sexual orientation, genetic information, political beliefs, reprisal, or because all or part of an individual's income is derived from any public assistance program, you may file a complaint. Complaints of discrimination may be filed with the New Mexico Human Services Department central office or the local Human Services county office. Complaints of discrimination about the Supplemental Nutrition Assistance Program--SNAP (formerly food stamp program) may be filed with the USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 or call 1-800-795-3272 or 202-720-6382 (TDD). Complaints of discrimination about Cash Assistance and Medical Assistance programs may be filed with the Office of Civil Rights, Department of Health & Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 or call (800) 368-1019 (voice) and (214) 767-8940 (TDD). (09/02/09)</p> <p>Sus Derechos Civiles - Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a la raza, el color, origen nacional, la edad, la incapacidad, y donde aplicable, el sexo, el estado civil, estatus familiar, estatus paternal, la religión, orientación sexual, información genética, las creencias políticas, la represalia, o porque todo o la parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de ayuda estatal, puede presentar una queja. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el programa de las estampillas de alimento se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, Whitten Bldg., 1400 Independence Ave. S.W., Washington, DC 20250-9410 o llame (202) 720-5964 (voz y TDD). Las quejas de discriminación sobre los programas de Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica se pueden presentar con la Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llame (800) 368-1019 (voz) y (214) 767-8940 (TDD). (09/02/09)</p>
<p>Your Privacy - The information you give HSD will be used to determine whether your household is eligible or continues to be eligible to take part in HSD programs. We will check this information through computer matching program. This information will also be used to make sure that you meet program rules and help us to manage the program. This information may be given to other Federal and State agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If your household gets a claim against it, the information on this application including all social security numbers, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies for claims collection action. Providing the requested information, including social security numbers of each household member is voluntary. However, each person applying for assistance must give a social security number or it will result in the denial of program benefits to each individual applicant failing to give a social security number. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information or social security numbers. Any social security numbers given will be used and disclosed in the same manner as social security numbers of eligible household members. We also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and the Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household's eligibility and benefit amount. (10/23/2009)</p> <p>Su Privacidad - La información que Ud. da a HSD será utilizada para determinar si su casa tiene elegibilidad o continúa a tener elegibilidad para participar en los programas de HSD. Verificaremos esta información por programas de computadora. Esta información también será utilizada para asegurar de que Ud. sigue las reglas del programa y para ayudarnos a manejar el programa. Esta información puede ser dada a otras agencias Federales y del Estado para examen oficial y a oficinas de la ley para el propósito de encontrar a personas que huyen para evitar la ley. Si Ud. recibe beneficios de que no fue elegible y tiene que pagarlos, esto se llama un reclamo. Si su casa recibe un reclamo contra su casa, la información en esta aplicación, incluyendo todos los números de seguro social, pueden ser dados a agencias Federales y del Estado, así como agencias privadas de colección de reclamos, para la acción de colección de reclamos. Dar la información solicitada, incluyendo números de seguro social de cada miembro de la casa es voluntario. Sin embargo, cada persona que aplica para asistencia debe dar un número de seguro social o resultará la negación de beneficios del programa a cada individuo que no da un número de seguro social. Cualquier número de seguro social proporcionado será utilizado y será revelado en la misma manera que números de seguro social de miembros de la casa que son elegibles. También verificamos con otras agencias, el Servicio de Verificación de Elegibilidad e Ingresos Federales (IEVS) y el Sistema de Información Reportada de Asistencia Pública. Esta información puede afectar su elegibilidad de su hogar y cantidad de beneficio. (10/23/2009)</p>
<p>Fair Hearings - If you do not agree with a decision made on any matter concerning your household's participation in any program through HSD, you and/or your representative, may ask for a fair hearing. A fair hearing may be requested either orally or in writing, within 90 days of the date a notice of a decision on your case was mailed. You will have the right to examine, prior to the hearing, your case file, and any documents used in the determination of the appealed action. Yourself, another household member, or a person you have asked to represent your household, such as a friend or relative, may present your case. You have the right to have legal counsel represent your household at the hearing.</p> <p>Audiencia Justa - Si Ud. no está de acuerdo con decisiones que tomen sobre cualquier asunto respecto o sobre la participación de las personas que viven con Ud. en su casa en cualquier programa del Departamento de Servicios Humanos, Ud. o su apoderado tiene derecho de solicitar una audiencia justa. Ud. puede solicitar una audiencia justa ya sea oralmente o por escrito, hasta 90 días a partir de la fecha en que le enviaron la decisión de su caso por correo. Ud. tiene el derecho de examinar el expediente de su caso y todos los documentos utilizados para determinar las medidas que aplicaron. Ud. mismo puede presentar su caso, u otra persona que vive con Ud. u otra persona (por ejemplo, un amigo o pariente) que Ud. escoge puede representarlo. Ud. tiene el derecho que, en la audiencia, un abogado represente a Ud. y a las personas que viven con Ud.</p>

PINK PAGE
*** NMCAP RECERT ***

Para ver esta información en español, mire por atrás de esta pagina.

YOUR MAILING ADDRESS IS: [Street] [City, State, Zip]	Name: [Name] [ssn] <i>[PR end date]</i> <i>[Geo-Admin]</i> <i>[worker #]</i>
YOUR PHONE NUMBER IS: [phone #] If it is different than what appears, please write here your new address and/or phone number.	

▶ **Your Household Members are: [HHM]**
 Please let us know if someone has either moved in or moved out of your home and their relationship to you.
 Name: _____ Social Security Number: _____ Date of Birth: _____ Relation: _____
Do all people listed above purchase and prepare meals separately from you? YES NO

▶ Are you currently working? YES NO ▶ If you are married, is your spouse currently working? YES NO

I acknowledge that:

- I receive Supplemental Security Income (SSI): if married and living with my spouse, he/she also receives SSI;
- I (we) are 22 years of age or older;
- I (we) purchase and prepare meals separately from other household members;
- I (we) have no dependent children younger than 22 living in my (our) house;
- I (we) have no earned income;
- I (we) do not receive help from Food Distribution Program on Indian Reservations;
- I (we) pay the following monthly amount for shelter and utilities (check all that apply and enter monthly household expense):

<input type="checkbox"/> Rent/Mortgage \$ _____	<input type="checkbox"/> Yearly property taxes \$ _____
<input type="checkbox"/> Yearly Home Insurance \$ _____	<input type="checkbox"/> Heating/Cooling \$ _____
<input type="checkbox"/> Phone \$ _____	<input type="checkbox"/> Other \$ _____

What is a Shelter Expense?
 Shelter and utility expenses include rent or mortgage, property taxes on your home, insurance on your home, electricity, gas for heating or cooling, water, sewage and/or garbage pick-up.

NOTE: if you do not complete this shelter section, you will be given the lower shelter deduction

You may be able to receive a higher benefit amount through the regular Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP) if:

- Your combined monthly shelter and utility expenses are more than \$315.00, and/or
- Your out of pocket medical expenses are at least \$35.00 a month.

Send me the Regular SNAP Application

By signing my name below, I acknowledge the above is accurate and true. I agree to reimburse all benefit amounts obtained due to false information given by myself or by my authorized representative.

Signature:	Date:
I request that the person named below shall be my Authorized Representative and have authority in situations concerning NMCAP.	
My Authorized Representative has: <input type="checkbox"/> Guardianship <input type="checkbox"/> Power of Attorney My Authorized Representative may: <input type="checkbox"/> Apply on my behalf <input type="checkbox"/> Disperse my benefits on my behalf	

Name of Authorized Representative	Mailing Address	Phone
-----------------------------------	-----------------	-------

If YOU are NOT registered to vote where you live now, **WOULD YOU LIKE TO REGISTER TO VOTE 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 any HSD location or by completing the enclosed voter registration form and returning it to HSD with this PINK PAGE. 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).

PÁGINA ROSADA
*** NMCAP RECERT ***

For the English version of this form, see the other side of this page.

<u>SU DIRECCIÓN DE CORREO ES:</u> [Street] [City, State, Zip]	Nombre: [Name] [ssn] [PR end date] [Geo-Admin] [worker #]
<u>SU NÚMERO de TELÉFONO ES: [phone #]</u> Si es diferente de lo que parece arriba, por favor escriba se nueva dirección y/o numero de teléfono aquí.	

► Las otras personas que viven con usted son: [HHM]
 Por favor díganos si alguien adicional está viviendo en su domicilio o si algún miembro de la familia se ha mudado fuera de su casa. Si es así, díganos el nombre y el parentesco/relación.
 Nombre: _____ Numero de Seguro Social: _____ Fecha de Nac.: _____ Relación: _____

¿Todas las personas que salen aquí compran y preparan comida por separado de usted? SÍ NO

► ¿Está usted trabajando en este momento? SÍ NO ► ¿Si está casado/a, está trabajando su esposo/a? SÍ NO

Yo afirmo que:

- Recibo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI); Si estoy casado/a, vivo con mi pareja que también recibe SSI;
- Yo tengo (nosotros tenemos) 22 años de edad o más;
- Yo compro y preparo (nosotros compramos y preparamos) comida por separado de otros miembros de la casa;
- Yo no tengo (nosotros no tenemos) dependientes menor de 22 años de edad viviendo en mi (nuestra) casa;
- Yo no tengo (nosotros no tenemos) ningún ingreso de trabajo;
- Yo (nosotros) no reciben la ayuda de los Programas de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas;
- Yo pago (nosotros pagamos) la siguiente cantidad mensual para el hogar y utilidades (Ponga su marca solamente en lo que se aplica a su casa)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Renta/Hipoteca \$ _____ | <input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad al año \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Casa anual \$ _____ | <input type="checkbox"/> Calefacción y Refrigeración \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Teléfono \$ _____ | <input type="checkbox"/> Otro(a) _____ |

¿Cuál es un Gasto del Hogar?

Los gastos del hogar y de utilidades incluyen renta o hipoteca, impuestos por la casa, seguro de la casa, electricidad, gas para calentarse o enfriarse, agua, aguas residuales, y/o recogida de basura.

NOTA: Si no complete esta sección de gastos del hogar, se le dará la deducción más baja de refugio

Puede que usted reciba una cantidad de beneficio más alta por el Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental regular (SNAP) si:

- Sus gastos del hogar y sus costos de utilidades combinados son \$315.00, y/o
 - Sus gastos médicos del mesillo son al menos de \$35.00 por mes.
- Envíeme la aplicación SNAP regular.

Firmando mi nombre abajo reconozco que lo antedicho es cierto y verdadero. Estoy de acuerdo en devolver todas las cantidades de beneficios obtenidos debido a información falsa dada por mi o por mi representante autorizado.

Firma: _____

Fecha: _____

Solicito que la persona nombrada abajo será mi Representante Autorizado y que tiene autoridad en situaciones acerca de NMCAP.

- Mi Representante Autorizado tiene: Tutela Poder del Abogado
- Mi Representante Autorizado puede: Aplicar de mi parte Dispersar mis beneficios de mi parte

Nombre de Persona Autorizado _____

Dirección Postal _____

Teléfono _____

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

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

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en cualquier oficina de HSD o completando el formulario de inscripción de votantes adjunto y devolverlo a HSD con esta página de color rosa. Si desea ayuda para llenar un formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

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

Firma _____

Fecha _____

CONFIDENCIALIDAD: Si Ud. decide registrarse o no, la decisión que Ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar o declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea 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).