



# New Mexico Human Services Department

Bill Richardson, Governor  
Pamela S. Hyde, J.D., Secretary

Medical Assistance Division  
PO Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348  
Phone: (505) 827-3103

## **INTERDEPARTMENTAL MEMORANDUM**

**MAD-GI: 09-06**

**DATE: April 21, 2009**

**TO:** ISD AND MAD STAFF

**FROM:** CAROLYN INGRAM, DIRECTOR, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION  
HELEN NELSON, DEPUTY DIRECTOR, INCOME SUPPORT DIVISION

**BY:** ROY BURT, BUREAU CHIEF, CLIENT SERVICES BUREAU

**SUBJECT: STATE COVERAGE INSURANCE SIMPLIFIED RENEWAL PROCESS**

The Medical Assistance Division is implementing a simplified renewal process for individuals covered on State Coverage Insurance (SCI) category 062 (A, B, and C). The current process for SCI is to send the recipient a renewal letter and application by mail. The recipient is then required to submit the signed application and proper verification to establish eligibility for ongoing benefits.

The new recertification process for SCI will be similar to the process in place now for categories 032, 035F and 072 cases handled by the Medicaid Renew Project. The SCI client will be sent the attached pre-populated renewal notice. The simplified renewal process will allow for renewals via fax, phone, mail, and e-mail to the appropriate Northern or Southern SCI Unit. The current requirement of obtaining a signed application at renewal is waived. Additionally, verification requirements are waived allowing SCI clients to be renewed based on client statement.

SCI clients may contact the appropriate Northern or Southern SCI Unit during the month following the expiration month of their SCI case and still be renewed. A new application is not needed. If the SCI client has not renewed after the month following the expiration month of their SCI case, the case must be manually closed. Before manual closure of an SCI case due to failure to recertify, ISD2 should be checked to see if the client has an active food stamp or TANF case. If there is an active food stamp or TANF case the SCI case should be renewed.

Please address questions regarding this GI to Roy Burt at (505) 476-6898 or roy.burt@state.nm.us.

Attachment

# State Coverage Insurance Renewal Notice

{SSN#}

{GEO/ADM} {Worker #}

Case Name

Address

City, State ZIP

## *It's time to renew your State Coverage Insurance (SCI) Benefits!*

According to our records, your benefits for State Coverage Insurance (SCI) are due to expire at the end of {Month/Year}.

### **MORE INSTRUCTONS - PLEASE READ**

1. BY RESPONDING TO THIS LETTER FOR SIMPLIFIED RENEWAL YOU ACKNOWLEDGE THAT THE INFORMATION YOU PROVIDE IS TRUE AND ACCURATE UNDER PENALTY OF PERJURY.
2. You do not need to send any paycheck stubs or other income information at this time. We will contact you if we need more information.
3. If you have changes to tell us about, please pick just one of the ways on the next page to send us your updated information.

## *¡Es tiempo para renovar su beneficios de State Coverage Insurance (SCI)!*

Según nuestros documentos, sus beneficios para State Coverage Insurance (SCI) deben expirará al fin de {Month/Year}.

### **MÁS INSTRUCCIONES - POR FAVOR LEA**

1. SI RESPONDE A ESTA CARTA PARA LA RENOVACIÓN SIMPLIFICADA ESTÁ AFIRMANDO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LA INFORMACIÓN QUE PROPORCIONA, ES VERDADERA Y EXACTA.
2. USTED NO NECESITA ENVIAR NINGÚN TALON DE CHEQUE DE PAGO O OTRA INFORMACIÓN DE INGRESOS EN ESTE MOMENTO. NOS PONDREMOS EN CONTACTO CON USTED SI NECESITAMOS MÁS INFORMACIÓN.
3. SI TENGA CAMBIOS PARAR REPORTAR, POR FAVOR, ESCOJA SÓLO UNA DE LAS FORMAS EN LA PÁGINA SIGUIENTE PARA ENVIARNOS SU INFORMACIÓN, NOMAS SI TIENE CAMBIOS PARA REPORTAR.

# Follow these directions to renew your SCI Benefits Siga estas direcciones para renovar sus beneficios de SCI

Use ONE of the following ways to contact us.

Utilice UNA de las maneras siguientes para ponerse en contacto con nosotros.

<b>If you live in the following counties (Si usted vive en los condados de) Bernalillo, Sandoval, Santa Fe, Torrance or Valencia ▼</b>	<b>If you live in any other New Mexico County (Si usted vive en cualquier otro condado de New Mexico) ▼</b>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Mail the GREEN PAGE to:</b> <i>Envíe las PAGINA VERDES a:</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Northern SCI Unit, ISD 830 Camino Del Pueblo Bernalillo, NM 87004</b></p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Mail the GREEN PAGE to:</b> <i>Envíe las PAGINA VERDES a:</i></p> <p style="text-align: center;"><b>Southern SCI Unit, ISD 655 Utah Avenue Las Cruces, NM 88001</b></p> </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Fax the GREEN PAGE to:</b> <i>Envíe las PAGINA VERDES por Fax a:</i></p> <p style="text-align: center;"><b>(505) 867-9492</b></p> <p><b>In your fax or mail please tell us:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Please tell us your Name</li> <li>➤ Social Security Number</li> <li>➤ Report changes on the GREEN PAGE</li> </ul> <p><b>En su fax o correo diganos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Su nombre</li> <li>➤ Su número de Seguridad Social</li> <li>➤ Los cambios que se debe hacer a las PAGINA VERDES</li> </ul> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Fax the GREEN PAGE to:</b> <i>Envíe las PAGINA VERDES por Fax a:</i></p> <p style="text-align: center;"><b>(575) 522-4048</b></p> <p><b>In your fax or mail please tell us:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Please tell us your Name</li> <li>➤ Social Security Number</li> <li>➤ Report changes on the GREEN PAGE</li> </ul> <p><b>En su fax o correo diganos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Su nombre</li> <li>➤ Su número de Seguridad Social</li> <li>➤ Los cambios que se debe hacer a las PAGINA VERDES</li> </ul> </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Send an email to:</b> <i>Envíe un email a :</i></p> <p style="text-align: center;"><a href="mailto:SCI.North@state.nm.us">SCI.North@state.nm.us</a></p> <p><b>In your email or message, tell us:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Your name</li> <li>➤ Your social security number</li> <li>➤ Tell us the changes you have</li> </ul> <p><b>En su email o su mensaje diganos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Su nombre</li> <li>➤ Su número de Seguridad Social</li> <li>➤ Los cambios que se debe hacer a la información que tenemos sobre usted</li> </ul> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Send an email to:</b> <i>Envíe un email a :</i></p> <p style="text-align: center;"><a href="mailto:SCI.South@state.nm.us">SCI.South@state.nm.us</a></p> <p><b>In your email or message, tell us:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Your name</li> <li>➤ Your social security number</li> <li>➤ Tell us the changes you have</li> </ul> <p><b>En su email o su mensaje diganos:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ Su nombre</li> <li>➤ Su número de Seguridad Social</li> <li>➤ Los cambios que se debe hacer a la información que tenemos sobre usted</li> </ul> </div> </div>
<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Call Monday-Friday, 8 am to 5 pm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>After hours leave a message</b> <i>Llame Lunes a Viernes, 8 am a 5 pm</i></li> <li>➤ <i>Despues de horas regulares, por favor deje un mensaje.</i></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>1-866-773-9939</b></p> </div> </div>	<div style="display: flex; align-items: center;"> <div> <p><b>Call Monday-Friday, 8 am to 5 pm</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>➤ <b>After hours leave a message</b> <i>Llame Lunes a Viernes, 8 am a 5 pm</i></li> <li>➤ <i>Despues de horas regulares, por favor deje un mensaje.</i></li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>1-866-765-4148</b></p> </div> </div>

{SSN#}  
{GEO/ADM} {Worker #}

**STATE COVERAGE INSURANCE/GREEN SHEET/ PAGINA VERDE**

THE FOLLOWING PEOPLE LIVE IN YOUR HOME  
LA GENTE SIGUIENTE VIVE EN SU CASA

NAME/ NOMBRE

**{MEMBER 1}**  
**{MEMBER 2}**

Please let us know if someone has either moved in or moved out of your home and their relationship to you.

*Por favor déjenos saber si alguien se ha tenido mas personas viviendo en su domicilio o si algun miembro de la familia se ha mudado fuera de su casa. Si es asi díganos el nombre y el parentesco*

INCOME/INGRESOS

We show your total household monthly EARNED income, before taxes, is:

**{Gross Monthly Income}**

*La información que tenemos muestra que en su casa, los ingresos totales por mes, ante de impuestos, son:*

**{los ingresos mensual gruesa}**

We show your total household monthly UNEARNED income (ex: Social Security, Unemployment benefits, Child Support, SSI, Veterans benefits, etc.) is:

**{Gross Monthly UEI}**

*La información que tenemos muestra que los ingresos no salarial (ex: Seguridad Social, subsidios de desempleo, ayuda de niño, SSI, veteranos beneficia, etc.) es:*

**{UEI mensual grueso}**

HOW MUCH YOU PAY FOR CHILDCARE

LO QUE PAGA USTED PARA EL CUIDADO DE SUS NIÑOS

We show your household costs for childcare are:

**{Deduction Amount}**

*La información que tenemos muestra que sus costos para el cuidado de sus niños son:*

**{Cantidad de la deducción}**

YOUR MAILING ADDRESS AND PHONE NUMBER ARE:

SU DIRECCIÓN del CORREO Y NÚMERO de TELÉFONO SON

**{Mail address}**

**{City, State, Zip}**

**{Phone number}**

HAVE YOU ENROLLED IN ANY MEDICAL INSURANCE PROGRAMS?

¿ESTAN ESCRITOS EN OTROS PROGRAMAS DEL SEGURO MÉDICO?

Yes/Sí: Insurance Name / Nombre del Seguro Medico: \_\_\_\_\_

IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD PREGNANT? / ¿ESTA ALGUIEN EN LA CASA EMBARAZADA?

Yes/Sí: Name/Nombre: \_\_\_\_\_  
Expected Due Date/ Fecha de parto: \_\_\_\_\_

I am reporting no changes. No estoy reportando ningún cambio.

I have made changes on this letter. (Please send us this report with your change by the end of this month.) Realicé los cambios en esta carta. (Por favor mande este reporte con sus cambios antes de el fin de este mes)

**X**

\_\_\_\_\_  
SIGNATURE/ FIRMA

\_\_\_\_\_  
Date/ FECHA

## 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?  YES  NO (Please check one.) 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 filling out a voter registration application, 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. **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 political preference, you may file a complaint with the Office of the Secretary of State, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503, (phone:1-800-477-3632).

Usted puede registrarse para votar

**¿SI USTED NO ESTA REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE UD. VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?**  SI  NO (Sírvase poner su marca en uno de los cuadros.) Si ud. no pone su marca en cualquiera de los dos cuadrados no registrarse para votar ahora. La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a disposición suya 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 solicitud propia cuenta sin la ayuda de persona alguna. **IMPORTANTE:** El hecho de que ud. solicita ayuda o que decida no registrarse para votar **NO AFECTARA** la ayuda que esta agencia le proporcionara a ud. **CONFIDENCIALIDAD:** Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho 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).



**SPECIAL NEEDS INFORMATION - 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 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)

Si Ud. es una persona que tiene discapacidad 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 humano de NM gratis y llame al numero 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 dais por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)

**Civil Rights Statement – 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, sex, age, religion, political beliefs or disability, 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 Food Stamp program may be filed with the USDA, Director, Office of Civil Rights Room 326 W, Whitten Bldg., 1400 Independence Ave, S.W. Washington, DC 20250-9410 or call (202) 720-5964 (voice and 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). (12/31/03)**

**Declaración de Derechos Civiles –** Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que le han tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas, o incapacidad, usted 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, Room 326-W, 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). (12/31/03)

**Fair Hearing Rights** - 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.

Nếu quý vị cần được giúp đỡ và hiểu thư này, xin liên lạc với nhân viên phụ trách hồ sơ của quý vị tại Văn Phòng Các Dịch Vụ Xã Hội.

Si Ud. necesita esta forma in español comuníquese con su trabajador(a).