

申请援助信息表



Medicaid: 为某些低收入个人和家庭提供免费或低成本的健康保险。根据您的家庭收入，一些家庭成员可能有资格获得全额或有限的Medicaid保险。

Medicare储蓄计划: 帮助您支付Medicare A部分（医院保险）和/或Medicare B部分（医疗保险）保费和Medicare自付额。

补充营养援助计划（SNAP）: 帮助许多低收入家庭购买所需食物，让其保持健康，并成为社会中有贡献的成员。

现金援助: 为家庭、贫困受抚养儿童和成年残疾人提供现金援助。

低收入家庭能源援助计划（LIHEAP）: 为符合条件的低收入家庭和个人提供供暖和制冷费用援助。

在线申请上述福利:

www.yes.nm.gov

或者将您签署的申请亲自交到当地“收入支持司”（ISD）办公室

或者将您签署的申请邮寄至:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)

PO Box 830

Bernalillo, NM 87004

或者将您签署的申请传真至1-855-804-8960

或者致电 1-800-283-4465，通过电话完成申请



New Mexico州健康保险交易所（NMHIX）

- NMHIX为不符合Medicaid条件的个人和家庭购买并比较健康保险计划提供帮助。
- 您或您的家庭可能有资格参与一项可以帮助您支付健康保险的计划，即使您的年收入高达\$98,000（对于一个四口之家）。
- 可提供税收补贴，能够立即帮助您支付健康保险保费。

您可以通过NMHIX网站在线申请平价健康保险:

www.bewellnm.com

或者致电 1-833-862-3935

TTY: 711

援助计划

根据您的家庭收入，一些家庭成员可能有资格获得全额或有限的Medicaid保险。以下是家庭成员可能有资格申请的一些Medicaid类型：

填写第1-9和16部分

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 新生儿 • 18岁以下儿童 • 父母/照护人 | <ul style="list-style-type: none"> • 孕妇 • 低收入成人 • 非公民紧急医疗服务（EMSNC） |
|--|---|

填写第1-9、12-13和16部分

- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • 老人、盲人和残疾人 • 在职残疾人 • 机构护理 <ul style="list-style-type: none"> ○ 护理设施 ○ 智障人士中级护理设施（ICF/IID） ○ 老年人全面护理计划（PACE） | <ul style="list-style-type: none"> • 家庭和社区服务豁免： <ul style="list-style-type: none"> ○ 社区福利（CB）豁免 ○ 发育障碍者豁免（DDW） ○ 体弱多病者豁免（MFW） ○ Mi Via豁免（MVW） |
|--|---|

NM健康保险交易所（NMHIX）

NMHIX为不符合Medicaid条件的个人和家庭购买并比较健康保险计划提供帮助。如果您没有资格获得Medicaid，您或您的家庭成员可能有资格获得税收补贴，这可以立即帮助您支付健康保险费。如果您或您的家庭成员没有资格获得Medicaid，您的申请将自动发送到NMHIX，您或您的家庭成员可能有资格参加其他平价健康保险计划。

Medicare 储蓄计划

Medicaid福利，帮助您支付Medicare A部分（医院保险）和/或Medicare B部分（医疗保险）保费以及Medicare自付额。

填写第1-9、12-13和16部分

补充营养援助计划 (SNAP)

“补充营养援助计划”（SNAP）帮助低收入家庭购买食品，以维持健康和生产率。SNAP福利能够方便地在副食品店使用，还能帮助成年人获得就业机会并增加收入，从而促进长期财务稳定。

填写第1-3、5-7、11-13、15和16部分，以便ISD能够更快地确定福利资格。

现金援助

贫困家庭的临时援助（TANF），为符合条件的家庭提供现金援助。

或者

一般援助，根据联邦现金援助计划，如“New Mexico州工作计划”（NMW）或联邦“补充社会安全金”（SSI）计划，为不符合援助资格的受扶养贫困儿童和残疾成人提供现金援助。

填写第1-3、5-7、10-13、15和16部分

低收入家庭能源援助计划（LIHEAP）

“低收入家庭能源援助计划”（LIHEAP）为符合条件的低收入家庭和个人提供暖气和冷气费用。

填写第1-3、5-7、14和16部分

您有权立即提交申请，请不要耽搁。

SNAP/食品援助福利自申请之日开始。未要求该福利的成年人可以为其他家庭成员申请。

如果申请表第一部分包含您的姓名、地址和签名，我们将接受您的申请。该信息将用于确定您的申请提交日期。

ISD鼓励您填写完整的申请，以便更快地确定福利。您可以将申请亲自送到ISD，或以邮寄或传真（1-855-804-8960）方式递交。

查看您希望申请的计划▶ SNAP/食物援助 医疗援助 现金援助 LIHEAP援助

如果有需求，请告知我们▶ 帮助填写申请？ 免费语言帮助？ 交通服务
 首选语言：_____ 残疾人便利设施

▶ 申请SNAP和现金援助时需要面试。大多数类别的医疗援助无需面试。如果所申请的计划需要面试，您是否首选电话面试？告诉我们原因，并勾选以下任一项：

- 我是残疾人 身患疾病 家庭暴力 年满60岁 照顾6岁以下儿童 照顾他人
 离办公室太远 恶劣天气 我没有交通工具。 其他原因：_____

1. 告知我们您本人的相关信息：如果在填写此申请表或者获取所需信息方面需要帮助，请联系当地ISD办公室。如果您代为他人申请，请为其填写此部分。

名字、中间名首字母、姓氏	出生日期（SNAP和现金福利，可选填）		最佳联系时间	
街道地址	城市	郡县	州	邮编
电子邮件地址	电话号码		备用电话号码（可选填）	

如果您的邮寄地址与上述不同，请填写在下方。如果没有不同，请留空。

街道或邮政信箱地址	城市	州	邮编
您是否居住在New Mexico州？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否打算留在New Mexico州？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否无家可归？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否希望向您的电子邮箱发送信息？如果“是”，请填写您的最新邮箱地址。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

加急SNAP筛选（仅限SNAP）：如果您正在申请SNAP，请填写此内容，以查看是否可以更快地获得SNAP福利。这称为加急服务。如果符合加急SNAP资格，您必须在7天内获得SNAP。如果拒绝为您提供加急服务，您有权在提出会议请求后48小时内召开非正式会议。如果存在任何疑问，请向主管咨询。

- | | |
|-------------------------------------|---|
| 1. 您的月收入是否低于\$150，且银行存款或现金少于\$100？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 2. 您每月的家庭支出和公用事业费用是否高于您的收入、现金和银行存款？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |
| 3. 您的家庭是否为收入很低的移民或季节性农场工人家庭？ | <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 |

此处签名 x _____
 您的签名表明本申请第16部分中所有信息真实可信。

签名日期 _____

2. 代理人（授权代表或监护人） 您的授权代表可以是帮助您申请或续期福利的人员，也可以是其他人员。如果您希望由授权代表办理，您必须在下面填写该人员姓名。

您是否希望此人：	<input type="checkbox"/> 代表您申请福利？	<input type="checkbox"/> 使用您的福利？（仅限SNAP和现金福利）
授权人姓名	邮寄地址	首选电话号码或TDD
() -		

3. 告知我们与您一起生活的人员和/或《联邦所得税申报表》中申报的个人。

请列出和您住在一起的所有人，即使您不想为他们申请福利。您只需为代为申请援助的家庭成员提供其美国公民身份和社会安全号（SSN）。未申请医疗援助的人员可选择是否提供SSN，但提供SSN可加快申请过程。您无需成为美国公民或者提交所得税即可申请。我们会向国土安全部（DHS）提交本申请中所提供的信息，以便向DHS验证所有福利申请人的移民身份；而从DHS获得的信息可能会影响您家庭的福利资格和福利水平。没有为自己申请援助的非公民移民无需提供移民身份信息、社会安全号或其他类似证明；但是，他们必须提供收入证明，因为他们的部分收入以及所拥有的财产可能会计入家庭援助资格。我们可能会向没有社会安全号的人员提供某些福利计划；请咨询ISD。关于申请人家族的种族和民族资料可自愿提供；这不会影响您的资格或您的家庭可能获得的福利。美洲原住民需要确认自己的此类信息，因为美洲原住民在法律下享有某些特殊保护。我们要求每个人提供种族和民族信息，以确保福利分配不分种族、肤色或国籍。如需要更多空间填写，请另附一张纸。

列出您本人和同住人员的姓名和信息。如果您正在申请医疗援助，请纳入您《联邦所得税申报表》中包含的任何人： **本部分仅适用于每位申请援助的个人。**

姓名（名字和姓氏）	关系	是否申请援助？	性别 男/女	出生日期	民族 西语裔 是/否 (可选填)	种族 1-6 (见下文) (可选填)	部落隶属 关系（可 选填 - 可能 豁免SNAP 时间限 制）	社会安全号（SSN） - 如有，则必填（非申 请人可选填）	公民移民身份 1-38（见下 文）
1.	(本人)	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
2.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
3.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
4.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
5.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
6.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
7.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
8.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
9.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							
10.		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否							

1. 您的首选书面语言？	
2. 您的首选口语？	
3. 您家里的所有成年人是否与您讲同种语言？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
4. 与您同住的成年人英语是否流利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

种族：針對每個申請援助的个人，請选择最能描述其种族的数字，并填写上述数字。

1- 美洲印地安人/阿拉斯加原住民	2- 亚洲人	3- 黑人或非裔美国人	4- 夏威夷原住民或太平洋岛民	5- 白人	6- 其他
-------------------	--------	-------------	-----------------	-------	-------

公民/移民身份：針對每個申請援助的个人，請选择最能描述其美国公民身份或移民身份的数字，并填写上述数字。

1- 美国公民	2- 合法永久居民（LPR/绿卡持有人）	3- 政治庇护者	4- 难民	5- 古巴/海地入境者	6- 特许入境美国者（至少一年）
7- 1980年之前批准的有条件入境者	8- 遭受虐待的配偶、子女或父母，或者未再婚的遗屬	9- 人口贩运受害者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母	10- 准予暂缓递解出境或暂缓遣返人员	11- 联邦政府承认的印第安部落成员，或者出生在加拿大的美洲印第安人	12- 阿富汗或伊拉克特殊移民
13- 非移民身份的个人	14- 特许入境美国者（少于一年）	15- 临时保护状态（TPS）	16- 延迟强制离境（DED）	17- 暂缓遣返状态	18- 合法临时居民（LTR）
19- 国土安全部（DHS）准予的行政居留或暂缓遣返人员	20- 《禁止酷刑公约》（CAT）准予的暂缓遣返人员	21- 美属萨摩亚居民	22- 特殊少年移民身份申请者	23- 持有获批签证的LPR身份调整申请人	24- 人口贩运受害者签证申请人
25- 政治庇护申请人（持有EAD或申请等待持续至少180天的14岁以下人员）	26- 暂缓递解出境或暂缓驱逐出境申请人（持有EAD或14岁以下申请待定至少180天）	27- 登记申请人（持有EAD）	28- 监督命令（持有EAD）	29- 取消遣返或暂缓递解出境申请人（持有EAD）	30- IRCA合法化申请人（持有EAD）
31- 临时保护状态（TPS）申请人	32- 符合《LIFE法案》的身份合法化（持有EAD）	33- 美亚混血儿		34- 赫蒙族/老挝人	
35- 根据美国与其政府签订的《自由联系条约》第141节规定，合法居住在美国的Micronesia、Marshall Islands和Palau的COFA公民。	36- 合法存在但未列于表中	37- 其他		38- 不确定	

4. 纳税申报信息（如果您正在申请医疗援助，请填写此部分）

请提供每位申请医疗援助的家庭成员的以下信息，即使家庭成员中没有纳税人或税务受抚养人。申请时，您无须申报所得税。

A 姓名	B 此人是否计划明年申报联邦所得税？	C 此人是否会与配偶/伴侣联合申报？	D 此人是否有税务受抚养人？	E 此人是否在其他人的纳税申报中作为税务受抚养人？	F 此人与纳税申报人是何关系？
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 配偶或伴侣姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 受抚养人姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如果是， 纳税申报人姓名：	

5. 请回答以下关于第3部分所列寻求福利人员的问题。

对于寻求非美国公民福利的家庭成员，请提供其移民文件信息（如已知）。这用于确定哪些人可以获得福利。如果需要更多空间填写，请另附纸张。

姓名	移民文件类型 (如已知)	A-号码或I-94 号码 (如已知)	身份证或护照号码 (如已知)	SEVIS ID或有效 截止期(可选 填)	其他(类别代码或签 发国, 如已知)	自1996年以来是 否居住在美国?	此人是否为美国退伍军人 或现役军人的配偶或父 母?
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
a. 是否有申请人在其他州获得Medicaid、SNAP/食物或现金福利?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		哪种福利?
					哪个州?		
b. 是否有申请人怀孕?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		
					预产期?		
					本次妊娠预期分娩新生儿数目(如已知)?		
c. 是否有申请人被关押(拘留或监禁)?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		
					哪个机构?		
					关押日期:		
					释放日期(如已知):		
d. 家中是否有申请人领取补充社会安全金(SSI)?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		
e. 是否有申请人存在导致活动(如洗澡、穿衣、日常家务等)受限的身体、精神或情绪健康疾病?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		
f. 本申请中, 是否有儿童父母在家庭外居住?				<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?		
如果您正在申请医疗援助, 仅需填写本部分的问题g-k。							
g. 是否有不满21岁的家庭成员和全日制学生?					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?	
h. 家中是否有任何申请人年龄在18到25岁之间, 且在18岁之后即将获得寄养并得到Medicaid福利?					<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	如果是, 该人员是谁?	哪个州?
i. 是否有申请人已经或即将进入疗养院、医院或治疗机构?					如果是, 该人员是谁?	入院日期?	
						申请人入院地址?	

第5部分(续下页)

第5部分 (续)

j. 如果对上述问题 (i) 回答“是”，请填写机构名称和类型？

疗养院/护理机构名称：	医院名称：	智障人士中级护理设施 (ICF/IID) 名称：	是否加入PACE? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	辅助生活机构名称：
-------------	-------	--------------------------	--	-----------

k. 是否有申请人收到过针对“家庭和社区服务豁免”的“初级自由选择”函？ 是 否 如果是，该人员是谁？

6. 告诉我们您的收入。

您本人或者与您同住的任何人士是否获得过劳动收入或者预计在本月获得劳动收入？ 是 否

如果是，请填写下表。

请报告您的税前总收入。如果您正在申请医疗援助，并且您或另一位家庭成员从任何雇主处获得健康保险，请填写本申请随附的雇主承保范围表。如果您没有资格获得 Medicaid，“NM健康保险交易所”（NMHIX）可能需要使用您在工作中获得的任何健康保险的信息，以确定您是否可以获得支付健康保险的援助。未填写此表不会延误您的援助申请。申请 Medicaid 时，您无需填写《雇主保险表》。

获得收入的人员	每周平均工作小时数？	收入来源？ (工作、自雇职业、零工等)	多久可以获得一次收入？ (每年、每月、每两周、每周等)	该人员的税前收入？	雇主是否为其购买健康保险？ 如果是，请填写本申请表所附的《雇主保险表》。
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您的收入是否支付以下费用？（如果正在申请医疗援助）

<input type="checkbox"/> 学生贷款利息？ 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____	<input type="checkbox"/> 健康保险？ 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____	<input type="checkbox"/> 健康储蓄账户/灵活支出账户？ 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____
<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？ _____ 金额\$ _____ 多久支付一次？ _____

告诉我们您的其他收入。您本人或者与您同住的任何人是否获得过任何收入或者预计在本月获得任何收入？ 是 否

如果是，请填写下表。

非工资收入/其他收入的示例包括但不限于：失业金、社会保障金、养老金、退休金、租金收入、资本收益、版税、金融礼品以及赌博盈利/奖金。如果您正在申请SNAP或现金援助，请报告子女抚养费或配偶赡养费。如果仅申请医疗援助，则无需报告您的子女抚养费收入。

获得收入的人员	非工资收入来源？	多久可以获得一次收入？ (每年、每月、每两周、每周等)	此人获得的收入金额？
			\$
			\$
			\$

7. 收入是否会有变化？

您本人或与您同住的任何人的收入是否会逐月变化？ 是 否 不详

示例包括：失业、减少工时、工作变动、薪酬变动，以及/或者仅在一年中的某些月份工作？ **如果是，请填写下表。**

收入变化的人员	收入有何变化？	何时以及为何发生变更？	本年度总收入	预计的明年总收入

8. 医疗保健信息（如果正在申请医疗援助）

过去3个月内，家庭中是否有任何人接受过尚未支付费用的医疗服务？ 是 否

如果是，请填写下表。我们或许能够帮助您支付这些账单。

尚未支付医疗账单的人员	账单月份

请列出正在申请医疗援助的您本人和所有与您同住人员的所有公共和私人健康保险信息，包括Medicare保险。

被保险人姓名	保险公司名称	医疗保险索赔号或保成员ID号	开始日期

9. 管理式医疗护理组织 (MCO)。本部分仅适用于有资格获得Medicaid的人员。如果您有资格获得Medicaid，则以下三个管理式医疗护理组织 (MCO) 之一将为您提供服务。您可以选择让哪家MCO为您提供服务。如果您未选择任何MCO，“New Mexico州医疗保健局”将为您自动分配给一个MCO。注册MCO后，您可以在注册后3个月内选择转换到其他MCO。

美洲原住民特殊信息

您是否为美洲原住民？如果是，您不必选择MCO。如果您没有选择MCO，则将获得“按服务收费” (FFS) 的Medicaid。该程序自动完成。如果您需要长期护理服务，您必须选择MCO。（这些服务包括机构护理以及家庭式和社区式服务豁免。）此外，如果您有医疗保险，则必须选择MCO。

我是美洲原住民： 是 否

如果是，请在下一页填写“美洲原住民或阿拉斯加原住民”部分。

如果是，请告知我们您是否希望加入“管理式医疗护理组织” (MCO)： 是 否

如果您希望加入MCO，请选择以下MCO之一。

Blue Cross和Blue Shield of New Mexico

(866) 689-1523

www.bcbsnm.com/medicaid

勾选此选框即表明，我希望让家中所有Medicaid福利领受人加入此MCO。

或者

只有此处列出的该家庭Medicaid受益人才能应加入此MCO：

Presbyterian Turquoise Care

(888) 977-2333

www.phs.org/health-plans/turquoise-care-medicaid

勾选此选框即表明，我希望让家中所有Medicaid福利领受人加入此MCO。

或者

只有此处列出的该家庭Medicaid受益人才能应加入此MCO：

Molina Healthcare of New Mexico

(844) 862-4543

www.welcometomolina.com/nm

勾选此选框即表明，我希望让家中所有Medicaid受益人加入此MCO。

或者

只有此处列出的该家庭Medicaid受益人才能应加入此MCO：

New Mexico州UnitedHealthcare社区计划

(877) 236-0826

myuhc.com/communityplan/new-mexico/plans

勾选此选框即表明，我希望让家中所有Medicaid受益人加入此MCO。

或者

只有此处列出的该家庭Medicaid受益人才能应加入此MCO：

美洲原住民或阿拉斯加原住民

参与Medicaid计划、儿童健康保险计划（CHIP）和健康保险市场（NMHIX）的美洲原住民和阿拉斯加原住民还可以获得“印第安人卫生服务署”、部落健康计划或城市印第安人健康计划提供的服务。如果您本人或者您的家人是美洲原住民或阿拉斯加原住民，您可能无需支付分摊费用，而且可能通过MNMHIX获得保险特殊月注册期限。我们要求您回答以下问题，以确保您本人和您的家人获得尽可能多的帮助。如果需要更多空间填写，请另附纸张。

是否有申请人属于联邦承认的部落成员？为确保您不会被自动注册MCO，请提供您的部落隶属关系。

是 否

如果是，姓名？ _____

部落名称？ _____

是否有申请人从某部落领取按人头支付的自然资源、使用权、租赁或版税权使用费？

是 否

如果是，姓名？ _____

金额？ _____ 多长时间一次？ _____

是否有申请人曾经从“印第安人健康服务署”、部落健康计划或城市印第安人健康计划获得过服务，或者这些计划的转介服务？

是 否

如果是，姓名？ _____

如果“否”，该人员是否有资格从“印第安人健康服务署”、部落健康计划或城市印第安人健康计划获得过服务，或者这些计划的转介服务？

是否有申请人从内政部指定为印第安人托管土地（包括保留地和前保留地）的自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或版权税使用费中获得付款？

是 否

如果是，姓名？ _____

金额？ _____ 多长时间一次？ _____

是否有申请人从出售具有文化意义的物品中获得钱财？

是 否

如果是，姓名？ _____

金额？ _____ 多长时间一次？ _____



如果您不是申请以下计划，请填写第16部分并提交申请。如果您正在申请以下援助计划，请仅填写所需部分。

部分：12、13和16

- 疗养院
- 医疗保险费用节省计划（仅13和16）
- 豁免服务
- 无工作能力的个人

部分：10-16

- SNAP
- 现金援助
- LIHEAP援助

10. 没有和子女一起生活的父母（如果只申请现金援助）

您是否为子女提供现金和医疗援助？如果是，您将获得HCA权利，从缺席父母处收取子女抚养费、配偶赡养费和医疗救助费。您还将授权他们拥有收取配偶赡养费和医疗救助费的权利。请列出没有与您同住的子女父母的所有信息。如果您认为与“儿童抚养服务科”（CSSD）合作收取抚养费会伤害到您本人或您的子女，您可能有充分的不合作理由。

是否有申请人是家庭暴力的受害者？

是 否

子女姓名

缺席父母信息

姓名

出生日期

最后的已知地址

11. 就学：列出每位家庭成员的所有就学信息。

学生姓名

学生姓名

毕业日期

年级

K-12

GED

证书

学院

K-12

GED

证书

学院

K-12

GED

证书

学院

K-12

GED

证书

学院

12. 您拥有的财产（资源/资产）

您或与您一起生活的任何人本月是否拥有资源？

是 否

如果是，请填写下一页表格。

某些资源/资产（如银行账户）可能会计算在内，以确认您的资格，这取决于您正在申请的计划。

某些资源/资产可能不计算在内，例如您居住的房屋和地块以及补充社会安全金（SSI）获得人员的资源。

第12节（续下页）

第 12 节 (续)

您所拥有的财产示例包括但不限于：库存现金、活期存款、储蓄账户、信托账户、CD、版权费、人寿或丧葬保险、股票或债券、退休账户、牲畜、未居住的房屋/土地，或休闲车。

A. 说明您本人和同住所有人员所拥有的所有上述财产：

资源或资产	资源或资产拥有者？	\$价值	银行或公司名称（如有）：
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

B. 在过去5年（60个月）内，您本人或同住人员是否将任何有价值之物转让给他人？（仅限Medicaid） 是 否

转移的物品	转移对象？	\$价值	转移日期？
		\$	
		\$	

13. 每月支出：为了能获您有资格获得的最大福利，请列出您每月的实际支出。

请勿包含任何CYFD、HUD或其他实体或个人支付的金额。

如果您没有报告下列任何支出，您将不会收到这些支出的抵扣额。**未能在家庭声明中报告或核实任何所列支出，则被视为不希望针对未报告支出获得抵免金额。**

育儿或成人家属照护 ▶ \$	家属照护的往返里程：	\$
----------------	------------	----

收取育儿费用的人员/机构？

老人/残疾申请人的医疗费用 (包括Medicare保险费)：	\$	法庭裁定的子女抚养费/支付周期：	\$ /
-----------------------------------	----	------------------	------

全职或临时收容所费用：请列出您在收容所支出的所有实际费用。如果您正在购买或租赁房屋，请列出您支付的物业税以及您支付的任何保险费。如果您无家可归，请列出您在洗衣、临时收容所支出的费用或者当月因收容服务所而支付的其他费用。

勾选以下最能描述您**生活安排**的选项，并列出您支付的实际金额。

<input type="checkbox"/> 按揭贷款 \$	<input type="checkbox"/> 租金（不包括公用事业费用） \$	<input type="checkbox"/> 租金（包括公用事业费用） \$	<input type="checkbox"/> 无家可归支出 \$
<input type="checkbox"/> 公共住房支出 \$		<input type="checkbox"/> 其他 \$	

暖气和空调 ▶ 是 否

供水、污水处理和垃圾处理 ▶ 是 否

电话 ▶ 是 否

Lifeline/Link-Up: 您可能有资格获得每月服务的电话折扣和初次电话安装或开通费用。请联系电话服务商获取更多详情。

电话公司名称：

14. 如果您正在申请LIHEAP, 请填写:					
A. ▼ LIHEAP 信息 ▼					
您需要LIHEAP的用途: <input type="checkbox"/> 取暖 <input type="checkbox"/> 制冷		您是否遇到能源紧急情况? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
如果是, 请勾选以下适用于您目前情况的选项。 <input type="checkbox"/> 非工作供暖炉/锅炉/加热系统 <input type="checkbox"/> 燃料耗尽 (丙烷、木材、颗粒型、煤、油) <input type="checkbox"/> 剩余燃料量低于10% (丙烷、木材、颗粒型、煤、油) <input type="checkbox"/> 需要公用事业服务/燃料费押金 <input type="checkbox"/> 断供-燃料供应商不再为您提供服务 <input type="checkbox"/> 断供通知 - 您的燃料供应商并未切断您的服务 但还是提出警告, 如果不采取行动, 他们会切断服务。		能源紧急情况是否危及生命? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
选择一个您需要的LIHEAP援助类型: <input type="checkbox"/> 电气 <input type="checkbox"/> 丙烷 <input type="checkbox"/> 木头 <input type="checkbox"/> 天然气 <input type="checkbox"/> 颗粒 <input type="checkbox"/> 煤炭 <input type="checkbox"/> 煤油					
您的租金里是否包含这个能源账单? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您是否收到该能源账单的补贴援助? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
是否共用计量表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否用于业务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
公用事业公司名称:		账号:		账户姓名:	
除了正在申请的LIHEAP援助, 您是否使用过任何其他能源? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否					
如果否, 请告知原因: <input type="checkbox"/> 您无家可归。 <input type="checkbox"/> 您居住在农村地区 <input type="checkbox"/> 不提供公用事业服务 <input type="checkbox"/> 其他:					
B. ▼ 请提供您家中的能源使用信息 ▼					
您的主要取暖能源是什么?					
选择一项: <input type="checkbox"/> 与上述第14A部分相同 (跳至第14C部分)		<input type="checkbox"/> 电气 <input type="checkbox"/> 丙烷 <input type="checkbox"/> 木头 <input type="checkbox"/> 天然气 <input type="checkbox"/> 颗粒 <input type="checkbox"/> 煤炭 <input type="checkbox"/> 煤油			
是否共用计量表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否用于业务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
公用事业公司名称:		账号:		账户姓名:	
C. ▼ 电力服务账户信息 ▼					
是否有电费账户? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 如果是, 请填写以下部分。 如果您在B部分填写的暖气来源是电力或者选择否, 请勿填写以下部分					
是否共用计量表? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否用于业务? <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
公用事业公司名称:		账号:		账户姓名:	
D. 房屋节能改造援助: 如果您符合LIHEAP资格, 您可能也符合“NM EnergySmart Weatherization Program” (NM州智能能源节能计划) 的资格。如果您有意申请节能计划, 请致电“NM Mortgage Finance Authority” (新墨西哥州住房贷款金融管理局) 了解详细内容, 电话号码为: 1-800-444-6880。					

15. 请回答以下关于第3部分所列申请福利人员的相关问题。			
一起买菜做饭？ 如果否，谁单独买菜做饭？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否居住在美洲原住民保留地？ 保留地名称？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有负案在逃的重罪犯？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否从“印第安保留地食物分配计划”（FDPIR）中 获得帮助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有人被判处以下第18部分所述的罪行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否支付食宿费用？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如果是，此人是否遵守了判决条款？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否违反缓刑或假释规定？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1996年9月22日以后，您本人或任何家庭成员是否在任何州 被判定重复接收SNAP福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人是退伍军人？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否被取消过援助计划资格？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否获得部落TANF或一般援助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在过去30天内的的工作时间是否减少到每周低于30小时？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1996年9月22日之后，您本人或任何家庭成员是否 曾因购买或出售\$500以上的SNAP福利而被定罪？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
在过去30天内是否自愿辞职？ 如果是，姓名？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		
1996年9月22日之后，您本人或任何家庭成员是否曾因使用 SNAP福利换取枪支、弹药或爆炸物而被判有罪？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		

16. 请签署本申请（您的授权代表也可以在此签名）

A. 您的签名即表示此申请有效。除非签名，否则无法处理此申请。您的签名也表明以下内容：

- 我本人口头或书面告知HCA的内容真实、完整。如果提供的事实不准确，则将被指控犯罪。如果隐瞒或遗漏事实，则将被指控犯罪。如果HCA得知本人提供了不真实或不完整的信息，则将取消或减少SNAP福利。
- 隐私法声明：我们所收集的申请信息，包括每个家庭成员的社会安全号（SSN），已经过《修订版1977年食品券法案》7 U.S.C. 2011-2036节授权。这些信息将用来确定您的家庭是否有资格或者继续有资格加入“食品券计划”。我们将通过计算机匹配程序对这些信息进行验证。这些信息还将用来监控计划规定的合规性以及项目管理。我们可能会将这些信息披露给联邦和州政府的其他机构，以便接受官方检查；还可能会披露给执法人员，以达到抓捕逃避法律制裁人员的目的。如果有针对您家庭的食品券索赔，本申请中的相关信息（包括所有SSN）均可能被提交给联邦和州政府机构以及私人索偿机构，用来采取索偿行动。提供所需信息，包括每个家庭成员的SSN，纯属自愿。但是，如果未能提供SSN，则每个未提供SSN的个人食品券福利将被拒绝。所提供的任何SSN，其使用和披露方式都与符合条件的家庭成员的SSN相同。
- 如果家庭成员在同一机构内，并同时申请SNAP和SSI，则申请日期可能会有所不同。申请日期是该机构发布的日期。
- 本人申明，本人所申报子女的年龄小于16岁。
- 如果需要，本人将向HCA提供证据。如果本人无法提供证据，本人将向HCA寻求帮助，并让HCA联系他人和公司获取证据。
- 本人将让HSD向获批机构提供有限的信息，后者为本人可能有资格获得的援助提供过相关帮助。
- 我知道，如果领取了无资格获得的SNAP、现金或LIHEAP福利，我必须退还给HCA。
- 我知道，HCA会确认本人提供的信息。HCA可通过计算机或其他方式确认本表格中的信息。
- 我知道，HCA将确认申请或福利领取人员的移民身份。我知道，本人代为申请的任何家庭成员的移民身份都可能经过USCIS（INS）确认，并可能影响家庭的资格和福利水平。
- 我知道，本人必须配合“质量控制部”（QC）的工作。QC是HCA的一部分。QC会对个案进行审核，以确保我们能够正确决定哪些人可以获得帮助。
- 我已经收到一份信息表，对我的权利和责任进行了解释，包括加急SNAP/食品援助、SNAP/食品福利处罚和计划违规、公平听证权等。我知道，面试预约时对方也会向我进行解释。
- 我知道，通过提供家庭能源供应商号帐，即授权能源供应商向HCA提供关于帐号和能源使用的详细信息，以便确认是否符合资格并确定本申请和未来申请、确定福利以及计划评价和分析
- 我知道，如果有资格获得能源援助福利，则可能通过转介参与其他住宅能源计划。
- 我知道，本表格收集的信息可能会披露给HCA负责的能源计划HCA可以共享和使用为转介、研究、评价和分析而收集的信息
- 我知道，公用事业公司不会管理根据本同意书披露的数据，也不负责监测或采取措施确保HCA对数据保密或按照授权使用数据。
- **信托** - 我知道，如果我本人或者我申请的福利领受人已经设立某信托，或者是某信托的受益人，我必须向HCA提供一份信托文件副本，包括所有附件和相关信息。HCA将对信托进行分析，以判断其是否影响本人正在申请的Medicaid福利。
- **遗产追讨** - 我知道，本人去世后，HCA可以对本人的遗产提出索赔，以收回州政府根据Medicaid计划支付或代表本人支付的医疗援助费用。该程序称为“遗产追讨”。联邦和州法律规定，Medicaid领受人年满55岁，或者州政府代表其支付护理机构服务、家庭和社区服务和/或相关医院和处方药服务的医疗援助费用时，必须进行“遗产追讨”。HCA的追讨金额不会超过代表Medicaid福利领受人所支付的医疗援助金额。可能存在一些例外情况。
- 申请或获得Medicaid福利或现金援助的人员应该将所有针对任何或所有医疗支持人员或者代表申请人或领受人以及代表其他福利申请对象或援助接收对象支付医疗支出款项的任何或所有人员的权利转交至HCA。
- 对于有资格获得Medicaid的父母：我知道，我必须与向缺席父母催收医疗支持费用的机构通力合作。如果我认为此类与催收医疗支持费用的机构进行合作的行为会伤害到我本人或者我的子女，我可以告诉“儿童抚养服务科（CSSD）”，并拒绝合作。不与CSSD合作可能导致Medicaid福利资格的终止。
- 我，作为授权代表，确认并同意对申请人或受益人的任何信息保密，不得重新分配任何供应商的索赔（如适用），并应遵守42 CFR 435.923（d）和7 CFR 273.2（n）中规定的所有要求。

申请人签名：	见证人姓名（仅对申请人用标记或指纹签名进行见证）	日期
授权代表签名：	见证人签名（仅对申请人用标记或指纹签名进行见证）	日期

B. 申请撤回

如需撤回任何计划申请，请在计划方框中用姓名首字母标记 ▶

SNAP	Medicaid	现金援助	LIHEAP援助
------	----------	------	----------

17. 登记投票

如果尚未在现居地登记投票，您今天是否希望在这里登记投票？（请勾选一项）

如果未勾选任何一个选框，您将被视为已决定现在不进行登记投票。

是 否

《全国选民登记法案》为您提供在此地点登记投票的机会。如果您希望填写选民登记申请表，我们会为您提供帮助。您有权决定是否寻求或接受我们的帮助。您可以私下填写申请表。

重要提示：申请登记投票或拒绝登记投票均不会影响您从本机构获得的援助金额。

签名	日期
----	----

保密性：无论您是否决定登记投票，您的决定都将保密。如果您认为有人阻碍您登记或拒绝登记投票的权利，或您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或您选择您自己的政党或其他政治偏好的权利，您可以向 NM 州政府秘书长办公室投诉：

州务卿办公室，地址：325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503，电话：1-800-477-3632

18. 被判重罪

在第15页的第15部分指出您是否被裁定为具有以下任何一种情况：

(1) 《美国法典》第18款第2241节规定的严重性虐待；

(2) 《美国法典》第18款第1111节规定的谋杀；

(3) 《美国法典》第18款第110节规定的犯罪行为；

(4) 《1994年暴力侵害妇女法案》第4002 (a) 节 (42 U.S.C. 13925 (a)) 定义的与性侵犯有关的联邦或州级别犯罪行为；或者

(5) 根据州法律，由总检察长认定与第 (1)、(2) 或 (3) 条所述罪行基本相似的犯罪行为；以及

(6) 为逃避起诉、监管或者定罪后监禁而逃逸的人员，如果根据逃离地法律，该人已实施犯罪获企图实施犯罪时，此类逃逸属于重罪；或者在 New Jersey 州则为性质比较严重的轻罪；或者根据联邦或州法律规定，没能遵守以 8.139.400.12 C NMAC 为依据判定的个人刑期或约束，属于违反缓刑或假释条件行为。

本页故意留白。

计划申请信息页

您可以保留该信息作为记录。

1. 特殊需求信息



如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系医疗保健局《美国残疾人法案》（ADA）协调员，可致电1-505-709-5788或拨打711。HCA要求您至少提前10天予以告知，以便提供所需要的替代格式和特殊便利设施。（修订日期2024年4月22日）

2. 您的公民权利/非歧视声明

根据联邦民权法和美国农业部(USDA)的民权法规和政策，禁止该机构基于种族、肤色、国籍、性别(包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰歧视任何人，或对先前的民权活动开展报复。

我们可能提供项目信息的非英语版本。残障人士需要其他沟通方式获取计划信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语）时，应联系（州或地方）福利申请机构。

失聪、听力障碍或者语言障碍者可以通过“联邦中继服务”电话（800）877-8339联系USDA。

如需提交计划歧视投诉，投诉人应填写《USDA计划歧视投诉表》AD-3027；您可以通过以下方式获取该表格：登录网站<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>；向USDA办公室索取；致电（833）620-1071；或者寄发邮件至USDA。信函内必须含有投诉人姓名、地址、电话号码，以及所指控的歧视行为的详细书面描述，从而告知“民权事务副局长”（ASCR）所指控的侵犯公民权利行为的性质和日期。填写完毕的AD-3027表格必须通过以下方式提交：

1. 邮寄： Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. 传真： (833) 256-1665 或 (202) 690-7442
3. 电子邮箱： FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@USDA.gov

本机构是一个提供平等机会的机构。

如需通过HCA对接受联邦或州财政援助计划过程中遭受的歧视和（或）粗鲁对待提交投诉，您可以在ISD办公室获取投诉表，或者可以写信至： NM Health Care Authority, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 或者传真至（505）827-7241。

3. 保密性

您提供给HCA的所有信息均具有机密性和隐私性。该信息将披露给HCA人员，以便其根据该信息管理您所申请的计划。我们可能会将机密信息披露给其他联邦和州机构。所有信息将用于确定福利资格或者提供服务。我们可能会将这些信息提供给联邦和州政府的其他机构，以便接受官方检查；还可能会披露给执法人员，以达到抓捕逃避法律制裁人员的目的。如果您领取了无资格获得的福利且必须予以偿还，则成为索偿。如果针对您的家庭提出索赔，则关于该申请的信息（包括所有社会保障号码）可能会被提交给联邦和州机构以及私人索赔收集机构，以进行索赔收集行动。

您只需要提供代为申请家庭成员的美国公民身份和SSN。您无需成为美国公民即可申请。不需要援助的非公民移民无需提供移民身份信息、SSN或其他类似证据；但必须提供其收入信息，因为部分收入和拥有的资源/资产可能有助于家庭获得援助的资格。无SSN的人员可申请某些福利，请咨询ISD。移民信息不会与任何移民执法机构共享。

HCA还会向其他机构、联邦“收入和资格验证服务（IEVS）”机构，以及“公共援助报告信息系统（PARIS）”核实您所提供的信息。这些信息可能影响您的家庭福利资格和福利金额。（2024年4月29日）

4. 儿童抚养服务司

通过接受现金或医疗援助，您授予（给予）HCA权利，从儿童缺席父母处收取子女抚养费。除非有充分的理由（如家庭暴力），否则您必须帮助HCA找到缺席父母；请咨询社会工作者。如果您无法或拒绝与“儿童抚养服务司”（CSSD）办公室合作，您的现金福利将减少，且最终会被取消，且成人家庭成员也可能失去医疗援助。

5. 面试

您可以申请的大多数医疗援助计划不需要面试。

(a) 对于SNAP/现金援助，多久才能按要求预约面试？

- 从办公室收到您的SNAP/食物和现金援助，或加急SNAP/食物援助申请之日起，10个工作日内。在办公时间以外收到的申请将被视为在下一个工作日收到。
- 大多数医疗援助计划不需要面谈。

(b) 是否可以接受电话面试？

- 如果您的医疗援助类别需要面试，我们将通过电话进行面试，除非您希望直接面谈。
- 对于SNAP/现金援助，您可以因以下任何原因接受电话面试：
 - 残疾状态
 - 交通服务
 - 离办公室太远
 - 其他困难，请告知ISD
 - 年满60岁
 - 恶劣天气
 - 每周工作20小时或更长时间
 - 身患疾病
 - 照顾他人
 - 照顾6岁以下儿童

6. 证明信息

HCA将确认电子数据源，以判断是否可以通过这些数据确认您的收入和您在此申请中提供的其他信息，而无需纸质文件。如果HCA无法通过电子数据源确认您的收入和其他信息，那么HCA将要求您提供证据，以证明您在申请中提供的信息。您将收到一封需要证明这些信息的邮件。如果您需要更多时间向HCA提供证明，您可以联系ISD要求更多时间。

SNAP或现金福利面试时，需携带哪些证明？

在面试预约期间，社会工作者将询问您一些问题，以确定您是否有资格参与您申请的计划。社会工作者不会要求您提供一切证明。您应该尽可能地提供更多事实。请参考下表“证明示例”作为一般性指南，以确定您需要准备的证明资料。如果个案工作者对您的资格存在疑问，将要求您提供证明。您将收到一份待提供的资料清单，以及您提供的证明收据。如果需要帮助，HCA负责为您提供帮助，但是您也有责任提供证明。

核准证明：	SNAP/ 食品	医疗			现金	能源 /LIHEAP	证明示例 可能会要求您提供给HCA的证明示例				
		家人/成 人	仅有儿 童	老年人/残 障人士							
您的居住地址	X	X	X	X	X	X	公共事业账单、协议、寄发给您的信函				
社会安全号							社会保障卡或者社会保障局寄发的带有您姓名和社会安全号的信函。				
身份证明	X			X	X	X	如果需要证明身份、亲属关系或年龄，您可以提供以下任何一项：驾照，社会保障卡，出生证明或洗礼证明，公民身份/入籍记录，印第安人人口普查记录，印第安人血统证书（CIB），政府记录，法庭记录，选民登记卡，离婚文件，美国护照，学校或日托记录，保单，教会记录或家庭圣经，医生、宗教或学校官员或了解您本人、您与孩子之间的关系以及孩子出生日期的人员出具的信函。				
关系					X						
年龄			X		X			Medicaid计划将需要特定的身份证明。			
移民身份	X	X	X	X	X	X	如果您是申请援助的移民，您可能必须提供原始USCIS（以前称为INS）记录。				
美国公民身份		X	X	X			大多数计划不需要出示美国公民身份证明。申请医疗援助时，联邦政府要求所有个人提供某些原始文件（非副本），以证明公民身份、身份或合法永久身份。我们会将原件复印后寄回。				
							<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="text-align: center;">公民身份证明和ID</td> <td style="text-align: center;">单一公民身份证明</td> </tr> <tr> <td> 护照 入籍证明 - （表550 或 N-570） </td> <td> 美国出生证明 - 如果您出生在New Mexico州，HCA可通过《卫生部人口记录》帮助您进行确认。请向您的个案工作人员提供 </td> </tr> </table>	公民身份证明和ID	单一公民身份证明	护照 入籍证明 - （表550 或 N-570）	美国出生证明 - 如果您出生在New Mexico州，HCA可通过《卫生部人口记录》帮助您进行确认。请向您的个案工作人员提供
公民身份证明和ID	单一公民身份证明										
护照 入籍证明 - （表550 或 N-570）	美国出生证明 - 如果您出生在New Mexico州，HCA可通过《卫生部人口记录》帮助您进行确认。请向您的个案工作人员提供										

							美国公民身份证明 - (N-560 或 N-561) 印第安血统证明 (CIB)。	您的姓名、出生日期、出生县、性别、母亲名字, 以及婚前姓氏, 以获得帮助。
残疾状态			X	X	X			证明您的残疾时间、能否工作以及是否需要持续帮助/护理的医疗记录。
妊娠情况	X	X	X	X	X	X		证明您预产期的医疗记录
就学								学校提供的证明您孩子正在上学的当前成绩卡或信函
大学生	X					X		学院提供的证明您是半日制或全日制学生的信函
学生经济援助	X					X	X	经济援助办公室出具的信函, 说明您获得的经济援助类型和金额, 以及您必须支付的学费
收入 最近30天或上个月的全部收入	X	X	X	X	X	X	X	工资收入: 支票存根, 雇主信函, 其中注明您的工作时间和所获工资。如果从事自雇职业, 您可能需要向个案工作人员提供纳税申报表副本、业务记录, 或者个人工资记录。 非工资收入: 支票复印件, 或者社会保障金、失业补偿金、工伤赔偿, 退伍军人管理局、印第安事务局、公职人员退休等部门的信函。可能接受其他确认方式, 请咨询社会工作者。
失业 (60 天)	X	X	X	X	X	X	X	雇主信函
您所拥有财产的价值				X				资源/资产: 最近的银行对账单或价值证明书
您转让的物品	X			X	X			近期对账单或价值证明书
Medicare A部分				X				身份证或社会保障局的信函
已支付的儿童抚养费	X							如果希望扣除所支付的子女抚养费, 请提供法律支付金额证明和已支付金额证明。可以使用任何法院或行政令, 或者合法分居协议。对于已支付金额证明, 请使用已兑现支票、工资扣缴报告、失业补偿扣缴证明, 或者监护父母的书面声明。
备选证明 -下文列出了备选证明项, 可帮助您获得符合条件的最大福利。如未勾选下列任一选项, 则无需提供证明。如需获得抵免金, 只需告诉我们您每月支付的费用。只有当个案工作人员对您的费用存在不确定的问题时, 您才需要提供证明。如果正在申请能源/LIHEAP援助, 请提供您的供暖/制冷费用副本。如果需要帮助, HCA负责提供帮助, 前提是需要您的全力配合。								
子女/成人护理费用	X							如果需要证明自付费用金额, 您可以提供以下任何一项: 协议、计算机打印费用、汇票、收款人信函、离婚或分居文件、报表、收据、已兑现支票、支票副本。
医疗费用 仅限老年人和残疾人	X			X				
租房/房主费用	X							
供暖/制冷费用	X						X	
7. 非公民移民资格								
许多居住在New Mexico州的移民可以获得援助。部分移民必须取得某种身份5年后, 才能获得援助。也有很多例外情况。任何合法居住的21岁以下儿童或符合所有其他资格要求的孕妇可以立即获得Medicaid。部分没有社会安全号的移民也符合资格。即使您没有符合Medicaid资格的移民身份, 也可能获得紧急Medicaid。请向社会工作者咨询更多信息。我们会对您的信息保密, 仅与其他政府机构共享信息, 以确认您有资格参与哪些计划。具有以下身份之一的移民如果符合其他计划要求, 则可能有资格获得Medicaid或其他援助								

1- 美国公民	2- 合法永久居民 (LPR/绿卡持有人)	3- 政治庇护者	4- 难民	5- 古巴/海地入境者	6- 特许入境美国者 (至少一年)
7- 1980年之前批准的有条件入境者	8- 遭受虐待的配偶、子女或父母, 或者未再婚的遗属	9- 人口贩运受害者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母	10- 准予暂缓递解出境或暂缓遣返人员	11- 联邦政府承认的印第安部落成员, 或者出生在加拿大的美洲印第安人	12- 阿富汗或伊拉克特殊移民
13- 非移民身份的个人	14- 特许入境美国者 (少于一年)	15- 临时保护状态 (TPS)	16- 延迟强制离境 (DED)	17- 暂缓遣返状态	18- 合法临时居民 (LTR)
19- 国土安全部 (DHS) 准予的行政居留或暂缓遣返人员	20- 《禁止酷刑公约》(CAT) 准予的暂缓遣返人员	21- 美属萨摩亚居民	22- 特殊少年移民身份申请者	23- 持有获批签证的LPR身份调整申请人	24- 人口贩运受害者签证申请人
25- 政治庇护申请人 (持有EAD或申请等待持续至少180天的14岁以下人员)	26- 暂缓递解出境或暂缓驱逐出境申请人 (持有EAD或14岁以下申请待至少180天)	27- 登记申请人 (持有 EAD)	28- 监督命令 (持有 EAD)	29- 取消遣返或暂缓递解出境申请人 (持有 EAD)	30- IRCA合法化申请人 (持有EAD)
31- 临时保护状态 (TPS) 申请人	32- 符合《LIFE法案》的身份合法化 (持有 EAD)	33- 美亚混血儿		34- 赫蒙族/老挝人	
35- 根据美国政府与Federated States of Micronesia、Republic of the Marshall Islands和Republic of Palau Individuals政府之间的《自由联系条约》第 141 节规定, 合法居住在美国的Federated States of Micronesia、Republic of the Marshall Islands和Republic of Palau Individuals 《自由联系条约》(COFA) 公民。	36- 合法存在但未列于表中	37- 其他		38- 不确定	

8. 社会安全号 (SSN) 要求

我为什么需要提供社会安全号 (SSN)? - 为了获得SNAP或Medicaid福利, 您必须拥有社会安全号 (SSN), 或已经申请了社会安全号, 或者有充分理由不申请社会安全号【7 C.F.R. § 273.6和42 C.F.R. §435.910】。所有申请SNAP福利的家庭成员必须向ISD办公室提供SSN【7 C.F.R. §273.6】。ISD必须与社会保障局 (SSA) 确认每位家庭成员的SSN。在等待确认SSN时, ISD不能拖延或拒绝提供SNAP福利【7 C.F.R. § 273.2】如果申请人不记得自己的SSN, 或者不确定是否拥有SSN, 他们可以联系SSA。

HCA如何使用我的SSN? - 防止重复参与; 促进福利的大规模变化; 确定家庭成员提供信息的准确性; SSN将与出现在其他个人资料文件中的SSN进行计算机交叉检查, 检查具体文件、是否为部门或其他政府机构文件。HCA将定期使用SSN从其他来源获取和使用工资和福利信息, 以确认是否符合SNAP资格和SNAP福利金额。这些来源包括但不限于任何联邦或州机构、与HCA签约的福利提供者、外州福利部门, 以及银行和其他金融机构

如果我不提供或没有社会安全号码 (SSN) 会怎样? 一无正当理由未提供或者申请 SSN 的家庭成员将被取消资格, 无法领取福利。[7 CFR § 273.6] 此项取消资格仅适用于该家庭成员, 而非整个家庭。[同上] 被取消资格的个人的收入和资产可能会影响整个家庭的福利金额和资格。如果被取消资格的个人家庭成员向ISD提供了SSN, 则仍有资格获得福利。如果被取消资格的个人家庭成员提供了SSN申请证明, 或拥有未完成SSN申请的充分理由, 则仍有资格获得福利。【7 C.F.R. § 273.6】

我何时才有充分理由不申请SSN? - 无SSN的申请人在无“充分理由”的情况下, 必须申请SSN, 才能获取福利。【7C.F.R.§273.6】“充分理由”系指该人试图申请SSN, 但尚未申请。【7C.F.R.§ 273.6】例如, 某人因无年龄、社会保障证明, 且必须发送自己的出生证明, 导致社会保障办公室不接受他的SSN申请, 则该人具有“充分理由”。如果向ISD办公室提供了不试图获取社会安全号的充分理由, 申请人可以在申请月之外获得一个月的SNAP福利【7 C.F.R. § 273.6】。然后, ISD办公室将在每个月底决定是否拥有充分理由, 无需申请SSN【7 C.F.R.§273.6】。最终, 申请人将获得SSN, 或缺乏无需申请SSN的充分理由。

9. 提交申请后

(a) *我的申请多久会获得批准或遭到拒绝?*

- **SNAP/食物援助**-不晚于申请日期后30个日历日, 或加急SNAP/食物援助-7个日历日。如果7天之内未获得SNAP, 您有权要求召开非正式会议, 以了解未获得加急食物福利的原因。
- **Medicaid**-大多数Medicaid申请必须在申请日期后45个日历日内进行处理。如果残疾鉴定单位 (DDU) 要求进行残疾鉴定, 则HCA最多有90天的时间处理您的申请。
- **现金援助**-不晚于申请日期后30个日历日, 或对于一般援助残疾鉴定, 不超过90天
- **能源/LIHEAP**-不晚于申请日期后30个日历日, 或断供危机-48小时

(b) *如果不同意资格决定或福利水平, 我能否进行公平听证?*

可以 - 如果不同意我们对您的个案所做出的决定, 您可以通过以下方式要求举行公平听证会: 亲自到访; 拨打电话 1-800-432-6217或者 (505) 827-8164; 或者在寄发个案决定通知之日起90天内提交书面申请。请将您的请求函寄至HCA公平听证办公室: PO Box 2348 Santa Fe, NM 87504听证前, 您有权查看您的个案文档以及HCA用于确定您福利资格的任何记录。您可以让家庭成员或其他人员 (例如朋友或亲属) 在公平听证会上作为您的家庭代表。您还有权聘请律师或其他法律代表出席听证。

(c) *福利开始日期?*

- **SNAP/食物援助**-自申请之日起
- **现金援助**-在HCA批准您的申请之日或申请之日起第30天, 以较早者为准
- **能源/LIHEAP** - 自HCA与您的能源供应方核实帐户之日起
- **Medicaid**-如果您获得批准, 您将从申请月份的第一天开始获得Medicaid。您可能有资格获得3个月前的Medicaid。

(d) *我如何领取福利?*

- **Medicaid** - Medicaid卡将由您的管理式医疗护理组织 (MCO) 在批准后20天内邮寄给您。如果您未加入MCO, 则HCA会将福利卡邮寄给您。收到邮寄的Medicaid卡之前, 您的医生可查阅您的Medicaid。一旦获得批准, 您就可以接受涵盖的服务。致电您的MCO以了解所涵盖的服务。如果您未加入MCO, 请致电1-800-283-4465联系HCA
- **能源/LIHEAP** - HCA与您的能源供应方核实帐户信息之日起7天后, 相关付款将直接寄发给您的能源供应方。对于关闭/断开能源供应的紧急情况, HCA将致电能源供应商, 帮助您避免能源关闭。
- **SNAP/食物和现金**-HCA利用电子借记卡系统 (EBT), 为您提供现金和SNAP/食物援助福利。如果您未曾拥有EBT卡, 则在您申请后且您的申请在计算机上登记后的一个工作日内, 将EBT卡邮寄到您的地址。如果您迟迟未收到EBT卡, 您可以向当地的ISD办公室申请。您可以每周7天, 每天24小时致电1-800-843-8303联系EBT客服部, 预订更换或激活您的EBT卡。

每个月的第二天, 您的现金福利将存入您的EBT账户。您的SNAP/食物福利将在每月的第一天存入您的EBT账户, 并在下方特定区域列出户主社会保障号码的最后两位数字。

综合时间表: 如果您在任何一个月的第15天之后申请了SNAP/食物援助, 并被批准进行加速援助, 您将根据以下时间表获得您的福利。

- 您将在个案获批当天收到第一个和第二个月的福利金。
- 您将在该月的第一天获得第3个月的福利。
- 根据SSN的最后两位数字, 您将在该月的前10天内收到第4个月的福利。
- 根据SSN的最后两位数字, 您将在该月的前20天内收到第5个月的福利。这将是您每月获得之后SNAP/食品优惠券福利的常规日期。

SNAP/食物援助压缩交错发放时间表																			
日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
	51		41		52		42		53		43		54		44		55		45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
1	91	2	81	3	92	4	82	5	93	6	83	7	94	8	84	9	95	10	85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
	56		46		57		47		58		48		59		49		50		40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

SNAP/食物援助交错发放时间表																			
日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN	日期	SSN
	11		01		12		02		13		03		14		04		15		05
	31		21		32		22		33		23		34		24		35		25
1	51	2	41	3	52	4	42	5	53	6	43	7	54	8	44	9	55	10	45
	71		61		72		62		73		63		74		64		75		65
	91		81		92		82		93		83		94		84		95		85
	16		06		17		07		18		08		19		09		10		00
	36		26		37		27		38		28		39		29		30		20
11	56	12	46	13	57	14	47	15	58	16	48	17	59	18	49	19	50	20	40
	76		66		77		67		78		68		79		69		70		60
	96		86		97		87		98		88		99		89		90		80

(e) 在必须续期之前，我可以享受多久的福利？

- **SNAP/食物援助**-对于具有稳定非劳动收入（如社会保障金）的老人/残疾人家庭，通常为12个月或36个月
- **Medicaid**-经批准为12个月。您应在10天内报告任何可能影响您资格的变化；见下文。
- **现金援助**-每次通常为12个月。18岁（含）以上成年人一生中可领取的TANF福利不得超过60个月，除非达到限制后获得贫困状态延期资格。与因为时间限制而没有TANF福利领取资格的父母同住的子女没有资格领取儿童TANF福利。60个月的限制不适用于子女有资格获得TANF，而父母因60个月限制以外的原因（例如收到SSI或者不合格的移民身份）没有福利资格的情况。60个月的限制不适用于医疗或SNAP援助。

(f) 我是否必须报告变更？所有类型的援助计划，您必须在地址变更10个日历日内进行报告。

- **SNAP/食物和现金**-家庭成员、家庭每月费用、收入/工作和资源的变更：
 - 您只需在以下情况下自变更之日起10个日历日内对此类变更进行报告：
 - 此类变更将导致您的个案关闭；或者
 - 变更将使您的福利增加；
 - 您需要告知我们的其他重要变更：
 - 邮寄地址变更。我们需要确保邮件能送达给您。
 - 家庭规模的变更（如有人搬进或搬出您的家）
 - 居住地变更（如果您或任何家庭成员搬出新墨西哥州）。
 - 家庭每月支出的变更。

- 资源变更（如银行账户、财产和人寿保险）。
- 在认证期间，您应随时报告可能会使福利金额增加的变更（如孩子出生或收入损失）。
- **半年期报告：**大多数家庭会收到一份半年报告，其中包括必须报告并提供给ISD的所有变更。
- **年度报告：**获得固定收入（例如社会保障金）的家庭将收到一份年度报告，其中包括必须报告并寄发至ISD办公室的所有变更。
- **定期报告：**极少有家庭在发生变更时必须报告。但这些家庭需要自变更之日起10个日历日内对此类变更进行报告。

▪ **Medicaid**–Medicaid领受人需在变更发生之日起10日内报告可能影响其ISD资格的某些变更。

○ 您应报告的变更包括以下内容：

- **生活安排或地址变更：**报告符合条件的接受者居住地或邮寄地址发生的任何变更。
- **家庭规模：**报告家庭规模的任何变更，包括家庭成员死亡和/或家庭成员妊娠。
- **计数：**报告接受Medicaid福利的家庭成员的新社会安全号，包括任何接受Medicaid的新生儿。
- **收入：**报告收入金额的增加或减少。对于某些类别的Medicaid，如儿童和孕妇，续期之前，收入变更不会影响福利资格。
- **资源：**报告您拥有的资源/资产（如财产或银行存款）的变更，仅需要用于机构护理、豁免、无工作能力的个人和补充社会安全金（SSI）扩展Medicaid。

(g) **是否必须参加New Mexico州工作计划？**

▪ **现金**–是的，所有获得TANF现金援助的成年人都须参加New Mexico州工作计划。“New Mexico工作”（NMW）服务提供方将与您联系。当您未填写或报告您的工作活动时，可能会失去部分和最终所有的现金援助。这称为制裁。第一次发生时，我们希望与您谈论此事，并试图在制裁之前予以纠正；这称为调解。制裁将通过以下三种方式减少您的福利：**首次处罚–现金福利减少25%；第2次处罚–现金福利减少50%；第3次处罚–取消福利。**当您满足以下任何情况时，您可能会接受不同的工作活动或减少工作时间（如适用）：

▪ 单亲照顾12个月以下的孩子–1个终生限制	▪ 临时个人情况–最长30天
▪ 年龄≥60岁	▪ 身患残疾
▪ 妊娠晚期或产后6周	▪ 照料生病或无行为能力的家庭成员
▪ 单亲照顾6岁以下儿童（无儿童保育）	▪ 家庭暴力（家庭暴力选项）
▪ IRU确定的暂时性或永久性损伤	▪ 限制工作参与状态的充分理由

(h) **可获得哪些其他帮助？**

▪ 通过访问以下链接，您可以找到New Mexico州可用的资源列表。您将找到各县的资源列表。

https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices_

<https://yesnmconnect.nm.gov/>

10. 关于您EBT卡的重要信息

(a) **首张EBT卡**

如果这是您首次向“New Mexico州医疗保健局”申请SNAP/食物或现金援助，您的EBT卡将在您的申请被当地ISD办公室输入ISD计算机系统后的第一个工作日邮寄给您。

您应在申请后7天内收到EBT卡。如果7天过去后，您仍未收到该卡，请致电1-800-283-4465联系EBT咨询台，以便安排您在当地县ISD办公室领取该卡。

您必须在收到后激活该卡。您需要从EBT承包商处获取个人识别号码（PIN）。为激活该卡并获取PIN，请致电24小时服务热线1-800-843-8303；或者于周一至周五，上午8:00至下午5:00，致电1-800-283-4465。如果您对EBT卡程序有任何疑问，请致电1-800-283-4465。

注意：如果您拥有EBT卡，并预订了新的EBT卡，您的旧卡将被停用。您必须在收到邮寄的新卡之后，才能获取福利。预订新卡时，PIN不会改变。收到新卡后，您可以致电1-800-843-8303联系EBT承包商，更改PIN。

(b) **我拥有一张有效的EBT卡**

如果您在过去获得过SNAP/食物或现金援助，并且知道您的EBT卡有效，请告知ISD您不需要新卡。一旦您的申请获得批准，您将能够获取获益。如果您只是忘记了PIN，但您的卡仍然有效，请致电24小时服务热线1-800-843-8303或于周一至周五8:00am至5:00pm致电1-800-283-4465，获取新的PIN。如果您对EBT卡程序有任何疑问，请致电1-800-283-4465。

(c) **我的EBT卡失效**

如果您在过去获得过SNAP/食物或现金援助，但您的EBT卡已失效，请致电1-800-843-8303或1-800-283-4465联系EBT承包商服务台。在您向EBT承包商客户服务部索取新EBT卡后的第一个工作日，新的EBT卡将邮寄给您。

您应在申请后7天内收到EBT卡。如果7天过去后，您仍未收到该卡，请致电1-800-283-4465联系EBT咨询台，以便安排您在当地县ISD办公室领取该卡。

您必须在收到后激活该卡。您需要从EBT承包商处获取个人识别号码（PIN）。如需激活该卡并获取PIN，请拨打1-800-843-8303（全天24小时）或者1-800-283-4465（周一至周五，上午8:00至下午5:00）。如果您对EBT卡程序有任何疑问，请致电1-800-283-4465。

(d) 我遗失了我的福利卡

如果您在过去获得过SNAP/食物或现金援助，但您的EBT卡已失效，请致电1-800-843-8303或1-800-283-4465联系EBT承包商服务台。在您向EBT承包商客户服务部索取新EBT卡后的第一个工作日，新的EBT卡将邮寄给您。

您应在申请后7天内收到EBT卡。如果7天过去后，您仍未收到该卡，请致电1-800-283-4465联系EBT咨询台，以便安排您在当地县ISD办公室领取该卡。

您必须在收到后激活该卡。您需要从EBT承包商处获取个人识别号码（PIN）。为激活该卡并获取PIN，请致电24小时服务热线1-800-843-8303或于周一至周五，上午8:00至下午5:00致电1-800-283-4465。如果您对EBT卡程序有任何疑问，请致电1-800-283-4465。

11. SNAP/食物援助违规处罚

请勿提供虚假信息或隐藏信息以获得SNAP/食物援助，包括EBT卡。您不得交易或出售您的EBT卡或PIN。您不得让零售商从您的EBT账户中扣款以换取现金。请勿更改EBT卡以获得不符合条件的SNAP/食物援助。请勿使用或持有他人的EBT卡，或让他人使用您的EBT卡。请勿使用SNAP/食物援助福利购买非食品物品，如酒、烟或纸制品。请勿将他人的EBT卡用于您的家庭。请勿利用SNAP/食物援助福利偿还信用卡债务。

- 故意违反上述规定的任何人将被禁止接受SNAP/食物援助12个月（第1次违规）；被禁止24个月（第2次违规）；被永久禁止（第3次违规）；可处以\$250,000罚款、监禁20年或两种处罚；另外暂停18个月。任何故意违反这些规定的人员也可能根据联邦和州法律受到起诉，包含刑事处罚。
- 有意提供虚假信息或隐藏身份或居住地信息以同时在多个家庭获得SNAP/食物援助的任何人，将被禁止接受福利10年。
- 被定罪为用SNAP/食品援助买卖管制药物的任何人均会被禁止接受SNAP/食品援助24个月（第1次违规），或被永久禁止（第2次违规）。
- 在1996年9月22日之后被定罪为购买或出售SNAP/食品援助≥\$500的任何人，将永久不得参与该计划（任何违规）。
- 任何通过交易SNAP/食品援助金换取枪支、弹药或爆炸物而被定罪的人员将永久失去福利计划的参与资格（任何违规行为）。

12. 公平听证权

听证权—如果您不同意HCA对于您的申请/福利做出的决定，您可以要求进行听证。通过听证，您可以说明不同意的原因。如果您不同意对您的情况做出的决定，您有权要求举行公平听证会，并指定法官以公平和客观的方式审查每个案件的事实，并给予您机会解释不同意的原因。

在什么情况下，可以要求举行公平听证会？ ▶

- | | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ■ 您不同意对您的情况做出的决定，或者 ■ 您申请福利被拒绝，或者 | <ul style="list-style-type: none"> ■ 您认为福利计算不准确，或者 ■ 做出了您不同意的变更。 |
|--|--|

您请求听证的时效？

自收到通知之日起90个工作日内，您可以申请召开公平听证会。如果您在收到通知之日起13天内要求举行听证会，在我们采取通知中的措施之前，您将获得相同的福利。在HCA做出决定之前，除非对您的情况进行了其他变更，您将获得这些福利。要求举行听证会后，您的福利可能会出现变更，前提是变更原因与听证会原因不同。如果您失去听证机会，在HCA做出决定时，您可能必须退还收到的任何福利。如果HCA决定认为是联邦或州大规模变革的原因，您将无权要求进行公平听证会。（修订日期2014年7月15日）

如何要求公平听证会？ ▶

- 填写并返回通知底部，或者
- 致函或致电当地的HCA办公室或客服中心，电话：1-800-283-4465

- 请将信函寄至HCA的公平听证办公室，地址为：HCA, PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348, 或致电 505-476-6213。
- 如果您不同意“New Mexico州健康保险交易所”（NMHIX）的决定，您可以致电1-800-862-3935联系NMHIX提出上诉，并告知NMHIX应重新考虑该决定。您可以授权他人代表您进行申诉。

■ 在您要求举行公平听证后，HCA或NMHIX将向您寄发一封信函，告知您举行听证的日期、时间和地点。HCA听证会通常在ISD办公室举行。听证会将由HCA公平听证局或NMHIX的听证官主持。听证之前，您或您的代表可以查看案例记录和作出该决定所依据的任何证据。您将说明您认为HCA或NMHIX决定错误的原因。您可以带证人出席并出示证据。您可以询问县办公室或NMHIX关于采取的措施及相关证据。您可以亲自，也可以由朋友、家庭成员或律师代表出席。有关何处可以获得免费法律帮助，请致电1-833-LGL-HELP（1-833-545-4357）获得相关信息。

■ 听证结束后，听证官将作汇报。HCA部长或NMHIX所长将决定这些措施是否错误。在做出决定后，您将收到一封信函，告诉您该决定以及做出该决定的原因。（修订日期2024年4月29日）

雇主承保范围表

您不需要回答这些问题，除非某位家庭成员有资格从工作中获得健康保险，即使他们不接受保险。为提供承保的工作随附本页副本。

未填写本表不会耽误您申请其他福利，如食物援助、现金援助或Medicaid。

“New Mexico州健康保险市场”（NMHIX）申请时，将询问关于通过当前工作（即使是他人的工作，如父母或配偶）获得任何健康保险的问题，以确定您是否能够获得支付健康保险的帮助。利用本表格从提供健康保险的雇主处获得您所需的信息。NMHIX将确认该信息，因此信息的准确性至关重要。如果您有多份工作提供健康保险，请针对每位雇主单独填写表格。

雇员信息 - 员工需要填写此部分。填写员工信息，然后您可以向雇主索取以下信息。

员工姓名（名、中间名、姓）

员工社会保障号码

雇员信息 - 请向雇主索取该信息。

雇主姓名

雇主识别号（EIN）

雇主地址

雇主电话号码

() --

城市

州

邮编

可联系谁咨询关于这项工作的员工健康保险？

姓名：

电话：

电子邮箱：

请告知我们该雇主提供的健康计划：

该员工不符合雇主计划的承保资格。

根据雇主计划，雇员有资格获得保险：_____（开始日期）。

列出符合本工作承保资格的其他人员姓名：

该员工在本工作中可加入的最低成本自费健康计划的名称？

（仅考虑符合《平价医疗法案》规定的“最低值标准”的计划。）

姓名：

无计划符合“最低值标准”

该员工必须为该计划支付多少保费？

\$

多久一次？

每周

每两周

一个月两次

每月

每年

其他

雇主会对新年度的计划做出什么变更（如有）？

无变更。

雇主不会提供健康保险。

雇主将开始向雇员提供健康保险，或变更符合最低值标准的最低成本计划的保费。

变更日期（如适用）：

本页故意留白

This page intentionally left blank.

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

SP&G-1 (2015)

Date _____ / _____ / _____ County Clerk _____ Filing Clerk _____

IN ORDER TO PROCESS YOUR CERTIFICATE OF REGISTRATION YOU MUST COMPLETE THIS APPLICATION.

YOU WILL RECEIVE CONFIRMATION BY MAIL OF YOUR REGISTRATION FROM THE COUNTY CLERK.

* PRIVACY NOTICE

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

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

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

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

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

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

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

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

MAP

 N
 W + E
 S

本页故意留白

This page intentionally left blank.



如果您本人或者您正在帮助的某人对申请援助存在疑问或者需要获得申请帮助，您有权免费获得以您所用语言提供的信息和帮助。如需口译服务，请致电 (800) 283-4465(根据语言拨打相应分机号)。

<p style="text-align: center;">Spanish</p> <p>Si usted, o alguien a quien está ayudando, tiene preguntas sobre cómo solicitar asistencia o necesita ayuda para solicitarla, tiene derecho a obtener información y ayuda en su idioma sin costo alguno. Para hablar con un intérprete, llame al (800) 283-4465 Español, presione 2.</p>	<p style="text-align: center;">Navajo</p> <p>T'áá ni ádá, éí doodago, t'áá háida bíká anilyeedígíí, naaltsoos hadilnéehgi bína'ídíkid hólqoqgo da éí doodai' ta' níká adoolwo'tígíí yííníkeedgo, ná bá haz'á dóó t'áá jíík'eh t'áá Dinék'ehjí nit náhane'go bííghah. Atxa' halne'í bit ahít hodíílnihgo éí, kojí' hodíílnih (800) 283-4465, ashdla' (5) bit yaa adidííłchit, áádóó bik'íjj' táá' (3) nááná.</p>
<p style="text-align: center;">Tagalog</p> <p>Kung ikaw o ang taong iyong tinutulungan ay may mga katanungan tungkol sa pag aapplay ng tulong o kailangan mo ng tulong sa pag aaplay meron kang karapatan na makakuha ng impormasyon at tulong sa inyong sariling wika ng walang binabayaran. Para maka usap ang Tagasalin tumawag sa (800) 283-4465 Tagalog, pindutin ang 5 tapos 9 at 4.</p>	<p style="text-align: center;">Korean</p> <p>본인 또는 도움을 주는 사람이 지원 신청에 대한 질문이 있거나 신청과 관련하여 도움이 필요한 경우, 귀하는 무료로 모국어를 통해 정보와 도움을 받을 수 있는 권리가 있습니다. 통역사와 대화하려면 (800) 283-4465으로 전화하시고, 한국어는 5, 8번을 눌러주세요.</p>
<p style="text-align: center;">Vietnamese</p> <p>Nếu bạn hoặc ai đó mà bạn đang giúp đỡ cần hỏi về quy trình làm đơn xin trợ giúp hoặc cần được giúp làm đơn, thì bạn có quyền được nhận thông tin và trợ giúp miễn phí bằng ngôn ngữ của mình. Để nói chuyện với thông dịch viên, hãy gọi số (800) 283-4465, ấn phím 3 để chọn tiếng Việt.</p>	<p style="text-align: center;">Thai</p> <p>หากท่านหรือคนที่ท่านกำลังช่วยเหลือมีคำถามเกี่ยวกับการสมัครขอความช่วยเหลือหรือต้องการความช่วยเหลือในการสมัคร ท่านมีสิทธิ์ที่จะได้รับข้อมูลและความช่วยเหลือเป็นภาษาของท่านโดยไม่มีค่าใช้จ่าย หากต้องการคุยกับล่ามโทร (800) 283-4465 ภาษาไทย กด 5 แลวก้ 9 แลวก้ 7</p>
<p style="text-align: center;">Simplified Chinese</p> <p>如果您本人或者您正在帮助的某人对申请援助存在疑问或者需要获得申请帮助，您有权免费获得以您所用语言提供的信息和帮助。如需与口译员交谈，请拨打(800) 283-4465，普通话，请按4。</p>	<p style="text-align: center;">Japanese</p> <p>あなた、またはあなたがサポートしている方が、支援の申請について質問がある場合、または申請のサポートが必要な場合は、ご自身の母国語による情報とサポートを無料で受ける権利があります。通訳をご希望の場合は、(800) 283-4465にご連絡ください。日本語は「5」を押してから「6」を押してください。</p>
<p style="text-align: center;">Traditional Chinese</p> <p>如果您本人或者您正在幫助的某人對申請援助存在疑問或者需要獲得申請幫助，您有權免費獲得以您所用語言提供的信息和幫助。如需與口譯員交談，請撥打(800) 283-4465，廣東話，請按5。</p>	<p style="text-align: center;">French</p> <p>Si vous, ou quelqu'un que vous aidez, avez des questions concernant la demande d'aide ou avez besoin d'aide pour faire une demande, vous avez le droit d'obtenir gratuitement des informations et de l'aide dans votre langue. Pour parler à un interprète, appelez le (800) 283-4465 français, appuyez sur 5, puis 9, puis 5.</p>

<p style="text-align: center;">Swahili</p> <p>Ikiwa wewe, au mtu mwingine unayemsaidia, ana maswali kuhusu kutuma ombi la usaidizi au anahitaji kusaidia kutuma ombi, una haki ya kupata taarifa na usaidizi kwa lugha yako bila malipo. Ili kuzungumza na mkalimani, piga simu (800) 283-4465 kwa Kiswahili, bonyeza 5, kisha 4</p>	<p style="text-align: center;">Russian</p> <p>Если у вас или у того, кому вы помогаете, есть вопросы о подаче заявления на получение помощи или вам нужна помощь в подаче заявления, вы имеете право получить информацию и помощь на вашем языке бесплатно. Чтобы поговорить с переводчиком, позвоните по номеру (800) 283-4465 на русском языке, нажмите 5, затем 9, затем 3.</p>
<p style="text-align: center;">Arabic</p> <p>إذا كانت لديك، أو لدى شخص تساعد، أسئلة حول التقدم بطلب للحصول على المساعدة أو تحتاج إلى مساعدة في تقديم الطلب، فمن حقك الحصول على المعلومات والمساعدة للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على بلغتك دون أي تكلفة ثم اضغط 5 ثم (800) 283-4465 الرقم</p>	<p style="text-align: center;">Pashto</p> <p>که تاسو، یا هغه څوک چې تاسو ورسره مرسته کوی د مرستې لپاره د خواست کولو په اړه پوښتنې ولری یا خواست کولو لپاره د مرستې اړتیا ولری، تاسو حق لری معلومات او مرسته پخپله ژبه کې په وړیا توګه (پرتله د کوم لګښت) تر لاسه کړی. د یو ترجمان (ژباړونکي) سره د خبرو کولو لپاره، 283-4465 (800) ته زنگ ووهی، 5 کیښ کړی، بیا 9، بیا 8.</p>
<p style="text-align: center;">Dari</p> <p>اگر شما یا شخص که به او کمک می‌کنید، درباره تقاضای مساعدت سؤالات دارید یا برای تقاضانامه به مساعدت ضرورت دارید، حق دارید بدون کدام مصرف معلومات و مساعدت را به لسان خود را دریافت کنید. برای صحبت با ترجمان، با (800) 283-4465 دری/هسپانوی در تماس شوید، 5 را فشار دهید و سپس 5 را فشار دهید.</p>	<p style="text-align: center;">Persian/Farsi</p> <p>اگر شما یا فردی که به او کمک می‌کنید، درباره ارائه درخواست کمک پرستی دارید یا برای درخواست دادن به کمک نیاز دارید، می‌توانید به طور رایگان اطلاعات و کمک‌هایی را به زبان خود دریافت کنید. برای صحبت با یک مترجم شفاهی، با شماره (800) 283-4465 تماس بگیرید و برای فارسی عدد 5 و سپس 7 را فشار دهید.</p>
<p style="text-align: center;">Gujarati</p> <p>જો તમને, અથવા તમે જેમને મદદ કરી રહ્યા છો તે વ્યક્તિને, સહાય માટે અરજી કરવાની પ્રક્રિયા અંગે કોઈ પ્રશ્નો હોય અથવા અરજી કરવા માટે મદદની જરૂર હોય, તો તમને કોઈપણ ખર્ચ વિના તમારી ભાષામાં માહિતી મેળવવાનો અને સહાય મેળવવાનો સંપૂર્ણ અધિકાર છે. દોભાષિયા સાથે વાત કરવા માટે (800) 283-4465 પર કોલ કરો, પછી 9 દબાવો અને ત્યારબાદ 5 દબાવો.</p>	<p style="text-align: center;">Hindi</p> <p>अगर आप या आपकी मदद से कोई सहायता के लिए आवेदन कर रहा है और आपको आवेदन से जुड़ी जानकारी या मदद चाहिए, तो आप यह सहायता अपनी भाषा में, बिना किसी शुल्क के पा सकते हैं। भाषा सहायता प्रतिनिधि (इंटरप्रेटर) से बात करने के लिए (800) 283-4465 पर कॉल करें और पहले 9, फिर 6 दबाएँ।</p>
<p style="text-align: center;">Lao</p> <p>ຖ້າທ່ານ ຫຼື ຜູ້ໃດຜູ້ໜຶ່ງທີ່ທ່ານກຳລັງຊ່ວຍເຫຼືອມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບການສະໜັກຂໍການຊ່ວຍເຫຼືອ ຫຼື ຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໃນການສະໜັກ, ທ່ານມີສິດຮັບຂໍ້ມູນ ແລະ ການຊ່ວຍເຫຼືອເປັນພາສາຂອງທ່ານໂດຍບໍ່ມີຄ່າໃຊ້ຈ່າຍໃດໆ. ເພື່ອລົມກັບລ່າມແປພາສາ, ກະລຸນາໂທຫາ (800) 283-4465, ກົດ 9 ແລ້ວຕາມດ້ວຍ 5.</p>	