

Hoja informativa para la solicitud de asistencia



Autoridad de Atención Médica

Medicaid: Proporciona cobertura de salud gratuita o de bajo costo para ciertas personas y familias de bajos ingresos. Según los ingresos de su hogar, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada

Programa de Ahorros de Medicare: Brinda ayuda para pagar las primas de Medicare Parte A (Seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (Seguro médico), así como los deducibles de Medicare.

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP): Ayuda a muchos hogares de bajos ingresos a comprar los alimentos que necesitan para mantenerse saludables y ser miembros productivos de la sociedad.

Asistencia en efectivo: Proporciona asistencia en efectivo para familias, niños dependientes necesitados y adultos discapacitados.

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP): Brinda asistencia con los costos de calefacción y refrigeración a familias y personas de bajos ingresos elegibles.

Solicite los beneficios antes mencionados en línea en:

www.yes.nm.gov

O lleve su solicitud firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD)

O envíe por correo su solicitud firmada a:

Central ASPEN Scanning Area (CASA)

PO Box 830

Bernalillo, NM 87004

O envíe por fax su solicitud firmada al 1-855-804-8960

O bien, complete una solicitud por teléfono llamando al 1-800-283-4465



Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX)

- El NMHIX es una manera de buscar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no reúnen los requisitos para Medicaid.
- Usted o su hogar podría reunir los requisitos para un programa que puede ayudarle a pagar el seguro de salud, incluso si gana hasta \$98,000 al año (para una familia de cuatro).
- Es posible que haya subsidios fiscales disponibles que le ayuden de inmediato a pagar sus primas de cobertura médica.

Puede solicitar seguro de salud asequible en línea a través del NMHIX en:

www.bewellnm.com

O llame al 1-833-862-3935

TTY: 711

Programas de asistencia

Dependiendo de sus ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada. A continuación se indican algunos tipos de Medicaid para los cuales los integrantes del grupo familiar podrían reunir los requisitos:

Complete las secciones 1 a 9 y 16

- Recién nacidos
- Niños hasta los 18 años de edad
- Padre(s)/Cuidador(es)

- Mujeres embarazadas
- Adultos de bajos ingresos
- Servicios médicos de emergencia para no ciudadanos (EMSNC)

Complete las secciones 1 a 9, 12 a 13 y 16

- Personas ancianas, ciegas y discapacitadas
- Personas discapacitadas que trabajan
- Atención institucional
 - Centro de enfermería
 - Centro de atención intermedia para personas con discapacidad intelectual (ICF/IID)
 - Programa de Atención Integral para Personas Mayores (PACE)

- Exenciones de servicios basados en el hogar y la comunidad:
 - Exención de Beneficios Comunitarios (CB)
 - Exención para discapacidades del desarrollo (DDW)
 - Exención por fragilidad médica (MFW)
 - Exención Mi Via (MVW)

Asistencia médica

MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NUEVO MÉXICO (NMHIX)

El NMHIX es una manera de buscar y comparar planes de seguro de salud para personas y familias que no reúnen los requisitos para Medicaid. Si no reúne los requisitos para Medicaid, usted o los integrantes de su hogar pueden reunir los requisitos para recibir un subsidio fiscal que puede ayudar inmediatamente a pagar las primas del seguro de salud. Si usted o los integrantes de su hogar no reúnen los requisitos para Medicaid, su solicitud será enviada automáticamente al NMHIX, donde usted o los integrantes de su hogar pueden ser elegibles para otros programas de seguros de salud asequibles.

Programa de Ahorros de Medicare

Beneficio de Medicaid que brinda ayuda para pagar sus primas de Medicare Parte A (seguro hospitalario) y/o Medicare Parte B (seguro médico) y los deducibles de Medicare.

Complete las secciones 1 a 9, 12 a 13 y 16

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) ayuda a los hogares de bajos ingresos a comprar alimentos para mantener la salud y la productividad. Los beneficios de SNAP son fáciles de usar en los supermercados y también ayudan a los adultos a conseguir empleo y aumentar sus ingresos, lo que contribuye a promover la estabilidad financiera a largo plazo.

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 11 a 13, 15 y 16 para que la ISD pueda determinar los beneficios más rápidamente.

Asistencia en efectivo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) proporciona asistencia en efectivo a las familias que reúnen los requisitos.

O

La asistencia general puede proporcionar asistencia en efectivo para niños dependientes necesitados y adultos discapacitados que no sean elegibles para recibir asistencia bajo un programa de asistencia en efectivo con fondos federales, como el programa Trabajo de Nuevo México (New Mexico Works, NMW) o el programa federal de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 10 a 13, 15 y 16

Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP)

El Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) brinda asistencia con los costos de calefacción y refrigeración a familias y personas de bajos ingresos elegibles.

Complete las secciones 1 a 3, 5 a 7, 14 y 16

Tiene derecho a presentar su solicitud hoy; no se demore.

Los beneficios de SNAP/alimentos comienzan a partir de la fecha en que presenta su solicitud. Los adultos que no solicitan beneficios pueden presentar la solicitud por otros integrantes del grupo familiar. Aceptaremos su solicitud si contiene su nombre, dirección y firma en la Sección Uno. Esta información establecerá la fecha de presentación de su solicitud. El ISD lo alienta a completar la solicitud para una determinación más rápida de los beneficios. Puede entregar la solicitud al ISD personalmente, enviarla por correo o por fax electrónico al (1-855-804-8960).

Marque los programas que desea solicitar ►	<input type="checkbox"/> SNAP/alimentos	<input type="checkbox"/> Asistencia médica	<input type="checkbox"/> Efectivo	<input type="checkbox"/> LIHEAP
Cuéntenos si necesita ►	<input type="checkbox"/> ¿Ayuda para llenar la solicitud?	<input type="checkbox"/> ¿Ayuda gratuita con el idioma? Idioma preferido: _____	<input type="checkbox"/> Transporte	<input type="checkbox"/> Adaptación para personas con discapacidad

► **Las solicitudes para SNAP y Asistencia en EFECTIVO requieren una entrevista. No se requiere entrevista para la mayoría de las categorías de Asistencia Médica. Si está solicitando un programa que requiere una entrevista, ¿prefiere una entrevista telefónica?** Díganos por qué, por favor marque una:

<input type="checkbox"/> Tengo una discapacidad	<input type="checkbox"/> Enfermedad	<input type="checkbox"/> Violencia doméstica	<input type="checkbox"/> Mayor de 60 años	<input type="checkbox"/> Cuidado de un niño menor de 6 años	<input type="checkbox"/> Cuidado de otras personas
<input type="checkbox"/> Vive demasiado lejos de la oficina	<input type="checkbox"/> Mal tiempo	<input type="checkbox"/> No tengo transporte	<input type="checkbox"/> Otra razón: _____		

1. Cuéntenos sobre usted: Si necesita ayuda para completar esta solicitud o para obtener la información necesaria, comuníquese con su oficina local de la ISD. Si está solicitando para otra persona, complete esta sección para esa persona.

Nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento (opcional para SNAP y efectivo)	Mejor horario para contactarlo		
Dirección	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono		Número de teléfono alternativo (opcional)	

Si su dirección postal es diferente, por favor complétela a continuación. Si no es así, por favor déjelo en blanco.

Dirección de calle o apartado postal	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Tiene la intención de permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿No tiene hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Desea que le enviemos su información por correo electrónico? Si marcó SÍ, escriba arriba su dirección de correo electrónico más reciente.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	

Evaluación acelerada de SNAP (solo para SNAP) Complete esto si está solicitando SNAP para ver si puede recibir los beneficios de SNAP más rápido. Esto se llama servicio acelerado. Si usted es elegible para el servicio acelerado de SNAP, debe recibir los beneficios de SNAP dentro de 7 días. Si se le rechaza el servicio acelerado, usted tiene derecho a una conferencia informal que se celebrará dentro de las 48 horas posteriores a su solicitud. Solicite hablar con un supervisor si tiene preguntas.

1. ¿Su ingreso mensual será <u>MENOR</u> que \$150 y el dinero en el banco o dinero en efectivo será <u>MENOR</u> que \$100?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
2. ¿Sus costos mensuales del hogar y los servicios públicos serán <u>MAYORES</u> que su ingreso, dinero en efectivo y dinero en el banco?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
3. ¿Es su grupo familiar un hogar de trabajadores agrícolas migrantes o de temporada con muy pocos recursos?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO

Firme aquí x _____	Fecha de hoy _____
Su firma certifica toda la información en la sección 16 de esta solicitud.	

2. Persona que lo representa (Representante autorizado o tutor) Su representante autorizado puede ser una persona que le haya ayudado a solicitar o renovar beneficios, o puede ser una persona diferente. Si desea tener un representante autorizado, debe indicarnos por escrito a continuación quién es esa persona.

¿Desea que esta persona: ¿Solicite beneficios en su nombre? ¿Use sus beneficios? (únicamente para beneficios del SNAP y de dinero en efectivo)

Nombre de la(s) persona(s) autorizada(s) Dirección postal Número de teléfono preferido o TDD

() -

3. Cuéntenos sobre las personas que viven con usted y/o los individuos en su declaración de impuestos sobre la renta federal.

Por favor, liste a todas las personas que viven en su hogar, incluso si no desea solicitar beneficios para ellas. Solo debe proporcionar la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los integrantes del grupo familiar que solicitan asistencia. El SSN es opcional para las personas que no solicitan asistencia médica, pero proporcionar un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. No es necesario ser ciudadano estadounidense ni declarar impuestos sobre la renta para solicitar beneficios. La situación migratoria de todas las personas que solicitan beneficios podría estar sujeta a verificación por parte del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) mediante la presentación de la información proporcionada en esta solicitud al DHS, y la información recibida del DHS podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Los inmigrantes que no son ciudadanos y no solicitan asistencia para sí mismos no necesitan proporcionar información sobre su situación migratoria, SSN u otros documentos similares; sin embargo, deben proporcionar información sobre sus ingresos, ya que parte de sus ingresos y bienes pueden contar para la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que haya programas disponibles para personas sin un SSN; consulte a la ISD. La información racial y étnica sobre el grupo familiar del solicitante es voluntaria; no afectará su elegibilidad ni el monto de los beneficios que su grupo familiar pueda recibir. Se insta a los nativos americanos a identificarse como tales, ya que tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. Pedimos a todos información racial y étnica para asegurarnos de que los beneficios se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional. Si necesita más espacio, utilice una hoja adicional.

Indique los nombres y la información de usted y de las personas que viven con usted. Si solicita asistencia médica, incluya a todas las personas que incluirá en su declaración de impuestos federales sobre la renta: **Esta sección solo es necesaria para cada persona que solicita asistencia.**

Nombre (nombre y apellido)	Parentesco	¿Solicita asistencia?	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad Hispano S/N (Opcional)	Raza 1-6 (Ver a continuación) (Opcional)	Afiliación tribal (Opcional: puede eximirte de los límites de tiempo de SNAP)	Número de Seguro Social (SSN) – obligatorio si tiene uno (opcional para quienes no solicitan beneficios)	Estatus migratorio y de ciudadanía 1-38 (ver a continuación)
1.	(TITULAR)	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
2.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
3.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
4.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
5.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
6.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
7.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
8.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
9.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							
10.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO							

1. ¿Cuál es su idioma escrito de preferencia?

2. ¿Cuál es su idioma hablado de preferencia?

3. ¿Todos los adultos de su hogar hablan el mismo idioma que usted? SÍ NO

4. ¿Alguno de los adultos que vive con usted habla inglés con fluidez? SÍ NO

Raza: Para cada persona que solicita ayuda, elija el número o los números a continuación que mejor describan su raza y escriba el número o los números arriba.					
1 – Indio americano o nativo de Alaska	2 – Asiático	3 – Negro o afroamericano	4 – Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico	5 – Blanco	6 – Otro
Ciudadanía o situación migratoria: Para cada persona que solicita ayuda, elija el número o los números a continuación que mejor describan su ciudadanía estadounidense o situación migratoria y escriba los números arriba.					
1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta de residencia)	3 – Asilado(a)	4 – Refugiado(a)	5 – Inmigrante cubano/haitiano	6 – Persona con libertad condicional concedida en los EE. UU. (por al menos un año)
7 – Ingreso condicional concedido antes de 1980	8 – Cónyuge, hijo o padre maltratado, o cónyuge sobreviviente que no se haya vuelto a casar	9 – Víctima de trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre	10 – Beneficiario(a) de retención de deportación o de retención de expulsión	11 – Miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o indígena americano nacido en Canadá	12 – Inmigrante especial afgano o iraquí
13 – Persona con estatus de no inmigrante	14 – Persona con libertad condicional concedida en los EE. UU. (por menos de un año)	15 – Estatus de protección temporal (TPS)	16 – Salida forzada diferida (DED)	17 – Estatus de acción diferida	18 – Residente temporal legal (RTL)
19 – Concesión de suspensión administrativa o remoción por parte del DHS	20 – Concesión de retención de remoción bajo la Convención contra la Tortura (CCT)	21 – Residente de Samoa Estadounidense	22 – Solicitante de estatus especial de inmigrante juvenil	23 – Solicitante de ajuste de estatus de LPR con una petición de visa aprobada	24 – Solicitante de visa para víctimas de trata de personas
25 – Solicitante de asilo (con permiso de trabajo o menor de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	26 – Solicitante de retención de deportación o retención de remoción (con permiso de trabajo o menor de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	27 – Solicitante de registro (con permiso de trabajo)	28 – Orden de supervisión (con permiso de trabajo)	29 – Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con permiso de trabajo)	30 – Solicitante de legalización bajo la IRCA (con permiso de trabajo)
31 – Solicitante de estatus de protección temporal (TPS)	32 – Legalización bajo la Ley LIFE (con permiso de trabajo)	33 – Asiático(a) de origen estadounidense		34 – Hmong o laosiano(a)	
35 – Ciudadanos de los Estados Federados de Micronesia, las Islas Marshall y Palaos, que residen legalmente en los EE. UU. en virtud del artículo 141 de los Pactos de Libre Asociación con los Estados Unidos y sus gobiernos.	36 – Presente de forma legal pero no incluido en la lista	37 – Otro		38 – No estoy seguro(a)	

4. Información de declaración de impuestos (complete esta sección si está solicitando asistencia médica)

Proporcione la siguiente información sobre cada integrante del grupo familiar que solicita asistencia médica, incluso si el contribuyente o el dependiente fiscal no vive en su hogar. No necesita declarar impuestos sobre la renta para solicitar.

A Nombre	B ¿Esta persona tiene pensado presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el próximo año?	C ¿Esta persona presentará una declaración conjunta con su cónyuge/pareja?	D ¿Tiene esta persona dependientes en su declaración de impuestos?	E ¿Esta persona figura como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?	F ¿Qué relación tiene esta persona con el declarante de impuestos?
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del declarante de impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del declarante de impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del declarante de impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del declarante de impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre de los dependientes:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si marcó sí , indique el nombre del declarante de impuestos:	

5. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que enumeró en la Sección 3 que están buscando beneficios para sí mismas.

Para integrantes del grupo familiar que estén buscando beneficios y no sean ciudadanos estadounidenses, indique la información que aparece en sus documentos de inmigración, si la conoce. Esto se usará para ver quién puede obtener beneficios. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

Nombre	Tipo de documento de inmigración (si lo conoce)	Número-A o número I-94 (si lo conoce)	Número de tarjeta o pasaporte (si lo conoce)	ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (código de categoría o país de emisión, si lo conoce)	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996?	¿Esta persona es cónyuge o padre/madre de un veterano o de un miembro activo de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.?
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
a. ¿Alguno de los solicitantes está recibiendo beneficios de Medicaid, SNAP/alimentos o dinero en efectivo en otro estado?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ¿Qué beneficios?		
					¿En qué estado?		
b. ¿Alguna solicitante está embarazada?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?		
					¿Fecha prevista de parto?		
					¿Cuántos bebés se esperan de este embarazo (si se sabe)?		
c. ¿Algún solicitante está en prisión (detenido o encarcelado)?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?		
					¿En qué centro?		
					Fecha de ingreso a prisión:		
					Fecha de liberación (si se conoce):		
d. ¿Algún solicitante del grupo familiar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?		
e. ¿Alguno de los solicitantes padece una condición de salud física, mental o emocional que le cause limitaciones en sus actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.)?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?		
f. ¿Alguno de los niños en esta solicitud tiene un padre o madre que vive fuera del hogar?				<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?		
Solo conteste las preguntas g-k de esta sección si está solicitando asistencia médica.							
g. ¿Algún integrante del grupo familiar tiene 21 años o menos y es estudiante a tiempo completo?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?	
h. ¿Hay alguna persona solicitante entre 18 y 25 años que haya estado en cuidado de crianza temporal y recibiendo Medicaid al cumplir los 18 años?					<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Si contestó SÍ , ¿quién?	¿En qué estado?
i. ¿Algún solicitante se encuentra actualmente o va a ingresar a un centro de enfermería especializada, hospital o centro de tratamiento?					Si contestó SÍ , ¿quién?		¿Cuál es la fecha de ingreso?
							¿De dónde fue admitido el solicitante?

La sección 5 continúa en la página siguiente

Continuación de la sección 5

j. Si respondió sí a la pregunta (i) anterior, ¿cuál es el nombre y el tipo de centro?

Nombre del centro de enfermería especializada/centro de atención:	Nombre del hospital:	Nombre del centro de atención intermedia para personas con discapacidades intelectuales (ICF/IID):	¿Se está inscribiendo en PACE? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Nombre del centro de vida asistida:
---	----------------------	--	---	-------------------------------------

k. ¿Algún solicitante ha recibido una carta de Libertad de elección primaria para una exención de Servicios basados en el hogar y en la comunidad? SÍ NO Si contestó **SÍ**, ¿quién?

6. Cuéntenos sobre sus ingresos por trabajo.

¿Usted o alguna persona que vive con usted recibió o espera recibir ingresos por trabajo este mes? SÍ NO
Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.

Informe sus ingresos totales **antes** de impuestos. Si está solicitando asistencia médica y a usted o a otra persona de su hogar se le ofrece seguro de salud de parte de algún empleador, complete el formulario de Cobertura del empleador adjunto a esta solicitud. Si no reúne los requisitos para Medicaid, el Mercado de seguros de salud de NM (NMHIX) podría necesitar usar información sobre cualquier cobertura de salud que usted pudiera tener a través de un empleo para determinar si puede obtener ayuda para pagar el seguro de salud. No completar este formulario no demorará su solicitud de asistencia. No se le requiere completar el formulario de Cobertura del empleador para Medicaid.

Persona con ingresos	¿Número promedio de horas trabajadas por semana?	¿De dónde proviene el ingreso? (Empleo, trabajo independiente, trabajos esporádicos, etc.)	¿Con qué frecuencia recibe ingresos esta persona? (Anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona antes de los impuestos?	¿Tiene esta persona un empleador que ofrezca seguro de salud? Si la respuesta es sí, complete el Formulario de Cobertura del Empleador adjunto a esta solicitud.
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
				\$	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

¿Se le descuenta algo de lo siguiente de sus ingresos? (si solicita Asistencia Médica)

<input type="checkbox"/> ¿Interés de préstamo estudiantil? ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> ¿Seguro de salud? ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> ¿Cuenta de ahorros para la salud/Cuenta de gastos flexibles? ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
<input type="checkbox"/> Otro tipo ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro tipo ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____	<input type="checkbox"/> Otro tipo ¿Quién? _____ ¿Cuánto \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____

Cuéntenos sobre sus otros ingresos. ¿Usted o alguna persona que vive con usted recibió o espera recibir ingresos este mes? SÍ NO

Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.

Algunos ejemplos de ingresos no derivados del trabajo/otros ingresos incluyen, entre otros, desempleo, Seguro Social, pensiones, jubilación, ingresos por alquileres, ganancias de capital, regalías, obsequios financieros y ganancias/premios de apuestas. Informe sobre la manutención de menores o la manutención conyugal si está solicitando SNAP o asistencia en efectivo. Si usted solo está solicitando asistencia médica, no necesita informar los ingresos por manutención de menores.

Persona con ingresos	¿De dónde proviene el ingreso no derivado del trabajo?	¿Con qué frecuencia lo recibe? (Anual, mensual, quincenal, semanal, etc.)	¿Cuánto recibe esta persona?
			\$
			\$
			\$

7. ¿Habrá cambios en los ingresos?

¿Usted o alguien que vive con usted tiene ingresos que cambian de un mes a otro? SÍ NO No lo sé

Los ejemplos incluyen: Pérdida de empleo, disminución de horas, cambio de empleo, cambio en la paga y/o solo trabajar algunos meses del año **Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.**

Persona con cambios en los ingresos	¿Qué ingresos cambian?	¿Cuándo y por qué cambian?	Ingresos totales de este año	Total de ingresos esperado para el próximo año

8. Información de atención médica (si está solicitando asistencia médica)

¿Algún integrante del grupo familiar recibió servicios médicos en los últimos 3 meses que no se hayan pagado? SÍ NO

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación. Es posible que podamos ayudar a pagar estas facturas.

Persona con facturas médicas no pagadas	Meses de la factura		

Liste todo seguro de salud público y privado, incluyendo la información de Medicare, para usted y todas las personas que viven con usted que estén solicitando asistencia médica.

Personas cubiertas	Nombre de la compañía de seguros	N.º de reclamación de Medicare o n.º de identificación de miembro del seguro	Fecha de inicio

9. Organización de atención administrada (MCO, por sus siglas en inglés). Esta sección solo se aplica si se determina que usted es elegible para Medicaid. Si es elegible para Medicaid, sus servicios serán proporcionados por una de las tres organizaciones de atención administrada (MCO) que se indican a continuación. Usted tiene la opción de elegir qué MCO le prestará los servicios. Si no elige una MCO, la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México le asignará una automáticamente. Una vez que esté inscrito en una MCO, tendrá la opción de cambiar a una MCO diferente dentro de los 3 meses de inscripción.

Información especial para integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos

¿Es usted integrante de los pueblos originarios de Estados Unidos? De ser así, no necesita elegir una MCO. Si no elige una organización de atención médica administrada (MCO, por sus siglas en inglés), estará en el programa Medicaid de pago por servicio (FFS, por sus siglas en inglés). Esto es automático. Si necesita servicios de atención a largo plazo, tendrá que elegir una organización de atención médica administrada (MCO). (Estos servicios incluyen la atención institucional y las exenciones de servicios domiciliarios y comunitarios). Además, si usted tiene Medicare, tendrá que elegir una organización de atención médica administrada (MCO).

Soy integrante de los pueblos originarios de Estados Unidos: SÍ NO

Si contestó **sí**, complete la sección para integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos o nativos de Alaska en la página siguiente.

Si contestó **sí**, indique si desea inscribirse en una organización de atención médica administrada (MCO): SÍ NO

Si desea inscribirse en una MCO, seleccione una a continuación.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
(866) 689-1523

www.bcbsnm.com/medicaid

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se enumeran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Presbyterian Turquoise Care
(888) 977-2333

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

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se enumeran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Molina Healthcare de Nuevo México
(844) 862-4543

www.welcometomolina.com/nm

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se enumeran aquí deben inscribirse en esta MCO:

UnitedHealthcare Community Plan de Nuevo México
(877) 236-0826

myuhc.com/communityplan/new-mexico/plans

Al seleccionar esta casilla, manifiesto mi deseo de inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid de mi grupo familiar en esta MCO.

Solo los beneficiarios de Medicaid de este grupo familiar que se enumeran aquí deben inscribirse en esta MCO:

Integrante de pueblos originarios de Estados Unidos o nativo de Alaska

Los integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos y los nativos de Alaska que se inscriban en Medicaid, el Programa de Seguro Médico para Niños (CHIP) y el Mercado de Seguros de Salud (NMHIX) también pueden obtener servicios del Servicio de Salud para Indígenas Americanos, programas de salud tribales o programas de salud para indígenas que viven en ciudades. Si usted o sus familiares son integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos, es posible que no tengan que pagar la participación en los costos y que puedan obtener períodos de inscripción mensual especiales para el seguro a través del NMHIX. Le solicitamos que conteste las siguientes preguntas para asegurarnos de que usted y su familia obtengan la mayor ayuda posible. Si necesita más espacio, adjunte otra hoja.

¿Alguno de los solicitantes es miembro de una tribu reconocida federalmente? Para asegurar que no quede inscrito automáticamente en una MCO, proporcione su afiliación tribal.

SÍ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

¿Qué tribu? _____

¿Alguno de los solicitantes recibe pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías?

SÍ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguno de los solicitantes recibe alguna vez servicios del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service), un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?

SÍ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

Si la respuesta es no, ¿esta persona es elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas (Indian Health Service), programas de salud tribal o programas de salud para indígenas que viven en ciudades, o a través de una derivación de uno de estos programas?

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo pagos por recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como fideicomiso indígena por el Departamento del Interior (incluidas las reservas y las antiguas reservas)?

SÍ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____

¿Alguno de los solicitantes está recibiendo dinero de la venta de objetos con valor cultural?

SÍ NO

Si contestó **sí**, ¿quién? _____

¿Cuánto? _____ ¿Con qué frecuencia? _____



Si no está solicitando los programas a continuación, complete la sección 16 y presente su solicitud. Si está solicitando los programas de asistencia a continuación, complete únicamente las secciones requeridas.

Sección: 12, 13 y 16	Sección: 10 a 16
<ul style="list-style-type: none"> • Residencia de ancianos • Programa de Ahorros de Medicare (solo secciones 13 y 16) • Servicios de exención • Persona discapacitada que trabaja 	<ul style="list-style-type: none"> • SNAP • Asistencia en efectivo • LIHEAP

10. Padres que no viven con sus hijos (solo si solicita asistencia en efectivo)

¿Recibe ayuda económica y asistencia médica para sus hijos? En ese caso, usted otorga a HCA el derecho a cobrar la manutención de los hijos, la pensión alimenticia al cónyuge y la asistencia médica del padre o madre ausente. También les otorga el derecho a cobrar la pensión alimenticia conyugal y la asistencia médica. Por favor, anote toda la información del padre o madre de sus hijos que no vive con usted. Si cree que trabajar con la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) para cobrar la manutención los perjudicará a usted o a sus hijos, podría tener un motivo justificable para no cooperar.

¿Alguno de los solicitantes es víctima de violencia familiar o doméstica? SÍ NO

Nombre del menor	Información del padre o madre ausente		
	Nombre	Fecha de nacimiento	Última dirección conocida

11. Asistencia escolar Indique toda la información de estudiante para cada uno de los integrantes del grupo familiar.

Nombre del estudiante	Nombre del estudiante	Fecha de graduación	Grado			
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad
			<input type="checkbox"/> K-12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> Certificado	<input type="checkbox"/> Universidad

12. Cosas que posee (recursos o bienes)

¿Usted o alguna persona que viva con usted dispone de recursos este mes? SÍ NO

Si la respuesta es **sí**, complete la tabla en la página siguiente a continuación.

Ciertos recursos o bienes, como las cuentas bancarias, podrían contar para su elegibilidad dependiendo del programa que esté solicitando. Algunos recursos o bienes podrían no contar, como la casa y el lote donde vive y los recursos de las personas que reciben Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

La sección 12 continúa en la página siguiente

Continuación de la sección 12

Ejemplos de bienes que posee incluyen, entre otros: Efectivo en mano, cuenta(s) corriente(s), cuenta(s) de ahorros, fideicomiso(s), CD (Certificado(s) de Depósito), regalías, seguro de vida o funerario, acciones o bonos, cuenta de retiro, ganado, casa/terreno que no ocupa, o vehículos recreativos.

A. Describa todos los elementos mencionados anteriormente que sean propiedad suya y de todas las personas que viven con usted:

Recurso o activo	¿Quién es el propietario?	Valor en \$	Nombre del banco o compañía, si existe alguno:
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

B. ¿Ha transferido usted o alguna persona que vive con usted algo de valor a otros en los últimos 5 años (60 meses)? (Solo Medicaid) SÍ NO

Elemento transferido	¿A quién se transfirió?	Valor en \$	¿Fecha de la transferencia?
		\$	
		\$	

13. Gastos mensuales: Para obtener la mayor cantidad de beneficios para los que es elegible, indique todos sus gastos de bolsillo MENSUALES. No incluya ningún importe pagado por el CYFD, el HUD u otra entidad o persona. Si no informa ninguno de los gastos enumerados a continuación, no recibirá una deducción por dichos gastos. **Si no informa o verifica alguno de los gastos enumerados se considerará una declaración de su grupo familiar de que no desea recibir una deducción por el gasto no informado.**

Cuidado de niños o cuidado de adultos dependientes ▶ \$	Millaje de ida y vuelta para el cuidado de dependientes:	\$
---	--	----

¿A quién o a qué agencia se le paga por los gastos de cuidado de niños?

Gastos médicos para solicitantes que sean personas mayores o discapacitadas, incluyendo las primas de Medicare:	\$	Manutención de niños ordenada por el tribunal/Frecuencia:	\$ /
---	----	---	------

Costos de vivienda permanentes o temporales: Indique todo el dinero de su bolsillo que gasta en vivienda. Si está comprando o alquilando una vivienda, indique el impuesto sobre la propiedad y cualquier seguro que pague. Si no tiene hogar, indique cualquier dinero que gaste en cosas como lavandería, refugio temporal u otras cosas que pague para proporcionarle refugio durante el mes.

Marque cualquiera de las casillas que mejor describa su **Arreglo de Vivienda** e indique la cantidad que paga de su propio bolsillo.

<input type="checkbox"/> Hipoteca \$	<input type="checkbox"/> El alquiler no incluye servicios públicos \$	<input type="checkbox"/> El alquiler incluye servicios públicos \$	<input type="checkbox"/> Sin hogar \$
<input type="checkbox"/> Vivienda pública \$	<input type="checkbox"/> Otro \$		

Calefacción y aire acondicionado ▶ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	Lifeline/Link-Up: Usted podría ser elegible para descuentos en el servicio mensual de telefonía y en los cargos de instalación o activación inicial del teléfono. Comuníquese con su proveedor de servicios telefónicos para obtener más información.
Agua, alcantarillado y basura ▶ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Teléfono ▶ <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
Nombre de la compañía telefónica:	

14. Complete esta sección si está solicitando el Programa de asistencia energética para hogares de bajos recursos (LIHEAP):

A. Información sobre LIHEAP				
¿Para qué necesita LIHEAP?: <input type="checkbox"/> Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración		¿Tiene una emergencia de energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Si contestó Sí , marque cualquiera de los incisos a continuación que se apliquen hoy a su caso. <input type="checkbox"/> Calefactor/caldera/sistema de calefacción que no funciona <input type="checkbox"/> Sin combustible (propano, leña, pellets, carbón, aceite) <input type="checkbox"/> Queda menos del 10% de combustible (propano, leña, pellets, carbón, aceite) <input type="checkbox"/> Necesita depósito para servicios públicos/combustible <input type="checkbox"/> Desconectado: su proveedor de combustible YA ha suspendido su servicio <input type="checkbox"/> Aviso de desconexión: su proveedor de combustible NO ha suspendido su servicio, pero le advierte que lo hará si no toma medidas.		¿La emergencia de energía pone en riesgo vidas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Seleccione el tipo de asistencia de LIHEAP que desea, elija una opción: <input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Queroseno				
¿Está esta factura de energía incluida en su alquiler? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Recibe asistencia subsidiada para esta factura de energía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
¿Es un medidor compartido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Se utiliza esto para un negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de la compañía de servicios públicos:		Número de cuenta:		Nombre en la cuenta:
¿Tiene algún otro uso de energía además de aquel para el cual solicita asistencia de LIHEAP? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO				
Si no , indique el porqué: <input type="checkbox"/> Usted es indigente		<input type="checkbox"/> Usted vive en una zona rural		<input type="checkbox"/> No hay servicios públicos disponibles <input type="checkbox"/> Otro:
B. Proporcione la información sobre el uso de energía de su casa.				
¿Cuál es su fuente de calefacción primaria?				
Seleccione una opción: <input type="checkbox"/> Igual que en la Sección 14A arriba (Pasar a la Sección 14C)		<input type="checkbox"/> Electricidad <input type="checkbox"/> Propano <input type="checkbox"/> Leña <input type="checkbox"/> Gas natural <input type="checkbox"/> Pellets <input type="checkbox"/> Carbón <input type="checkbox"/> Queroseno		
¿Es un medidor compartido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Se utiliza esto para un negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de la compañía de servicios públicos:		Número de cuenta:		Nombre en la cuenta:
C. Información sobre la cuenta del servicio eléctrico				
¿Tiene una cuenta para el servicio de electricidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO – Si contestó sí, complete la sección a continuación. Si su fuente de calefacción en la Sección B es eléctrica o si seleccionó No arriba, NO complete la sección a continuación				
¿Es un medidor compartido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		¿Se utiliza esto para un negocio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO		
Nombre de la compañía de servicios públicos:		Número de cuenta:		Nombre en la cuenta:
D. Asistencia para la climatización del hogar: Si ha calificado para LIHEAP, también puede calificar para el Programa de climatización del hogar de NM EnergySmart. Si está interesado en solicitar el Programa de climatización del hogar, llame a la Autoridad de Finanzas Hipotecarias de NM al 1-800-444-6880 para obtener más información.				

15. Conteste las siguientes preguntas sobre las personas indicadas en la Sección 3 que solicitan beneficios.					
¿Compran y preparan las comidas juntos? Si contestó no, ¿quién lo hace por separado?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Vive en una reserva indígena americana? Nombre de la reserva:	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Hay algún delincuente prófugo? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Recibe ayuda del Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR)?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Alguien ha sido condenado por algún delito grave de los mencionados en la sección 18 a continuación? Si contestó sí, ¿esta persona cumple con los términos de su condena?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Paga alojamiento y comida? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por recibir beneficios de SNAP duplicados en cualquier estado después del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Está en violación de su libertad condicional o bajo palabra? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Ha sido descalificado de un programa de asistencia?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Alguien es veterano? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Redujo sus horas de trabajo a menos de 30 horas por semana en los últimos 30 días? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Recibe TANF Tribal o Asistencia General?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Renunció voluntariamente a su empleo en los últimos 30 días? Si contestó sí, ¿quién?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO	¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de SNAP por un monto superior a \$500 después del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO
¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de SNAP por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?	<input type="checkbox"/> SÍ	<input type="checkbox"/> NO			

16. Firme esta solicitud (su representante autorizado también puede firmar aquí)

A. Su firma hace que esta solicitud sea válida. Esta solicitud no puede ser procesada a menos que esté firmada. Su firma también indica lo siguiente:

- Lo que he dicho y escrito a la HCA es veraz y completo. Si proporciono datos incorrectos, puedo ser acusado de un delito. Si escondo u omito datos, puedo ser acusado de un delito. Si la HCA se entera de que he proporcionado información objetiva falsa o incompleta, mi SNAP podría ser denegado o reducido.
- Declaración de la Ley de Privacidad: La recolección de información de la solicitud, incluido el número de seguro social (SSN) de cada integrante del grupo familiar, está autorizada en el marco de la Ley de Cupones de Alimentos de 1977, según fue enmendada, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su grupo familiar reúne los requisitos o continúa reuniéndolos para participar en el Programa de Cupones de Alimentos. Verificaremos esta información a través de programas de comparación computarizados. Esta información también se utilizará para controlar el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la administración del mismo. Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a personas prófugas de la justicia. Si surge un reclamo de cupones de alimentos contra su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los SSN, podría remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza, para medidas de cobro. La entrega de la información solicitada, incluido el SSN de cada integrante del grupo familiar, es voluntaria. Sin embargo, no entregar un SSN resultará en la denegación de los beneficios de cupones de alimentos para cada individuo que no proporcione el SSN. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y divulgará de la misma manera que los SSN de los integrantes del grupo familiar que reúnan los requisitos.
- La fecha de presentación es diferente si el grupo familiar se encuentra en una institución y solicita 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 la solicitud.
- Si se solicita, entregará comprobantes de la información que reporté a la HCA. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda a la HCA y permitiré que la HCA se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas.
- Dejaré que la HCA entregue información limitada a agencias aprobadas que ofrezcan asistencia relacionada para la cual podría reunir los requisitos.
- Entiendo que si recibo beneficios de SNAP, efectivo o LIHEAP para los que no soy elegible, entonces es posible que tenga que devolver el dinero a la HCA.
- Sé que la HCA revisará la información que proporcioné. La HCA podría usar computadoras u otras maneras de revisar la información en este formulario.
- Sé que la HCA revisará el estado inmigratorio de las personas que solicitan o reciben beneficios. Comprendo que el estado inmigratorio de cualquier integrante del grupo familiar por quien estoy solicitando beneficios podría estar sujeto a verificación por parte del USCIS (INS) y esto podría afectar la elegibilidad del grupo familiar y el nivel de beneficios.
- Comprendo que debo cooperar con el control de calidad (QC). QC es parte de la HCA. 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.
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi grupo familiar estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía a la HCA para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios y evaluación y análisis de programas.
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial.
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con la HCA. La HCA puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis.
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que la HCA mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado.
- 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 a la HCA una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. La HCA analizará el fideicomiso para ver si afecta los beneficios de Medicaid que estoy solicitando.
- RECUPERACIÓN DE LA HERENCIA: comprendo que después de mi fallecimiento, la HCA puede presentar un reclamo contra mi herencia para recuperar los importes pagados por el estado o pagados en mi nombre por la asistencia médica brindada bajo el programa Medicaid. La recuperación de la herencia se requiere por la ley federal y estatal en la que el beneficiario de Medicaid tenga 55 años de edad o más y el estado haga pagos de asistencia médica en representación del mismo por los servicios de los establecimientos de atención residencial, servicios basados en el hogar y la comunidad y/o servicios hospitalarios y relacionados con medicamentos recetados. El importe recuperado por la HCA no excederá el importe de los pagos de asistencia médica realizados en nombre del beneficiario de Medicaid. Podrían aplicarse ciertas exclusiones.
- Una persona que está solicitando o recibiendo Medicaid o Asistencia en efectivo deberá asignar a la HCA todos los derechos contra cualquiera y todas las personas por el apoyo médico o los pagos por los gastos médicos pagados por el solicitante o en nombre del solicitante y en nombre de cualquier otra persona para la que se realiza la solicitud o se recibe la asistencia.
- Para los padres que reúnen los requisitos para Medicaid: Sé que me solicitarán que coopere con la agencia que recauda la manutención médica de un padre ausente. Si creo que mi cooperación para recaudar la manutención médica dañará a mi persona o a mis hijos, puedo decirle esto a la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD) y es posible que no tenga que cooperar. La falta de cooperación con la CSSD podría resultar en la cancelación de mi elegibilidad para Medicaid.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y acepto estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada con el solicitante o el beneficiario, no reasignaré ningún reclamo de proveedores, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d) y en 7 CFR 273.2(n).

Firma del solicitante:	Nombre del testigo (Atestiguado únicamente si el solicitante firma con una marca o huella digital)	Fecha
Firma del representante autorizado:	Firma del testigo (Atestiguado únicamente si el solicitante firma con una marca o huella digital)	Fecha

B. Retiro de la solicitud

Para retirar su solicitud de cualquier programa, coloque sus iniciales en la casilla del programa ►

SNAP	Medicaid	Efectivo	LIHEAP
------	----------	----------	--------

17. Regístrese para votar

Si USTED NO está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar aquí hoy? (Por favor, marque una opción)

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO. SÍ NO

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES le brinda la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea ayuda para completar un formulario de solicitud de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud en privado.

IMPORTANTE: Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Firma	Fecha
-------	-------

CONFIDENCIALIDAD: Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. **SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO en su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar o no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina del Secretario de Estado:**

Oficina del Secretario de Estado, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503, teléfono 1-800-477-3632

18. Delincuentes convictos

Indique en la Sección 15 de la página 15 si ha sido condenado por alguno de los siguientes delitos:

(1) Abuso sexual agravado según la sección 2241 del título 18 del Código de los Estados Unidos;

(2) Homicidio según la sección 1111 del título 18 del Código de los Estados Unidos;

(3) Un delito tipificado en el capítulo 110 del título 18 del Código de los Estados Unidos;

(4) Un delito federal o estatal que implique agresión sexual, según se define en la sección 40002(a) de la Ley de Violencia contra la Mujer de 1994 (42 USC 13925(a)); o

(5) Un delito según la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a un delito descrito en la cláusula (1), (2) o (3); y

(6) El individuo está huyendo para evitar el enjuiciamiento, o la custodia o el confinamiento después de una condena, bajo la ley del lugar del cual está huyendo, por un delito o intento de cometer un delito, que es un delito grave, o en Nueva Jersey un delito menor grave, bajo la ley del lugar del cual está huyendo; o por violar una condición de libertad condicional o libertad bajo palabra impuesta bajo una ley federal o estatal, o por no cumplir con los términos de la sentencia del individuo o las restricciones bajo 8.139.400.12 C NMAC.

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

Páginas de información para solicitar el programa

Puede conservar esta información para sus registros.

1. Información sobre necesidades especiales



Si usted es una persona con discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere una adaptación especial para participar en alguna audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) de la Autoridad Sanitaria llamando al 1-505-709-5788 o marcando el 711. La HCA solicita una notificación con al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitados. (Revisado el 22/04/24)

2. Su Declaración de Derechos Civiles/No Discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o por represalias o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios.

Las personas sordas, con audición disminuida o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que se puede obtener en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección, el número de teléfono del reclamante y una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 o la carta completados deben enviarse a:

1. Correo postal: Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. Correo electrónico: FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@USDA.gov

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para presentar una queja a través de la HCA por discriminación o trato descortés en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal o estatal, tiene a su disposición un formulario de queja en la oficina del ISD o puede escribir a: NM Health Care Authority, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 o por fax al (505) 827-7241.

3. Confidencialidad

Toda la información que usted proporcione a la HCA es confidencial. Esta información se proporcionará a los empleados de la HCA que la necesiten para administrar los programas para los cuales usted ha solicitado beneficios. La información confidencial también puede ser divulgada a otras agencias federales y estatales. Toda la información se utilizará para determinar la elegibilidad o para proporcionar servicios. Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas prófugas de la justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si se establece un reclamo contra su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social, podría remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobranza para medidas de cobro.

Solo debe proporcionar la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los integrantes del grupo familiar para los cuales está solicitando beneficios. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y que no estén solicitando asistencia para sí mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su estado migratorio, sus SSN ni otros documentos similares; sin embargo, deben informar sobre sus ingresos debido a que parte de sus ingresos y de los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Puede haber ciertos beneficios disponibles para personas sin un SSN; pregunte a la ISD. La información migratoria no se compartirá con ninguna agencia de control de inmigración.

La HCA asimismo verificará con otras agencias, el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de Asistencia Pública (PARIS), la información que usted proporcione. Esta información podría afectar la elegibilidad de su grupo familiar y el importe de los beneficios. (29/04/2024)

4. División de Servicios de Manutención Infantil

Al aceptar dinero en efectivo o asistencia médica, usted asigna (otorga) a la HCA los derechos para cobrar la manutención infantil del padre/madre ausente del niño. Usted debe ayudar a la HCA a encontrar al padre/madre ausente a menos que exista una buena razón para no hacerlo, como violencia doméstica; consulte a un trabajador de caso. Si usted no trabaja o se niega a trabajar con la oficina de la División de Servicios de Manutención Infantil (CSSD), sus beneficios de dinero en efectivo se reducirán y, eventualmente, el caso se cerrará, y los adultos en el hogar podrían perder su asistencia médica.

5. Entrevista

La mayoría de los programas de asistencia médica que puede solicitar con esta solicitud no requieren una entrevista.

- (a) Para SNAP/dinero en efectivo, ¿qué tan pronto puedo tener mi cita obligatoria para la entrevista?
- Dentro de los 10 días hábiles siguientes para la asistencia de SNAP/alimentos y asistencia en efectivo, o para la asistencia acelerada de SNAP/alimentos, a partir del día en que la oficina reciba su solicitud. Las solicitudes recibidas después del horario de atención se considerarán recibidas el siguiente día hábil.
 - La mayoría de los programas de asistencia médica no requieren una entrevista.
- (b) ¿Puedo tener una entrevista telefónica?
- Si su categoría de asistencia médica requiere una entrevista, la realizaremos por teléfono a menos que usted prefiera hacerla en persona.
 - Para SNAP/dinero en efectivo, usted puede tener una entrevista telefónica por cualquiera de estos motivos:

▪ Incapacidad	▪ Transporte	▪ Vive demasiado lejos de la oficina
▪ Mayor de 60 años	▪ Mal tiempo	▪ Trabajar 20 o más horas por semana
▪ Enfermedad	▪ Cuidado de otras personas	▪ Cuidado de un niño menor de 6 años
 - Otras dificultades, por favor hable con la ISD

6. Comprobantes de información

La HCA revisará las fuentes de datos electrónicos para ver si puede verificar sus ingresos y otra información que proporcionó en esta solicitud sin requerir documentación en papel. Si la HCA no puede verificar su ingreso y demás información a través de las fuentes de datos electrónicos, entonces la HCA le solicitará que proporcione comprobantes de la información que proporcionó en su solicitud. Recibirá una carta por correo solicitándole esta información. Si necesita más tiempo para entregar las pruebas a la HCA, puede solicitarlo comunicándose con la ISD.

¿Qué comprobantes debería llevar a la entrevista de SNAP o asistencia en efectivo?

Durante su cita de entrevista, su trabajador de casos le hará preguntas para determinar si es elegible para los programas para los cuales solicitó. Su trabajador de casos NO le pedirá que entregue comprobantes de todo. Debe estar preparado para brindar la mayor cantidad posible de datos sobre su caso. Consulte el cuadro a continuación llamado **Ejemplos de comprobantes** como una guía general que le ayude a decidir qué artículos de prueba necesitará. Si su trabajador de casos tiene preguntas sin resolver acerca de su elegibilidad, se le pedirá que entregue comprobantes. Se le entregará una lista de todo lo que todavía tiene que entregar, junto con un recibo de los comprobantes que proporcionó. Si necesita ayuda, es responsabilidad de la HCA ayudarle; sin embargo, es su responsabilidad proporcionar la verificación.

Verificación de:	SNAP/ Alimentos	Asistencia médica			Efectivo	Energía/ LIHEAP	Ejemplos de comprobantes Se le podría solicitar que entregue a la HCA			
		Familia o adulto	Solo el niño	Persona de la tercera edad o discapacitada						
Dónde vive	X	X	X	X	X	Factura de servicio público, contrato, carta dirigida a usted en su domicilio				
Número de Seguro Social						Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y número.				
Identidad	X			X	X	Puede entregar cualquiera de los siguientes si demuestran identidad, parentesco o edad: Licencia de conducir, tarjeta del Seguro Social, certificado(s) de nacimiento o bautismo, registros de ciudadanía o naturalización, registros del censo indígena, certificado de sangre indígena (CIB), registros gubernamentales, registros judiciales, tarjeta de registro de votante, documentos de divorcio, pasaporte de los EE. UU., registros escolares o de guardería, pólizas de seguro, registros eclesiásticos o biblia familiar, carta de un médico, de un funcionario religioso o escolar, o de alguien que lo conozca a usted, conozca el parentesco suyo con el niño y conozca la fecha de nacimiento del niño.				
Parentesco				X		El programa de Medicaid requerirá comprobantes de identificación específicas.				
Edad			X	X						
Situación migratoria	X	X	X	X	X	Si usted es un inmigrante que solicita asistencia, es posible que deba presentar registros originales del USCIS (anteriormente INS).				
Ciudadanía estadounidense		X	X	X		<p>La mayoría de los programas no requieren comprobante de ciudadanía estadounidense. Para la asistencia médica, el gobierno federal requiere que todas las personas presenten ciertos documentos ORIGINALES (no copias) que verifiquen la ciudadanía, la identidad o el estatus de residente permanente legal. Los documentos originales serán copiados y devueltos.</p> <table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center;">Comprobante de ciudadanía e identificación</td> <td style="width: 50%; text-align: center;">Comprobante de ciudadanía solamente</td> </tr> <tr> <td style="vertical-align: top;"> Pasaporte Certificado de naturalización - (Formulario 550 o N-570) Certificado de ciudadanía estadounidense - (N-560 o N-561) Certificado de sangre indígena (CIB, por sus siglas en inglés) </td> <td style="vertical-align: top;"> Certificado de nacimiento de EE. UU. - Si nació en Nuevo México, la HCA podría ayudarle verificando con el Departamento de Salud, Registro Civil. Para obtener esta ayuda, proporcione a su trabajador de caso su nombre, fecha de nacimiento, condado de </td> </tr> </table>	Comprobante de ciudadanía e identificación	Comprobante de ciudadanía solamente	Pasaporte Certificado de naturalización - (Formulario 550 o N-570) Certificado de ciudadanía estadounidense - (N-560 o N-561) Certificado de sangre indígena (CIB, por sus siglas en inglés)	Certificado de nacimiento de EE. UU. - Si nació en Nuevo México, la HCA podría ayudarle verificando con el Departamento de Salud, Registro Civil. Para obtener esta ayuda, proporcione a su trabajador de caso su nombre, fecha de nacimiento, condado de
Comprobante de ciudadanía e identificación	Comprobante de ciudadanía solamente									
Pasaporte Certificado de naturalización - (Formulario 550 o N-570) Certificado de ciudadanía estadounidense - (N-560 o N-561) Certificado de sangre indígena (CIB, por sus siglas en inglés)	Certificado de nacimiento de EE. UU. - Si nació en Nuevo México, la HCA podría ayudarle verificando con el Departamento de Salud, Registro Civil. Para obtener esta ayuda, proporcione a su trabajador de caso su nombre, fecha de nacimiento, condado de									

							nacimiento, sexo, y el nombre y apellido de soltera de su madre.
Incapacidad				X	X	X	Registros médicos que indiquen cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.
Embarazo	X	X	X	X	X	X	Registros médicos que indiquen cuándo nacerá el bebé
Asistencia escolar							Boletín de calificaciones actualizado o carta de la escuela indicando si su hijo asiste a la escuela
Estudiante universitario	X				X		Carta de la universidad indicando si es estudiante de medio tiempo o de tiempo completo
Ayuda económica para estudiantes	X				X	X	Carta de la oficina de ayuda financiera indicando qué tipos y montos de ayuda financiera recibe y los costos que deberá pagar por sus estudios
Ingresos El período de 30 días más reciente o todo lo del último mes	X	X	X	X	X	X	Ingresos ganados: Talones de pago, una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted trabaja por cuenta propia, puede entregar a su trabajador del caso una copia de sus formularios de impuestos sobre la renta, registros comerciales o registros de salarios personales. Ingresos no ganados: Copias de su cheque o una carta del Seguro Social, compensación por desempleo, compensación para trabajadores, Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos Indígenas, jubilación de empleados públicos, etc. Se podrían aceptar verificaciones alternativas; hable con su trabajador del caso.
Pérdida de un empleo (60 días)	X	X	X	X	X	X	Carta del empleador
Valor de los bienes que posee				X			Recursos/Bienes: Estado de cuenta bancario reciente o carta de valor
Bienes que transfirió	X			X	X		Estado de cuenta reciente o carta de valor
Medicare Parte A				X			Tarjeta de identificación o carta de la Administración del Seguro Social
Manutención infantil pagada	X						Si desea una deducción por la manutención de hijos que paga, entregue comprobantes tanto de la responsabilidad legal de pagar como del monto pagado. Se puede usar cualquier orden judicial o administrativa, o acuerdo de separación legal. Como comprobante del monto, use cheques cancelados, declaraciones de retención de salario, verificación de retención de compensación por desempleo o declaraciones escritas del padre o madre con la custodia.
Comprobante opcional – A continuación verá una lista de artículos de prueba opcionales que podrían ayudarle a obtener la mayor cantidad de beneficios para los que es elegible. Si la casilla a continuación no está marcada, entonces no se necesita ningún comprobante. Para obtener el crédito, solo indíquenos cuánto paga cada mes. Solo deberá proporcionar comprobantes si su trabajador de caso tiene preguntas sin resolver sobre sus costos. Si está solicitando asistencia de energía/LIHEAP, proporcione una copia de sus costos de calefacción/refrigeración. Si necesita ayuda, es responsabilidad del Departamento ayudarle, siempre y cuando usted coopere.							
Costos de cuidado de niños/adultos	X						Puede entregar cualquiera de los siguientes si demuestran sus costos de bolsillo: Acuerdo, impresión de computadora, giro postal, carta de la persona a quien usted paga, documentos de divorcio o separación, declaraciones, recibos, cheque cancelado, copia de un cheque.
Costos médicos Solo para personas mayores y con discapacidad	X			X			
Costos de alquiler/propietario de vivienda	X						
Costos de calefacción/aire acondicionado	X					X	
7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos							
Muchos inmigrantes pueden obtener asistencia si residen en Nuevo México. Algunos inmigrantes deben haber mantenido un estado migratorio en particular durante 5 años antes de poder obtener asistencia. Hay muchas excepciones. Cualquier niño que resida legalmente y sea menor de 21 años, o cualquier mujer embarazada que cumpla con todos los demás requisitos de elegibilidad, puede obtener Medicaid de inmediato. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso si usted no tiene un estado migratorio que lo califique para Medicaid, es posible que pueda obtener Medicaid para emergencias. Solicite más información a un trabajador de caso. Mantenemos la privacidad de su información y solo la compartimos con otras agencias gubernamentales para determinar para qué programas usted es elegible. Los inmigrantes con uno de los siguientes estados migratorios pueden ser elegibles para Medicaid u otra asistencia si cumplen con los demás requisitos del programa.							

1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (LPR/titular de tarjeta de residencia)	3 – Asilado(a)	4 – Refugiado(a)	5 – Inmigrante cubano/haitiano	6 – Persona con libertad condicional concedida en los EE. UU. (por al menos un año)
7 – Ingreso condicional concedido antes de 1980	8 – Cónyuge, hijo o padre maltratado, o cónyuge sobreviviente que no se haya vuelto a casar	9 – Víctima de trata y su cónyuge, hijo, hermano o padre	10 – Beneficiario(a) de retención de deportación o de retención de expulsión	11 – Miembro de una tribu indígena reconocida a nivel federal o indígena americano nacido en Canadá	12 – Inmigrante especial afgano o iraquí
13 – Persona con estatus de no inmigrante	14 – Persona con libertad condicional concedida en los EE. UU. (por menos de un año)	15 – Estatus de protección temporal (TPS)	16 – Salida forzada diferida (DED)	17 – Estatus de acción diferida	18 – Residente temporal legal (RTL)
19 – Concesión de suspensión administrativa o remoción por parte del DHS	20 – Concesión de retención de remoción bajo la Convención contra la Tortura (CCT)	21 – Residente de Samoa Estadounidense	22 – Solicitante de estatus especial de inmigrante juvenil	23 – Solicitante de ajuste de estatus de LPR con una petición de visa aprobada	24 – Solicitante de visa para víctimas de trata de personas
25 – Solicitante de asilo (con permiso de trabajo o menor de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	26 – Solicitante de retención de deportación o retención de remoción (con permiso de trabajo o menor de 14 años con solicitud pendiente por al menos 180 días)	27 – Solicitante de registro (con permiso de trabajo)	28 – Orden de supervisión (con permiso de trabajo)	29 – Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con permiso de trabajo)	30 – Solicitante de legalización bajo la IRCA (con permiso de trabajo)
31 – Solicitante de estatus de protección temporal (TPS)	32 – Legalización bajo la Ley LIFE (con permiso de trabajo)	33 – Asiático(a) de origen estadounidense	34 – Hmong o laosiano(a)		
35 – Ciudadanos de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos, amparados por los Pactos de Libre Asociación (COFA). Personas que residen legalmente en los EE. UU. de conformidad con la sección 141 de los Pactos de Libre Asociación entre el Gobierno de los Estados Unidos y los Gobiernos de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos.	36 – Presente de forma legal pero no incluido en la lista	37 – Otro	38 – No estoy seguro(a)		

8. Requisitos para el Número de Seguro Social (SSN)

¿Por qué debo proporcionar un Número de Seguro Social (SSN)? - Para obtener beneficios de SNAP o Medicaid, usted debe tener un número de seguro social (SSN), haber solicitado uno, o tener una causa justificada para no haberlo solicitado [7 C.F.R. § 273.6 y 42 C.F.R. §435.910]. Todas las personas en un grupo familiar que soliciten beneficios de SNAP deben proporcionar sus SSN a la oficina de la ISD [7 C.F.R. § 273.6]. La ISD debe comprobar los SSN de todos los integrantes del grupo familiar con la Administración del Seguro Social (SSA). La ISD no puede demorar ni rechazar los beneficios de SNAP mientras espera la confirmación de un SSN [7 C.F.R. § 273.2]. Si el solicitante no puede recordar su SSN o no está seguro de si tiene uno, puede comunicarse con la SSA.

¿Cómo usará la HCA mi SSN? - Para evitar la doble participación; facilitar cambios masivos en los beneficios; determinar la exactitud de la información entregada por el integrante del grupo familiar; y el/los SSN será(n) verificado(s) por computadora con los SSN que aparecen en otros archivos de datos personales, cuáles son esos archivos, ya sea dentro de la HCA o en otras agencias gubernamentales. La HCA usará regularmente el SSN para obtener y utilizar información sobre salarios y beneficios de otras fuentes con el fin de verificar la elegibilidad para SNAP y el monto de los beneficios de SNAP. Estas fuentes incluyen, entre otras: cualquier agencia federal o estatal, proveedores contratados por la HCA, departamentos de bienestar social en otros estados, y bancos u otras instituciones financieras

¿Qué sucede si no proporciono o no tengo un SSN? - El miembro del grupo familiar que no proporcione o solicite un número de Seguro Social sin una causa justificada quedará descalificado y no recibirá beneficios. [7 C.F.R. § 273.6] Esta descalificación se aplica únicamente a ese miembro del grupo familiar y no a todo el grupo familiar. [Ibíd.] Los ingresos y recursos de la persona descalificada pueden afectar el monto de los beneficios y la elegibilidad de todo el grupo familiar. Si el integrante del grupo familiar descalificado proporciona su SSN a la ISD, podría reunir los requisitos para los beneficios. Si el integrante del grupo familiar descalificado proporciona comprobante de una solicitud de SSN, o una causa justificada por la cual no se completó una solicitud de SSN, podría reunir los requisitos para los beneficios. [7 C.F.R. § 273.6]

¿Cuándo tendría una causa justificada para no solicitar un SSN? - Los solicitantes sin SSN deben solicitar uno antes de recibir beneficios a menos que haya una “causa justificada”. [7 C.F.R. § 273.6] “Causa justificada” significa que la persona intentó solicitar un SSN pero aún no puede. [7 C.F.R. § 273.6] Por ejemplo, alguien puede tener una “causa justificada” si su oficina del Seguro Social no acepta su solicitud de SSN porque no tiene prueba de su edad y debe solicitar su certificado de nacimiento. Si la oficina de la ISD determina que existe una causa justificada para no intentar obtener un número de Seguro Social, un solicitante puede obtener los beneficios de SNAP por un mes además del mes de solicitud [7 C.F.R. § 273.6]. La oficina de la ISD decidirá entonces si existe una causa justificada para no solicitar un SSN al final de cada mes [7 C.F.R. § 273.6]. Eventualmente, el solicitante obtendrá un SSN o dejará de tener una causa justificada para no solicitar uno.

9. Después de presentar su solicitud

(a) *¿Cuánto tardarán en aprobar o rechazar mi solicitud?*

- **SNAP/alimentos:** a más tardar 30 días calendario después de la fecha de la solicitud, o si se trata de SNAP/alimentos acelerados, 7 días calendario. Si no recibe SNAP en un plazo de 7 días, tiene derecho a solicitar una conferencia informal para conocer el motivo por el cual no se le otorgaron beneficios de alimentos acelerados.
- **Medicaid:** la mayoría de las solicitudes de Medicaid deben procesarse a más tardar 45 días calendario después de la fecha de la solicitud. Si la Unidad de Determinación de Incapacidad (DDU) requiere una determinación de incapacidad, entonces la HCA tiene hasta 90 días para procesar su solicitud.
- **Efectivo:** a más tardar 30 días calendario después de la fecha de la solicitud, o hasta 90 días para decisiones de incapacidad de Asistencia General
- **Energía/LIHEAP:** a más tardar 30 días calendario después de la fecha de la solicitud, o en caso de crisis por corte o desconexión, 48 horas

(b) *Si no estoy de acuerdo con la decisión de elegibilidad o el nivel de beneficios, ¿puedo solicitar una audiencia justa?*

Sí. Si no está de acuerdo con una decisión que tomemos sobre su caso, puede solicitar una audiencia justa en persona, por teléfono al 1-800-432-6217 o al (505) 827-8164, o por escrito dentro de los 90 días a partir de la fecha en que se envió el aviso informándole sobre cualquier acción tomada en su caso. Envíe su solicitud por correo a la Oficina de Audiencias Justas de la HCA a la siguiente dirección: PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504. Tiene derecho a revisar el expediente de su caso y cualquier registro que la HCA haya utilizado para determinar su elegibilidad antes de la audiencia. Puede pedirle a un miembro de su hogar o a otra persona, como un amigo o familiar, que represente a su hogar en la audiencia justa. También tiene derecho a contar con un abogado u otro representante legal en la audiencia.

(c) *¿A partir de qué fecha se calculan mis beneficios?*

- **SNAP/alimentos:** a partir de la fecha en que presentó la solicitud
- **Energía/LIHEAP:** a partir de la fecha en la que la HCA verifica su cuenta con el proveedor de energía
- **Efectivo:** a partir de la fecha en que la HCA apruebe su solicitud o el trigésimo día a partir de la fecha de la solicitud, lo que ocurra primero
- **Medicaid:** si se aprueba, recibirá Medicaid desde el primer día del mes en el que presentó su solicitud. Es posible que sea elegible para recibir cobertura de Medicaid por hasta 3 meses previos.

(d) *¿Cómo recibiré mis beneficios?*

- **Medicaid:** su organización de atención gestionada (MCO) le enviará por correo una tarjeta de Medicaid dentro de los 20 días posteriores a la aprobación. Si no tiene una MCO, entonces la HCA le enviará una tarjeta por correo. Su médico puede consultar su estado de Medicaid antes de que reciba la tarjeta por correo. Puede recibir los servicios cubiertos tan pronto como sea aprobado. Llame a su MCO para obtener información sobre los servicios cubiertos. Si no tiene una MCO, llame a la HCA al 1-800-283-4465
- **Energía/LIHEAP:** su pago se enviará directamente a su proveedor de energía 7 días después de que la HCA verifique la información de su cuenta con su proveedor de energía. En caso de una crisis de corte o desconexión, la HCA llamará a su proveedor de energía para ayudarlo a evitar el corte.
- **SNAP/Alimentos y dinero en efectivo:** la HCA utiliza un sistema de tarjeta de débito electrónica llamado EBT para entregarle sus beneficios de dinero en efectivo y SNAP/asistencia alimentaria. Si nunca ha tenido una tarjeta EBT, se le enviará una por correo a su dirección un día laboral después de la fecha en que presentó su solicitud y después de que esta se registre en el sistema. Si su tarjeta EBT se demora, puede solicitar una en su oficina local de la ISD. Para solicitar un reemplazo o activar su tarjeta EBT, puede llamar al Servicio de Atención al Cliente de EBT las 24 horas del día, los 7 días de la semana al 1-800-843-8303.

Su beneficio en efectivo se depositará en su cuenta EBT el primer día de cada mes. Sus beneficios de SNAP/alimentos se depositarán en su cuenta EBT el día del mes que se indica en la casilla a continuación, la cual muestra los últimos dos dígitos del número de seguro social del jefe de familia.

Calendario combinado: Si ha solicitado SNAP/asistencia de alimentos después del día 15 de cualquier mes y se le aprueba la asistencia acelerada, recibirá sus beneficios según el cronograma a continuación.

- Recibirá los beneficios del primer y segundo mes el día en que se apruebe su caso.
- Recibirá los beneficios del tercer mes el primer día del mes.
- Recibirá los beneficios del cuarto mes dentro de los primeros 10 días del mes, según los últimos dos dígitos de su número de seguro social (SSN).
- Recibirá los beneficios del quinto mes dentro de los primeros 20 días del mes, según los últimos dos dígitos de su número de seguro social (SSN). Este será el día del mes en que recibirá sus beneficios futuros de SNAP/Estampillas de Alimentos de forma regular.

Calendario de emisión escalonada comprimida de SNAP/Asistencia de alimentos																			
Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.
	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

Calendario de emisión escalonada de SNAP/asistencia de alimentos																			
Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.	Día	Núm. de S.S.
	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) ¿Cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de tener que renovarlos?

- **SNAP/alimentos:** habitualmente hasta 12 meses, o 36 meses para hogares de personas mayores o discapacitadas sin ingresos salariales
- **Medicaid:** su Medicaid será aprobado por 12 meses. Debe informar cualquier cambio que pueda afectar su elegibilidad dentro de los 10 días; vea a continuación
- **Efectivo:** habitualmente hasta 12 meses por vez. Los adultos de 18 años en adelante pueden recibir beneficios de TANF por no más de 60 meses durante su vida, a menos que califiquen para una extensión por dificultades después de alcanzar el límite. Un niño que vive con un padre que no es elegible debido al límite de tiempo no es elegible para TANF como niño. El límite de 60 meses no se aplica en casos en que los niños califican para TANF y el padre no es elegible por un motivo diferente al límite de 60 meses, como la recepción de SSI o un estado migratorio que no califica. El límite de 60 meses no se aplica a la asistencia médica o del SNAP.

(f) ¿Debo informar sobre cambios? **Informe siempre los cambios de domicilio dentro de los 10 días calendario para todos los tipos de programas de asistencia.**

- **SNAP/alimentos y efectivo:** cambios en los integrantes del hogar, costos mensuales del hogar, ingresos/empleo y recursos:
 - Informe estos tipos de cambios dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que ocurrió el cambio solo si:
 - El cambio ocasionará que se cierre su caso; o
 - Si el cambio causará un aumento en sus beneficios; o
 - Otros cambios importantes que nos debe comunicar:
 - Cambio de dirección donde recibe su correspondencia. Queremos asegurarnos de que reciba su correspondencia.
 - Cambios en el tamaño del grupo familiar (si alguien se muda a su casa o fuera de ella)
 - Cambio de residencia (si usted o algún integrante de su grupo familiar se muda fuera de Nuevo México).
 - Cambios en los gastos mensuales del grupo familiar.

- Cambios en recursos (como cuentas bancarias, inmuebles y seguros de vida).
- Debería informar los cambios en cualquier momento durante su periodo de certificación que podrían aumentar el monto de sus beneficios (como el nacimiento de un niño o la pérdida de ingresos).
- **Informe semestral:** La mayoría de los grupos familiares recibirán por correo un informe semestral en el que deben informar todos los cambios y entregarlo a la ISD.
- **Informe anual:** Los grupos familiares que reciben ingresos fijos, como los del Seguro Social, recibirán por correo un informe anual en el que deben informar todos los cambios y enviarlo a la oficina de la ISD.
- **Informe regular:** Hay pocos grupos familiares que deben informar los cambios a medida que ocurren. Estos grupos familiares deben informar todos los cambios dentro de los 10 días calendario siguientes a la fecha en que ocurrió el cambio.
- **Medicaid:** los beneficiarios de Medicaid tienen la obligación de informar a la ISD ciertos cambios que pudieran afectar su elegibilidad dentro de los 10 días desde la fecha en que ocurrió el cambio.
 - Los cambios que debe informar incluyen los siguientes:
 - **Arreglos de vivienda o cambio de domicilio:** Informe cualquier cambio en el lugar donde vive o recibe el correo un beneficiario elegible.
 - **Tamaño del grupo familiar:** Informe cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar, incluyendo el fallecimiento de una persona incluida en el grupo familiar y/o cualquier embarazo de las integrantes del grupo familiar.
 - **Enumeración:** Informe cualquier número de seguro social nuevo de las personas que reciben beneficios de Medicaid en el grupo familiar, incluyendo cualquier recién nacido que reciba Medicaid.
 - **Ingresos:** Informe cualquier aumento o reducción en el monto de los ingresos. Para algunas categorías de Medicaid, como niños y mujeres embarazadas, los cambios en los ingresos no afectan la elegibilidad hasta la fecha de renovación.
 - **Recursos:** Solo se requiere informar los cambios en sus posesiones (como propiedades o dinero en el banco) para los programas de Atención Institucional, Exenciones, Personas discapacitadas que trabajan y Extensión de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

(g) ¿Tendré que participar en el Programa New Mexico Works?

- **Efectivo:** Sí, todos los adultos que reciben asistencia en efectivo de TANF participan en el Programa Trabajo de Nuevo México. El proveedor de servicios del Programa Trabajo de Nuevo México (NMW, por sus siglas en inglés) se comunicará con usted. Si no completa o informa su actividad laboral, puede perder parte o, eventualmente, toda su asistencia en efectivo. Esto se denomina sanción. La primera vez, hablaremos con usted para tratar de corregir la sanción antes de que ocurra; esto se denomina conciliación. Una sanción reducirá sus beneficios de las siguientes tres maneras: **1ra sanción: 25% de reducción en efectivo; 2da: 50% de reducción en efectivo; y la 3ra: cierre del caso.** Si se encuentra en alguna de las siguientes situaciones, es posible que pueda recibir actividades laborales distintas o menos horas si le corresponde lo siguiente:

▪ Padre o madre soltero(a) que cuida a un niño menor de 12 meses: 1 límite de por vida	▪ Situaciones personales temporales: hasta 30 días
▪ 60 años o más	▪ Discapacitado
▪ Embarazo en el tercer trimestre o seis semanas después del parto	▪ Cuidado de un miembro del hogar enfermo o incapacitado
▪ Padre o madre soltero(a) que cuida a un niño menor de 6 años (sin cuidado infantil)	▪ Violencia doméstica (opción de violencia familiar)
▪ Impedimento, temporal o permanente, según lo determine la Unidad de Rehabilitación para Pacientes Internos (IRU)	▪ Motivo justificable para la necesidad del estado de Participación limitada en el trabajo

(h) ¿Qué otra ayuda está disponible?

- Al acceder a los enlaces a continuación, encontrará listados de recursos disponibles en todo Nuevo México. Encontrará el listado de recursos por condado.
https://hca.nm.gov/lookingforassistance/field_offices_ <https://yesnmconnect.nm.gov/>

10. Información importante acerca de su tarjeta EBT

(a) Primera tarjeta EBT

Si este es su primer caso de asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo con la Autoridad de Atención Médica de Nuevo México, su tarjeta EBT se le enviará por correo el primer día laboral después de que la oficina local del ISD ingrese su solicitud en el sistema informático del ISD.

Debe recibir su tarjeta EBT antes de transcurridos 7 días después de presentar su solicitud. Si han transcurrido 7 días y no ha recibido su tarjeta, comuníquese con el Centro de Asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos necesarios para que usted recoja una tarjeta en la oficina local del ISD del condado.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita obtener un número de identificación personal (PIN) de nuestro contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

Importante: Si tiene una tarjeta EBT y pide una nueva, su tarjeta anterior se desactivará. Deberá esperar a que llegue su nueva tarjeta por correo antes de poder acceder a sus beneficios. Cuando solicite una nueva tarjeta, su número de PIN no cambiará. Puede cambiar su PIN cuando llegue su nueva tarjeta llamando al contratista de EBT al 1-800-843-8303.

(b) Tengo una tarjeta EBT que sé que funciona.

Si ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y sabe que su tarjeta EBT funciona, por favor hágale saber a la ISD que no necesita una nueva tarjeta. Podrá acceder a sus beneficios una vez que se apruebe su caso. Si solo olvidó su número de PIN, pero su tarjeta todavía funciona, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 5:00 p.m., para obtener un nuevo PIN. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

(c) Mi tarjeta EBT no funciona.

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, por favor llame al servicio de atención al cliente del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Su nueva tarjeta EBT se le enviará por correo el primer día hábil después de que la solicite al servicio de atención al cliente del contratista de EBT.

Debería recibir su tarjeta EBT dentro de los 7 días posteriores a la fecha de solicitud. Si han transcurrido 7 días y no ha recibido su tarjeta, comuníquese con el Centro de Asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos necesarios para que usted recoja una tarjeta en la oficina local del ISD del condado.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita obtener un número de identificación personal (PIN) de nuestro contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

(d) Extravié mi tarjeta.

Si usted ha recibido asistencia del SNAP/alimentos o asistencia en efectivo en el pasado y su tarjeta EBT no funciona, por favor llame al servicio de atención al cliente del contratista de EBT al 1-800-843-8303 o al 1-800-283-4465. Su nueva tarjeta EBT se le enviará por correo el primer día hábil después de que la solicite al servicio de atención al cliente del contratista de EBT.

Debería recibir su tarjeta EBT dentro de los 7 días posteriores a la fecha de solicitud. Si han transcurrido 7 días y no ha recibido su tarjeta, comuníquese con el Centro de Asistencia de EBT al 1-800-283-4465 para que se puedan hacer los arreglos necesarios para que usted recoja una tarjeta en la oficina local del ISD del condado.

Debe activar su tarjeta cuando la reciba. Necesita obtener un número de identificación personal (PIN) del contratista de EBT. Para activar su tarjeta y obtener un PIN, llame al 1-800-843-8303 las 24 horas del día o al 1-800-283-4465, de lunes a viernes, de 8:00 am a 5:00 pm. Si tiene alguna pregunta relacionada con el procedimiento de la tarjeta EBT, llame al 1-800-283-4465.

11. Sanciones por violaciones al programa SNAP/asistencia de alimentos

No debe proporcionar información falsa ni ocultar información para obtener SNAP/asistencia de alimentos, incluyendo las tarjetas EBT. No debe intercambiar ni vender su tarjeta EBT o su PIN. No debe permitir que un vendedor haga un débito de su cuenta EBT a cambio de dinero en efectivo. No debe cambiar tarjetas EBT para obtener SNAP/asistencia de alimentos si no es elegible para recibirlos. No use ni tenga en su posesión una tarjeta EBT que no sea suya, y no permita que otra persona use su tarjeta. No debe usar sus beneficios de SNAP/asistencia de alimentos para comprar artículos que no sean comestibles, como alcohol, tabaco o productos de papel. No debe usar la tarjeta EBT de otra persona para su grupo familiar. No debe usar sus beneficios de SNAP/asistencia de alimentos para pagar cuentas de crédito.

- *Toda persona que viole cualquiera de estas reglas de forma intencional puede estar sujeta a una prohibición para recibir SNAP/asistencia de alimentos durante 12 meses (1ra infracción), 24 meses (2da infracción), o de forma permanente (3ra infracción); una multa de \$250,000, encarcelamiento de hasta 20 años, o ambos; o una suspensión por 18 meses adicionales. Toda persona que viole estas reglas de forma intencional también puede ser procesada de acuerdo con otras leyes federales y estatales que establecen penas criminales.*
- *Toda persona que proporcione información falsa u oculte información sobre la identidad o la residencia para recibir SNAP/asistencia de alimentos en más de un grupo familiar al mismo tiempo puede estar sujeta a una prohibición de 10 años.*
- *Toda persona condenada por intercambiar beneficios SNAP/asistencia de alimentos por una sustancia controlada puede estar sujeta a una prohibición para recibir SNAP/asistencia de alimentos durante 24 meses (1ra infracción) y de forma permanente (2da infracción).*
- *Toda persona condenada por comprar o vender beneficios SNAP/asistencia alimentaria por un valor de \$500 o más después del 22 de septiembre de 1996 quedará permanentemente inhabilitada para participar en el Programa. (Cualquier infracción).*
- *Cualquier persona condenada por intercambiar beneficios SNAP/alimentos por armas, municiones o explosivos dejará de ser elegible para participar en el Programa (Cualquier infracción).*

12. Derechos de audiencia justa

Su derecho a una audiencia: puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión tomada por la HCA respecto de su solicitud o beneficios. En la audiencia, tendrá la oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo. Cada vez que no esté de acuerdo con una decisión tomada en su caso, tiene el derecho de solicitar una audiencia justa con un funcionario que tenga la obligación por ley de revisar los hechos de cada caso de manera justa y objetiva y darle una oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo.

¿En qué situaciones puede solicitar una audiencia justa? ►	■ Usted no está de acuerdo con una decisión en su caso, o	■ Usted cree que sus beneficios no se calcularon correctamente, o
	■ Usted solicita los beneficios y se los rechazan, o	■ Se hizo un cambio con el que usted no está de acuerdo.

¿Cuánto tiempo tiene para solicitar una audiencia?

Tiene 90 días a partir de la fecha de este aviso para solicitar una audiencia. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días a partir de la fecha de su aviso, continuará recibiendo la misma cantidad de beneficios que recibía antes de que tomáramos la medida indicada en este aviso. Continuará recibiendo estos beneficios hasta que el HCA decida sobre su caso, a menos que se realice otro cambio en su caso. Es posible que se realicen cambios en los beneficios después de que usted haya solicitado una audiencia si el motivo del cambio no es el mismo que el motivo de la audiencia. Si pierde la audiencia, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras el HCA decidía sobre su caso. Usted no tiene derecho a una audiencia justa si la decisión del HCA que está cuestionando fue el resultado de un cambio masivo federal o estatal. (Revisado el 15/07/14)

¿Cómo solicita una audiencia justa? ►

- Complete y devuelva la parte inferior de un aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local del HCA, o al Centro de Servicio al Cliente al 1-800-283-4465
- Escriba a la Oficina de Audiencias Justas del HCA (HCA's Office of Fair Hearing) a: HCA, P.O. Box 2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348, o llame al 505-476-6213.
- Si no está de acuerdo con una decisión del Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX), puede apelar la medida comunicándose con el NMHIX al 1-833-862-3935 e informando al NMHIX que usted cree que su medida debe ser reconsiderada. Puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de apelación.
- Después de que solicite una audiencia justa, el HCA o el NMHIX le enviarán una carta indicándole la fecha, hora y lugar donde se llevará a cabo su audiencia. Las audiencias del HCA generalmente se realizan en la oficina de la ISD. Un oficial de audiencia de la Junta de Audiencias Justas de la HCA o el NMHIX realizará la audiencia. Antes de la audiencia, usted o su representante pueden ver su registro del caso y cualquier comprobante que se use para decidirlo. Usted dirá por qué considera que la decisión de la HCA o del NMHIX es incorrecta. Puede traer testigos y presentar comprobantes. Puede cuestionar a la oficina del condado o al NMHIX sobre la medida tomada y los comprobantes presentados. Puede representarse a sí mismo o puede ser representado por un amigo, integrante del grupo familiar o un abogado. Para obtener información sobre dónde puede recibir asistencia legal gratuita, llame al 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).
- Después de la audiencia, el oficial de audiencia preparará un informe. El Director de la División de la HCA o el Director del NMHIX decidirán si la medida fue correcta o incorrecta. Después de que se haya decidido su caso, se le enviará una carta informándole sobre la decisión y por qué se tomó dicha decisión. (Revisado el 29/04/2024)

Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

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		Would you like to serve as an election day precinct worker? YES			
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									
				<u>SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW:</u>						
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.



Esta página se dejó en blanco intencionalmente.

This page intentionally left blank.



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 {extensión específica del idioma}.

<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 تساعدك، أسئلة حول التقدم بطلب للحصول على المساعدة أو تحتاج إلى مساعدة في تقديم الطلب، فمن حقل الحصول على المعلومات والمساعدة بلغتك (800) للتحدث مع مترجم فوري، اتصل على الرقم. دون أي تكلفة ثم اضغط 5 ثم 283-4465.2</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 کیښکاری، 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 سوالات 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 دري/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 پرسشی 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 283-4465 (800) 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. ເພື່ອລົມກັບລ່າມເປພາສາ, ກະລຸນາໂທຫາ (800) 283-4465, ກິດ 9 ແລ້ວຕາມດ້ວຍ 5.</p>	