

## 协助申请信息表



### 医疗保健管理局 (HCA) 的福利：

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

**医疗保险费用节省计划：**为您支付医疗保险A部分（医院保险）和/或医疗保险B部分（医疗保险）的保费和医疗保险免赔额提供帮助。

**补充营养援助计划(SNAP)：**帮助许多低收入家庭购买需要的食物，以维持健康和社会生产力。

**现金援助：**为家庭、受扶养贫困儿童和残疾成人提供现金援助。

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

#### 在线申请上述福利：

[www.yes.state.nm.us](http://www.yes.state.nm.us)

或将您签署的申请亲自交到当地的收入支持司(ISD)办公室

或将您签署的申请邮寄至：

Central ASPEN Scanning Area (CASA)  
PO Box 830  
Bernalillo, NM 87004

或将您签署的申请传真至1-855-804-8960

您也可以拨打电话1-800-283-4465申请医疗补助



### 新墨西哥州健康保险交易所(NMHIX)

- NMHIX为不符合医疗补助条件的个人和家庭购买和比较健康保险计划提供帮助。
- 您或您的家庭可能有资格参与一项计划，该计划可以帮助您支付健康保险，即使您每年收入高达\$98,000（对于一个四口之家）。
- 可提供可以立即帮助您支付健康保险保费的税收补贴。

您可以通过NMHIX在线申请平价健康保险：

[www.bewellnm.com](http://www.bewellnm.com)

或致电1-855-996-6449

TTY: 1-855-855-2018

援助计划	
医疗援助	根据您的家庭收入，一些家庭成员可能有资格获得全额或有限的医疗补助保险。以下为家庭成员可能有资格申请的一些医疗补助类型：
	<b>填写第1-9和16部分</b>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>新生儿</li> <li>18岁以下儿童</li> <li>父母/看护人</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>孕妇</li> <li>低收入成人</li> <li>非公民紧急医疗服务(EMSNC)</li> </ul>
	<b>填写第1-9、12-13和16部分</b>
医疗援助	<ul style="list-style-type: none"> <li>老人、盲人和残疾人</li> <li>无工作能力个人</li> <li><b>机构护理：</b> 护理机构 智障人士中级护理设施(ICF/IID) 老人全面护理计划(PACE)</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>家庭和社区服务豁免： 社区福利(CB)豁免 发育障碍豁免(DDW) 医疗脆弱性豁免(MFW) Mi Via豁免(MVW) 支持豁免(SW)</li> </ul>
<b>新墨西哥州健康保险交易所(NMHIX)</b> NMHIX为不符合医疗补助条件的个人和家庭购买和比较健康保险计划提供帮助。如果您没有资格获得医疗补助，您或您的家庭成员可能有资格获得税收补贴，这可以立即帮助您支付健康保险费。如果您或您的家庭成员没有资格获得医疗补助，您的申请将自动发送到NMHIX，您或您的家庭成员可能获得资格，参加其他平价健康保险计划。	
医疗保险费用节省计划	医疗补助福利，为您支付医疗保险A部分（医院保险）和/或医疗保险B部分（医疗保险）的保费和医疗保险免赔额提供帮助。 <b>填写第1-9、12-13和16部分</b>
补充营养援助计划 (SNAP)	“补充营养援助计划”（SNAP）帮助低收入家庭购买食品以保持健康和生产力。 SNAP福利金可在副食店方便使用，并对成年人的职业稳定和收入增加提供支持，从而有助于长期财务稳定。 <b>填写第1-3、5-7、11-13、15和16部分，以便ISD能够更快地确定福利。</b>
现金援助	贫困家庭的临时援助(TANF)，为符合条件的家庭提供现金援助。 <b>或</b> 一般援助，根据联邦现金援助计划，如新墨西哥工作计划(NMW)或联邦补充社会安全金(SSSI)计划，为不符合援助资格的受抚养贫困儿童和残疾成人提供现金援助。 <b>填写第1-3、5-7、10-13、15和16部分</b>
低收入家庭能源援助计划(LIHEAP)	低收入家庭能源援助计划(LIHEAP)为符合条件的低收入家庭和个人提供暖气和冷气费用。 <b>填写第1-3、5-7、14和16部分</b>

**您有权在今天提交申请，请勿延误。**

从您提交申请之日起提供SNAP/食物福利。不需要该福利的成年人可以为其他家庭成员申请。

如果您的申请在第一部分中包含您的姓名、地址和签名，我们将接受您的申请。该信息将用于确定您的申请提交日期。ISD鼓励您填写完整的申请，以便更快地确定福利。您可以将申请亲自送到ISD，或以邮寄或传真(1-855-804-8960)的方式递交。

确认您需要申请的计划▶	<input type="checkbox"/> SNAP/食物援助	<input type="checkbox"/> 医疗援助	<input type="checkbox"/> 现金	<input type="checkbox"/> LIHEAP
如果您有如下需求，请告知我们▶	<input type="checkbox"/> 帮助填写申请？ <input type="checkbox"/> 免费语言帮助？ 首选语言 _____ <input type="checkbox"/> 交通 <input type="checkbox"/> 残疾人便利			

►SNAP和现金援助申请需要采访。大多数类别的医疗援助不需要采访。如果您正在申请的计划需要采访，您是否愿意进行电话采访？告诉我们原因，并勾选以下其中一项：

- |                                 |                               |                               |                                      |                                   |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|--------------------------------------|-----------------------------------|-------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 残疾     | <input type="checkbox"/> 生病   | <input type="checkbox"/> 家庭暴力 | <input type="checkbox"/> 年龄超过60岁     | <input type="checkbox"/> 照顾6岁以下儿童 | <input type="checkbox"/> 照顾他人 |
| <input type="checkbox"/> 离办公室太远 | <input type="checkbox"/> 恶劣天气 | <input type="checkbox"/> 交通不便 | <input type="checkbox"/> 其他原因： _____ |                                   |                               |

**1. 如有下列情况，请告知我们：**如果您需要填写本申请或获得所需信息方面的帮助，请联系您当地的ISD办公室。如果您在为他人申请，请在本部分填写该人的相关信息。

名、中间名首字母、姓	出生日期（针对SNAP和现金，可选填）		最佳联系时间	
街道地址	城市	县	州	邮编
电子邮箱	电话号码		备用电话号码（可选填）	

如果您的邮寄地址不同，请在下面填写。如果没有不同，请留空。

街道或邮政信箱地址	城市	州	邮编
您是否居住在新墨西哥州？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您打算留在新墨西哥州吗？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	您是否无家可归？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
您是否希望将您的信息发送到您的邮箱？如是，请填写您的最新邮箱地址。		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	

**加速SNAP筛选（仅SNAP）：**如果您正在申请SNAP，请填写此内容，以查看是否可以更快地获得SNAP福利。这被称为加速服务。如果您符合加速SNAP的资格，您必须在7天内获得SNAP。如果您被拒绝提供加速服务，您有权在提出会议请求后的48小时内召开非正式会议。如果您有任何问题，请咨询主管。

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

► 在此签名 × \_\_\_\_\_ 今天的日期 \_\_\_\_\_

您的签名证实本申请第16部分中所有信息的真实性。

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

您是否希望此人：

☐代表您申请福利

☐使用您的福利？（仅限SNAP和现金福利）

受权人姓名

邮寄地址

首选电话号码或TDD

(        )

3. 告知我们与您一起生活的人员和/或联邦所得税申报表中申报的个人。

请列出和您住在一起的所有人，即使您不想为他们申请福利。您只需要提供申请援助家庭成员的美国公民身份和社会保障号码(SSN)。未申请医疗援助的人员可选择是否提供SSN，但提供SSN可加快申请过程。申请时，您不需要成为美国公民或申报所得税。申请福利的所有个人的移民身份都可以由国土安全部(DHS)通过向DHS提交关于该申请的信息进行验证，从DHS收到的信息可能会影响您的家庭资格和福利水平。不需要援助的非公民移民无需提供移民身份信息、SSN或其他类似证据；但必须提供其收入信息，因为部分收入和拥有的资源/资产可能有助于家庭获得援助的资格。无SSN的人员可申请某些计划，请咨询ISD。关于申请人家庭的种族和民族资料可自愿提供；这不会影响您的资格或您的家庭可能获得的福利。美洲原住民需要确认自己的此类信息，因为美洲原住民在法律下享有某些特殊保护。我们要求每个人提供种族和民族信息，以确保福利的分配不分种族、肤色或国籍。如需要更多空间填写，请另附一张纸。

列出您和共同生活人员的姓名和信息。如果您正在申请医疗援助，请纳入您的联邦所得税申报表中包含的任何 人：					本部分仅适用于每位申请援助的个人。				
姓名 (名和姓)	关系	是否申请援助? 是/否	性别 (男/女)	出生日期	民族: 是/否西班牙裔 (可选填)	种族: 1-6 (见下文) (可选填)	部落隶属关系 (可选填)	社会保障号码(SSN)-如 有，则需要填写 (非申请人可选填)	公民/移民身份1-34 (见下文)
1.	(本人)	<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
2.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
3.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
4.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
5.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
6.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
7.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
8.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
9.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							
10.		<div><input type="checkbox"/>是 <input type="checkbox"/>否</div>							

1. 您喜欢的书面语言是什么？

2. 您喜欢的口语是什么？

3. 您家里的所有成年人都与您说同样的语言吗？

☐是

☐否

4. 与您一起生活的成年人中，是否有人能说流利的英语？

☐是

☐否

种族：对于申请帮助的个人，选择最能描述其种族的数字，并填写上述数字。					
1 - 美洲印第安人/阿拉斯加原住民	2 - 亚洲人	3 - 黑人或非裔美国人	4 - 夏威夷原住民或太平洋岛民	5 - 白人	6 - 其他
公民/移民身份：对于申请帮助的个人，选择最能描述其美国公民身份或移民身份的数字，并填写上述数字。					
1 - 美国公民	2 - 合法永久居民（LPR/绿卡持有者）	3 - 难民	4 - 避难者	5 - 古巴、海地入境人员	6 - 被假释到美国的人员（至少一年）
7 - 1980年之前授予的有条件入境人员	8 - 受虐待的配偶、子女或父母	9 - 被贩卖者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母	10 - 准许暂缓递解出境或暂缓驱逐出境的人员	11 - 联邦认可的印第安人部落成员或在加拿大出生的美洲印第安人	12 - 阿富汗或伊拉克特别移民
13 - 符合条件的非公民	14 - 具有非移民身份的个人（包括工人签证、学生签证以及密克罗尼西亚群岛、马绍尔群岛和帕劳的公民）	15 - 被假释到美国的人员（不到一年）	16 - 临时保护身份(TPS)	17 - 延迟强制离境(DED)	18 - 暂缓遣返身份
19 - 合法临时居民(LTR)	20 - 获得DHS授予的行政停留权或递解许可	21 - 根据《禁止酷刑公约》(CAT)准予暂缓驱逐出境	22 - 美属萨摩亚居民	23 - 特殊移民青少年身份申请人	24 - 持有已批准签证的LPR身份调整申请人
25 - 被贩卖者签证申请人	26 - 庇护申请人（持有EAD或14岁以下申请待定至少180天）	27 - 暂缓递解出境或暂缓驱逐出境申请人（持有EAD或14岁以下申请待定至少180天）	28 - 注册申请人（持有EAD）	29 - 监督令（持有EAD）	30 - 取消驱逐出境或暂缓递解出境申请人（持有EAD）
31 - IRCA合法化申请人（持有EAD）	32 - 临时保护身份(TPS)申请人（持有EAD）	33 - 符合《LIFE法案》的合法化（持有EAD）	34 - 美亚混血儿	35 - 其他/不确定	

**4. 纳税申报信息（如果您正在申请医疗援助，请填写此部分）**

请提供每位申请医疗援助的家庭成员的以下信息，即使家庭成员中无纳税人或税收依赖者。您无需申请所得税。

A 姓名	B 此人是否计划明年申报联邦所得税？	C 此人是否会与配偶/伴侣共同申报？	D 此人是否有税收依赖者？	E 此人是否被认为是他人纳税申报的税收依赖者？	F 此人与纳税申报人有何关系？
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	
	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写配偶或伴侣的姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写依赖者姓名：	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写纳税申报人姓名：	

5. 请回答以下关于您在第3部分列出的为自己寻求福利人员的问题。

对于寻求非美国公民福利的家庭成员，请提供其移民文件上的信息（如已知）。这将用于确认可以获得福利的人员。如需要更多空间填写，请另附一张纸。

姓名	移民文件类型（如已知）	准许入境编号或表I-94上所用编号（如已知）	卡或护照号码（如已知）	SEVIS ID或有效期（可选填）	其他（类别代码或签发国，如已知）	1996年起居住在美国？	此人是否为美国退伍军人或服役军人的配偶或父母？
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
						<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

a.是否有申请人在另一个州获得医疗补助、SNAP/食物或现金福利？

☐是 ☐否

如是，姓名？ 哪种福利？  
哪个州？

b.是否有申请人怀孕？

☐是 ☐否

如是，姓名？ 到期日（如已知）：  
本次妊娠预期分娩新生儿数目（如已知）：

c.是否有申请人被关押（拘留或监禁）？

☐是 ☐否

如是，姓名？  
哪个机构？  
关押日期： 释放日期（如已知）：

d.家中是否有申请人获得补充社会安全金(SSI)？

☐是 ☐否

如是，姓名？

e.是否有申请人存在导致活动（如洗澡、穿衣、日常家务等）受限的身体、精神或情绪健康状况？

☐是 ☐否

如是，姓名？

f.本申请中，是否有儿童的父母住在外面？

☐是 ☐否

g. 是否有任何申请人的年龄不满（含）24岁？如果是，其年满18岁时是否生活在寄养家庭？

☐是 ☐否

如果“是”，该人员是谁？  
在哪个州？

如果您正在申请医疗援助，仅需填写本部分的问题g - k。

h.是否有21岁或以下的家庭成员和全日制学生？

☐是 ☐否

如是，姓名？

i. 家中是否有任何申请人年龄是否在18到25岁之间，且在18岁之后即将获得寄养并得到Medicaid福利？

☐是 ☐否

如是，姓名？ 哪个州？

j.是否有申请人已经或即将进入疗养院、医院或治疗机构？

☐ 是 ☐ 否

如是，姓名？入院日期？申请人入院地址（如家中、医院）？

k. 如果您对上述问题（h）的回答为“是”，则机构名称和类型为？

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

l. 是否有申请人收到了针对家庭和社区服务豁免的主要自由选择函？

☐ 是 ☐ 否

如是，姓名？

6. 告诉我们您的收入。  
您或与您一起生活的任何人是否获得了劳动收入或预计在本月获得劳动收入？

☐ 是 ☐ 否

如是，请填写下表。

请在税**前**报告您的总收入。如果您正在申请医疗援助，并且您或另一位家庭成员从任何雇主处获得健康保险，请填写本申请随附的雇主承保范围表。如果您没有资格获得医疗补助，新墨西哥州健康保险交易所（NMHIX）可能需要使用您在工作中获得的任何健康保险的信息，以确定您是否可以获得支付健康保险的帮助。未填写此表不会耽误您的援助申请

获得收入的人员	每周平均工作小时数？	收入来源？ （工作、自营职业、零工等）	多久可以获得一次收入？ （每年、每月、每两周、每周等）	税前收入？	雇主是否为其购买健康保险？ <small>如是，请填写雇主承保范围表，以了解您在不符合医疗补助条件的情况下，是否可以通过新墨西哥州健康保险交易所获得健康保险。您无需填写医疗补助的雇主承保范围表。</small>
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
				\$	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

您的收入是否存在以下情况？（如申请医疗援助）

<input type="checkbox"/> 学生贷款利息？ 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____
<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____	<input type="checkbox"/> 其他类型 姓名？_____金额（\$）_____ 多久一次？_____

告诉我们您的其他收入。您或与您一起生活的任何人是否获得了任何收入或预计在本月获得任何收入？

☐ 是 ☐ 否

如是，请填写下表。  
非劳动收入/其他收入包括但不限于失业救济金、社安保障金、养老金、退休金、租金、资本收益、使用费、金融礼品和赌博赢利/奖品。如果您正在申请SNAP或现金援助，请报告子女抚养费或配偶赡养费。如果您仅申请医疗援助，则无需报告子女抚养费。



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

7. 收入会有变化吗？

您或与您一起生活的任何人的每月收入是否会有变化？  
示例包括： 失业、工时减少、工作变动、薪资变化和/或一年中仅在某些月份从事工作？

☐ 是 ☐ 否 ☐ 未知  
如是，请填写下表。

收入变化的人员	什么收入变化？	变化时间和原因？	本年度总收入	预计明年您的总收入

8. 医疗保健信息（如申请医疗援助）

在过去3个月内，家庭中是否有任何人接受过未付费的医疗服务？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 如是，请填写下表。 我们也许可以帮助支付这些账单。
医疗账单未支付的人员	账单月份

请列出所有公共和私人健康保险，包括医疗保险信息，为您和所有与您一起生活的人申请医疗援助。

涉及人员	保险公司名称	医疗保险索赔编号或受保成员编号	开始日期

**9. 管理式医疗护理组织(MCO):** 如果您符合医疗补助的资格, 本部分才适用。如果您符合医疗补助的资格, 以下三个管理式医疗护理组织(MCO)的其中一个组织将为您提供服务。您可以选择MCO为您提供服务。如果您不选择MCO, 则新墨西哥州公众服务部将自动为您分配MCO。为您分配MCO后, 您可以在分配后3个月内选择其他MCO。

**美洲原住民的特殊信息**

您是美洲原住民吗? 如是, 您不必选择MCO。如果您不选择MCO, 您将获得按服务收费(FFS)的医疗补助。这属于自动选择。如果您需要长期护理服务, 您必须选择MCO。(这些服务包括机构护理以及家庭和社区服务豁免。) 此外, 如果您有医疗保险, 您必须选择MCO。

我是美洲原住民: ☐ 是 ☐ 否

如是, 请在下一页填写美洲原住民或阿拉斯加原住民部分。

如是, 请告知我们您是否希望加入管理式医疗护理组织(MCO): ☐ 是 ☐ 否

如果您想加入MCO, 请选择以下其中一个MCO。

☐ **Blue Cross Community Centennial**  
(866) 689-1523 [www.bcbsnm.com/community-centennial](http://www.bcbsnm.com/community-centennial)

通过勾选此项, 本人希望家庭中的所有医疗补助接受者加入该MCO。

**或**

本MCO应仅纳入此处列出的来自该家庭的医疗补助接受者:

☐ **Presbyterian Health Plan**  
(888) 977-2333 [www.phs.org](http://www.phs.org)

通过勾选此项, 本人希望家庭中的所有医疗补助接受者加入该MCO。

**或**

本MCO应仅纳入此处列出的来自该家庭的医疗补助接受者:

☐ **New Mexico州Molina Healthcare**  
(844) 862-4543 [www.welcometomolina.com/nm](http://www.welcometomolina.com/nm)

勾选此选框即表明, 我希望让家中所有Medicaid福利领受人加入此MCO。

**或者**

本MCO应仅纳入此处列出的来自该家庭的医疗补助接受者:

☐ **New Mexico州UnitedHealthcare社区计划**  
(877) 236-0826 [myuhc.com/communityplan/new-mexico/planst](http://myuhc.com/communityplan/new-mexico/planst)

勾选此选框即表明, 我希望让家中所有Medicaid福利领受人加入此MCO。

**或者**

本MCO应仅纳入此处列出的来自该家庭的医疗补助接受者:

美洲原住民或阿拉斯加原住民

参与医疗补助计划、儿童健康保险计划(CHIP)和健康保险市场(NMHIX)的美洲原住民和阿拉斯加原住民也可以获得印第安人卫生服务署、部落健康计划或城市印第安人健康计划提供的服务。如果您或您的家庭成员为美洲原住民或阿拉斯加原住民，您可能不必支付费用，并可能通过NMHIX获得特定的每月参保期。我们需要您回答以下问题，以确保您和您的家人得到尽可能多的帮助。如需要更多空间填写，请另附一张纸。

<p>是否有申请人为联邦承认的部落成员？ 为确保您不会自动加入MCO，请提供您的部落隶属关系。</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，姓名？ _____ 部落名称？ _____</p>	<p>是否有申请人从自然资源、使用权、租赁或特许权使用费中获得部落人均付款？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，姓名？ _____ 金额？ _____ 多久一次？ _____</p>
<p>是否有申请人曾从印第安人卫生服务署、部落健康计划或城市印第安人健康计划处获得过服务，或通过这些计划的转介获得过服务？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，姓名？ _____</p> <p>如否，此人是否有资格从印第安人卫生服务署、部落健康计划或城市印第安人健康计划中获得服务，或通过这些计划的转介获得服务？</p>	<p>是否有申请人从自然资源、农业、牧业、渔业、租赁或内政部指定为印第安人托管土地（包括保留地和前保留地）的特许权使用费中获得付款？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，姓名？ _____ 金额？ _____ 多久一次？ _____</p> <p>是否有申请人从出售具有文化意义的物品而获得钱财？</p> <p><input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否</p> <p>如是，姓名？ _____ 金额？ _____ 多久一次？ _____</p>



如果您未申请以下计划，请填写第16部分并提交申请。如果您正在申请以下援助计划，请仅填写规定的部分。

部分：12、13和16	部分：10 - 16
<ul style="list-style-type: none"><li>• 疗养院</li><li>• 医疗保险费用节省计划（仅13和16）</li><li>• 豁免服务</li><li>• 无工作能力的个人</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• SNAP</li><li>• 现金援助</li><li>• LIHEAP</li></ul>

10. 父母没有和孩子一起生活（如果只申请现金援助）			
您是否为您的孩子提供现金和医疗援助？如是，您将授予HCA权利，从缺席父母处收取子女抚养费、配偶赡养费和医疗救助费。您还将授予他们收集配偶赡养费和医疗救助费的权利。请列出不与您同住的孩子父母的所有信息。如果您认为与“儿童抚养服务科”（CSSD）合作收取抚养费会伤害您本人或您的子女，您可能有充分的不合作理由。			
是否有申请人为家庭暴力的受害者？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
子女姓名	缺席父母信息		
	姓名	出生日期	最后已知地址

11. 就学：列出每位家庭成员的所有就学信息。						
学生姓名	学校名称	毕业日期	年级			
			<input type="checkbox"/> K - 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 证书	<input type="checkbox"/> 学院
			<input type="checkbox"/> K - 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 证书	<input type="checkbox"/> 学院
			<input type="checkbox"/> K - 12	<input type="checkbox"/> GED	<input type="checkbox"/> 证书	<input type="checkbox"/> 学院

12. 您拥有的资源/资产			
您或与您一起生活的任何人本月是否拥有资源？			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，请填写下表。			
某些资源/资产（如银行账户）可能会计算在内，以确认您的资格，这取决于您正在申请的计划。某些资源/资产可能不计算在内，例如您居住的房屋和地块以及补充社会安全金（SSI）获得人员的资源。			
<b>包括但不限于：</b> 库存现金、活期存款、储蓄账户、信托账户、CD - 存款单、使用费、人寿或丧葬保险、股票或债券、退休账户、牲畜、房屋/土地-未占用或休闲车。			
A. 说明您和与您一起生活的所有人员的上述资产拥有情况：			
资源或资产	资源或资产拥有者？	\$价值	银行或公司名称（如有）
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
B. 在过去5年（60个月）内，您或与您一起生活的任何人是否向他人转移了任何有价值的东西？（仅医疗补助）			<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
转移的物品	转移对象？	\$价值	转移日期？
		\$	
		\$	

<b>13. 每月支出：</b> 为了能获得最大的福利，请列出您 <b>每月</b> 的实际支出。不包括CYFD、HUD或其他实体或个人支付的金额。 如果您未报告下列任何支出，您将不会收到这些支出的广告教育。 <b>未报告或确认上述任何一项支出，将被视为您的家庭不希望收到未报告支出扣除的声明</b>			
子女或成人受抚养人照料支出 ▶ \$		照料受抚养人的往返里程支出 ▶ \$	
收取子女照料费用的人员/机构？ _____			
老人/残疾申请人的医疗费用：包括医疗保险费 ▶ \$		法庭裁定的子女抚养费？ ▶ \$	
<b>全职或临时收容所费用：</b> 请列出您在收容所支出的所有实际费用。如果您正在购买或租赁房屋，请列出您支付的不动产税和任何保险费用。如果您无家可归，请列出您在洗衣、临时收容所支出的费用或当月为您提供收容所而支付的其他费用。			
勾选以下最能描述您 <b>生活安排</b> 的选项，并列出您支付的实际金额。			
<input type="checkbox"/> 按揭支出\$ _____		<input type="checkbox"/> 租金，不包括公用事业费用\$ _____	
		<input type="checkbox"/> 租金，包括公用事业费用\$ _____	
		<input type="checkbox"/> 无家可归支出\$ _____	
<input type="checkbox"/> 公共住房支出\$ _____		<input type="checkbox"/> 其他 _____ \$ _____	
暖气和冷气 ▶ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<b>联系：</b> 您可能有资格获得每月服务的电话折扣和初次电话安装或开通费用。如需了解更多信息，请联系您的电话供应商：	
水、下水道和垃圾 ▶ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
电话 ▶ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否			
电话公司名称：			
<b>14. 如果您正在申请LIHEAP，请填写：</b>			
<b>A. ▼LIHEAP信息 ▼</b>			
<b>您需要LIHEAP，以用于：</b> 暖气 <input type="checkbox"/> 或冷气 <input type="checkbox"/>			
<b>您是否遇到能源紧急情况？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 <b>如是，请勾选目前适用于您的以下情况。</b> <input type="checkbox"/> 熔炉/锅炉/暖气系统无法运行 <input type="checkbox"/> 燃料（丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油）耗尽 <input type="checkbox"/> 剩余燃料（丙烷、木材、颗粒燃料、煤、油）不足10% <input type="checkbox"/> 公用事业/燃料库存告急 <input type="checkbox"/> 断供 - 燃料供应商不再为您提供服务 <input type="checkbox"/> 断供通知 - 燃料供应商未停止提供服务，但提出了如果您不采取措施，会停止服务的警告。		<b>能源紧急情况是否危及生命？</b> <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
<b>选择一个您需要的LIHEAP援助类型：</b> <input type="checkbox"/> 电气 <input type="checkbox"/> 丙烷 <input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 天然气 <input type="checkbox"/> 颗粒燃料 <input type="checkbox"/> 煤 <input type="checkbox"/> 煤油			

您的租金里是否包含这个能源账单？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		您是否收到该能源账单的补贴援助？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
是否为共用表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否用于商业目的？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
公用事业公司名称：_____		账号：_____	账户名称：_____
除了您正在申请LIHEAP援助的能源，您是否有任何其他能源可用？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否，如否，请告知原因： <input type="checkbox"/> 您无家可归 <input type="checkbox"/> 您住在农村 <input type="checkbox"/> 无可用公共事业 <input type="checkbox"/> 其他_____			
B. <b>▼请提供您家中的能源使用信息▼</b>			
您的主要热源？ <b>选择一项：</b> <input type="checkbox"/> 同上第14A部分（跳至第14C部分） <input type="checkbox"/> 电气 <input type="checkbox"/> 丙烷 <input type="checkbox"/> 木材 <input type="checkbox"/> 天然气 <input type="checkbox"/> 颗粒燃料 <input type="checkbox"/> 煤 <input type="checkbox"/> 煤油			
是否为共用表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否用于商业目的？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	公用事业公司名称：_____      账号：_____	
		账户名称：_____	
C.			
是否有电费账户？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否 - 如是，请填写以下部分。如果您在B部分填写的暖气来源为电气，请选择否，且勿填写以下部分。			
是否为共用表？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		是否用于商业目的？ <input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	
公用事业公司名称：_____		账号：_____	账户名称：_____
D. 节能改造协助			
如果您有资格参加 LIHEAP，您可能也有资格参加 NM EnergySmart 节能改造计划。			
如果您有兴趣申请节能改造计划，请致电新墨西哥州抵押贷款金融管理局，如想了解详情，请致电 1-800-444-6880。			

15. 请回答以下关于第3部分所列寻求福利人员的问题。					
一起买菜做饭？如否，谁单独买菜做饭？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在过去30天内工作时间减少到每周低于30小时？如是，姓名？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	工人罢工或停工？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有人为逃离重罪犯？如是，姓名？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	在过去30天内自愿辞职？如是，姓名？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否违反缓刑或假释要求？如是，姓名？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
是否有人被判处以下第18部分所述罪行？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否居住在美洲原住民保留地？保留地名称？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否有人为退伍军人？如是，姓名？ _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
如是，此人是否遵守判决条款？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否从印第安保留地食物分配计划(FDPIR)获得帮助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	获得部落TANF或一般援助？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
1996年9月22日以后，您或您的任何家庭成员是否在任何州被判定接受重复SNAP福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1996年9月22日以后，您或您的任何家庭成员是否被判定通过买卖枪支、弹药或爆炸物获取SNAP福利？	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	1996年9月22日之后，您或您的任何家庭成员是否被判定购买或出售超过\$500的SNAP福利？”	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否

是否被取消援助计划资格?	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否	是否支付食宿费用? 如是, 姓名? _____	<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否		<input type="checkbox"/> 是 <input type="checkbox"/> 否
--------------	---	----------------------------	---	--	---

16. 请签署本申请（您的授权代表也可以在此签名）

您的签名即表示此申请有效。除非签名，否则无法处理此申请。您的签名还表示：

- 口头或书面告知HCA的内容真实、完整。如提供的事实不准确，将被指控犯罪。如隐瞒或遗漏事实，将被指控犯罪。如果HCA得知本人提供了不真实或不完整的信息，将取消或减少SNAP福利。
- 《隐私法案》声明：根据1977年的《食品优惠券法》（修订版：7 U.S.C. 2011- 2036）授权，收集申请信息，包括每位家庭成员的社会保障号码（SSN）。该信息将用于确定您的家庭是否有资格或是否继续有资格参与食品优惠券计划。我们将通过计算机匹配程序确认这些信息。该信息还将用于监测对计划法规和计划管理的合规性。该信息可能会披露给其他联邦和州机构进行官方检查，并披露给执法官员，以逮捕逃避法律的人员。如果针对您的家庭提出了食品优惠券索赔，则关于该申请的信息（包括所有SSN）可能会被提交给联邦和州机构以及私人索赔收集机构，以进行索赔收集行动。自愿提供所要求的信息，包括每位家庭成员的SSN。然而，未能提供SSN的个人将无法获得食品优惠券福利。提供的任何SSN将以与符合资格家庭成员的SSN相同的方式使用和披露。
- 如果家庭在一个机构同时申请SNAP和SSI，则申请日期不同。申请日期为机构放行日期。
- 本人申明，本人所申报子女的年龄小于16岁。
- 如被询问，本人将向HCA提供证据。如果本人无法提供证据，本人将向HCA寻求帮助，并让HCA联系他人和公司获取证据。
- 本人将让HCA向可能为本人提供符合条件的相关帮助的获批机构提供有限的信息。
- 本人知悉，如果获取了不符合条件的SNAP、现金或LIHEAP福利，必须退还给HCA。
- 本人知悉，HCA会确认本人提供的信息。HCA可通过计算机或其他方式确认本表格中的信息。
- 本人知悉，HCA将确认申请或获得福利人员的移民身份。本人知悉，本人代为申请的任何家庭成员的移民身份都可能经过USCIS (INS)的确认，并可能影响家庭的资格和福利水平。
- 本人知悉，本人必须配合质量控制部(QC)。QC隶属于HCA。QC负责审查案例，以确保谁能获得真正的帮助。
- 本人收到了一份信息表，其中解释了本人的权利和责任，包括加速SNAP/食物援助、SNAP/食物惩罚和违反计划、公平听证权等。本人知悉，在预约采访期间，还将向我解释这些内容。
- 本人知悉，通过提供家庭能源供应商账号，即授权能源供应商向HCA提供关于账号和能源使用的详细信息，以便确认是否符合资格并确定本申请和未来申请、确定福利以及计划评价和分析。
- 本人知悉，通过提供申请信息，即授权HCA及其授权代理人根据联邦、州、县、能源提供商、雇主和业主数据库或记录共享和报告所提供的信息。
- 本人知悉，如果有资格获得能源援助福利，则可能会通过转介参与其他住宅能源计划。
- 本人知悉，本表格收集的信息可能会披露给HCA负责的能源计划。HCA可以共享和使用为转介、研究、评价和分析而收集的信息。
- 本人知悉，公用事业公司不会管理根据本同意书披露的数据，也不负责监测或采取措施确保HCA对数据保密或按照授权使用数据。
- 信托 - 本人知悉，如果本人或本人代为申请的人员建立了信托关系，或成为信托受益人，则本人必须向HCA提供信托文件的副本，包括所有附件和相关信息。HCA将分析信托，以判断其是否影响本人正在申请的医疗补助福利。
- 遗产追讨 - 本人知悉，本人去世后，HCA可以对本人的遗产提出索赔，以收回州根据医疗补助计划支付或代表本人支付的医疗援助费用。该过程被称为“遗产追讨”。根据联邦和州法律的“遗产追讨”要求，为医疗补助接受者年龄为55岁或以上，该州代表其支付护理机构服务、家庭和社区服务和/或相关医院和处方药服务的医疗援助费用。HCA追讨的金额不会超过代表医疗补助接受者支付的医疗援助费用。一些例外情形可能适用。
- 申请或接受医疗补助或现金援助的人员应向HCA转让个人的所有权利，以获得医疗救助费或代表申请人或接受者以及代为申请或接受援助的任何其他人支付医疗费用。
- 对于有资格获得医疗补助的父母： 本人知悉，将按要求与代理机构合作，收集缺席父母的医疗救助费。如果本人认为合作收集医疗救助费会伤害我或我的孩子，我可以告诉“儿童抚养服务科”（CSSD），我可能不必合作。拒绝与CSSED合作可能会使我失去获得医疗补助的资格。
- 本人，作为授权代表，确认并同意对申请人或受益人的任何信息保密，不得重新分配任何供应商的索赔（如适用），并应遵守42 CFR 435.923(d)和7 CFR 273.2(n)中规定的所有要求。
- 如需撤回任何计划的申请，请在计划方框中用姓名首字母标记▶

SNAP ☐ 医疗补助 ☐ 现金 ☐ LIHEAP ☐

申请人签名	见证人姓名（仅见证申请人用标记或指纹签名）	日期
申请人授权代表签名（如适用）	见证人签名（仅见证申请人用标记或指纹签名）	日期



17. 登记投票

如果您没有在现在居住的地方登记投票，您今天想要在这里登记投票吗？（请勾选一项）

如果您没有勾选任何一项，则视为您决定不在此时登记投票。 ☐ 是 ☐ 否

《全国选民登记法》为您提供了在此处登记投票的机会。如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们将为您提供帮助。是否寻求或接受我们的帮助取决于您。您可以私下填写申请表。

注意：申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供的援助金额。

签名	日期
----	----

保密：无论您是否决定登记投票，都将对您的决定保密。如果您认为某个人干扰了您登记或拒绝登记投票的权利，或者您决定是否登记或申请登记投票的隐私权，或者您选择政党或其他政治偏好的权利，您可以向国务卿办公室(325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503)（电话：1-800-477-3632）投诉

18. 被定罪的重犯

在第13页的第15部分指出您是否被裁定为具有以下任何一种情况：

- (1) 《美国法典》第18篇第2241节定义的严重性虐待；
- (2) 《美国法典》第18篇第1111节定义的谋杀；
- (3) 《美国法典》第18篇第110章定义的任何犯罪行为；
- (4) 1994年《暴力侵害妇女法》(42 U.S.C. 13925 (a))第40002(a)节定义的涉及性侵犯的联邦或州犯罪行为；或
- (5) 根据州法律，由司法部长认定的与第(1)、(2)或(3)条所述犯罪行为实质相似的任何犯罪行为；以及
- (6) 根据逃逸地的法律规定，个人因犯罪或企图犯罪，在定罪后逃逸以逃避起诉、拘留或监禁，被视为重罪；或在新泽西州，根据逃逸地的法律规定，被视为严重轻罪；或违反联邦或州法律规定的缓刑或假释条件；或未遵守个人判决条款或8.139.400.12 C NMAC的规定。

本页故意留白

# 计划申请信息页

您可以保留该信息作为记录

## 1. 特殊需求信息



如果您是残疾人，并且您需要其他形式的信息或需要特殊照顾以参加任何公众听证会、计划或服务，请联系医疗保健局《美国残疾人法案》（ADA）协调员，可致电 1-505-709-5788 或拨打 711。HCA 要求至少提前 10 天通知，以提供所要求的其他形式信息和特殊照顾。（修订日期 2024 年 4 月 22 日）

## 2. 您的公民权利/非歧视声明

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

我们可能提供项目信息的非英语版本。残障人士需要其他沟通方式获取计划信息（例如盲文、大字体、录音带、美国手语）时，应联系（州或地方）福利申请机构。失聪、听力障碍或者语言障碍者可以通过“联邦中继服务”电话（800）877-8339 联系 USDA。

要发起项目歧视投诉，投诉人应填写美国农业部项目歧视投诉表格 AD-3027，可在美国农业部的任何办事处在线打开如下网站：

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>，或拨打电话 (833) 620-1071，或者向美国农业部发送信件。信件必须包含投诉人的姓名、地址、电话号码，以及所指歧视行动的详细书面描述，以便向民权事务助理秘书 (ASCR) 告知所指侵犯公民权利事件的性质和日期。填写完毕的 AD-3027 表格必须提交至：

- 邮寄：**  
Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; 或
- 传真：**  
(833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或
- 电子邮件：**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

本机构是一个提供平等机会的机构。

为了通过 HCA 对联邦或州经济援助计划的歧视和/或粗暴待遇**提出投诉**，可从 ISD 办公室获取投诉表，或致函：Nm 医疗保健局，ISD 民权主任，邮政信箱：2348, Santa Fe, NM 87504-2348 或传真：(505) 827-7241。

## 3. 保密

您提供给 HCA 的所有信息均为机密信息。该信息将披露给 HCA 人员，以便其根据该信息管理您所申请的计划。机密信息也可能披露给其他联邦和州机构。所有信息将用于确定资格和/或提供服务。该信息可能会披露给其他联邦和州机构进行官方检查，并披露给执法官员，以逮捕逃避法律的人员。如果您获取了不符合条件的福利，并不得不退还，这被称为索赔。如果针对您的家庭提出索赔，则关于该申请的信息（包括所有社会保障号码）可能会被提交给联邦和州机构以及私人索赔收集机构，以进行索赔收集行动。

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

HCA 还将与其他机构、联邦收入与资格核实系统(IEVS)和公共援助报告信息系统(PARIS)就您提供给我们信息进行核查。该信息可能会影响您的家庭资格和福利金额。（2015 年 9 月 10 日）

## 4. 子女抚养执法司

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

5. 采访

您可以申请的大多数医疗援助计划不需要采访。

(a) 对于SNAP/现金援助，多久才能按要求预约采访？

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

(b) 是否可以接受电话采访？

如果您的医疗援助类别需要采访，我们将通过电话进行采访，除非您希望面谈。

对于SNAP/现金援助，您可以因以下任何原因接受电话采访：

- 残疾
- 生病
- 照顾6岁以下儿童
- 照顾他人
- 年龄超过60岁
- 每周工作20小时或更长时间
- 恶劣天气
- 其他困难，请告知ISD
- 离办公室太远
- 交通

6. 证明信息

HCA将确认电子数据源，以判断是否可以通过其确认您的收入和您在此申请中提供的其他信息，而不需要纸质文件。如果HCA无法通过电子数据源确认您的收入和其他信息，那么HCA将要求您提供证据，证明您在申请中提供的信息。您将收到一封邮件，要求您提供该信息。如果您需要更多时间向HCA提供证明，您可以联系ISD要求更多时间。

SNAP或现金采访时，需携带哪些证明？

在采访预约期间，社会工作者将询问您问题，以确定您是否有资格参与您申请的计划。社会工作者不会要求您提供一切证明。您应该尽可能地提供更多事实。请参考下表“证明示例”一般指南，确定您需要准备的证明资料。如果社会工作者对您的资格存在疑问，将要求您提供证明。您将收到一份待提供的资料清单，以及您提供的证明收据。如果您需要帮助，只要您配合，该部门有责任为您提供帮助。

确认：	SNAP/食物援助	医疗援助			现金援助	能源/LIHEAP	可能会要求您提供给HCA的证明示例
		家人或成人	仅儿童	老人/残疾人			
您的居住地址	✓	✓	✓	✓	✓	✓	公共事业账单， 协议、发送给您的信函
社会保障号码							社会保障卡或社会保障局(SSA)的信函，包括您的姓名和编号
身份	✓			✓	✓	✓	您可能需要提供以下文件，以证明身份、关系或年龄：驾照，社会保障卡，出生证明或洗礼证明，公民身份/入籍记录，印第安人人口普查记录，印第安人血统证书(CIB)，政府记录，法庭记录，选民登记卡，离婚文件，美国护照，学校或日托记录，保单，教会记录或家庭圣经，医生、宗教或学校官员或了解您、了解您与孩子关系并了解孩子出生日期的人员的来信。 注：医疗补助计划将需要特定的身份证明。
关系					✓		
年龄							

▪ 美国公民身份		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			大多数计划不需要美国公民身份证明。对于医疗援助，联邦政府要求所有个人提供某些原始文件（非副本），以证明公民身份、身份或合法永久身份。将复制并返回原始文件。
----------	--	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--	--	---

							<b>公民身份证明和ID</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 护照</li> <li>▪ 入籍证明（表550或N-570）</li> <li>▪ 美国公民身份证明(N-560或N-561)</li> <li>▪ 印第安人血统证书(CIB)</li> </ul>	<b>仅公民身份证明</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ 美国出生证明</li> </ul> 如果您出生在新墨西哥州，HCA可通过卫生部人口记录帮助您进行确认。请将您的姓名、出生日期、出生地、性别、母亲名字和婚前的姓告知社会工作者，以获得帮助。
▪ 移民身份	✓	✓	✓	✓	✓	✓	如果您是申请援助的移民，您可能必须提供原始USCIS（以前称为INS）记录。	
▪ 残疾				✓	✓	✓	证明您的残疾时间、您是否可以工作以及是否需要持续帮助/护理的医疗记录。	
▪ 妊娠					✓		证明您预产期的医疗记录	
▪ 就学							学校提供的证明您孩子正在上学的当前报告卡或信函	
▪ 大学生	✓				✓		学院提供的证明您为兼职或全日制学生的信函	
▪ 学生经济援助	✓				✓	✓	经济援助办公室发出的信函，说明您获得的经济援助类型和金额，以及您必须支付的学费	
▪ 收入 最近30天或上个月的所有收入	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<b>劳动收入：</b> 支票存根，雇主说明您工作时间和报酬的信函如果您为 <b>自由职业者</b> ，您可以向社会工作者提供一份所得税表、业务记录或个人工资记录的副本。 <b>非劳动收入：</b> 您的支票副本，或社安保障金、失业补偿金、工人抚恤金、退伍军人管理局、印第安人事务局、公务员退休金等的函件。可接受其他确认方式，请告知社会工作者。	
▪ 失业（60天）	✓	✓	✓	✓	✓	✓	雇主信函	
▪ 您拥有的资源/资产的价值				✓			资源/资产：最近的银行对账单或价值证明书	
▪ 您转移的资源/资产	✓			✓	✓		近期对账单或价值证明书	
▪ 医疗保险A部分				✓			身份证或社会保障局的信函	
▪ 支付的子女抚养费	✓						如果您希望扣除支付的子女抚养费，请提供支付法律责任和支付金额的证明。可以使用任何法院或行政命令或合法分居协议。对于金额证明，可使用注销支票、工资扣缴报表、失业补偿金扣缴确认或监护父母的书面声明。	
<b>可选证明</b> - 下文列出了可选证明项，可帮助您获得符合条件的最大福利。如未勾选下列任一选项，则无需提供证明。为获得信贷，请告知我们您每月支付的费用。如果社会工作者对您的费用存在疑问，您将须提供证明。如果您正在申请能源/LIHEAP，请提供一份您的暖气/冷气费用副本。如果您需要帮助，只要您配合，该部门有责任为您提供帮助。								
▪ 子女/成人照料费用							您可能需要提供以下文件，以证明您支出的实际费用：协议、计算机打印资料、汇票、付款人来信、离婚或分居文件、报表、收据、注销支票、支票副本。	
▪ 医疗费用（仅老人或残疾人）	✓			✓				
▪ 租房费用								
▪ 暖气/冷气费用						✓		

## 7. 非公民移民资格

许多居住在新墨西哥州的移民可以获得援助。部分移民必须取得某种身份5年后，才能获得援助。也有很多例外情况。任何合法居住的21岁以下儿童或符合所有其他资格要求的孕妇都可以立即获得医疗补助。部分没有社会保障号码的移民也符合资格。即使您没有符合医疗补助资格的移民身份，也可能获得紧急医疗补助。请向社会工作者咨询更多信息。我们会对您的信息保密，仅与其他政府机构共享信息，以确认您有资格参与哪些计划。具有以下身份之一的移民如果符合其他计划要求，则可能有资格获得医疗补助或其他援助

1 - 美国公民	2 - 合法永久居民 (LPR/绿卡持有者)	3 - 难民	4 - 避难者	5 - 古巴/海地入境人员；具有特殊移民身份的伊拉克或阿富汗人	6 - 被假释到美国的人员（至少一年）
7 - 1980年之前授予的有条件入境人员	8 - 受虐待的配偶、子女或父母	9 - 被贩卖者及其配偶、子女、兄弟姐妹或父母	10 - 准许暂缓递解出境或暂缓驱逐出境的人员	11 - 联邦认可的印第安人部落成员或在加拿大出生的美洲印第安人	12 - 阿富汗或伊拉克特别移民
13 - 符合条件的非公民	14 - 具有非移民身份的个人（包括工人签证、学生签证以及密克罗尼西亚群岛、马绍尔群岛和帕劳的公民）	15 - 被假释到美国的人员（不到一年）	16 - 临时保护身份(TPS)	17 - 延迟强制离境(DED)	18 - 暂缓遣返身份
19 - 合法临时居民(LTR)	20 - 获得DHS授予的行政停留权或递解许可	21 - 根据《禁止酷刑公约》(CAT) 准予暂缓驱逐出境	22 - 美属萨摩亚居民	23 - 特殊移民青少年身份申请人	24 - 持有已批准签证的LPR身份调整申请人
25 - 被贩卖者签证申请人	26 - 庇护申请人（持有EAD或14岁以下申请待定至少180天）	27 - 暂缓递解出境或暂缓驱逐出境申请人（持有EAD或14岁以下申请待定至少180天）	28 - 注册申请人（持有EAD）	29 - 监督令（持有EAD）	30 - 取消驱逐出境或暂缓递解出境申请人（持有EAD）
31 - IRCA合法化申请人（持有EAD）	32 - 临时保护身份(TPS)申请人（持有EAD）	33 - 符合《LIFE法案》的合法化（持有EAD）	34 - 其他/不确定		

## 8. 社会保障号码(SSN)要求

### 为什么需要提供社会保障号码(SSN)?

为了获得SNAP或医疗补助福利，您必须拥有社会保障号码(SSN)，或已经申请了社会保障号码，或有充分的理由不申请社会保障号码【7 C.F.R. § 273.6和42 C.F.R. § 435.910】。所有申请SNAP福利的家庭成员必须向ISD办公室提供SSN【7 C.F.R. § 273.6】。ISD必须与社会保障局(SSA)确认每位家庭成员的SSN。在等待确认SSN时，ISD不能拖延或拒绝提供SNAP福利【7 C.F.R. § 273.2】。如果申请人忘记SSN或不确定是否拥有SSN，可联系SSA。

### 部门将SSN作何用途？

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

### 如未提供或没有SSN，会有什么后果？

无正当理由不提供或申请SSN的家庭成员将被取消资格，无法获取福利。【7 C.F.R. § 273.6】取消资格仅针对该家庭成员，而非整个家庭。【Id.】被取消资格人员的收入和资源会影响整个家庭的福利金额和资格。如果被取消资格的个人家庭成员向ISD提供SSN，仍有资格获得福利。如果被取消资格的个人家庭成员提供了SSN申请证明，或未完成SSN申请的充分理由，仍有资格获得福利。【7 C.F.R. § 273.6】

### 无需申请SSN的充分理由？

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

\_\_\_\_\_

- **SNAP/食物援助** - 不晚于申请日期后30个日历日，或加速SNAP/食物援助 - 7个日历日。如果您在7天内未获得SNAP，您有权要求召开非正式会议，以了解未获得加速食物福利的原因。

- (b) 如果不同意资格决定或福利水平，是否可以进行公平听证？

(c) **福利开始日期?**

- (d) 获取福利的方式？

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

根据SSN的最后两位数字，您将在该月的前20天内收到第5个月的福利。这将是您每月获得之后SNAP/食品优惠券福利的常规日期。

HCA100 2025年06月17日 第6页，共27页

96	86	97	87	98	88	99	89	90	80
----	----	----	----	----	----	----	----	----	----



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

**(e) 在必须续期之前，可以享受多久的福利？**

- **SNAP/食物援助** - 对于具有稳定非劳动收入（如社会保障金）的老人/残疾人家庭，通常为12个月或24个月
- **医疗补助** - 经批准为12个月。您应在10天内报告任何可能影响您资格的变化；见下文。
- **现金** - 每次通常为12个月。18岁及以上的成年人在其一生中可以获得不超过60个月的TANF福利，除非到期后因困难可延长期限。由于时间限制，与符合条件的父母生活在一起的儿童无资格参加TANF。60个月的限制不适用于儿童有资格获得TANF和父母因60个月限制以外的原因不合格的情况，例如接受SSI或不合格的移民身份。60个月的限制不适用于医疗或SNAP援助。

**(f) 是否必须报告变更？** 对于所有类型的援助计划，应始终在10个日历日内报告地址变更。

- **SNAP/食物和现金** - 家庭成员、家庭每月费用、收入/工作和资源的变更：
  - 只有在以下情况下，才应在发生变更后的10个日历日内报告此类变更：
    1. 变更将使您的福利取消；
    2. 变更将使您的福利增加；
  - 您需要告知我们的其他重要变更：
    - 邮寄地址变更。我们需要确保邮件能送达给您。
    - 家庭规模的变更（如有人搬进或搬出您的家）
    - 居住地变更（如果您或任何家庭成员搬出新墨西哥州）。
    - 家庭每月费用的变更。
    - 资源变更（如银行账户、财产和人寿保险）。
    - 在认证期间，您应随时报告可能会使福利金额增加的变更（如孩子出生或收入损失）。
- **半年度报告**：大多数家庭将收到一份半年度报告，其中必须报告所有变更并提供给ISD。
- **年度报告**：获得固定收入（如社会保障金）的家庭将收到一份年度报告，其中必须报告所有变更并发送给ISD办公室。
- **定期报告**：极少有家庭在发生变更时必须报告。这些家庭必须在发生变更之日起10个日历日内报告所有变更。
- **医疗补助** - 医疗补助接受者需在变更发生之日起10日内报告可能影响其ISD资格的某些变更。 您应报告的变更包括以下内容：
  1. 生活安排或地址变更：报告符合条件的接受者居住地或邮寄地址发生的任何变更。

2. **家庭规模：** 报告家庭规模的任何变更，包括家庭成员死亡和/或家庭成员妊娠。
3. **计数：** 报告接受医疗补助福利的家庭成员的新社会保障号码，包括任何接受医疗补助的新生儿。
4. **收入：** 报告收入金额的增加或减少。对于一些类别的医疗补助，如儿童和孕妇，收入变更到续期时才会影响资格。
5. **资源：** 报告您拥有的资源/资产（如财产或银行存款）的变更，仅需要用于机构护理、豁免、无工作能力的个人和补充社会安全金(SSI)扩展医疗补助。

**(g) 是否必须参加新墨西哥工作计划？**

- **现金** - 是的，所有获得TANF现金援助的成年人都须参加新墨西哥工作计划。新墨西哥工作计划(NMW)服务供应商将联系您。当您未填写或报告您的工作活动时，可能会失去部分和最终所有的现金援助。即所谓的处罚。首次发生时，我们会与您谈谈，以试图取消处罚，即进行调解。处罚将通过以下三种方式降低您的福利：**首次处罚 - 现金减少25%；第2次处罚 - 现金减少50%；第3次处罚 - 取消福利。**当您满足以下任何情况时，您可能会接受不同的工作活动或减少工作时间（如适用）：

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

**(h) 可获得哪些其他帮助？**

- 通过访问以下链接，您可以找到新墨西哥州可用的资源列表。您将找到各县的资源列表。
- [https://www.HCA.state.nm.us/lookingforassistance/field\\_offices\\_1/](https://www.HCA.state.nm.us/lookingforassistance/field_offices_1/)

## 10. 关于您EBT卡的重要信息

**(a) 首张EBT卡**

如果您是首次获得New Mexico州医疗保健局的SNAP/食品或现金援助，您的EBT卡将在您的申请被当地ISD办公室输入ISD计算机系统后的第一个工作日邮寄给您。

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

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

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

**(b) 本人知悉本人拥有一张有效的EBT卡**

如果您在过去获得过SNAP/食物或现金援助，并且知道您的EBT卡有效，请告知ISD您不需要新卡。一旦您的申请获得批准，您将能够获取获益。

如果您只是忘记了PIN，但您的卡仍然有效，请致电24小时服务热线1-800-843-8303或于周一至周五8:00am至5:00pm致电1-800-283-4465，获取新的PIN。如果您对EBT卡程序有任何疑问，请致电1-800-283-4465。

**(c) EBT卡失效**

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

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

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

(d) **卡遗失**

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

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

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

## 11. SNAP/食物援助违规处罚

请勿提供虚假信息或隐藏信息以获得SNAP/食物援助，包括EBT卡。请勿买卖您的EBT卡或PIN。请勿出借您的EBT账户，用于换取现金。请勿更改EBT卡以获取不符合条件的SNAP/食物援助。请勿使用或持有他人的EBT卡，或让他人使用您的EBT卡。请勿使用SNAP/食物援助福利购买非食品物品，如酒或纸制品。请勿将他人的EBT卡用于您的家庭。请勿用SNAP/食物援助福利偿还信贷。

故意违反上述规定的任何人将被禁止接受SNAP/食物援助12个月（第1次违规）；被禁止24个月（第2次违规）；被永久禁止（第3次违规）；可处以\$250,000罚款、监禁20年或两种处罚；另外暂停18个月。根据联邦和州刑事处罚规定，故意违反上述规定的任何人还将遭到起诉。

有意提供虚假信息或隐藏身份或居住地信息以同时在多个家庭获得SNAP/食物援助的任何人，将被禁止接受福利10年。

被定罪为用SNAP/食品援助买卖管制药物的任何人均会被禁止接受SNAP/食品援助24个月（第1次违规），或被永久禁止（第2次违规）。

在1996年9月22日之后被定罪为购买或出售SNAP/食品援助≥\$500的任何人，将永久不得参与该计划（任何违规）。

被定罪为用SNAP/食品援助买卖军火、弹药或爆炸物的任何人，将永久不得参与该计划（任何违规）。

## 12. 公平听证权

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

**在什么情况下，可要求举行公平听证会？**

- 您申请福利被拒绝，或
- 您不同意对您的情况做出的决定，或
- 您认为福利计算不准确，或
- 做出了您不同意的变更。

**何时才能要求举行公平听证会？**

自收到通知之日起90天内，可要求举行听证会。如果您在收到通知之日起13天内要求举行听证会，在我们采取通知中的措施之前，您将继续获得相同福利。在部门做出决定之前，除非对您的情况进行了其他变更，您将继续获得这些福利。如果变更原因与听证原因不同，可在您要求听证后变更福利。如失去听证机会，在部门做出决定时，您可能必须退还收到的任何福利。如果部门决定认为是联邦或州大规模变革的原因，您将无权要求进行公平听证。（修订日期：2014年7月15日）

**如何要求公平听证会？**

- 填写并返回通知底部，或
- 致函或致电当地的HCA办公室或客服中心，电话：1-800-283-4465
- 请将信函寄至HCA的公平听证办公室，邮政信箱：2348, Santa Fe, N.M. 87504-2348，或致电505-476-6213。
- 如果您不同意新墨西哥州健康保险交易所（NMHIX）的决定，您可以致电1-800-31802596联系NMHIX提出上诉，并告知NMHIX应重新考虑该决定。您可以授权他人代表您进行申诉。

- 在您要求举行公平听证会后，HCA或NMHIX将向您发送一封信函，告知您举行听证的日期、时间和地点。HCA听证会通常在ISD办公室举行。听将由HCA公平听证会局或NMHIX的听证官举行。在听证会之前，您或您的代表可以查看案例记录和用于决定的任何证据。您将说明您认为HC NMHIX决定错误的原因。您可以带证人和在场证明。您可以询问县办公室或NMHIX关于采取的措施及相关证据。您可以亲自，也可以由朋友、成员或律师代表出席。如需了解如何获得免费法律援助的信息，请致电1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357)。
- 听证结束后，听证官将作汇报。HCA部长或NMHIX所长将决定措施的正误。在做出决定后，您将收到一封信函，告诉您该决定以及做出该决定因。（修订日期：2017年8月30日）

# 雇主承保范围表

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

**未填写本表不会耽误您申请其他福利，如食物援助、现金援助或医疗补助。**

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

## 员工信息

员工需要填写此部分。填写员工信息，然后您可以向雇主索取以下信息。

员工姓名（名、中间名、姓）

员工社会保障号码

## 雇主信息：

向雇主索取该信息。

雇主姓名

雇主识别号(EIN)

雇主地址

雇主电话号码  
( ) -

城市

州

邮编

可联系谁咨询关于这项工作的员工健康保险？

姓名：\_\_\_\_\_电话：\_\_\_\_\_电子邮箱：\_\_\_\_\_

## 告知我们这个雇主提供的健康计划。

☐ 该员工不符合雇主计划的承保资格。

根据雇主计划，雇员有资格获得保险 \_\_\_\_\_（开始日期）。

列出符合本工作承保资格的其他人员姓名：

该员工在本工作中可加入的最低成本自费健康计划的名称为？（仅考虑符合《平价医疗法案》规定的“最低值标准”的计划。）

姓名：\_\_\_\_\_

☐ 无计划符合“最低值标准”

员工必须为该计划支付多少保费？

\$\_\_\_\_\_ 多久一次？ ☐ 每周一次 ☐ 每两周一次 ☐ 每月两次 ☐ 每月一次 ☐ 每年一次 ☐ 其他\_\_\_\_\_

雇主会对新年度的计划做出什么变更（如有）？

☐ 无变更。

☐ 雇主不会提供健康保险。

☐ 雇主将开始向雇员提供健康保险，或变更符合最低值标准的最低成本计划的保费。

变更日期（如适用）： \_\_\_\_\_

本页故意留白

