



HEALTH CARE
AUTHORITY

Michelle Lujan Grisham, Governor
Kari Armijo, Secretary
Alex Castillo Smith, Deputy Secretary
Kathy Slater Huff, Deputy Secretary
Niki Kozlowski, Acting Deputy Secretary
Alanna Dancis, Acting Medicaid Director

DEPARTMENTAL MEMORANDUM

MAD-MR: 26-02

DATE: 5/8/2026

TO: MEDICAL ASSISTANCE DIVISION

FROM: ALANNA DANCIS, ACTING DIRECTOR, MEDICAL ASSISTANCE DIVISION *Alanna Dancis*

THROUGH: JEANELLE ROMERO, BUREAU CHIEF, COMMUNICATION AND EDUCATION BUREAU (CEB) *JR*

BY: KASSANDRA MARTINEZ-SUAZO, SUPERVISOR HEALTHCARE PROGRAMS

SUBJECT: MAD 100 Application for Assistance

GENERAL INFORMATION

In accordance with H.R.1, the Medical Assistance Division (MAD) revised the MAD100 and the MADSP 100 to accurately capture and identify all applicable citizenship and immigration statuses.

FILING INSTRUCTIONS:

The following forms have been updated and replaced and are available in the MAD Forms Library.

DELETE MAD 100 dated 7/1/2024 REPLACE MAD 100 dated 5/1/2026	Form Title: MAD100_Revised 5.1.26
DELETE MAD SP 100 dated 7/1/2024 REPLACE MAD SP 100 dated 5/1/2026	Form Title (Spanish Version): MADSP 100_FINAL_Revised 5.1.26

If you have any questions about this MR, please refer them to Kassandra Martinez-Suazo, Supervisor, Healthcare Programs, at 505-372-9453, or kassandra.martinez-suazo@hca.nm.gov

Information Sheet for Application for Medical Assistance



Health Care Authority (HCA) Medical Assistance benefits:

- Medicaid provides free or low-cost health coverage for certain low-income individuals and families.
- Depending on your household income, some household members may qualify for full or limited Medicaid coverage.
- Medicare Savings Program provides help with paying for your Medicare Part A (Hospital Insurance) and/or Medicare Part B (Medical Insurance) premiums and Medicare deductibles.

You can apply for Medicaid online at:

www.yes.state.nm.us

Or call 1-800-283-4465

Or take your signed application to your local Income Support Division (ISD) office

Or mail your signed application to:

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

Or fax your signed application to 1-855-804-8960



New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX)

- The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid.
- You or your household may qualify for a program that can help you pay for health insurance, even if you earn as much as \$98,000 a year (for a family of four).
- Tax subsidies that can immediately help pay your premiums for health coverage may be available.

You can apply for affordable health insurance online through the NMHIX at:

www.bewellnm.com

Or call 1-855-996-6449

TTY: 1-855-885-2018

Medical Assistance Programs

MEDICAID	<p>Depending on your household income, some household members may qualify for full or limited Medicaid coverage. The following are some types of Medicaid that household members may qualify for:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Newborns • Children through age 18 • Parent(s)/Caretaker(s) • Pregnant women • Low-income adults • Emergency Medical Services for Non-Citizens (EMSNC)
NM HEALTH INSURANCE EXCHANGE	<p>The NMHIX is a way to shop for and compare health insurance plans for individuals and families who are not eligible for Medicaid. If you do not qualify for Medicaid, you or members of your household may be eligible to receive a tax subsidy that can immediately help pay for health insurance premiums. If you or members of your household do not qualify for Medicaid, your application will be automatically sent to the NMHIX, where you or members of your household may be found eligible for other health insurance affordability programs.</p>

Tell us if you need: Help filling out this application Free language help I don't have transportation Disability accommodation

Preferred language: _____

1. Tell Us About You. If you need help filling out this application or getting the needed information, contact your local ISD office. If you are applying for someone else, complete this section for that person.

First Name, Middle Initial, Last Name	Date of Birth	Best Time to Contact You		
Street Address	City	County	State	Zip Code
E-Mail Address	Telephone Number		Alternative Telephone Number (optional)	

If your mailing address is different, please fill it in below. If not, please leave blank.

Mailing Address (if different)	City	State	Zip Code
Are you a resident of New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Do you intend to remain in New Mexico? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Are you homeless? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
Do you want to get your information sent to your e-mail? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			
If yes , please fill out your most current e-mail address above.			

2. Person to Represent You (Authorized Representative or Guardian). Your authorized representative can be a person who has helped you apply for or renew benefits, or it can be a different person. If you want to have an authorized representative, you must tell us who that person is in writing, below.

Name of Authorized Person(s)	Mailing Address	Preferred Telephone Number or TDD

3. Tell Us About the People Who Live with You and/or Individuals on Your Federal Income Tax Return.

Please list everyone who lives in your household, even if you do not want to apply for them. You only have to give US citizenship and Social Security Numbers (SSNs) for household members who are applying for assistance. An SSN is optional for people who are not applying for medical assistance, but providing a SSN can speed up the application process. You do not need to be a US citizen or file income taxes to apply. Immigrant status of all individuals applying for benefits may be subject to verification by the Department of Homeland Security (DHS) through the submission of information provided on this application to DHS, and the information received from DHS may affect your household's eligibility. Non-citizen immigrants who are not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, SSNs or other similar proofs; however, they must give information about their income because part of their income may count toward the household's eligibility for assistance. Certain medical assistance programs may be available for people without an SSN; ask ISD. Racial and ethnic data about an applicant's household is voluntary; it will not affect your eligibility or the amount of benefits your household may receive. Native Americans are urged to identify themselves as such because Native Americans are entitled to certain special protections under the law. We ask everyone for racial and ethnic information to assure that benefits are distributed without regard to race, color or national origin. If you need more space, please use an additional sheet of paper.

List the names and information for yourself and the people who live with you, and for anyone who you will include on your federal income tax return:

This section is only required for each person applying for medical assistance:

Name (First and Last)	Relationship	Applying for Medical Assistance? Yes/No	Sex M/F	Date of Birth	Ethnicity: Hispanic Yes/No (optional)	Race: 1-6 See below (optional)	Tribal Affiliation (optional)	Social Security Number (SSN) – required if you have one (optional for non- applicants)	Citizenship or Immigration Status 1-34 (see below)
	(Self)	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							
		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO							

Race: For each person applying for assistance, choose the number(s) below that best describe their race and write the number(s) above.

Citizenship or Immigration Status: For each person applying for assistance, choose the number(s) below that best describes their U.S. Citizenship or Immigration status and write the number(s) above.

1 – American Indian/Alaska Native
2 – Asian
3 – Black or African American
4 – Native Hawaiian or Pacific Islander
5 - White
6 - Other

1 – U.S. Citizen	2 – Lawful Permanent Resident (LPR/Green Card holder)	3 – Asylee	4 – Refugee	5 – Cuban/Haitian entrant	6 – Paroled into the U.S. (for at least one year)
7 – Conditional entrant granted before 1980	8 – Battered spouse, child, or parent or un-remarried surviving spouse	9 – Victim of trafficking and his/her spouse, child, sibling, or parent	10 – Granted Withholding of Deportation or Withholding of Removal	11 – Member of a federally recognized Indian tribe or American Indian born in Canada	12 – Afghan or Iraqi Special Immigrant
13 – Individual with non-immigration status	14 – Paroled into the U.S. (for less than one year)	15 – Temporary Protected Status (TPS)	16 – Deferred Enforced Departure (DED)	17 – Deferred Action Status	18 – Lawful temporary resident (LTR)
19 – Granted an administrative stay or removal by DHS	20 – Granted Withholding of Removal under the Convention Against Torture (CAT)	21 – Resident of American Samoa	22 – Applicant for Special Immigrant Juvenile Status	23 – Applicant for Adjustment to LPR Status with an approved visa petition	24 – Applicant for Victim of trafficking visa
25 – Applicant for Asylum (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	26 – Applicant Withholding of Deportation or Withholding of Removal (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	27 – Registry applicant (with EAD)	28 – Order of supervision (with EAD)	29 – Applicant for Cancellation of Removal or Suspension of Deportation (with EAD)	30 – Applicant for Legalization under IRCA (with EAD)
31 – Applicant for Temporary Protected Status (TPS) (with EAD)	32 – Legalization under the LIFE Act (with EAD)	33 – Amerasian	34 – Hmong/Laotian	35 – Compacts of Free Association (COFA) citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, and the Republic of Palau Individuals who lawfully reside in the U.S.	36 – Lawfully Present but not listed

				in accordance with section 141 of the Compacts of Free Association between the Government of the United States and the Governments of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, and the Republic of Palau.	
37 – Other	38 – Unsure				

4. Tax Filing Information. Please give the following information for every household member applying for medical assistance, even if the tax payer or tax dependent is not in your home. You do not need to file income taxes to apply.

A Name	B Does this person plan to file a federal income tax return next year?	C Will this person file jointly with a spouse/partner?	D Does this person have any tax dependents?	E Is this person claimed as a tax dependent on someone else's tax return?	F How is this person related to the tax filer?
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	
	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	

	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of spouse or partner:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name(s) of dependents:	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , name of the tax filer:	

5. Please Answer the Following Questions About the People You Listed in Section 3 who are seeking benefits for themselves. For household members applying for benefits who are not US citizens, please give the information that appears on their immigration documents, if known. This will be used to see who can get benefits. If you need more space, please attach another piece of paper.

Name	Immigration Document Type (if known)	A-Number or I-94 Number (if known)	Card Number or Passport Number (if known)	SEVIS ID or Expiration Date (optional)	Other (category code or country of issuance, if known)	Lived in the US Since 1996?	Is this person a spouse or parent of a veteran or on active duty with the US military?
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
						<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

a. Is any applicant getting Medicaid in another state?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	Which state?
b. Is any household member age 21 or younger and a full-time student?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	
c. Is any applicant pregnant?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	Due date (if known): Number of babies expected from this pregnancy (if known):
d. Does any child on this application have a parent who lives outside the home?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	
e. Is any applicant imprisoned (detained or jailed)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	What facility? Date of imprisonment: Date of release (if known):
f. Is any applicant in the household receiving Supplemental Security Income (SSI)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	
g. Is there anyone applying who is age 18 to 25 who was in foster care and getting Medicaid when they turned 18?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	Which state?

h. Does any applicant have a physical, mental, or emotional health condition that causes limitations in activities (like bathing, dressing, daily chores, etc.)?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?		
i. Is any applicant already in or going into a nursing home, hospital or treatment facility?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?	What is the date of admission?	Where was the applicant admitted from? (e.g. home, hospital?)
j. If you said yes to i above, what type of facility?	Name of Nursing home/nursing facility:	Name of Hospital:	Name of Intermediate Care Facility for the Intellectually Disabled (ICF/IID):
	Enrolling with PACE?: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Name of Assisted Living Facility:	
k. Has any applicant received a Primary Freedom of Choice letter for a Home and Community-Based Services Waiver?	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If yes , who?		

6. Tell us About Your Earned Income.

Have you or anyone living with you received earned income or expect to receive earned income this month? YES NO

If **yes**, please complete the chart below.

Please report your total income **before** taxes. If you are applying for medical assistance and you or another person in your household are offered insurance from any employer, please fill out the Employer Coverage Form attached to this application. If you do not qualify for Medicaid, the NM Health Insurance Exchange (NMHIX) may need to use information about any health coverage you might have through a job to figure out if you can get help paying for health insurance. Failure to complete this form will not delay your application for assistance.

Person with Income	Average Number of Hours Worked per Week	Income from? (work, self-employment, odd jobs, etc.)	How often does this person get income? (yearly, monthly, biweekly, weekly, etc.)	How much does this person receive before taxes?	Does this person have an employer that offers health insurance? If yes , fill out the Employer Coverage Form to find out if you can get health insurance through the NMHIX if you do not qualify for Medicaid. You are not required to complete the Employer Coverage Form for Medicaid.
				\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO
				\$	<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO

Are any of the following taken from your earnings?

<input type="checkbox"/> Student Loan Interest Who? How Much? \$ How Often?	<input type="checkbox"/> Other: Type Who? How Much? \$ How Often?	<input type="checkbox"/> Other: Type Who? How Much? \$ How Often?
<input type="checkbox"/> Other: Type Who? How Much? \$	<input type="checkbox"/> Other: Type Who? How Much? \$	<input type="checkbox"/> Other: Type Who? How Much? \$

How Often?	How Often?	How Often?
------------	------------	------------

7. Tell Us About Your Other Income. Have you or anyone living with you received any income or expect to receive any income this month? YES NO
 If yes, please complete the chart below.
 Examples of unearned/other income include, but are not limited to: unemployment, Social Security, pensions, retirement, rental income, capital gains, royalties, financial gifts and gambling winnings/prizes.

Person with Income	Unearned income from?	How often does this person get income? (yearly, monthly, biweekly, weekly, etc.)	How much does this person receive?
			\$
			\$
			\$

Will there be changes in income?

Do you or anyone living with you have income that changes from month to month?
 Examples include: loss of job, decrease in hours, change in job, change in pay, and/or working only some months of the year.

YES NO
 If **yes**, please fill out the chart below.

Person with Income Changes	What income changes?	When and why does it change?	Total Income This Year	Total Income You Expect for Next Year
			\$	\$
			\$	\$

8. Health Care Information.

Has anyone in the household received medical services within the last 3 months that have not been paid?

YES NO
 If **yes**, please fill out the chart below. We may be able to help pay these bills.

Person with Unpaid Medical Bills	Bill Months

Please list all public and private health insurance, including Medicare information, for you and all people living with you who are applying for Medical Assistance.

Persons Covered	Insurance Company Name	Insurance Member ID # Or Medicare Claim #	Start Date

9. Managed Care Organization (MCO). This section will apply if you are found to be eligible for Medicaid. If you are eligible for Medicaid, your services will be provided by one of the four managed care organizations (MCOs) listed below. You have a choice of which MCO will provide your services. If you do not choose an MCO, you will be automatically assigned to an MCO by the New Mexico Health Care Authority. Once you are enrolled with an MCO, you will have the option to switch to a different MCO within 3 months of enrollment.

Special Information for Native Americans:

If you are Native American, you are not required to choose an MCO. If you choose not to select an MCO, you will be automatically enrolled in fee-for-service (FFS) Medicaid. If you are in need of long-term care services or if you have Medicare, you will be required to choose an MCO. (These services include Institutional Care and Home and Community-Based Services Waivers.)

I am a Native American YES NO

If **yes**, please fill out the Native American or Alaska Native section on the next page.

If **yes**, please tell us if you want to enroll in a managed care organization (MCO): YES NO

If **you want to enroll in an MCO**, please select an MCO below.

Blue Cross and Blue Shield of New Mexico
(866) 689-1523 www.bcbsnm.com/community-medicaid

By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.

or
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

Presbyterian Turquoise Care
(888) 977-2333 www.phs.org/health-plans/turquoise-care-medicaid

By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.

or
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

Molina Healthcare of New Mexico
(844) 862-4543 www.molinahealthcare.com/members/nm/en-us/mem/Medicaid.aspx
By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.

or
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

United Healthcare Community Plan
(877) 236-0826
www.uhc.com/communityplan/new-mexico/plans/medicaid/turquoise-care
By checking this box, I wish to enroll all Medicaid recipients in my household with this MCO.

or
Only the Medicaid recipients from this household that are listed here should be enrolled with this MCO:

10. Please Sign This Application. Your authorized representative may also sign here.

Your signature makes this application valid. This application cannot be processed unless signed. Your signature is also an indication of the following:

- I understand that making false statements or hiding information could mean state and federal penalties. I have given HCA true, correct and complete information.
- I am declaring the identity of the children under age 16 for whom I am applying.
- If asked, I will give proof of things I report to HCA. If I cannot get proof, I know that I can ask HCA to help me and I will let HCA contact other people and companies to get proof.
- I will let HCA give limited information to approved agencies that offer related assistance for which I may be eligible.
- I understand that if I receive SNAP, Cash, or LIHEAP benefits for which I am not eligible, that I may have to pay back HCA for those benefits.
- I know that HCA will check the information that I give. HCA may use computers or other ways to check the information on this form.
- I know that HCA will check the immigration status of people who apply for or get benefits. I understand that immigration status for any household member that I am applying for may be subject to verification by USCIS (INS) and that it may affect the household's eligibility and/or level of benefits.
- I understand that I must cooperate with Quality Control (QC). QC is a part of HCA. QC reviews cases to make sure we determine who can get help correctly.
- I have been given an opportunity to review my rights and responsibilities, including fair hearing rights and more.
- TRUSTS – I understand that if I, or the person(s) for whom I am applying, have set up a trust or are the beneficiaries of a trust, I must give HCA a copy of the trust document, including all attachments and related information. HCA will analyze the trust to see if it affects the Medicaid benefits for which I am applying.
- ESTATE RECOVERY – I understand that after my death, HCA can file a claim against my estate to recover the amounts that the state pays or paid on my behalf for medical assistance provided under the Medicaid program. This process is called "Estate Recovery". Estate Recovery is required by federal and state law where Medicaid recipients are 55 years of age or older and the state makes medical assistance payments on their behalf for nursing facility services, home and community-based services, and/or related hospital and prescription drug services. The amount recovered by HCA will not exceed the amount of medical assistance payments made on behalf of the Medicaid recipient. Some exclusions may apply.
- A person who is applying for or receiving Medicaid shall assign to HCA all rights against any and all individuals for medical support or payments for medical expenses paid on the applicant's or recipient's behalf and the behalf of any other person for whom application is made or assistance is received.
- For parents who qualify for Medicaid: I know I will be asked to cooperate with the agency that collects medical support from an absent parent. If I think that cooperating to collect medical support will harm me or my children, I can tell the Child Support Services Division (CSSD) and I may not have to cooperate. Non-cooperation with CSSD may result in termination of my Medicaid eligibility.
- I, as the Authorized Representative, affirm and agree to be legally bound to maintain the confidentiality of any information regarding the applicant or beneficiary, shall not reassign any provider claims, if applicable, and shall adhere to all requirements set forth at 42 CFR §435.923(d).
- To **withdraw** your application for medical assistance, please initial this box:

Applicant's Signature	Name of Witness (only if applicant signs by mark or thumbprint)	Date
Signature of Applicant's Authorized Representative (if applicable)	Signature of Witness (only if applicant signs by mark or thumbprint)	Date

12. Register to Vote. The National Voter Registration Act provides you with the opportunity to register to vote at this location. If you would like help in filling out a voter registration application form, we will help you. The decision about whether to accept help is yours. You may fill out the application form in private. **Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.**

If you are not registered to vote where you live now, would you like to register to vote here today? YES NO

If you do not check either box, you will be considered to have decided **not** to register to vote at this time.

Signature	Date
-----------	------

Confidentiality: Whether you decide to register to vote or not, your decision will remain confidential. If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, or your right to privacy in deciding whether to register or apply to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Office of the Secretary of State, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503 or by calling 1-800-477-3632.

Program Application Information Pages
You may keep this information for your records

1. Special Needs Information



If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or if you require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the HCA American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-7701, through the New Mexico Relay System TDD at 1-800-659-8331, or by dialing 711. HCA requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 9/10/15)

2. Your Civil Rights / Nondiscrimination Statement

This institution is prohibited from discriminating on the basis of race, color, national origin, disability, age, sex and in some cases religion and political beliefs. To file a complaint of discrimination regarding a program receiving federal financial assistance through the US Department of Health & Human Services (HHS), write to: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 or call (202) 619-0403 (voice) or 1-800-537-7697 (ITV). HHS is an equal opportunity provider and employer. (Revised 9/10/15)

3. Confidentiality

All information you give to HCA is confidential. This information will be given to HCA employees who need it to manage the programs for which you have applied. Confidential information may also be released to other federal and state agencies. All information will be used to determine eligibility and/or to provide services. This information may be given to other federal and state agencies for official examination, and to law enforcement officials for the purpose of picking up persons fleeing to avoid the law. If you get benefits that you were not eligible for and have to pay them back, this is called a claim. If your household gets a claim against it, the information on this application, including all Social Security Numbers (SSNs), may be given to federal and state agencies, as well as to private claims collection agencies for claims collection action.

You only have to give US citizenship information and SSNs for household members that you are applying for. You do not need to be a US citizen to apply. Non-citizen immigrants who are not requesting assistance for themselves do not need to give immigration status information, SSNs or other similar proofs; however, they must give information about their income because part of their income may count toward the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without an SSN; ask ISD. Immigration information will not be shared with any immigration enforcement agency.

HCA will check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and the Public Assistance Reporting Information System (PARIS) to verify the information you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount. (Revised 9/10/15)

4. Child Support Services Division

By accepting medical assistance, you give HCA rights to collect child support from your child or children's absent parent(s). You must help HCA find the absent parent(s) unless there is a good reason not to do so, such as domestic violence; ask a caseworker. If it is decided that you have to work with the Child Support Services Division (CSSD) to establish or enforce child support and you do not, the adults in the household may lose their medical assistance. (Revised 9/10/15)

5. Interview

The medical assistance programs that you can apply for with this application do **not** require an interview.

6. Proof Information

HCA will check electronic data sources to see if it can verify your income and other information you provided on this application without requiring paper documentation. If HCA cannot verify your income and other information through electronic data sources, then HCA will ask you to provide proof of the information you provided on your application. You will receive a letter in the mail asking you for this information. If you need more time to provide proof to HCA, you may ask for more time by contacting ISD.

See the list on the next page of what information HCA may verify and examples of proof that you may be asked to provide.

Verification of:	Examples of Proof you May be Asked to Give HCA
Where you live	Utility bill, rental agreement, letter addressed to you at the address you gave on your application
Social Security Number (SSN)	Social Security card or letter from the Social Security Administration (SSA) with your name and SSN
Identity, Relationship and Age	Driver's license, Social Security card, birth or baptism certificate(s), citizenship/naturalization records, Indian census records, Certificate of Indian Blood (CIB), government records, court records, voter registration card, divorce papers, US passport, school or day care records, insurance policies, church records or family bible, letter from a doctor, religious or school official, or someone who knows you, the child/children's relationship with you and knows the child's date of birth.
US Citizenship	For medical assistance, the federal government requires that individuals may have to give certain original documents or certified copies that verify citizenship. Any original documents will be copied and returned.
Immigration Status	If you are an immigrant applying for medical assistance, you may have to provide original USCIS (formerly the INS) records or certified original copies.
Disability	Medical records that say how long you will be disabled, whether or not you can work and if constant help/care is needed.
Pregnancy	You do not need to provide documents to verify your pregnancy.
School Attendance	You do not need to provide documents to verify school attendance.
College Student	You do not need to provide documents to verify college attendance.
Student Financial Aid	You may be asked to provide a letter from the financial aid office stating what types and amounts of financial aid and the costs you will have to pay for your schooling.
Income – The most recent 30-day period or all from last month	<p>Earned income: Check stubs or a letter from your employer with the hours you will work and the pay you will get. If you are self-employed, you may be asked for income tax records, business records or personal wage records.</p> <p>Unearned income: Copies of checks received or a letter from Social Security, Unemployment Compensation, Worker's Compensation, Veteran's Administration, Bureau of Indian Affairs, Public Employees Retirement, etc.</p> <p>Alternative verification may be accepted; please talk to your caseworker.</p>
Loss of a Job – The past 60 days	Letter from the employer
Health Insurance	ID card or letter from your insurance company
Medicare Part A	ID card or letter from the Social Security Administration

7. Non-Citizen Immigrant Eligibility

Many immigrants can get Medicaid residing in New Mexico. Some immigrants must have been in a certain status for 5 years before they can get Medicaid. There are many exceptions. Any lawfully residing child under the age of 21 or pregnant woman that meets all other requirements can get Medicaid right away. Some immigrants are eligible without a social security number. Even if you do not have an immigration status that qualifies you for Medicaid, you may be able to get Medicaid for emergencies. Ask a caseworker for more information. We keep your information private and only share information with other government agencies to see which programs you qualify for. Immigrants in one of the following statuses may be eligible for Medicaid if they meet other program requirements:

1 – U.S. Citizen	2 – Lawful Permanent Resident (LPR/Green Card holder)	3 – Asylee	4 – Refugee	5 – Cuban/Haitian entrant	6 – Paroled into the U.S. (for at least one year)
7 – Conditional entrant granted before 1980	8 – Battered spouse, child, or parent or un-remarried surviving spouse	9 – Victim of trafficking and his/her spouse, child, sibling, or parent	10 – Granted Withholding of Deportation or Withholding of Removal	11 – Member of a federally recognized Indian tribe or American Indian born in Canada	12 – Afghan or Iraqi Special Immigrant
13 – Individual with non-immigrant status	14 – Paroled into the U.S. (for less than one year)	15 – Temporary Protected Status (TPS)	16 – Deferred Enforced Departure (DED)	17 – Deferred Action Status	18 – Lawful temporary resident (LTR)
19 – Granted an administrative stay or removal by DHS	20 – Granted Withholding of Removal under the Convention Against Torture (CAT)	21 – Resident of American Samoa	22 – Applicant for Special Immigrant Juvenile Status	23 – Applicant for Adjustment to LPR Status with an approved visa petition	24 – Applicant for Victim of trafficking visa
25 – Applicant for Asylum (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	26 – Applicant Withholding of Deportation or Withholding of Removal (with EAD or under age 14 with application pending for at least 180 days)	27 – Registry applicant (with EAD)	28 – Order of supervision (with EAD)	29 – Applicant for Cancellation of Removal or Suspension of Deportation (with EAD)	30 – Applicant for Legalization under IRCA (with EAD)
31 – Applicant for Temporary Protected Status (TPS) (with EAD)	32 – Legalization under the LIFE Act (with EAD)	33 – Amerasian	34 – Hmong/Laotian	35 – Compacts of Free Association (COFA) citizens of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, and the Republic of Palau Individuals who lawfully reside in the U.S. in accordance with section 141 of the Compacts of Free Association between the Government of the United States and the Governments of the Federated States of Micronesia, the Republic of the Marshall Islands, and the Republic of Palau.	36 – Lawfully Present but not listed
37 – Other	38 – Unsure				

8. Fair Hearing Rights

You can ask for a hearing if you do not agree with a decision HCA has made regarding your application/benefits. A hearing will give you a chance to explain why you do not agree. Any time you disagree with a decision taken on your case, you have the right to request a fair hearing with an official who is required by law to review the facts of every case in a fair and objective manner and give you a chance to explain why you do not agree.

You can ask for a fair hearing when you apply for benefits and are denied; you disagree with a decision on your case; you believe your benefits were not determined correctly; or a change was made that you do not agree with.

You have 90 days from the date of notice to ask for a fair hearing. If you ask for a hearing within 13 days from the date of the notice, you will continue to get the same amount of benefits you received before we took the action in the notice. You will continue to get these benefits until HCA decides your case, unless another change is made in your case. Changes in benefits may be made after you have asked for a hearing if the reason for the change is not the same as the reason for the hearing. If you lose the hearing, you may have to pay back any benefits you received while HCA decided your case. You do not have a right to a fair hearing if HCA's decision that you are challenging was the result of a federal or state mass change.

You can ask for a fair hearing the following ways:

- Complete and return the bottom of a notice, or

- Write or call your local ISD office or the Customer Service Center at 1-800-283-4465, or
- Write to the HCA Fair Hearings Bureau at PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348, or
- Call the HCA Fair Hearings Bureau at (505) 476-6213.

If you disagree with a decision by the New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX), you may appeal the action by contacting the NMHIX at 1-800-318-2596 and inform the NMHIX that you believe their action should be reconsidered. You may authorize someone else to represent you in the appeals process.

After you ask for a fair hearing, HCA or the NMHIX will send you a letter telling you the date, time and place where your hearing will be held. HCA hearings are usually at the ISD office. The hearing will be conducted by a hearing officer from the HCA Fair Hearings Bureau or the NMHIX. Prior to the hearing, you or your representative can look at your case record and any proof that will be used to decide your case. You will tell why you believe the HCA or NMHIX decision to be wrong. You may bring witnesses and present proof. You may question the county office or the NMHIX about the action taken and the proof presented. You may represent yourself or you may be represented by a friend, household member or an attorney. For information on where you can get free legal help, call 1-833-LGL-HELP (1-833-545-4357).

After the hearing, the hearing officer will make a report. The HCA Division Director or the NMHIX Director will decide whether the action was right or wrong. After your case has been decided, you will be sent a letter telling you about the decision and why the decision was made. (Revised 11/01/18)

9. After You Submit Your Application

How soon will my application be approved or denied?

Most Medicaid applications must be processed no later than 45 calendar days after the date of application. If a disability determination is required by the Disability Determination Unit (DDU), then HCA has up to 90 days to process your application.

From what date will I receive Medicaid?

If you are approved, you will receive Medicaid from the first day of the month you applied. You may be eligible for up to 3 prior months of Medicaid coverage.

How will I get my benefits?

A Medicaid card will be mailed to you by your managed care organization (MCO) within 20 days of approval. If you do not have an MCO, then HCA will mail you a card. Your doctor can look up your Medicaid before you receive a card in the mail. You can receive covered services as soon as you are approved. Call your MCO to find out about covered services. If you do not have an MCO, call HCA at 1-888-997-2583.

How long can I get benefits before I have to renew them?

Your Medicaid will be approved for 12 months. You should report any changes that could affect your eligibility within 10 days; see below.

Do I have to report changes?

Medicaid recipients are required to report certain changes that might affect their eligibility to ISD within 10 days from the date the change happened. Changes you should report include the following:

1. Living arrangements or change of address: Report any change in where an eligible recipient lives or gets mail.
2. Household size: Report any change in the household size, including the death of an individual who is included in the household and/or any pregnancies of household members.
3. Enumeration: Report any new social security number of individuals receiving Medicaid benefits in the household, including any newborn receiving Medicaid.
4. Income: Report any increase or decrease in the amount of income. For some categories of Medicaid, such as children and pregnant women, changes in income do not affect eligibility until the renewal date.
5. Resources: Reporting changes in what you own (such as property or money in the bank) is only required for Institutional Care, Waiver, Working Disabled Individuals, Supplemental Security Income (SSI) Extension Medicaid.

Employer Coverage Form

You don't need to answer these questions unless someone in the household is eligible for health coverage from a job, even if they don't accept the coverage. Attach a copy of this page for each job that offers coverage.

Failure to complete this form will not delay your application for other benefits like food assistance, cash assistance or Medicaid.

The New Mexico Health Insurance Exchange (NMHIX) application asks questions about any health coverage available through a current job (even if it's from another person's job, like a parent or spouse) to figure out if you might be able to get help paying for health insurance. Use this form to get the information you need from the employer who offers health coverage. The NMHIX will verify this information, so it's important to be accurate. If you have more than one job that offers health coverage, use a separate form for each employer.

Employee Information

The employee needs to fill out this section. Write down the employee's information, then you may request the employer information below from the employer.

Employee Name (First, Middle, Last)	Employee Social Security Number
-------------------------------------	---------------------------------

Employer Information:

Ask the employer for this information.

Employer name	Employer Identification Number (EIN)	
Employer Address	Employer Phone Number () -	
City	State	Zip Code

Who can we contact about employee health coverage at this job?

Name: _____ Phone: _____ Email: _____

Tell us about the health plan offered by this employer

This employee isn't eligible for coverage under this employer's plan.

This employee is eligible for coverage under this employer's plan on _____ (Start Date).

List the names of anyone else who is eligible for coverage from this job:

What is the name of the lowest cost self-only health plan this employee could enroll in at this job? (Only consider plans that meet the "minimum value standard" set by the Affordable Care Act.) Name: _____

No plans meet the "minimum value standard"

How much would the employee have to pay in premiums for that plan?

\$ _____ How Often? Weekly Every 2 weeks Twice a month Monthly Yearly Other _____

What change, if any, will the employer make for the new plan year?

No change.

Employer won't offer health coverage.

Employer will start offering health coverage to employees or change the premium for the lowest-cost plan that meets the minimum value standard.

Date of change, if applicable: _____

Hoja informativa para solicitud de asistencia médica



Autoridad de Atención Médica (HCA) de Nuevo México beneficios de Asistencia médica:

- Medicaid proporciona cobertura de salud gratis o de bajo costo para ciertas personas y familias de bajos ingresos.
- Según los ingresos familiares, algunos integrantes del grupo familiar pueden reunir los requisitos para recibir cobertura de Medicaid completa o limitada.
- El Programa de Ahorros de Medicare brinda ayuda para pagar su Medicare Parte A (Seguro hospitalario) y/o primas de Medicare Parte B (Seguro médico) y deducibles de Medicare.

Puede inscribirse en Medicaid por internet en:

www.yes.state.nm.us

O llame al 1-800-283-4465

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

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



Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX)

- El NMHIX es una manera de comprar 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 por el seguro de salud, incluso si gana tanto como \$98,000 por año (para una familia de cuatro).
- Pueden estar disponibles subsidios fiscales que pueden ayudarle 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 1-855-996-6449
TTY: 1-855-885-2018

Programas de Asistencia médica

MEDICAID	<p>Según los 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 podrían reunir los requisitos los integrantes del grupo familiar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Recién nacidos • Niños hasta los 18 años de edad • Padre/madre/cuidador(es) • Mujeres embarazadas • Adultos de bajos ingresos • Servicios médicos de emergencia para no ciudadanos (EMSNC)
MERCADO DE SEGUROS DE SALUD DE NM	<p>El NMHIX es una manera de comprar 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 del grupo familiar 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 del grupo familiar no reúnen los requisitos para Medicaid, su solicitud será enviada automáticamente al NMHIX donde usted o los integrantes del grupo familiar pueden ser elegibles para otros programas de seguros de salud asequibles.</p>

Avísenos si necesita:
 Ayuda para llenar esta solicitud
 Ayuda gratuita con el idioma
 No tengo transporte
 Adaptaciones por incapacidad

Idioma preferido:

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

Primer nombre, inicial del segundo nombre, apellido	Fecha de nacimiento	Mejor horario para comunicarnos con usted		
Domicilio	Ciudad	Condado	Estado	Código postal
Dirección de correo electrónico	Número de teléfono		Número de teléfono alternativo (opcional)	

Si su dirección postal es diferente, complete a continuación. Si respondió no, deje en blanco.

Dirección postal (si es diferente)	Ciudad	Estado	Código postal
¿Es usted residente de Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Usted pretende permanecer en Nuevo México? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	¿Es usted una persona sin hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	
¿Desea que su información se envíe a su correo electrónico? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			
Si contestó sí , complete arriba su dirección de correo electrónico más actualizada.			

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 usted desea un representante autorizado, debe indicarnos a continuación, por escrito, quién es esa persona.

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 federales.

Liste todas las personas que viven en su hogar, incluso si no quiere presentar una solicitud para ellos. Solo debe presentar ciudadanía de los EE. UU. y números de seguro social (SSN) para los integrantes del grupo familiar que estén solicitando asistencia. El SSN es opcional para las personas que no están solicitando asistencia médica, pero si proporciona un SSN puede acelerar el proceso de solicitud. Para solicitar beneficios no es necesario que sea ciudadano estadounidense o que presente los impuestos a la renta. La situación migratoria de todas las personas que solicitan beneficios podría estar sujeta a verificación por el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) a través de la presentación al DHS de la información provista en esta solicitud, y la información recibida del DHS podría afectar la elegibilidad de su hogar. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su situación migratoria, sus SSN ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos debido a que parte de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Podrían haber disponibles ciertos programas de asistencia médica para personas sin un SSN; consulte a la ISD. La información racial y étnica sobre el grupo familiar del solicitante es voluntaria; no afectará la elegibilidad ni el importe de los beneficios que podría recibir su grupo familiar. Se urge a los integrantes de pueblos originarios a identificarse debido a que ellos tienen derecho a ciertas protecciones especiales bajo la ley. El motivo por el que pedimos a todos información racial y étnica es para asegurarnos de que se distribuyan los beneficios independientemente de la raza, el color o la nacionalidad de origen. Si necesita más espacio, use otra hoja.

Indique los nombres y la información de usted y de las personas que viven con usted como así también de cualquier persona que incluirá en su declaración de impuestos sobre la renta federales:

Esta sección solo se requiere para cada persona que solicite asistencia médica:

Nombre (Primero y apellido)	Relación	¿Está solicitando asistencia médica? Sí/No	Género M/F	Fecha de nacimiento	Etnicidad: Hispano Sí/No (opcional)	Raza: 1-6 Ver a continuación (opcional)	Afiliación tribal (opcional)	Número de Seguro Social (SSN) – obligatorio si tiene uno (opcional para las personas que no presentan solicitud)	Ciudadanía o situación migratoria 1-34 (ver a continuación)
	(Uno mismo)	<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							

Raza: Por cada persona que solicita asistencia, elija el/los número(s) describa abajo su raza y escriba el/los número(s) arriba.

Ciudadanía o situación migratoria: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija el/los número(s) a continuación que mejor lo que mejor describa su ciudadanía estadounidense o Situación migratoria y escriba el/los número(s) más arriba.

1 – Indio Americano/Nativo de Alaska
2 – Asiático
3 – Negro o afroamericano
4 – Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
5 - Blanco
6 – Otro

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 – Legalización en virtud de la Ley LIFE (con EAD)	34 – Asiático(a) de origen estadounidense	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 sobre presentaciones impositivas. Proporcione la siguiente información sobre todos los integrantes del grupo familiar que solicitan asistencia médica, incluso si la persona que paga impuestos o dependiente en la declaración de impuestos no está en su casa. No es necesario que declare impuestos sobre la renta federales para solicitar.

A Nombre	B ¿Esta persona tiene pensado declarar impuestos sobre la renta federales el año próximo?	C ¿Esta persona hará la declaración conjunta con su cónyuge/pareja?	D ¿Esta persona tiene dependientes en la declaración de impuestos?	E ¿Esta persona está declarada 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 contestó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre del	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	

		cónyuge o la pareja:			
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	
	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre del cónyuge o la pareja:	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el/los nombre(s) del/de los dependiente(s):	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO Si contestó sí , indique el nombre de quien declara impuestos:	

5. Conteste las siguientes preguntas acerca de las personas que enumeró en la Sección 3 que estén buscando beneficios para sí mismos. Para integrantes del grupo familiar que estén solicitando 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 de registro-A o I-94 (si lo conoce)	Número de tarjeta o de pasaporte (si lo conoce)	ID de SEVIS o fecha de vencimiento (opcional)	Otro (Código de la categoría o país de emisión, si lo conoce)	¿Vive en EE. UU. desde 1996?	¿Esta persona es cónyuge o padre/madre de un veterano o de un miembro activo del ejército 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 Medicaid en otro estado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién? ¿En cuál estado?
b. ¿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 contesto sí , ¿quién?
c. ¿Alguna solicitante está embarazada?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién? Fecha de parto, (si la conoce): Número de bebés que se esperan de este embarazo (si se conoce):
d. ¿Algún niño en esta solicitud tiene un padre que vive fuera del hogar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO
e. ¿Hay algún miembro de la familia que esté en prisión (detenido o encarcelado)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién? ¿En qué establecimiento? Fecha de entrada en prisión: Fecha de liberación (si la conoce):
f. ¿Alguno de los solicitantes del grupo familiar está recibiendo Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién?
g. ¿Hay alguien que presente la solicitud y tenga entre 18 a 25 años y que estuviera en cuidado de crianza y recibiera Medicaid cuando cumplió 18 años?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién? ¿En cuál estado?
h. ¿Alguno de los solicitantes padece de una condición de salud física, mental o emocional que lo limite en las actividades (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién?
i. ¿Alguno de los solicitantes se encuentra actualmente o está ingresando a una residencia de atención residencial, hospital o establecimiento de tratamiento?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO En caso AFIRMATIVO , ¿quién? ¿Cuál es la fecha de admisión? ¿De dónde ingresó el solicitante (por ejemplo, domicilio, hospital)?
j. Si contestó sí, ¿en qué tipo de establecimiento?	<input type="checkbox"/> Residencia de atención residencial/establecimiento de atención residencial <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> PACE <input type="checkbox"/> Establecimiento de atención intermedia para discapacitados intelectuales (ICF/IID) <input type="checkbox"/> Otro Nombre de facilidad:
k. ¿Alguno de los solicitantes recibió una carta de Libertad de elección primaria para recibir una exención de los Servicios basados en el hogar y en la comunidad?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO Si contesto sí , ¿quién?

6. Háblenos de sus ingresos percibidos.

¿Usted o alguien que vive con usted recibió ingresos percibidos o espera recibir ingresos percibidos este mes? Sí No

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente tabla.

Por favor, informe su ingreso total **antes** de impuestos. Si está solicitando asistencia médica y a usted u otra persona de su hogar se le ofrece seguro de salud de cualquier empleador, por favor rellene el formulario de Cobertura del Empleador adjunto a esta solicitud. Si no califica para Medicaid, es posible que el Mercado de Seguros Médicos para Nueva México (NMHIX) necesite usar información sobre cualquier cobertura médica que pueda tener a través de un trabajo para averiguar si puede obtener ayuda para pagar el seguro médico. Por no completar este formulario, no se retrasará su solicitud de asistencia

Persona con ingreso	Número de horas promedio 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?	¿Esta persona tiene un empleador que ofrece seguro de salud? Si contestó sí, llene el formulario de Cobertura del empleador para averiguar si puede obtener seguro de salud a través del NMHIX en caso de que se determine que no es elegible para Medicaid. No se le requiere completar el formulario de cobertura del empleador para Medicaid.
				\$	<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 quita algo de lo siguiente de sus ingresos?

<input type="checkbox"/> Interés de préstamo estudiantil ¿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?	<input type="checkbox"/> Otro: Tipo ¿Quién? ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?	<input type="checkbox"/> Otro: Tipo ¿Quién? ¿Cuánto? \$ ¿Con qué frecuencia?

7. Cuéntenos sobre sus otros ingresos. ¿Usted o alguien que vive con usted ha recibido algún ingreso o espera recibir algún ingreso este mes?

Sí No

En caso afirmativo, por favor complete la siguiente tabla.

Ejemplos de ingresos no salariales/otros incluyen, entre otros: desempleo, Seguro Social, pensiones, jubilación, ingresos por alquiler, ganancias de capital, regalías, donaciones financieras y ganancias/premios de juego. Informar manutención infantil o manutención conyugal si está solicitando SNAP o Efectivo. Si solo está solicitando Asistencia Médica, no necesita informar ingresos de manutención infantil.

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

¿Habrá cambios en el ingreso?

¿Usted o alguien que vive con usted tiene ingresos que cambian de un mes a otro?

Entre los ejemplos se incluyen: pérdida de empleo, disminución de horas, cambio en el empleo, cambio en la paga y/o solo trabaja algunos meses del año.

SÍ NO NO SABE

Si contestó sí, complete el cuadro a continuación.

Persona con cambios en el ingreso	¿Qué ingresos cambian?	¿Cuándo y por qué cambian?	Ingreso total de este año	Total de ingresos esperado para el año próximo
			\$	\$
			\$	\$

8. Información de atención de la salud.

¿Algún integrante del grupo familiar recibió servicios médicos dentro de los últimos 3 meses que no han sido pagados?

SÍ NO

Si contestó sí, complete el cuadro a continuación. Es posible que podamos ayudar a pagar estas facturas.

Personas con facturas médicas no pagadas	Meses facturados

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

Personas cubiertas	Nombre de la compañía de seguro	Núm. de afiliado del seguro O bien el Núm. de reclamo de Medicare	Fecha de inicio

9. Organización de atención gestionada (MCO). Esta sección se aplicará si se determina que usted es elegible para Medicaid. Si es elegible para Medicaid, una de las cuatro organizaciones de atención gestionada (MCO) que se indican a continuación prestará sus servicios. Usted tiene la opción de elegir la MCO que le prestará servicios. Si no elige una MCO, el Autoridad de Atención Médica de Nuevo México lo asignará una MCO de forma automática. 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 nativo americano? Si es así, no tiene que elegir una MCO. Si no elige una MCO, estará en Medicaid de Pago por Servicio (FFS). Esto es automático. Si necesita servicios de atención a largo plazo, tendrá que elegir una MCO. (Estos servicios incluyen Atención Institucional y Exenciones de servicios basados en el hogar y en la comunidad.) Además, si tiene Medicare, tendrá que elegir una 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 que sigue.

Si contestó **sí**, indique si desea inscribirse en una organización de atención gestionada (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/community-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 seleccionen 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 seleccionen aquí deben inscribirse en esta MCO:

Molina Healthcare of New Mexico

www.molinahealthcare.com/members/nm/en-us/mem/Medicaid.aspx

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con Molina: _____

United Healthcare Community Plan

www.uhc.com/communityplan/new-mexico/plans/medicaid/turquoise-care

Al marcar esta casilla, quiero inscribir a todos los beneficiarios de Medicaid en mi hogar con esta MCO.

Sólo los beneficiarios de Medicaid de este hogar que están listados aquí deben estar inscritos con United: _____

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 su integrante del grupo familiar son integrantes de los pueblos originarios de Estados Unidos, podría no tener que pagar la participación del costo y obtener períodos de inscripción mensual especiales para el seguro a través del NMHIX. Le estamos solicitando 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.

10. Firme esta solicitud. Su representante autorizado también puede firmar aquí.

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:

- Comprendo que hacer falsos testimonios o esconder información podría significar sanciones estatales y federales. He proporcionado información verdadera, correcta y completa al HCA.
- Estoy declarando la identidad de los niños menores de 16 años por quienes presento las solicitudes.
- Si se solicita, entregaré pruebas de las cosas que informé al HCA. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HCA y permitiré que el HCA se comunice con otras personas y compañías para obtener pruebas.
- Dejaré que el HCA entregue información limitada a agencias aprobadas que ofrezcan asistencia relacionada para la cual podría reunir los requisitos.
- Entiendo que si consigo SNAP, Efectivo, o beneficios LIHEAP para los cuales no soy elegible, entonces puede que tenga que pagar HSD.
- Sé que el HCA revisará la información que proporcioné. El HCA podría usar computadoras u otras maneras de revisar la información en este formulario.
- Sé que el 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 del HCA. QC revisa los casos para asegurarse de que determinemos quién puede obtener ayuda de forma correcta.
- Tuve la oportunidad de revisar mis derechos y responsabilidades, incluyendo los derechos a una audiencia justa y más.
- 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 al HCA una copia del documento de fideicomiso, incluyendo todos los anexos e información relacionada. El 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, el 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. Este proceso se llama "Recuperación de la herencia". 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 el 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 deberá asignar al 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 de Niños (CSSD) y es posible que no tenga que cooperar. La falta de cooperación con el CSSD podría resultar en la cancelación de mi elegibilidad para Medicaid.
- Yo, como representante autorizado, afirmo y estoy de acuerdo a estar legalmente obligado a mantener la confidencialidad de cualquier información relacionada al solicitante o al beneficiario, no reasignaré ningún reclamo del proveedor, si correspondiere, y cumpliré con todos los requisitos establecidos en 42 CFR 435.923(d).
- Para **retirar** su solicitud para asistencia médica, coloque sus iniciales en esta casilla:

Firma del solicitante	Nombre del testigo (solo si el solicitante firma con una marca o la huella del pulgar)	Fecha
Firma del Representante autorizado del solicitante (si corresponde)	Firma del testigo (solo si el solicitante firma con una marca o la huella del pulgar)	Fecha

12. Registro para votar. La Ley de registro nacional de votantes le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. Usted decide si acepta esta ayuda. Puede completar el formulario de solicitud en privado. **Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.**

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora? Sí NO

Si no marca ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido **no** registrarse para votar en este momento.

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 en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina del Secretario de Estado, 325 Don Gaspar, Suite 300, Santa Fe, NM 87503 o llamando al 1-800-477-3632.

Páginas de información para solicitar el programa

Puede mantener esta información para sus registros

1. Información de necesidades especiales



Si tiene alguna discapacidad y necesita esta información en un formato alternativo o requiere adaptaciones especiales para participar en alguna audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del HCA al (505) 827-7701, a través del dispositivo de telecomunicación para sordos de Nuevo México al 1-800-659-8331, o marcando 711. El HSD exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas. (Revisado el 09/10/15)

2. Sus derechos civiles/ Declaración de no discriminación

En esta institución, está prohibido discriminar en función de raza, color, nacionalidad de origen, discapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas. Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Ave., SW, Washington, DC 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o bien al 1-800-537-7697 (ITY). El HHS es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado el 09/10/15)

3. Confidencialidad

Toda la información que proporcionó al HCA es confidencial. Esta información se proporcionará a los empleados del HCA, que la necesitan para administrar los programas cuyos beneficios ha solicitado. Es posible que la información confidencial se comparta con otras agencias federales y estatales. Toda la información se usará para determinar la elegibilidad o 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 hace un reclamo en contra de su grupo familiar, la información en esta solicitud, incluidos todos los números de Seguro Social (SSN), podrían remitirse a agencias federales y estatales, como así también a agencias privadas de cobranza de reclamos para las 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. Para solicitar beneficios no es necesario que sea ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no tienen obligación de proporcionar información sobre su situación migratoria, sus SSN ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos debido a que parte de sus ingresos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del grupo familiar para recibir asistencia. Podrían haber disponibles ciertos beneficios para personas sin un SSN; consulte a la ISD. La información migratoria no se compartirá con ninguna agencia de control de inmigración.

El 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. (Revisado el 09/10/15)

4. División de Cumplimiento de Sostenimiento de Niños

Al aceptar asistencia médica, usted otorga al HCA los derechos para cobrar el sostenimiento de niños al padre/madre ausente del niño. Usted debe ayudar al HCA a encontrar al padre/madre ausente a menos que exista una buena razón por la cual no deba hacerse esto, como violencia doméstica; consulte al trabajador del caso. Si se decide que usted debe trabajar con la División de Servicios de Manutención de Niños (CSSD Niños (CSSD) para establecer o hacer cumplir el sostenimiento de niños y no lo hace, los adultos en su grupo familiar podrían perder su asistencia médica. (Revisado el 9/10/15)

5. Entrevista

Los programas de asistencia médica que puede solicitar presentando esta solicitud **no** requieren una entrevista.

6. Información de prueba

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

Vea a lista en la próxima página sobre qué información podría verificar el HSD y los ejemplos de pruebas que se le podrían solicitar a usted que presente.

Verificación de:	Ejemplos de pruebas que el HCA podría solicitarle que presente
Dónde vive	Factura de servicios públicos, acuerdo de alquiler, carta dirigida a usted al domicilio que brindó en su solicitud
Número de seguro social (SSN)	Tarjeta del Seguro Social o carta de la Administración del Seguro Social (SSA) con su nombre y SSN
Identidad, relación y edad	Licencia de manejar, tarjeta del Seguro Social, certificado(s) de nacimiento o bautismo, registros de ciudadanía o naturalización, registro 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 alguien que lo conoce a usted, el parentesco suyo con el niño y conoce la fecha de nacimiento del niño.
Ciudadanía estadounidense	Para asistencia médica, el gobierno federal requiere que las personas tengan ciertos documentos originales o copias certificadas que verifiquen la ciudadanía. Todo documento original será copiado y devuelto.
Situación migratoria	Si es extranjero y está solicitando asistencia médica, podría tener que presentar registros originales o copias certificadas del original del USCIS (ex INS).
Discapacidad	Registros médicos indicando cuánto tiempo estará incapacitado, si puede o no trabajar y si necesita ayuda/atención constante.
Embarazo	No necesita proporcionar documentación para verificar su embarazo.
Asistencia escolar	No necesita proporcionar documentación para verificar su asistencia escolar.
Estudiante universitario	No necesita proporcionar documentación para verificar su asistencia universitaria.
Ayuda económica para estudiantes	Se le podría requerir que proporcione una carta de la oficina de ayuda financiera de la escuela indicando qué tipos e importes de ayuda financiera y los costos que deberá pagar para su educación.
Ingreso: el período de 30 días más reciente o todo lo del último mes	Ingreso ganado: Talones de pago o una carta del empleador con las horas que trabajará y el pago que recibirá. Si usted es trabajador independiente, se le podrían solicitar sus registros de impuestos sobre la renta, registros comerciales o registros del salario personal. Ingreso no salarial: Copias de sus cheques 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: los últimos 60 días	Carta del empleador
Seguro de salud	Tarjeta de ID. o carta de su compañía de seguro
Medicare Parte A	Tarjeta de ID. o carta de la Administración del Seguro Social

7. Elegibilidad de inmigrantes no ciudadanos

Muchos inmigrantes pueden obtener Medicaid si residen en Nuevo México. Algunos inmigrantes deben mantener un estado en particular durante 5 años antes de poder obtener Medicaid. Hay muchas excepciones. Cualquier residente legal menor de 21 años o cualquier mujer embarazada que cumpla con todos los demás requisitos puede obtener Medicaid de inmediato. Algunos inmigrantes son elegibles sin un número de seguro social. Incluso aunque no tenga un estado migratorio que lo haga elegible 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 del gobierno con el fin de ver para qué programas es elegible. Los inmigrantes con uno de los estados siguientes pueden ser elegibles para Medicaid si cumplen otros requisitos del programa:

1 – Ciudadano estadounidense	2 – Residente permanente legal (Titular de LPR/Tarjeta Verde)	3 – Asilado	4 – Refugiado	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	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)				

8. Derechos de audiencia justa

Puede solicitar una audiencia si no está de acuerdo con una decisión tomada por el 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.

Puede solicitar una audiencia justa cuando solicite los beneficios y se le denieguen; cuando no esté de acuerdo con una decisión en su caso; cuando crea que sus beneficios no se determinaron de forma correcta; o se hizo un cambio y no está de acuerdo.

Tiene 90 días desde la fecha del aviso para solicitar una audiencia justa. Si solicita una audiencia dentro de los 13 días de la fecha del aviso, continuará obteniendo el mismo importe de beneficios que recibía antes de que tomemos la medida de este aviso. Podría continuar obteniendo estos beneficios hasta que el HCA tome una decisión sobre su caso, a menos que se haga otro cambio en su caso. Es posible que los cambios en los beneficios se realicen después de que usted haya pedido una audiencia si el motivo del cambio es diferente del motivo de la audiencia. Si pierde la audiencia, quizás deba pagar 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 federal o estatal masivo.

Puede solicitar una audiencia justa de las siguientes maneras:

- Complete y devuelva la parte inferior del aviso, o
- Escriba o llame a su oficina local de la ISD o al Centro de atención al cliente al 1-800-283-4465, o
- Escriba a la Junta de Audiencias Justas del HCA a HCA, PO Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348, o
- Llame a la Junta de Audiencias Justas del HCA al (505) 476-6213.

Si no está de acuerdo con una decisión por parte del Mercado de seguros de salud de Nuevo México (NMHIX), puede apelar la medida comunicándose con el NMHIX al 1-800-318-2596 e informando al NMHIX que usted cree que se debería reconsiderar su medida. Puede autorizar a otra persona para que lo represente en el proceso de apelación.

Luego de que solicite una audiencia justa, el HCA o el NMHIX le enviarán una carta indicándole la fecha, hora y lugar donde se llevará 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 del HCA o el NMHIX realizarán la audiencia. Antes de la audiencia, usted

o su representante pueden ver su registro del caso y cualquier prueba que se usará para decidir su caso. Usted dirá por qué considera que la decisión del HCA o del NMHIX es incorrecta. Puede presentar testigos y pruebas. Puede cuestionar a la oficina del condado o al NMHIX sobre la medida tomada o la prueba presentada. Puede representarse solo 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).

Luego de la audiencia, el funcionario de audiencia preparará un informe. El Director de la División del 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 indicándole sobre la decisión y por qué se tomó dicha decisión. (Revisado el 01/11/18)

9. Después de que presenta su solicitud

¿Cuánto tardarán en aprobar o rechazar mi solicitud?

La mayoría de las solicitudes de Medicaid deben ser procesadas a más tardar en 45 días calendario desde la fecha de la solicitud. Si la Unidad de Determinación de Incapacidad (DDU) requiere una determinación de incapacidad, entonces el HCA tiene hasta 90 días para procesar su solicitud.

¿Desde qué fecha recibiré Medicaid?

Si es aprobado, recibirá Medicaid desde el primer día del mes en el que lo solicita. Es posible que sea elegible para recibir cobertura de Medicaid por hasta los 3 meses previos.

¿Cómo obtendré mis beneficios?

Su organización de atención gestionada (MCO) le enviará por correo una tarjeta de Medicaid dentro de los 20 días de la aprobación. Si no tiene una MCO, entonces el HCA le enviará por correo una tarjeta. Su médico puede buscar su Medicaid antes de que reciba una tarjeta por correo. Puede recibir los servicios cubiertos tan pronto como sea aprobado. Llame a su MCO para averiguar sobre sus servicios cubiertos. Si no tiene una MCO, llame al HCA al 1-888-997-2583.

¿Durante cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de renovarlos?

Su Medicaid será aprobado por 12 meses. Debería informar sobre cualquier cambio que afecte su elegibilidad dentro de los 10 días; ver a continuación.

¿Debo informar los cambios?

Los beneficiarios de Medicaid tienen la obligación de informar ciertos cambios que pudieran afectar su elegibilidad con la ISD dentro de los 10 días desde que ocurrió el cambio. Los cambios que debería informar incluyen los siguientes:

1. Arreglos de vivienda o cambio de domicilio: Informar cualquier cambio en el que vive o recibe el correo un beneficiario elegible.
2. Tamaño del grupo familiar: Informar cualquier cambio en el tamaño del grupo familiar, incluyendo la muerte de una persona que está incluida en el grupo familiar y/o cualquier embarazo de las integrantes del grupo familiar.
3. Enumeración: Informar todo número de seguro social de las personas que reciben beneficios de Medicaid en el hogar, incluyendo cualquier recién nacido que reciba Medicaid.
4. Ingreso: Informar todo aumento o reducción en el importe del ingreso. Para algunas categorías de Medicaid, como niños y mujeres embarazadas, los cambios en el ingreso no afectan la elegibilidad hasta la fecha de renovación.
5. Recursos: Solo se requiere informar los cambios en sus posesiones (como ser propiedades o dinero en el banco) para Atención Institucional, Exenciones, Personas discapacitadas que trabajan, Extensión de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).

Formulario de cobertura del empleador

No necesita contestar estas preguntas a menos que alguien en su grupo familiar reúna los requisitos para la cobertura de salud de un empleo, incluso si no acepta la cobertura. Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

No completar este formulario no demorará su solicitud para otros beneficios como la asistencia de alimentos, asistencia en efectivo o Medicaid.

La solicitud del Mercado de Seguros de Salud de Nuevo México (NMHIX) hace preguntas acerca de cualquier cobertura de salud disponible a través de su empleo actual (incluso si es del empleo de otra persona, como un padre/madre o cónyuge) para determinar si podría obtener ayuda para pagar el seguro de salud. Use este formulario para obtener la información que necesita de su empleador que le ofrece cobertura médica. El NMHIX verificará esta información, por lo tanto es importante que sea exacta. Si tiene más de un empleo que ofrece cobertura médica, use un formulario separado para cada empleador.

Información del empleado

El empleado debe completar esta sección. Escriba la información del empleado, luego puede solicitar al empleador la información a continuación.

Nombre del empleado (primer nombre, segundo nombre y apellido)

Número de Seguro Social del empleado

Información del empleador:

Solicite esta información al empleador.

Nombre del empleador

Número de identificación del empleador (EIN)

Dirección del empleador

Número de teléfono del empleador

() -

Ciudad

Estado

Código postal

¿A quién podemos contactar acerca de la cobertura médica para este empleo?

Nombre: _____ Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

Cuéntenos acerca del plan de salud que ofrece este empleador

Este empleado no es elegible para la cobertura bajo el plan de este empleador.

Este empleado es elegible para cobertura bajo el plan de este empleador el _____ (Fecha de inicio).

Escriba los nombres de cualquier otra persona que reúna los requisitos para la cobertura de este empleo:

¿Cuál es el nombre del plan de salud unipersonal de menor costo en el que se podría inscribir a este empleado en este empleo? (Solo considere planes que cumplan el “valor estándar mínimo” establecido por la Ley de cuidado de salud asequible.) Nombre: _____

Ningún plan cumple el “valor estándar mínimo”

¿Cuánto debería pagar el empleado en concepto de primas para ese plan?

\$_____ ¿Con qué frecuencia? Semanalmente Cada 2 semanas Dos veces por mes Mensualmene
 Anualmente Otro_____

¿Qué cambio, de haber alguno, hará el empleador para el nuevo año del plan?

- Ningún cambio.
- El empleador no ofrecerá cobertura de salud.
- El empleador comenzará ofreciendo cobertura de salud para empleados o cambios en la prima por el plan de menor costo que cumpla con el valor estándar mínimo.

Fecha del cambio, si corresponde: _____

INFORMACIÓN PERSONAL					Protegido: Vea Aviso de Privacidad*	
Esta información <u>no</u> se debe copiar.						
1	NOMBRE: Apellido	Primer nombre	Segundo nombre o inicial	Género	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
DIRECCIÓN FÍSICA DONDE VIVE AHORA						
2	Domicilio	Apartamento, Unidad o N.º de lote		Ciudad	Código postal	
DIRECCIÓN DONDE RECIBE SU CORRESPONDENCIA (si es diferente a la anterior)						
3	Domicilio	Ciudad		Código postal		
4	Si va a cambiar su nombre en esta solicitud, ¿bajo qué nombre completo estaba registrado anteriormente? Apellido, Primer nombre, Segundo nombre				5	Dirección de correo electrónico (*opcional)
PARTIDO POLÍTICO			NÚMERO DE TELÉFONO DURANTE EL DÍA (opcional)		EMPLEADO EN URNA ELECTORAL	
6	TENGA EN CUENTA: Debe nombrar a un partido político principal para votar en las elecciones primarias. ▶▶▶▶	Partido	Si elige SIN PARTIDO, marque esta casilla. <input type="checkbox"/>		7	Para fines electorales, ¿puede el Secretario del Condado hacer público este número de teléfono? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
8	Por la presente lo autorizo a cancelar mi registro anterior en el siguiente condado y estado.	Ciudad o Pueblo		Condado	Estado	
Conteste las siguientes preguntas:						
9	¿Es usted ciudadano estadounidense? ¿Tendrá 18 años cumplidos día de la próxima elección general? Si marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario. Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente esta en libertad condicional o probación supervisada, no llene este formulario.		<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO		Juro/afirmo que soy ciudadano estadounidense y residente del estado de Nuevo México; que ningún tribunal me ha negado el derecho de votar por motivo de incapacidad mental; que tengo o tendré al momento de las próximas elecciones 18 años de edad y, si he sido condenado por un delito grave, he completado todas las condiciones de la libertad condicional y bajo palabra supervisada, he cumplido la totalidad de una sentencia o he recibido el indulto del gobernador. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de todo registro anterior para votar en el territorio de mi residencia previa; y que la información que brindé es correcta.	
➔ FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE EN LA LÍNEA A CONTINUACIÓN:						
10	Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario:	N.º DE ID DE VRA				
NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS - SOLO PARA USO OFICIAL						
Accepted for filing in County Registration Records					PCT.	MUN.
Date / County Clerk / Filing Clerk					PRC. DIST.	REP. DIST.
					SEN. DIST.	SCHOOL
					C.C.	

A FIN DE PROCESAR SU CERTIFICADO DE REGISTRO, DEBE COMPLETAR ESTA SOLICITUD.

RECIBIRÁ UNA CONFIRMACIÓN POR CORREO DE SU REGISTRO DE PARTE DEL SECRETARIO DEL CONDADO.

* AVISO DE PRIVACIDAD

Su número del Seguro Social y fecha de nacimiento se requieren para registrarse para votar. De conformidad con las leyes de Nuevo México, el secretario de estado, secretario del condado o cualquier otro agente o funcionario de registro no pueden dar a conocer al público el número del seguro social o la fecha de nacimiento de un votante. Una persona que ilegalmente copie, transmita o use la información de un certificado de registro es culpable de un delito en cuarto grado. Consulte NMSA, 1978 § 1-4-5 y NMSA, 1978, 1-4-5.4.

De conformidad con NMSA 1978 § 1-5-14(D) los archivos de los votantes proporcionados al público no incluirán la dirección de correo electrónica.

USE ESTA ÁREA ÚNICAMENTE SI VIVE EN UNA RESIDENCIA SIN DIRECCIÓN FÍSICA

Si la dirección donde usted vive ("Dirección física") es una de las siguientes:

- una dirección rural
- una dirección sin calle
- un lugar no tradicional

En el espacio que se proporciona a la derecha, debe dibujar un mapa de donde usted vive en relación con hitos locales, como caminos, escuelas, iglesias, tiendas, etc.

Esto ayudará al secretario del condado a determinar el recinto electoral correcto que le corresponde.

Además, en el espacio a continuación "DESCRIPCIÓN DE LA DIRECCIÓN RURAL", describa lo siguiente:

1. el número real del camino estatal o del condado en el que está situada su residencia y de qué lado del camino está (este, oeste, norte, sur);
2. el número de los caminos estatales más cercanos que crucen su camino (en ambas direcciones desde cualquier lado de su casa), o los nombres de hitos identificables;
3. la distancia y dirección que usted viajaría desde su casa para llegar a estos caminos;
4. la distancia que recorrería para llegar a su casa si usted vive en un camino privado que es una extensión de un camino público (tenga en cuenta en cuál extremo del camino público empieza su camino, este, oeste, norte o sur).

EJEMPLO RD 678, lado norte, 1 milla al este de RD 615
-O-

RD 73, lado oeste, 1 milla al norte de la tienda Smith y 4 millas al sur de RD 698

5. la dirección rural emitida por el condado que se asignó a la residencia física donde usted vive ahora:

EJEMPLO 3251 CR W Grady, NM 88120

Esta dirección también puede usarse en el Bloque 2 "DIRECCIÓN FÍSICA DONDE USTED VIVE AHORA" al reverso de este formulario.

MAPA

N
O + E
S

DESCRIPCIÓN DE LA DIRECCIÓN RURAL

TODOS LOS FORMULARIOS DE REGISTRO DE VOTANTES DEBEN INCLUIR UNA DIRECCIÓN POSTAL EN EL CUADRO 2 O EL CUADRO 3 AL REVERSO DE ESTE FORMULARIO.