


---

## Manual Revision Memorandum

---

**ISD-MR 17-07**

**TO:** ISD Employees  
**FROM:** Mary Brogdon,  Division Director for Income Support Division  
**RE:** Forms Manual Revision FAP 282 Notice of Noncompliance  
**DATE:** August 1, 2017

This MR is being issued to rescind “Notice of Failure to Comply with NMW Compliance Requirements” (FAP 282) and “Aviso de Falta de Cumplir Con Los Requisitos de Cuplimiento de NMW” (FAPSP 282). Along with the “Notice of Failure to Cooperate with Child Support Enforcement Division” (FAP 008) and “Aviso de Falta de Cooperar Con Sostenimiento De Niños’ (FAPSP 008). The “Notice That You Did Not Follow NMW and Child Support Enforcement Rules” (FAP 282) has been updated to combine both FAP 282 and FAP 008. The “Aviso Por No Cumplir Con Las Reglas de Sostenimiento de NMW” FAPSP 282 has been updated to combine both FAPSP 282 and FAPSP 008.

Currently the HSD 1240 “Notice of Noncompliance” is the form that is in ASPEN. The only time that the FAP 282 will be utilized is when the HSD 1240 needs to be suppressed. The FAP 282 is not in ASPEN and will only be accessible from the forms drive.

**Instruction:**

**Replace all previous versions of the forms listed below. All previous versions of the form listed in this MR must be removed from any current stock.**

Delete- FAP 282 Notice of Failure to Comply with NMW Compliance Requirements  
Revised 9/14/12  
FAPSP 282 Aviso de Falta Cumplir Con Los Requisitos de Cuplimiento de NMW  
Revisado 10/26/2012  
FAP 008 Notice of Failure to Cooperate with Child Support Enforcement  
Revised 8/16/11  
FAPSP 008 Aviso de Falta de Cooperar Con Sostenimiento De Niños  
Revisado 8/16/2011

Replace- FAP 282 Notice That You Did Not Follow NMW and Child Support Enforcement  
Rules Revised 7/3/2017

FAPSP 282 Aviso Por No Cumplir Con Las Reglas de Sostenimiento de NMW  
Revised 7/3/2017

This form has been posted to the forms drive :<\\disfasv025\ISDForms>

If you have any questions please contact Suzanne Duran-Vigil at 505-827-7289 or  
[SuzanneP.Duran-Vigi@state.nm.us](mailto:SuzanneP.Duran-Vigi@state.nm.us).

## AVISO POR NO CUMPLIR CON LAS REGLAS DE SOSTENIMIENTO DE NIÑOS DE NMW DIVISIÓN DE ASISTENCIA ECONÓMICA

Número de caso	Nombre del caso	Fecha del aviso
----------------	-----------------	-----------------

PARA:

\_\_\_\_\_ no ha cumplido con la reglas del programa TANF. Todos los adultos y padres adolescentes que reciben TANF deben cumplir con el Programa de NMW y trabajar con la División de Ejecución de Sostenimiento de Niños. Si usted no cumple con las reglas de TANF, puede recibir menos dinero de TANF o dejar de recibirlo (8.102.460.9 NMAC y 8.102.420.14 NMAC). Si se cierra el programa TANF, nadie en la familia podrá recibir TANF durante seis (6) meses.

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Usted no realizó una evaluación.<br><b>REGLA: 8.102.460.11 NMAC</b>  | <input type="checkbox"/> Usted no recibió su Hoja Horaria a tiempo.<br><b>REGLA: 8.102.460.9 NMAC</b>  |
| <input type="checkbox"/> Usted no realizó un Plan de Responsabilidad Individual (IRP).<br><b>REGLA: 8.102.460.12 NMAC</b>                 | <input type="checkbox"/> Usted tenía dos horas menos. El Informe de Asistencia no tenía las horas suficientes que necesitaba en su WPA.<br><b>REGLA: 8.102.620.10 NMAC</b> |
| <input type="checkbox"/> Usted no realizó un Acuerdo de Participación de Trabajo (WPA).<br><b>REGLA: 8.102.460.13 NMAC</b>                | <input type="checkbox"/> Usted no cumplió con la División de Ejecución de Sostenimiento de Niños (CSED).<br><b>REGLA: 8.102.420.14 NMAC</b>                                |
| <input type="checkbox"/> Usted entregó al Departamento un WPA. El Departamento no aprobó la actividad.<br><b>REGLA: 8.102.460.13 NMAC</b> |  |

**CORRESPONDE LA CONCILIACIÓN.** Usted tendrá una oportunidad para remediar las reglas que no cumplió. Tiene diez (10) días laborales para llamar o reunirse con el Departamento. Si hace esto hasta la fecha que se indica más abajo, tendrá 30 Días Calendario, contados desde la fecha de este aviso, para cumplir con las reglas. Si no cumple con las reglas, perderá el dinero que recibe de TANF.

- REGLA: 8.102.620.10 NMAC.**
- SOSTENIMIENTO DE NIÑOS:** Fecha límite para responder a la conciliación \_\_\_\_\_. Debe actuar antes de: \_\_\_\_\_
- PROGRAMA NMW:** Fecha límite para responder a la conciliación \_\_\_\_\_. Debe actuar antes de: \_\_\_\_\_

**NO CORRESPONDE LA CONCILIACIÓN.** La conciliación fue en estas fechas:  
**Regla: 8.102.620.10 NMAC**

**SOSTENIMIENTO DE NIÑOS** \_\_\_\_\_ **PROGRAMA NMW** \_\_\_\_\_

Quizás pueda recibir ayuda para cumplir con las reglas. Debe actuar antes de \_\_\_\_ (13 días contados desde la fecha de este Aviso). Si no actúa dentro del período de 13 días, el TANF de su familia irá de \$ \_\_\_\_\_ a \$ \_\_\_\_\_ el \_\_\_\_\_. El motivo de esto es por sanciones individuales y de la familia. La tabla de sanciones de la página siguiente muestra sus sanciones individuales y familiares.

**\*\*NOTA\*\*** Alguien que es sancionado reiteradas veces por pocas horas no puede remediar la sanción durante este período. Para remediar esta sanción, usted debe tener suficientes horas de trabajo para al menos 30 días. (REGLA: 8.102.620.10 (C) (3) NMAC).

Sanción individual	Sanciones familiares
<p>Si no cumple con las reglas de TANF, será sancionado. Una sanción cambiará la cantidad de dinero de TANF que usted y su familia reciben. Hay tres niveles de sanciones para el CSED. Hay tres niveles de sanciones para NMW. Usted está en este nivel de sanción por no cumplir con las reglas de TANF.</p> <p> <input type="checkbox"/> Sostenimiento de Niños Nivel 1    <input type="checkbox"/> NMW Nivel 1  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(1)(a) NMAC: 25% Menos</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Sostenimiento de Niños Nivel 2    <input type="checkbox"/> NMW Nivel 2  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(2)(a) NMAC: 50% Menos</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Sostenimiento de Niños Nivel 3    <input type="checkbox"/> NMW Nivel 3  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(3)(a) NMAC: Caso Cerrado por seis meses</b> </p>	<p>La sanción individual en este aviso se sumará a cualquier otra sanción que ya exista en su ayuda de TANF.</p> <p> <input type="checkbox"/> Sanción de 1<sup>er</sup> Nivel: la ayuda es 25% menos  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(1)(a) NMAC</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Sanción de 2<sup>do</sup> Nivel: la ayuda es 50% menos  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(2)(a) NMAC</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Sanción de 3<sup>er</sup> Nivel: se cierra el caso por 6 meses  <b>REGLA: 8.102.620.10 D(3)(a) NMAC</b> </p>

La página siguiente de esta carta explica sus derechos a una audiencia justa sobre su caso. Léala atentamente.

Si necesita más información, llame: 1-800-283-4465.

## Aviso de Derechos



**Información de Necesidades Especiales** Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número (505) 827-6201, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al (800) 659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)

### Sus Derechos Civiles / Declaración de no discriminación

En conformidad con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (por sus siglas en inglés "USDA"), sus agencias, funcionarios y empleados e instituciones que participan o administran los programas del USDA tienen prohibido discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, religión, discapacidad, edad, convicciones políticas, o ejercer represalias o castigos por actividades previas de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para la información del programa (es decir, Braille, impresión en letra grande, cintas de audio, idioma de señas americano, etc.) deben comunicarse con la Agencia (estatal o local) donde hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla pueden contactar al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA) que puede encontrar en el internet en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA con toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992.

Envíe al USDA su formulario completo o carta por uno de los siguientes medios:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington,  
D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442 ; o  
(3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.  
(Revisado 10/14/15)

**Para presentar una queja** a través de HSD de la discriminación y/o el tratamiento grosero con respecto a un programa donde reciba asistencia financiera federal o estatal, un formulario de queja está disponible en la oficina de ISD o usted también puede escribir a: NM Human Services Department, ISD Rights Director, P.O. Box 2348 Santa Fe, 87504-2348 o enviarlo por fax al (505)-827-7241.

### Confidencialidad

Toda la información que usted provea es confidencial. Esta información será dada a los empleados del Departamento de Servicios Humanos (HSD por sus siglas en inglés) que necesitan supervisar los programas a los cuales usted está aplicando. Información confidencial podría ser liberada a otras agencias federales y estatales. Toda información podrá ser utilizada para determinar elegibilidad y/o proveer servicios. (Revisada 07/15/14)


Esta información podría ser dada a otras agencias Federales y Estatales para revisión oficial, y a oficiales de aplicación de la ley con el propósito de arrestar personas huyendo de la ley. Si usted recibe beneficios que usted no era elegible y tiene que devolverlos, esto se llama una reclamación. Si su hogar recibe una reclamación en su contra, la información provista en esta aplicación incluyendo Números de Seguro Social, podrían ser dados a las agencias Federales y Estatales para la acción de colección de reclamaciones. Usted solo tiene que proveer Estatus de Ciudadanía y Números de Seguro Social por aquellos miembros por los cuales usted está aplicando en su hogar. Usted no tiene que ser un Ciudadano de los Estados Unidos para aplicar.

Ser recipiente de los beneficios de SNAP/comida, energía o asistencia médica no le evita el hacerse un residente permanente legal (LPR por sus siglas en Inglés) o aplicar para ser ciudadano de los Estados Unidos.

Inmigrantes no ciudadanos que no estén pidiendo asistencia para ellos mismos, no tienen que dar información acerca de su estatus de ciudadanía, Números de Seguro Social, u otras pruebas similares, sin embargo, ellos tienen que proveer prueba de ingreso y cosas que poseen ya que parte de estas cosas cuentan al establecer la elegibilidad del hogar. Ciertos beneficios podrían estar disponibles para personas sin Número de Seguro Social, así que pregunte en el Departamento de Apoyo de Ingresos (ISD por sus siglas en inglés).

Nosotros también verificamos con otras agencias, El Servicio Federal de Ingreso y Verificación de Elegibilidad (IEVS por sus siglas en inglés) y el Sistema de Reporte de Información de Asistencia Pública (PARIS por sus siglas en inglés) acerca de la información que usted proveyó. Esta información podría afectar la elegibilidad y cantidad de beneficios recibidos de su hogar.

## DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

<p><b>¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?</b></p>	<p>Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué le parece que ha habido una decisión equivocada sobre sus beneficios. Las audiencias se llevan a cabo por teléfono con un oficial de audiencias. El oficial de audiencias escuchará la información de usted y la del Income Support Division y decidirá si la decisión fue correcta o incorrecta.</p>
<p><b>¿Puedo obtener ayuda en mi audiencia?</b></p>	<p>Usted puede tener un amigo o un miembro de la familia para participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para saber más sobre la ayuda legal gratuita, llame al Law Access New Mexico al (800) 340-9771.</p>
<p><b>¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?</b></p>	<p>Usted debe solicitar una audiencia dentro de los <b>90 días</b> de la fecha en esta notificación. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia fuera de su control.</p>
<p><b>¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?</b></p>	<p>Si usted ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia, si es que la solicitó dentro de los <b>13 días</b> de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no es a su favor, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.</p>
<p><b>¿Cómo solicito una audiencia?</b></p>	<p>Ud. puede solicitar una audiencia llenando el formulario que se encuentra en el reverso de esta notificación y enviándolo por correo o fax a:</p> <p style="text-align: center;">Human Services Department - Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax # (505) 476-6215</p> <p>Ud. puede solicitar una audiencia por teléfono llamando al (800) 432-6217 (opción 6). También puede solicitar una audiencia en persona en su oficina local del Income Support Division.</p>
<p><b>Información sobre necesidades especiales</b></p> 	<p>Si Ud. es una persona con alguna incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere algún tipo de acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicios, comuníquese con el Coordinador de La Ley de Estadounidenses con Discapacidades del Departamento de Servicios Humanos llamando al número (505) 827-7701, o a través del Sistema de Retransmisión de Nuevo México TDD al (800) 659-8331 o puede oprimir 711. El Departamento solicita la comunicación previa de por lo menos 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (Revisado 09/15/14)</p>
<p><b>En caso de que necesite un intérprete</b></p>	<p>Tiene derecho a un intérprete gratuito. Infórmele al HSD si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: (800) 432-6217 (opción 6).</p>

# SOLICITUD PARA UNA AUDIENCIA JUSTA

Mailing Address:

Fecha:

Nombre:

Número de caso:

No estoy de acuerdo con una medida tomada en mi caso. Pido una audiencia justa para el siguiente programa o programas.

SNAP

NM Trabajos

LIHEAP

Asistencia en efectivo

Medicaid

Si mis beneficios han sido reducidos o detenidos:

Deseo continuar recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero por una decisión de la audiencia justa. Entiendo que si la decisión de la audiencia no es a mi favor, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibí mientras esperaba a que se lleve a cabo la misma.

NO deseo continuar recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero por una decisión de la audiencia justa. (Para obtener más información sobre el proceso de la audiencia justa consulte la primera página de este formulario).

Por favor escriba sus motivos para solicitar una audiencia justa y por qué cree que la acción tomada en su caso fue incorrecta. Provéanos toda la información que sea posible. Ud. todavía puede obtener una audiencia justa incluso si no completa esta sección.

---

---

---

---

---

---

---

Firma del cliente o representante autorizado:

Fecha:

Puede dejar este formulario en su oficina local de la ISD y se entregará a la Oficina de Audiencias Justas, o puede enviarlo por correo o fax a:

Human Services Department - Fair Hearings Bureau  
P.O. Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348

Fax # (505) 476-6215

Quando la Oficina de Audiencias Justas en Santa Fe reciba su solicitud para la audiencia, se le enviará un aviso de confirmación de su solicitud para la audiencia fue recibido. Recibirá una segunda notificación con información acerca de la fecha y la hora de su audiencia y el número de teléfono al que debe llamar para la misma. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos a audiencia, llame a Law Access New Mexico at (800) 340-9771.

**NOTICE THAT YOU DID NOT FOLLOW  
NMW AND CHILD SUPPORT ENFORCEMENT RULES  
INCOME SUPPORT DIVISION**

Case Number	Case Name	Date of Notice
-------------	-----------	----------------

TO:

\_\_\_\_\_ has not followed the rules of the TANF program. All adults and teen parents with TANF must meet the NMW Program and must work with Child Support Enforcement Division. If you do not follow TANF rules, the TANF money will be less or stop (8.102.460.9 NMAC and 8.102.420.14 NMAC). If the TANF closes, no one in the family can get TANF for six (6) months.

- |  |  |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> You did not do an Assessment.<br><b>RULE: 8.102.460.11 NMAC</b><br><br><input type="checkbox"/> You did not do an Individual Responsibility Plan (IRP).<br><b>RULE: 8.102.460.12 NMAC</b><br><br><input type="checkbox"/> You did not do a Work Participation Agreement (WPA).<br><b>RULE: 8.102.460.13 NMAC</b><br><br><input type="checkbox"/> You gave the Department a WPA. The Department did not approved the activity.<br><b>RULE: 8.102.460.13 NMAC</b> | <input type="checkbox"/> We did not get your Time Sheet on time.<br><b>RULE: 8.102.460.9 NMAC</b><br><br><input type="checkbox"/> You had too few work hours. The Attendance Report did not have as many work hours as you need on your WPA.<br><b>RULE: 8.102.620.10 NMAC</b><br><br><input type="checkbox"/> You did not comply with Child Support Enforcement Division (CSED)<br><b>RULE: 8.102.420.14 NMAC</b> |
|--|--|

**CONCILIATION APPLIES.** You will get one chance to fix the rules you did not follow. You will get ten (10) work days to call or meet with the Department. If you do this by the date below, you will get 30 Calendar Days from the date of this notice to follow the rules. If you do not follow the rules, you may lose TANF money.

- RULE: 8.102.620.10 NMAC.**
- CHILD SUPPORT:** Conciliation Response due by \_\_\_\_\_. You must act by: \_\_\_\_\_
- NMW PROGRAM:** Conciliation Response due by \_\_\_\_\_. You must act by: \_\_\_\_\_

**CONCILIATION DOES NOT APPLY.** Conciliation was on these dates:  
**Rule: 8.102.620.10 NMAC**

**CHILD SUPPORT** \_\_\_\_\_ **NMW PROGRAM** \_\_\_\_\_

You may be able to get help to follow the rules. You must act by \_\_\_\_ (13 days from the date of this Notice). If you do not act in the 13 day time period, your household TANF will go from \$\_\_\_\_\_ to \$\_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_. This is because of both individual and other household sanctions. The sanction tables on the next page show your individual and household sanctions.

**\*\*NOTE\*\*** Someone who is sanctioned for too few hours cannot fix sanction during this time period. To fix this sanction, you must have enough work hours for at least 30 days. (RULE: 8.102.620.10 (C) (3) NMAC).



Individual Sanction	Household Sanctions
<p>If you do not follow TANF rules, you will get a sanction. A sanction will change the TANF money you and your household gets. There are three sanction levels for CSED. There are three sanction levels for NMW. You got this sanction level for not following TANF rules.</p> <p> <input type="checkbox"/> Child Support Level 1                      <input type="checkbox"/> NMW Level 1  <b>RULE: 8.102.620.10 D(1)(a) NMAC: 25% Less</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Child Support Level 2                      <input type="checkbox"/> NMW Level 2  <b>RULE: 8.102.620.10 D(2)(a)NMAC: 50% Less</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> Child Support Level 3                      <input type="checkbox"/> NMW Level 3  <b>RULE: 8.102.620.10 D(3)(a) NMAC: Case Closed for six months</b> </p>	<p>The individual sanction on this notice will add to any other sanction already on your TANF help.</p> <p> <input type="checkbox"/> 1<sup>st</sup> Level sanction: help is 25% less  <b>RULE: 8.102.620.10 D(1)(a) NMAC</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> 2<sup>nd</sup> Level sanction: help is 50% less  <b>RULE: 8.102.620.10 D(2)(a)NMAC</b> </p> <p> <input type="checkbox"/> 3<sup>rd</sup> Level sanction: case closed for 6 months  <b>RULE: 8.102.620.10 D(3)(a) NMAC</b> </p>

The next page of this letter tells you your right to a fair hearing about your case. Please read the next page carefully.

If you need to know more, please call: 1-800-283-4465.

## Notice of Rights



**Special Needs Information** If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at (800) 659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

### Your Civil Rights Nondiscrimination Statement

In accordance with Federal civil rights law and U.S. Department of Agriculture (USDA) civil rights regulations and policies, the USDA, its Agencies, offices, and employees, and institutions participating in or administering USDA programs are prohibited from discriminating based on race, color, national origin, sex, religious creed, disability, age, political beliefs, or reprisal or retaliation for prior civil rights activity in any program or activity conducted or funded by USDA.

Persons with disabilities who require alternative means of communication for program information (e.g. Braille, large print, audiotope, American Sign Language, etc.), should contact the Agency (State or local) where they applied for benefits. Individuals who are deaf, hard of hearing or have speech disabilities may contact USDA through the Federal Relay Service at (800) 877-8339. Additionally, program information may be made available in languages other than English.

To file a program complaint of discrimination, complete the [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) found online at: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), and at any USDA office, or write a letter addressed to USDA and provide in the letter all of the information requested in the form. To request a copy of the complaint form, call (866) 632-9992. Submit your completed form or letter to USDA by:

(1) mail: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW Washington,  
D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442  
(3) email: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

This institution is an equal opportunity provider. (Revised 10/14/15)

**To file a complaint** through HSD of discrimination and/or rude treatment regarding a program receiving Federal or State financial assistance, a complaint form is available at the ISD office or you may write to: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 or by fax (505) 827-7241.

### Confidentiality

All information you give to HSD is confidential. This information will be given to HSD 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. (Revised 07/15/14)

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, may be given to Federal and State agencies, as well as private claims collection agencies for claims collection action. You only have to give U.S. Citizenship and Social Security Numbers for those household members that you are applying for. You do not need to be a U.S. Citizen to apply.

Receiving SNAP/food, energy or medical assistance will not prevent you from becoming a lawful permanent resident or U.S. Citizen. Non-citizen immigrants not requesting assistance for themselves, do not need to give immigration status information, Social Security Numbers, or other similar proofs; however, they must give proof of income and things they own because part of their income and things they own may count towards the household's eligibility for assistance. Certain benefits may be available for people without a Social Security Number; ask ISD.

We also check with other agencies, the federal Income and Eligibility Verification Service (IEVS) and The Public Assistance Reporting Information System (PARIS) about the information that you give us. This information may affect your household eligibility and benefit amount.

# YOUR RIGHT TO A FAIR HEARING

**What is a Fair Hearing and why should I ask for one?**

A Fair Hearing gives you the chance to explain why you think there has been a wrong decision made about your benefits. Hearings are held over the phone with a hearing officer. The hearing officer will hear information from you and from the Income Support Division and decide whether the decision was right or wrong.

**Can I get help with my hearing?**

You can have a friend or family member participate in the hearing with you. You may also be able to get free legal help. To learn more about free legal help, call Law Access New Mexico at (800) 340-9771.

**How long do I have to ask for a hearing?**

You must request a hearing within **90 days** from the date of the adverse action you are appealing. You may be able to get more time to ask for a hearing if you have a good reason, like illness or another circumstance beyond your control.

**Can I keep my benefits if I request a hearing?**

If you are already getting benefits, you may be able to continue receiving benefits while you wait for your hearing if you request your hearing within **13 days** of the adverse action date. If the hearing decision is not in your favor, you may have to pay back the benefits you received while waiting for your hearing.

**How do I ask for a hearing?**

You can request a hearing by filling out the form on the other side of this form and mailing or faxing it to:

Human Services Department - Fair Hearings Bureau  
P.O. Box 2348  
Santa Fe, NM 87504-2348  
Fax # (505) 476-6215

You can request a hearing over the phone by calling (800) 432-6217 option 6. You can also request a hearing in person at your local Income Support Division office.

**Special Needs Information**



If you are a person with a disability and you require this information in an alternative format, or require a special accommodation to participate in any public hearing, program or services, please contact the Human Services Department, American Disabilities Act (ADA) coordinator at (505) 827-7701 or through the New Mexico Relay System TDD at (800) 659-8331 or by dialing 711. The Department requests at least 10 days advance notice to provide requested alternative formats and special accommodations. (Revised 09/15/14)

**If you need an interpreter**

You have a right to a free interpreter. Let HSD know if you need an interpreter before or during the hearing by calling: (800) 432-6217 option 6.

# FAIR HEARING REQUEST

**Mailing Address:**

**Date:**

**Name:**

**Case Number:**

I do not agree with an action on my case. I am asking for a fair hearing in the following program(s).

SNAP or E&T

Cash Assistance or NM Works (TANF)

LIHEAP

General Assistance

Medicaid

(Unrelated Child & Disabled Adult)

If my benefits were lowered or stopped:

I want to keep getting the same amount of benefits while I wait for a fair hearing decision. I understand if the hearing decision is not in my favor, I may have to pay back any benefits I received while waiting for the hearing and the decision.

I DO NOT want to keep getting the same amount of benefits while I wait for a fair hearing decision.

(For more information on the fair hearing process see the other side of this form.)

Please write down your reason(s) for asking for a fair hearing and why you think the action taken was wrong. Give as much information as you can. You can still have a fair hearing even if you don't fill this section out.

---

---

---

---

---

---

---

**Client or Authorized Representative Signature:**

**Date:**

You can leave this form at your local ISD office and it will be delivered to the Fair Hearings Bureau or you may send it or fax it to:

Human Services Department - Fair Hearings Bureau

P.O. Box 2348

Santa Fe, NM 87504-2348

Fax # (505) 476-6215

When the Fair Hearings Bureau in Santa Fe receives your hearing request, you will be sent a notice confirming that your request for hearing was received. You will receive a second notice with information about the date and time of your hearing and the phone number you need to call for the hearing. If you have any questions about your hearing rights, call Law Access New Mexico at (800) 340-9771.