



Solicitud del Programa

Usted tiene el derecho de presentar su solicitud hoy, por favor, no se demore. Beneficios de SNAP/Comida empiezan desde la fecha en que usted los solicite. Para empezar el proceso, usted sólo debe llenar secciones 1 a 4 y firmar. Para recibir ayuda usted debe de completar la solicitud.

- Díganos si Usted Necesita alguna: Ayuda para Llenar la Solicitud?, Ayuda Gratuita de Traducción?, Entrevista por Teléfono?
Razones para tener una Entrevista por Teléfono (seleccione una): Mayor de 60 años, Trabajo de 20 horas o más por semana, Cuidado de un niño menor de 6 años, Vive muy lejos de la Oficina, Transportación, Mal Clima, Enfermedad, Cuidado de otra persona, Otra:

1. Nombre e Información de Contacto

Form with fields for Name, Electronic Address, Physical Address, City, State, Zip, and Phone Number.

2. Hoja de Trabajo del Programa

Marque los programas que usted quiera solicitar: SNAP/Comida, Médico, Efectivo, Energía

Para ayudarle a decidir por cuales programas solicitar, por favor responda a lo siguiente para usted y cada una de las personas que viven con usted:

SNAP/Comida Marque Adulto(s) viviendo con niño(s), Adulto(s) solamente, Adulto(s) incapacitado- recibiendo SSI



Llene esta hoja de trabajo para ver si usted puede recibir los beneficios de SNAP más rápido. Esto se llama servicio acelerado. Si usted es negado el servicio facilitado, usted puede pedir hablar con un supervisor.

- ¿Serán sus ingresos mensuales MENOS de \$150 y dinero en efectivo y en el banco MENOS de \$100?
¿Serán sus gastos mensuales de la casa y servicios serán más que sus ingresos, efectivo y dinero en el banco?
¿Es su casa la de un inmigrante o trabajador agrícola temporal con muy poco dinero?

EBT (Electronic Benefits Transfer-Transferencia Electrónica de Beneficios): Tiene una tarjeta EBT?

Médico



- Marque Familias con Niño(s), Niño(s) Solamente, Mujer Embarazada, Planificación Familiar de la Mujer, Incapacitado y Trabajando, Recibiendo Medicare, Perdido Medicaid, Perdido SSI, Adulto(s) necesita(n) Seguro de Salud de Cobertura Estatal (SCI), La Emergencia del inmigrante Atiende (EMSA)

Nota: Si le gustaría solicitar para una Casa de Cuidado (Nursing Home) o Cuidado en Casa de Medicaid, pregunte por una forma de solicitud diferente.

Efectivo



- Marque Familia con niños, Mujer embarazada- por lo menos 6 meses de embarazo, Asistencia en Efectivo Perdida - Familias trabajando con niños, Adulto(s) incapacitados que NO reciben Ingreso de Incapacidad, Viviendo en una Casa Residencial de Cuidado de Adultos

Energía



- Marque Pagando gastos de calefacción/refrigeración, Calefacción/refrigeración incluido en la renta. La última fecha que recibió LIHEAP:

3. Persona que lo Representa (Representante Autorizado)

Desea que alguien que usted conoce le ayude solicitar los beneficios, utilizar sus beneficios?

Form with fields for Name of Authorized Person, Electronic Address, and Phone Number.



Información Para Necesidades Especiales Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)

Derechos Civiles- Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a la raza, el color, origen nacional, la edad, la incapacidad, y donde aplicable, el sexo, el estado civil, estatus familiar, estatus paternal, la religión, orientación sexual, información genética, las creencias políticas, la represalia, o porque todo o la parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de ayuda estatal, puede presentar una queja. Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental-SNAP (anteriormente conocido como el programa de estampillas para comida) se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame 1-800-795-3272 o 202-720-6382 (TDD). Las quejas de discriminación sobre los programas de Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica se pueden presentar con la Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llame 1-800-368-1019 (voz) o 214-767-8940 (TDD). (09/02/09)

Summary table with fields: OFFICE USE ONLY, Application Date, Received (Person, Drop Box, Fax, Mail/E-mail), Date Screened, Expedited SNAP Eligible, Energy (LIHEAP) Crisis, Action Completion Date, Caseworker Name (Print) and Signature.

4. Usted y las Personas que Viven con Usted

Por favor enliste cada uno de los que viven en su casa, aún cuando no esté solicitando para ellos. Usted solamente tiene que proporcionar la Ciudadanía Americana y números de Seguro Social para aquellos miembros de la familia para los que está solicitando. Recuerde que usted no necesita ser un Ciudadano Americano para solicitar. Recibir asistencia de SNAP/Comida, de energía ó médica no impedirá que usted se convierta en un residente legal permanente ó Ciudadano Americano. Los inmigrantes que no son ciudadanos y que están pidiendo asistencia para ellos mismos no necesitan proporcionar información de su estatus migratorio, números de seguro social ó de otras pruebas similares; sin embargo, ellos deben de proporcionar pruebas de ingreso y pertenencias que ellos tengan debido a que parte de sus ingresos y pertenencias pueden contar para determinar la elegibilidad de asistencia de la casa.

► **Liste los nombres e información de usted mismo y todas las personas que viven con usted:**

Llene esta sección para cada persona **solamente si están solicitando.**

Nombre (Nombre y Apellido)	Relación	Sexo M/F	Fecha de Nac.	Raza & Grupo Etnico (Opcional)	Está usted solicitando para esta persona?	Ciudadanía o el tipo de inmigrante 1-14 (Ver abajo)	Número de Seguro Social
1.	(Usted Mismo)				<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
2.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
3.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
4.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
5.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
6.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		
7.					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO		

► **Ciudadanía o el tipo de inmigrante:** Para cada persona que está solicitando la asistencia, seleccione el mejor tipo de ciudadanía o inmigrante abajo y escriba el número correspondiente.

- | | | | |
|--------------------------------|--------------------------------------|--|--|
| 1 – Ciudadano Americano | 2 – Residente Legal Permanente (LPR) | 3 – Refugiados | 4 – Asilo |
| 5 – Cubano/ Haitianos | 6 – Amerasiáticos | 7 – Libertad Condicional en U.S. – 1 año | 8 – Deportación Suspendida |
| 9 – Mujer/Niño Maltratado | 10 – Militar en Servicio Activo | 11 – Tribu Hmong ó Lao | 12 – Indios Americanos de
Canada/Mexico |
| 14 – Víctima de trafico humano | 14 – Otro | | |

► **Por favor conteste “Sí” ó “No” para cada sección abajo acerca de usted y de todas las personas que viven con usted:**

- | | |
|---|---|
| • Incapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Quién: _____ | • Estudiante(s) de Colegio? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Comprando y preparando alimentos junto con otras personas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Descalificado de programas de asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Recibiendo beneficios en otro Estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Renuncia voluntaria del trabajo(s) en los últimos 60 días? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Viviendo en una Reservación de Indios Americanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Trabajador(s) en huelga o cierre patronal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Obteniendo alimentos de productos básicos de los Indios Americanos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • En la infracción de Libertad Condicional o Pone en libertad condicional <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| • Pagando habitación y asistencia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | • Fugitivo(s) de la ley? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |

Para cerrar su fecha de aplicación, usted sólo debe llenar secciones 1 a 4, firmar abajo y someterla. Para recibir ayuda usted debe completar la aplicación y entregarla.

► **Firme Aquí X**

Fecha de Hoy

5. Ingreso

El ingreso bruto se toma en cuenta para determinar su elegibilidad para la asistencia. Ingreso bruto significa el total de ingresos familiar antes de que cualquier deducción sea hecha.

► **Marque cualquier ingreso que pueda tener, incluídos los beneficios para usted y todas las personas que viven con usted:**

- | | | | |
|---|---|--|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Empleo Independiente | <input type="checkbox"/> Compensación del Trabajador | <input type="checkbox"/> Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo | <input type="checkbox"/> Sostenimiento de Hijos | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Retiro |
| <input type="checkbox"/> Anualidades | <input type="checkbox"/> Dividendos/Intereses | <input type="checkbox"/> Veteranos | <input type="checkbox"/> Militar |
| <input type="checkbox"/> Dineros Tribales | <input type="checkbox"/> Bienes Raíces | <input type="checkbox"/> Otro _____ | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

► **Enliste toda la información de ingreso para usted y cada una de las personas que viven con usted:**

Persona con Ingreso	Ingreso desde?	\$ Cantidad Mensual Antes de deducciones de impuestos	Qué tan seguido se recibe? Diario, Semanal, Cada 2 Semanas, Mensual, Quincenal
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

6. Sus Pertenenencias (Recursos/Patrimonios)

Llene ésta sección si usted está solicitando para asistencia de SNAP/Comida, efectivo ó médica para personas de la tercera edad/incapacitados

- Ciertos recursos/patrimonios como cuentas de bancos pueden tomarse en cuenta para determinar su elegibilidad, dependiendo en los programas que usted esté solicitando. Ciertos recursos/patrimonio pueden no tomarse en cuenta, como la casa y terreno donde usted vive y los recursos de las personas que reciben Ingreso de Seguro Suplemental (Supplemental Security Income (SSI)).

► Marque todas las casillas que apliquen para usted y todas las personas que viven con usted:

- | | | | |
|--|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Efectivo Disponible | <input type="checkbox"/> CD – Certificado of Depósito | <input type="checkbox"/> Regalías | <input type="checkbox"/> Seguro de Vida o Funerario |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Cheques | <input type="checkbox"/> Acciones ó Bonos | <input type="checkbox"/> Ganadería | <input type="checkbox"/> Casa/Terreno – Sin ocupar |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de Ahorros | <input type="checkbox"/> Cuenta de Retiro | <input type="checkbox"/> Vehículos de Recreación | <input type="checkbox"/> Fiduciario(s) |
| <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | | |

► Usted o alguien viviendo con usted transfirió algo de valor a otro(s) en los pasados 5 años (60 meses)? Sí No

► Describa abajo todos los artículos que poseen o les fueron transferidos a usted ó a las personas que viven con usted

Artículos	Quienes son los dueños?	\$ Valor	Dónde?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

7. Gastos Mensuales

Enliste todos sus gastos mensuales que paga con su dinero, así usted puede aprovechar lo máximo los beneficios para de que usted es elegible.

► Llène esta sección si usted está solicitando asistencia de SNAP/Comida, médica, efectivo y energía:

- | | | | |
|--|----|---|----|
| ▪ Sostenimiento de Hijos ► | \$ | ▪ Cuidado de Adultos Dependientes ► | \$ |
| ▪ Usted recibe Asistencia de Cuidado de Niños desde CYFD?
<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No | | Si la respuesta es Si, cuánto paga usted desde su bolsillo? | \$ |

► Llène ésta sección si usted está solicitando SNAP/Comida:

- | | | | |
|---|----|---|----|
| ▪ Médico para 3ra Edad/Incapacitado
Incluyendo Medicare ► | \$ | ▪ Sostenimiento de Hijos ordenada por la Corte ► | \$ |
| ▪ Hipoteca ► | \$ | ▪ Seguro de casa no incluido en la hipoteca ► | \$ |
| ▪ Impuestos de la propiedad no incluidos en la hipoteca ► | \$ | ▪ Renta ► | \$ |
| ▪ Marque la casilla que mejor describa su tipo de renta ► <input type="checkbox"/> Sin Hogar <input type="checkbox"/> Vivienda Pública <input type="checkbox"/> Servicios Incluidos <input type="checkbox"/> Viviendo con otros | | | |
| ▪ Calefacción y Refrigeración ► | \$ | Cuerda de salvamento/conexión: Usted puede ser elegible para los descuentos del teléfono en servicio mensual y honorarios iniciales de la instalación o de la activación del teléfono. Entre en contacto con la compañía del teléfono para más información: | |
| ▪ Agua, Alcantarilla y Drenaje ► | \$ | ▪ Nombre de la compañía teléfono ► | |
| ▪ Teléfono ► | \$ | | |

► Llène esta sección si usted está solicitando asistencia de energía LIHEAP.

- | | | | |
|---|----------------------------------|--------------------------------------|---|
| ▪ Cuánto fue su recibo de energía más alto en los últimos 12 meses? | \$ | ▪ Tiene un aviso de desconexión? | <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No |
| ▼ Seleccione el tipo de pago de LIHEAP que desea ▼ | | Nombre de la Compañía: _____ | |
| <input type="checkbox"/> Eléctrico | <input type="checkbox"/> Propano | <input type="checkbox"/> Madera | <input type="checkbox"/> Gas Natural |
| <input type="checkbox"/> Pellets | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | |
| | | Número de Cuenta: _____ | |
| | | Nombre en la Cuenta: _____ | |

8. Asistencia Escolar

Llene ésta sección si usted está solicitando SNAP/Comida y/o efectivo; liste toda la información del estudiante para cada miembro de la casa.

Nombre el Estudiante	Nombre de la Escuela	Fecha de Graduación	Grado
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Colegio
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Colegio
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Colegio
			<input type="checkbox"/> K – 12 <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Certificado <input type="checkbox"/> Colegio

9. Cobertura de Seguro Médico

Llene esta sección si usted está solicitando asistencia médica. Al aceptar la asistencia médica, usted asigna (otorga) a HSD todos los derechos de apoyo médico y pagos de la atención médica de un tercero. Un tercero puede incluir una compañía de seguros ó cualquier otra persona quien tiene que pagar por su atención y servicios médicos. Usted debe ayudar a HSD a conocer sobre cualquier tercero quien pudiera tener que pagar por su cuidado médico. Si usted no ayuda a HSD a saber de esas terceras partes, usted pudiera no ser aprobado ó padres pudieran perder su asistencia médica, al menos que usted demuestre una buena razón para no ayudar a HSD

► Usted ó alguna persona que vive con usted recientemente ha cancelado su seguro de salud en los últimos 6 meses? Sí No

► Si la respuesta es si, cuál fue la fecha? _____ Para quién? _____

► Explique la razón por la que la aseguanza fue cancelada: _____

► Tiene usted alguna factura por servicios médicos sin pagar, recibida en los últimos 3 meses? Sí No

► Enliste toda la información de seguro de salud y Medicare para usted y todas las personas que viven con usted:

Personas Cubiertas	Nombre de la Compañía de Seguros	# Identificación de Miembro	Fecha de Inicio

10. Padre(s) de Familia que No Viven en la Casa

Llene esta sección si usted está solicitando asistencia en efectivo ó médica. Al aceptar asistencia en efectivo ó médica, usted asigna (otorga) a HSD sus derechos de cobrar Sostenimiento de hijos desde el padre ausente del niño. Usted debe ayudar a HSD a encontrar al ausente (padres) a menos que hay una razón buena no hacer así como violencia doméstica; pregunte a un trabajador(a). Si es decidido que usted tiene que trabajar con la oficina de Sostenimiento de hijos para establecer o imponer Sostenimiento de hijos y no lo hace, los beneficios de efectivo pueden ser reducidos y eventualmente perderlos por la sanción, y los padres pueden perder la asistencia médica.

► Por favor liste toda la información para el Padre de Familia ausente que no vive con sus niños:

Nombre del Padre o Madre Ausente	Nombre de Su(s) Niño(s)	Dirección del P(M)adre Ausente	Empleador del P(M)adre Ausente

11. Registro Para Votar

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY?

Sí No (Escoja uno)

SI Ud. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS CUADRADOS NO SE REGISTRÁ PARA VOTAR AHORA.

La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a su disposición la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si ud. desea que alguna persona le ayude a llenar el formulario para registrarse, nosotros le ayudaremos. Usted es la única persona que puede decidir si necesita ayuda o no. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Aplicar para registrar o declinar para registrar a votar NO AFECTARA la ayuda que se le proporcionará por esta agencia.

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

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar ó declinar de registrarse para votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad en decidir si se registra para votar o al indicar que desea registrarse, o su derecho a elegir el partido político, Ud. puede presentar su queja a la Oficina de la Secretaria de Estado, 419 State Capitol, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632). (12/01/09)

12. Su Firma de la Solicitud

Su firma hace que ésta solicitud sea válida y no puede ser procesada hasta que esté firmada. Su firma también es una indicación de lo siguiente:

- Yo entiendo que declaraciones falsas ó esconder información podría significar Estado y Federal sanciones. Yo he proporcionado a HSD información verídica, correcta y completa.
- Yo estoy declarando la identidad de mis hijos menores de 16 años.
- Yo proporcionaré pruebas de la información que yo reporto al HSD. Si no puedo obtener los pruebas, sé que puedo pedir ayuda a HSD y les permitiré contactar a otras personas, y compañías para obtener los pruebas.
- Yo permitiré que HSD proporcione información limitada a agencias aprobadas las cuales dan otra ayuda relacionada para lo que yo pudiera ser elegible.
- Yo entiendo que si yo recibo beneficios por los cuales no soy elegible, yo pudiera tener que pagar el reembolso de esos beneficios a HSD.
- Yo sé que HSD verificará la información que proporcioné. HSD puede utilizar computadoras u otros medios para verificar la información de ésta solicitud.
- Yo sé que HSD verificará el estatus migratorio de las personas que solicitan o reciben los beneficios. Yo entiendo que el estatus migratorio para cualquiera de los miembros de la casa que yo estoy solicitando pudiera ser sujeto a verificación por USCIS (INS), y que pudiera afectar la elegibilidad de la familia y el nivel de los beneficios.
- Yo entiendo que debo de cooperar con Control de Calidad (QC). QC es una parte de HSD. QC revisa los casos para estar seguro de que determinamos de manera correcta quien puede recibir la ayuda.
- Me han dado una hoja con la información explicando mis derechos y responsabilidades, incluyendo, asistencia acelerada de SNAP/Comida, sanciones y violaciones de SNAP, derechos de audiencia y más. Yo entiendo que éstos también serán explicados durante mi cita para una entrevista

Marque aquí si usted quiere retirar su solicitud para ► SNAP/Comida Médico Efectivo Energía

Yo declaro bajo pena de perjurio que las declaraciones hechas acerca de las personas en mi casa, ingreso, y toda la información que yo he proporcionado a HSD es verídica y correcta. Su representante autorizado también puede firmar aquí.

► Firme Aquí X _____

Fecha de Hoy _____

Información de la Solicitud del Programa

(Páginas de Información para Solicitantes)

1. Información de Necesidades Especiales



Si Ud. es una persona que tiene incapacidad y Ud. requiere esta información en un formato alternativo o requiere un acomodamiento especial para poder participar en cualquier audiencia pública, programa o servicio, comuníquese con el personal del departamento de servicios humanos de NM gratis y llame al número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relays de Nuevo México TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 días por anticipado para poder proporcionar los formatos alternativos a y acomodamientos especiales que Ud. solicite. (08/22/08)

2. Derechos Civiles

Derechos Civiles- Todos los programas administrados por el Departamento de Servicios Humanos (HSD) son programas de oportunidades iguales. Si usted cree que ha sido tratado injustamente debido a la raza, el color, origen nacional, la edad, la incapacidad, y donde aplicable, el sexo, el estado civil, estatus familiar, estatus paternal, la religión, orientación sexual, información genética, las creencias políticas, la represalia, o porque todo o la parte de los ingresos de un individuo son derivados de cualquier programa de ayuda estatal, puede presentar una queja.

Las quejas de discriminación se pueden presentar en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos de Nuevo México, o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental--SNAP (anteriormente conocido como el programa de estampillas para comida) se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame 1-800-795-3272 o 202-720-6382 (TDD). Las quejas de discriminación sobre los programas de Asistencia en Efectivo y Asistencia Médica se pueden presentar con la Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services, 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llame 1-800-368-1019 (voz) o 214-767-8940 (TDD). (09/02/09)

3. Su Privacidad

La información usted da a HSD será utilizada para determinar si su casa tiene elegibilidad o continúa a tener elegibilidad para participar en los programas de HSD. Verificaremos esta información por programas de computadora. Esta información también será utilizada para asegurar de que usted sigue las reglas del programa y para ayudarnos a manejar el programa.

Esta información puede ser dada a otras agencias Federales y del Estado para examen oficial, y a oficiales de la ley para el propósito de encontrar a personas que huyen para evitar la ley.

Si usted recibe beneficios de que usted no fue elegible y tiene que pagarlos, esto se llama un reclamo. Si su casa recibe un reclamo contra su casa, la información en esta aplicación, incluyendo todos los números del seguro social, pueden ser dados a agencias Federales y del Estado, así como agencias privadas de colección de reclamos, para la acción de colección de reclamos.

Dar la información solicitada, incluyendo números del seguro social de cada miembro de la casa es voluntario. Sin embargo, no dar un número de seguro social tendrá como resultado la negación de beneficios del programa a cada individuo que no da un número del seguro social. Cualquier número de seguro social proporcionado será utilizado y será revelado en la misma manera que números de seguro social de miembros de la casa que son elegibles. Dentro de diez (10) días de la fecha del cambio o como de otro manera sea necesaria.

Nosotros también verificamos con otras agencias, el Servicio de Verificación de Elegibilidad e Ingresos Federales (IEVS) y el Sistema de Información Reportada de Asistencia Pública (PARIS) acerca de la información que usted nos da. Ésta información puede afectar su elegibilidad de la casa y cantidad de beneficio. (10/23/2009)

4. División de Cumplimiento de Sostenimiento de Hijos

Al aceptar **asistencia en efectivo ó médica**, usted asigna(otorga) a HSD los derechos de cobrar sostenimiento de hijos desde el padre ausente del niño. Usted debe ayudar a HSD a encontrar a los padres ausentes. Si usted no coopera con la División de Cumplimiento de sostenimiento de Hijos (Child Support Enforcement Division (CSED)) para establecer ó hacer cumplir las obligaciones de sostenimiento de hijos y no lo hace, los beneficios de efectivo pudieran ser reducidos y eventualmente cancelados debido al castigo, y los adultos pudieran perder su asistencia médica.

5. Entrevista

(a) Qué tan pronto puedo tener mi cita para una entrevista?

- Dentro de 10 días hábiles, o para asistencia acelerada de SNAP/Comida, el mismo día que usted presenta la solicitud.

(b) Puedo tener una entrevista por teléfono?

Usted puede tener una entrevista por teléfono por alguna éstas razones:

- | | | | |
|--------------------------------|--|--------------------------------------|----------------------|
| ▪ Mayor de 60 años | ▪ Trabajando 20 horas ó más por semana | ▪ Incapacidad | ▪ Enfermedad |
| ▪ Vive muy lejos de la oficina | ▪ Transportación | ▪ Cuidado de un niño menor de 6 años | ▪ Cuidado de Otros |
| | | ▪ Mal Tiempo | ▪ Otras Dificultades |

6. Pruebas de la Información

(a) Cuántos días tendré para dar todos los pruebas que necesito?

- 10 días a partir de la fecha de su entrevista es lo mejor para obtener los beneficios más rápido.
- 30 días a partir de la fecha de su solicitud es lo normal – al menos que usted necesite más tiempo – si usted necesita más tiempo, pídale.
- 60 días a partir de la fecha de su solicitud es lo máximo - **Cuándo usted lo solicite** hasta 3 extensiones de 10 días.

Si usted no pide una extensión de tiempo para traer los pruebas, su caso puede ser negado después de 30 días

(b) Qué pruebas debo traer a la entrevista?

Durante su cita para la entrevista, el trabajador de su caso le preguntará información para determinar si usted es elegible para los programas que está solicitando. El trabajador de su caso **NO** le pedirá proporcionar pruebas de nada. Usted debe de estar listo para dar los hechos de su caso lo más que pueda. Por favor consulte la tabla para ejemplos de pruebas como una guía general para ayudarle a decidir que pruebas necesitará. Si el trabajador de su caso tiene preguntas sin resolver acerca de su elegibilidad, entonces se le pedirán pruebas. El trabajador de su caso le dará una lista de todo lo que usted

necesita dar junto con un recibo de los pruebas que usted entregó. Si necesita ayuda, pida ayuda a un trabajador(a).

Ejemplos de Pruebas

	SNAP/Comida	Médico			Efectivo	Energía/LIHEAP	<p>Usted NO tiene que darnos toda la lista abajo; son solamente ejemplos. Cuando usted necesite darnos un prueba, usted necesita solamente darnos un tipo de los ejemplos abajo. Si el trabajador de su caso tiene preguntas sin resolver acerca de su elegibilidad, entonces se le pedirán pruebas. El trabajador de su caso le dará una lista de todo lo que usted necesita entregar con un recibo del prueba que usted proporcionó. Si necesita ayuda, pida ayuda a un trabajador(a).</p>				
		Familia o Adulto	Niños Únicamente	3ra Edad/Incapacitado							
▪ Dónde vive usted	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Recibo de servicios, contrato de renta, carta enviada a usted con su dirección.				
▪ Número de Seguro Social							Tarjeta de Seguro Social o carta desde SSA con su nombre y número.				
▪ Identificación	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Usted puede dar cualquiera de estos si prueban la identidad, parentesco o edad: Licencia de Manejar, tarjeta de Seguro Social, certificado de nacimiento ó bautizo, registros de ciudadanía/naturalización, registros de censos indios, registros de la corte, tarjeta de registro para votar, papeles de divorcio, pasaporte Americano, registros de escuela o guardería, pólizas de seguro, registros de la iglesia o biblia familiar, carta del doctor, de un religioso u oficial escolar, o alguien quien lo conoce, conoce el parentesco/la relación de los niños con usted y conoce la fecha de nacimiento de los niños.</p> <p>Nota: El programa de Medicaid requerirá pruebas de identificación específicos.</p>				
▪ Parentesco					✓						
▪ Edad			✓								
▪ Ciudadanía Americana		✓	✓	✓			<p>La mayoría de los programas no requieren prueba de ciudadanía Americana. Para asistencia médica, el gobierno federal ahora requiere que todos los individuos proporcionen ciertos documentos originales (no copias) que verifiquen la ciudadanía, identidad o prueba o Estatus Legal Permanente. Se harán copia de los documentos originales y se le regresaran.</p> <table border="1"> <tr> <th>Pruebas de Ciudadanía e Identificación juntos</th> <th>Prueba de Ciudadanía solamente</th> </tr> <tr> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Un pasaporte ▪ Un certificado de naturalización (Forma 550 ó N-570) ▪ Un certificado de Ciudadanía Americana (N-560 ó N-561) ▪ Un certificado de Sangre India (Indian Blood –CIB) </td> <td> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificado de nacimiento Americano <p>Si usted nació en Nuevo México, HSD puede ayudarle revisando con el Departamento de Salud, Registros de Vida. Por favor de al trabajador(a), su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, sexo, nombre y apellido de soltera de la madre para obtener esta ayuda.</p> </td> </tr> </table>	Pruebas de Ciudadanía e Identificación juntos	Prueba de Ciudadanía solamente	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un pasaporte ▪ Un certificado de naturalización (Forma 550 ó N-570) ▪ Un certificado de Ciudadanía Americana (N-560 ó N-561) ▪ Un certificado de Sangre India (Indian Blood –CIB) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificado de nacimiento Americano <p>Si usted nació en Nuevo México, HSD puede ayudarle revisando con el Departamento de Salud, Registros de Vida. Por favor de al trabajador(a), su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, sexo, nombre y apellido de soltera de la madre para obtener esta ayuda.</p>
Pruebas de Ciudadanía e Identificación juntos	Prueba de Ciudadanía solamente										
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Un pasaporte ▪ Un certificado de naturalización (Forma 550 ó N-570) ▪ Un certificado de Ciudadanía Americana (N-560 ó N-561) ▪ Un certificado de Sangre India (Indian Blood –CIB) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Certificado de nacimiento Americano <p>Si usted nació en Nuevo México, HSD puede ayudarle revisando con el Departamento de Salud, Registros de Vida. Por favor de al trabajador(a), su nombre, fecha de nacimiento, condado de nacimiento, sexo, nombre y apellido de soltera de la madre para obtener esta ayuda.</p>										
▪ Estatus Migratorio	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Si usted es un inmigrante solicitando asistencia, usted tendrá que proporcionar los registros originales de USCIS (anteriormente INS).				
▪ Discapacidad				✓	✓		Registros médicos que digan el tiempo que usted estará incapacitado, si usted puede o no puede trabajar, y si necesita ayuda/cuidado constante.				
▪ Embarazo		✓			✓		Registros médicos que digan cuando nace su bebé.				
▪ Asistencia Escolar							Tarjeta de reporte actual o carta de la escuela diciendo si su hijo(a) está asistiendo a la escuela.				
▪ Estudiante de Colegio	✓				✓		Carta desde el colegio diciendo si es estudiante de medio tiempo o tiempo completo.				
▪ Estudiante con Ayuda Financiera	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carta desde la oficina de ayuda financiera declarando qué tipos y cantidades de ayuda financiera está recibiendo y los costos que tendrá que pagar por su escuela.				
▪ Ingreso El último período de 30 días ó todo desde el último mes	✓	✓	✓	✓	✓	✓	<p>Ingreso Obtenido: Cheques de nómina, una carta desde su empleador con las horas que trabajará y lo que se le pagará. Si usted es trabajador independiente, usted le puede dar al trabajador(a) una copia de la forma de impuestos de ingresos, registros de negocios registros de salario personal.</p> <p>Ingresos No Ganados: Copias de su cheque, o una carta de Seguro Social, Compensación de Desempleo, Compensación del Trabajador, Administración de Veteranos, Oficina de Asuntos Indígenas, Retiro de Empleados Públicos, etc</p>				
▪ Pérdida de Trabajo (60 días)	✓	✓	✓	✓	✓	✓	Carta desde el empleador				
▪ Valor de sus pertenencias				✓			Recursos/patrimonios: Estados de cuenta del banco recientes o cartas de valor.				
▪ Cosas que usted traspasó	✓	✓		✓	✓		Estados de cuenta recientes o cartas de valor.				
▪ Seguro de Salud		✓	✓	✓			Tarjetas de identificación o carta desde la compañía de seguros.				
▪ Medicare Parte A				✓			Tarjetas de identificación o carta desde la Administración de Seguro Social.				
▪ Sostenimiento de hijos	✓						Si usted desea una deducción para sostenimiento de hijos que usted paga, demuestra la responsabilidad legal a paga y la cantidad pagada. Cualquier tribunal o orden administrativa, o acuerdo legal de separación pueden ser utilizados. Para comprobar la cantidad, el uso de cheques cancelados, el sueldo que retiene declaraciones, la comprobación de retener del subsidio de desempleo o declaraciones escritos del padre de la custodia.				
<p>Pruebas Opcionales –Abajo hay una lista de pruebas opcionales que pueden ayudarle a recibir más beneficios si usted es elegible. Si no hay una marca en la casilla abajo, entonces el prueba no es necesario. Para obtener crédito, solo díganos qué es lo que paga cada mes. Usted solamente tendrá que presentar el prueba si el trabajador(a) tiene preguntas sin resolver acerca de sus gastos. Si usted está solicitando energía/LIHEAP, por favor proporcione una copia de los gastos de calefacción/refrigeración. Si necesita ayuda, pídala al trabajador(a).</p>											
▪ Gastos del Cuidado de Niños/Adulto		✓	✓				<p>Usted puede dar cualquiera de estos, si prueban que usted está pagando estos gastos desde su dinero: Acuerdo, impresión de computadora, orden de pago (money order), carta desde la persona a la que usted le paga, papeles de separación o divorcio, estados de cuenta, recibos, cheques cancelados, copia de cheques.</p>				
▪ Gastos Médicos 3ra Edad ó Incapacitado únicamente	✓			✓							
▪ Gastos de la Casa											
▪ Gastos de Calefacción/Refrigeración						✓					

(e) *Por cuánto tiempo puedo recibir beneficios antes de que tenga que renovarlos de nuevo?*

- **SNAP/Comida** – Hasta 12 meses es lo normal o 24 meses para personas de la 3ra edad/incapacitados con ingreso estable desde la Seguro Social.
- **Médico** – Hasta 12 meses es lo normal
- **Efectivo** – Hasta 12 meses cada vez es lo normal. Adultos mayores de 18 años pueden recibir beneficios TANF por no más de 60 meses durante su vida, al menos que ellos califiquen para una extensión de dificultades después de que ellos lleguen al límite. Un niño viviendo con uno de sus padres quien no es elegible debido al tiempo límite, no es elegible para TANF como un niño. El límite de 60 meses no aplica para casos donde los niños califican para TANF y el padre de familia no es elegible por una razón diferente a la del límite de 60 meses, tal como que recibe SSI o tiene un estatus migratorio que no califica. El límite de 60 meses no se aplica para asistencia médica o SNAP.

(f) *Tengo que reportar los cambios? Siempre reporte los cambios de dirección dentro de los 10 días de calendario para todos los programas.*

- **SNAP/Comida y Efectivo** – Cambios en los miembros de la casa, gastos mensuales de la casa, ingresos, trabajo y recursos:
Reporte éstos tipos de cambios dentro de los 10 días de calendario a partir de la fecha en que ocurrió el cambio solamente si:
 1. El cambio(s) hará que su caso se cierre; o
 2. El cambio(s) causará un incremento en sus beneficios
- **Reporte Semestral:** La mayoría de las casas se les enviará un reporte semestral donde se tienen reportar todos los cambios y entregar a ISD.
- **Reporte Anual:** Las casas que obtienen un ingreso fijo como Seguro Social se les enviará un reporte anual donde todos los cambios deben de ser reportados y enviados a la oficina de ISD.
- **Reporte Regular:** Hay algunas casas que tienen que reportar los cambios cuando éstos pasan. Estas casas deben de reportar todos los cambios dentro de los 10 días calendario a partir de la fecha en que el cambio pasó.
- **Médico** – Para personas de la 3ra. Edad y incapacitados, reportar todos los cambios dentro de los 10 días de calendario. Para familias y niños, usted solamente tiene que reportar cambios de dirección dentro de los 10 días de calendario. Todos los demás cambios tienen que ser reportados la próxima vez que usted renueve su caso.

(g) *Tendré que participar en el Programa de Trabajo?*

- **SNAP/Comida** –Si, al menos que usted tenga una excusa o esté exento, los miembros de la casa entre 16 y 59 años serán registrados para trabajo en el Programa de Empleo y Entrenamiento (Employment and Training (E&T) Program). Usted puede ser contactado por el proveedor de servicio de Trabajos de New Mexico (New Mexico Works (NMW)). Cuando usted no esté exento y no complete ó reporte su actividad de trabajo, usted puede perder algunos ó todos los beneficios de comida para usted mismo. Esto se llama descalificación. Una descalificación reducirá sus beneficios por cada miembro de la familia que no complete su actividad de trabajo en las siguientes 3 maneras: **1^{era} descalificación– por lo menos 3 meses; 2^{da} – por al menos 6 meses; 3^{era} – por al menos 1 año.** Cuando usted cumple las siguientes situaciones, usted puede ser exento:

▪ Cuidando a un niño menor de 6 años ó a una persona discapacitada	▪ Recibiendo Compensación de Desempleo	▪ Inhabilitado física o mentalmente para el empleo.
▪ Estudiante de colegio inscrito por lo menos medio tiempo	▪ Cumpliendo con el Programa TANF/NMW	▪ Participando en un programa de tratamiento de drogas/alcohol
▪ Empleado al menos 30 hrs. por semana ó recibiendo ingresos semanales = al salario mínimo Federal x 30 horas	▪ 16 ó 17, no es el titular de la casa e inscrito en la escuela	

- **Efectivo** –Si, al menos de que usted tenga una excusa ó esté exento, adultos recibiendo asistencia en efectivo TANF deben de trabajar ó participar en actividades de trabajo aprobadas. Usted puede ser contactado por el proveedor de servicio de Trabajos de New Mexico (New Mexico Works (NMW)). Cuando usted no esté exento y no complete ó reporte su actividad de trabajo, usted puede perder algunos y eventualmente toda su asistencia en efectivo. Esto es llamado sanción. La primera vez, nosotros queremos hablar con usted y tratar de corregir la sanción antes de que pase; esto es llamado conciliación. Una sanción reducirá sus beneficios en las siguientes 3 maneras: **1^{era} Sanción – 25% reducción de efectivo; 2^{da} – 50% reducción de efectivo; y la 3^{era} – se cierra el caso.** Cuando usted cumple cualquiera de las siguientes situaciones, usted puede estar exento solamente después de que HSD revise y apruebe su petición de estar exento.

▪ Padre/Madre soltero(a) cuidando de un niño menor de 12 meses de edad – límite de 1 vez	▪ Situaciones personales temporales – Hasta 30 días
▪ 60 años o mayor	▪ Incapacitado
▪ Embarazo en el tercer trimestre	▪ Cuidando de un miembro incapacitado de la casa
▪ Padre/Madre soltero(a) cuidando de un niño menor de 6 años(no guardería)	▪ Violencia Doméstica (Opción de Violencia Familiar)

(h) *Qué tipos de servicios de apoyo puedo obtener?*

Los proveedores de servicio de NMW le recomendarán a usted servicios de apoyo como cuidado de niños, transportación, Inglés como Segundo Idioma, para obtener su GED, colegio o escuela vocacional, servicios de consejería de abuso de sustancias y violencia doméstica.

9. Castigos para las Infracciones al Programa de Asistencia de SNAP/Comida

Usted no debe de dar información falsa ó esconder información para obtener asistencia de SNAP/Comida, incluyendo tarjetas EBT. Usted no debe de comercializar ó vender su tarjeta EBT ó su PIN (número confidencial) . Usted no debe permitir que un comercio le entregue efectivo desde su tarjeta EBT. Usted no debe cambiar tarjetas EBT para obtener asistencia de SNAP/Comida que usted no tiene derecho a recibir. Usted no debe usar los beneficios de la asistencia de SNAP/Comida para comprar productos que no sean alimentos, tales como alcohol, tabaco ó productos de papel. Usted no debe de usar la tarjeta EBT de alguien más para su casa.

Cualquier persona que intencionalmente no cumpla con estas reglas podría ser censurado de recibir asistencia de SNAP/Comida por 12 meses (primera infracción); censurado por 24 meses (2da. Infracción); censurado permanentemente (3ra. Infracción). Están sujetos a multas de \$250,000, encarcelados hasta por 20 años, o ambos. Suspendidos por 18 meses adicionales. Cualquiera que intencionalmente no cumpla con éstas reglas podría también ser procesado bajo otras leyes federales y estatales que contienen sanciones criminales

Cualquier persona que intencionalmente proporcione información falsa ó esconda información acerca de la identidad o residencia para obtener asistencia de SNAP/Comida en más de una casa al mismo tiempo podría ser censurado por 10 años.

Cualquier persona condenada por comercializar estampillas de comida por sustancias controladas podría ser censurada de recibir asistencia de SNAP/Comida por 24 meses (1era Infracción) y censurada permanentemente (2da. Infracción) .

Cualquier persona condenada por comercializar SNAP/Comida por armas, municiones, o explosivos pudiera ser censurado permanentemente (1era infracción). Cualquier persona condenada por comercializar o vender la asistencia de SNAP/Comida de \$550 ó más y cualquier persona condenada de un crimen relacionado con drogas podría ser censurada permanentemente.