



SOLICITUD PARA REGISTRARSE EN EL PROGRAMA SCI

Si Ud. necesita este formulario en español, llame al Departamento 1-888-997-2583. Intérpretes están disponibles gratuitamente.

La información contenida en esta solicitud se podrá utilizar para determinar la elegibilidad de otros programas de Medicaid.

Programas de Asistencia Médica

State Coverage Insurance (SCI) **Solicitud a través del Empleador** **Solicitud Individual**

Para calificar para SCI, debe cumplir con ciertas pautas tales como:

- Un individuo o empleado de 19 a 64 años
- Ingreso familiar debe cumplir con las pautas del programa
- No tener cobertura médica en la actualidad
- No ser elegible para ciertos programas del gobierno de seguro de salud (Medicare, Medicaid, CHAMPUS, etc.)

Selecciones Programa(s) Adicionales de Asistencia Médica que quisiera solicitar ▶

- Familias o solamente niños Planificación Familiar para Mujeres Mujeres Embarazadas
 Pérdida de SSI Incapacitado que Trabaja

Por favor, envíeme información adicional de Programas de Asistencia Adicionales (como Asistencia de comida, Asistencia en Efectivo o Pago por Calefacción o refrigeración) ▶ **SI** **NO**

Las Solicitudes y Sus Pruebas deben Enviarse por Correo a Una de estas Oficinas

Si vive en los condados de Bernalillo, Sandoval, Santa Fe, Torrance o Valencia –
Northern SCI Unit, Income Support Division
 830 Camino Del Pueblo, Bernalillo, NM 87004
 1-866-773-9939

Si vive en cualquier otro condado de Nuevo Mexico–
Southern SCI Unit, Income Support Division
 655 Utah Avenue, Las Cruces, NM 88001
 1-866-765-4148

Si Ud. necesita mayor información sobre el Programa de Cobertura de Seguro del Estado (SCI), por favor visite nuestro sitio de la Internet: www.insurenewmexico.net o llámenos al 1-888-997-2583

Recuerde acompañar pruebas siguiente en su solicitud :▼

Una o más de las siguientes pueden ser pruebas: ▼

<input type="checkbox"/> Identidad	Copia de su licencia de conducir, Identificación del Gobierno con foto, Carta del Servicio de Inmigración o Tarjeta de Inmigración (debe ser verificada por un agente del estado, véase Pág. 6 de esta solicitud para mayor información).
<input type="checkbox"/> Ciudadanía de E.U.	Copia del Pasaporte de los Estados Unidos, Estados Unidos Certificado de Naturalización, Certificado de Ciudadanía, Certificado de nacimiento de E.U. Certificación de un nacimiento emitido por el Departamento de Estado (debe ser verificada por un agente del estado, véase Pág. 6 de esta solicitud para mayor información). No envíe su tarjeta de Seguro Social.
<input type="checkbox"/> Legal Estatus Inmigrante	Copias de la tarjeta de inmigración, o carta del INS o Departamento de Seguridad Nacional.
<input type="checkbox"/> Ingresos (de Ud. y esposo(a))	Talones de cheques actuales o Copias de cheques de sueldo de los últimos 30 días o carta del empleador Copia de su cheque o carta del Seguro Social, Veteranos, Jubilación y otras fuentes. Documentos de empleador independientes como declaraciones de impuestos o pruebas de sueldos personales.
<input type="checkbox"/> Seguro de Salud	Copias de las tarjetas de identificación o carta de su Compañía de Seguros de Salud.
<input type="checkbox"/> Fecha de Vencimiento de Embarazo (sí se aplica)	Declaración Médica de Fecha de Vencimiento
<input type="checkbox"/> Gastos de Cuidado de Niños (sí se aplica)	Copy of Receipts, Carta de la Persona que usted Paga, recibos, o prueba pagos como Cheque Cancelado

SOLAMENTE Proporcionar información si solicita Asistencia Médica para Adultos Incapacitados o Perdió su SSI ▼

El Valor de Cosas Usted Posee Declaración reciente o Prueba del Valor



Si Ud. es una persona que tiene discapacidad 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 humano de NM gratis y llame al numero 1-800-432-6217, o a través del sistema de relais de Nuevo Méjico TDD en 1-800-659-8331 o puede oprimar 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.

FOR INTERVIEWER OR ISD USE ONLY

Status <input type="checkbox"/> Application <input type="checkbox"/> Redetermination	Former Recipient <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	Cat.	Application Date	Date Mailed	Date Received
ISD Worker Number		Non-ISD Interviewer's Name		Non-ISD Interviewer's Location	

1. Nombre y Información para Contacto

Nombre Completa	Correo Electrónico	Número de Teléfono ()		
Dirección Física	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
Dirección Correo si es diferente de dirección física <input type="checkbox"/>	Ciudad	Condado	Estado	Código Postal

2. Ud. y Personas que Viven con Ud.

Haga una lista de las personas que viven con Ud. incluyéndose Ud. mismo(a)
Solamente tienen que proporcionar el número de seguro social y ciudadanía por aquellos que solicitan asistencia médica.

Nombre (Primero y Apellido)	Relación	Numero Seguro Social (sí se aplica)	Sexo M/F	Fecha de Nació	Raza y Origen	Ciudadanía de EEUU	Inmigrante Legal
1.	(Usted)					<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
2.						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
4.						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
5.						<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO

¿Solicita SCI asistencia médica por su esposo(a) nombrado arriba o padre de su hijos(as)? SI NO

¿Hay alguien que haya nacido en Nuevo Mexico? SI NO

Si es afirmativo, por favor complete la sección en la página 6 y adjúntela con la solicitud.

3. Cobertura de Seguro del Estado (SCI)

¿Le ha ofrecido SCI Seguro de Salud su empleador? SI NO

¿Rechazó Ud. SCI Seguro de Salud? SI NO

Si es afirmativo indique la fecha en que lo rechazó: _____

REGISTRO como INDIVIDUO (No complete esta sección si solicita el seguro a través de su empleador)

¿Es Ud. empleado independiente? SI NO

Si no es empleado independiente, ¿Está actualmente empleado? SI NO

REGISTRO A TRAVÉS DE SU EMPLEADOR (No complete esta parte si lo solicita como individuo)

Por favor, proporcione el nombre y la dirección del empleador: _____

Si su empleador usa un agente de seguros, por favor proporcione el nombre: _____

Todos los solicitantes (individuos y grupos de empleador) deben seleccionar una Organización del Cuidado de la Salud SCI (Managed Care Organización, siglas en inglés MCO). ¿Qué MCO seleccionaría (solamente una)?

Lovelace (SCI Plan)

Molina Healthcare (SCI Plan)

Presbyterian Healthcare (SCI Plan)

Ud. permanecerá con el plan de salud seleccionado por 12 meses. Por favor, esté seguro de su selección.

4. Ingresos

El ingreso bruto se cuenta para determinar su elegibilidad. El ingreso bruto significa el ingreso total, ingreso numerable, antes que se hagan las deducciones. Ud. debe enviar pruebas de todo su ingreso que ha recibido en los últimos 30 días por todos los que viven en su casa.

(a) Haga una lista de toda la información de ingresos de cada una de las personas que viven con Ud.:

- | | | | |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Empleo Independiente | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores Desempleo |
| <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Sostenimiento de niños | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Jubilación |
| <input type="checkbox"/> Veteranos | <input type="checkbox"/> Militares | <input type="checkbox"/> Otro: _____ | <input type="checkbox"/> Otro: _____ |

(b) Haga una lista de toda la información de ingresos de cada una de las personas que viven con Ud.

Persona con Ingreso	Ingreso de?	\$ Cantidad Mensual (antes de Impuestos)	¿Cada cuánto tiempo lo recibe? Diario, Semanal, Otra Semana, Mensual, Quincena
		\$	
		\$	
		\$	

5. Cobertura de Seguro Médico

Si acepta asistencia médica, Ud. Asigna (da) a HSD todos sus derechos de apoyo médico y pagos por cuidados médicos a una tercera parte interesada. Una tercera parte interesada puede incluir a una compañía de seguro u otra persona que podría ser responsable para proporcionarle servicios y cuidado de su salud. Ud. Debe colaborar con HSD a encontrar esta tercera parte interesada quien pagará por sus cuidados médicos. Si Ud. No colabora con HSD, podrá ser rechazado(a) o podrá perder su asistencia médica, a menos que tenga una razón de peso para no colaborar.

(a) ¿Ud. O alguna persona que vive en su casa ha cancelado el seguro de salud en los últimos 6 meses? SI NO

Fecha en que canceló en seguro de salud: _____

Explique por qué canceló el seguro de salud: _____

(b) Haga una lista con la información de los seguros privados de salud, Medicare y Medicaid que tienen las personas que viven con Ud.:

Personas con Cobertura	Nombre de la Compañía de Seguros	Identificación de los miembros	Fecha de inicio	Fecha de terminación

6. Padres que no Viven con su(s) Hijo(s)

Si aceptar asistencia médica para sus hijos, Ud. Asigna (da) a HSD derechos para cobrar manutención de menores del padre o madre ausente. Por favor, haga una lista con la información del padre o padres de sus niños que no viven con Ud.

Nombre del menor	Nombre del Padre Ausente

7. Gastos

¿Cuánto paga mensual por su hijos(a) dependiente/ Cuidado para niños? ► \$ _____

¿Tiene cuentas sin pagar por servicios médicos recibidos en los últimos 3 meses? SI NO

Si su respuesta es afirmativa ¿qué meses? _____

8. Recursos que Posee Complete esta sección solamente si Ud. Está solicitando asistencia médica para adultos incapacitados

(a) Dinero en efectivo, cuentas bancarias, Cuentas de ahorro, CD (certificados de depósito, derechos de autor, regalías, seguros de vida y entierro, fideicomisos, cuentas de jubilación.

(b) Describa todos los objetos Ud. Y las personas que viven con Ud. Poseen:

Objetos	¿Dueño del objeto?	\$ Valor	¿Donde?
		\$	
		\$	

9. Registro para Votar

¿SI USTED NO ESTÁ REGISTRADO PARA VOTAR EN EL LUGAR DONDE UD. VIVE AHORA, QUIERE UD. REGISTRARSE PARA VOTAR AQUÍ HOY? SI NO (Sirvase poner su marca en uno de los cuadros.) **SI UD. NO PONE SU MARCA EN CUALQUIERA DE LOS DOS CUADRADOS NO REGISTRARSE PARA VOTAR AHORA.** La LEY NACIONAL DE REGISTRO DE VOTANTES pone a disposición suya 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 solicitud propia cuenta sin la ayuda de persona alguna. Usted puede llenar la forma de solicitud en privado. **IMPORTANTE:** El hecho de que ud. solicita ayuda o que decida no registrarse para votar NO AFECTARÁ la ayuda que esta agencia le proporcionará a ud.

Signature

Date

CONFIDENCIALIDAD: Si ud. decide registrarse o no, la decisión que ud. tome permanecerá en calidad de confidencial. **SI UD. CREE QUE ALGUNA PERSONA HA INTERVENIDO CON** su derecho de registrarse para votar, o rechaza su registro de votar, o ha intervenido con su derecho a la privacidad al 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, (telefono: 1-800-477-3632).

10. Información para el Solicitante

INFORMACIÓN SOBRE SU PRIVACIDAD. La información que Ud. Proporciona a HSD se usará para determinar si su hogar es elegible o continúa ser elegible para tomar parte de los programas de HSD. Comprobaremos esta información a través de programas combinados por computadoras. Esta información será también usada para asegurarnos que Ud. cumple con las reglas del programa y para ayudarnos a administrar el programa. Esta información se podrá dar a otras agencias estatales y federales para reexaminación oficial, y a las agencias de la policía con el propósito del buscar a personas que huyen o evitan el cumplimiento de la ley.

Si Ud. recibe beneficios los cuales no era elegible y se deben rembolsar, esto se llama un reclamo. Si Ud. y las personas que viven con Ud. reciben un reclamo en contra de Uds., la información en esta solicitud, incluyendo todas números de Seguro Social, puede ser dada a las agencias federales y estatales, y también a agencias privadas de colección de reclamos, para acción de recolección de deudas. Proporcionar la información solicitada, incluyendo sus números de seguro social de las personas que viven con Ud. es voluntario. Sin embargo, cada persona que vive con Ud. que solicita asistencia debe proporcionar su número de seguro social resultará en el rechazo para los beneficios del programa para cada uno de los individuos que no dieron su número de seguridad social. Los inmigrantes no-ciudadanos que no solicitan ayuda para si mismos, no necesitan dar información de su estatus migratorio ni números de seguro social. Cualquier número de seguro social dado será usado y compartido de la misma manera de seguros sociales de los otros miembros elegibles de su hogar.

También coordinaremos con otras agencias y el Servicio Federal de Ingresos de Verificación de Elegibilidad (*Federal Income Eligibility Verification Service*, siglas en inglés *IEVS*), y (*Public Assistance Reporting Information System*, siglas en inglés *PARIS*) sobre la información que Ud. nos ha proporcionado. Esta información puede afectar la elegibilidad de su hogar y la cantidad de beneficios.

RESPONSIBILIDAD DE INFORMAR SOBRE CAMBIOS. La información que yo doy durante el proceso de solicitud es usada para determinar la elegibilidad. Cambios en el ingreso o tamaño de la familia no es necesario reportarlos hasta que haya una recertificación, de acuerdo con los reglamentos de SCI (Cobertura de Seguro del Estado) sección 12 of 8.262.400NMAC que se aplica solamente al programa de SCI. Yo comprendo que tengo que reportar si me muevo a otro estado o si obtengo otra cobertura de seguro de salud dentro de los 10 días de la fecha del cambio o como se requiera de otro modo.

CONFIDENCIALIDAD Yo comprendo que toda la información que yo proporcione a HSD (Departamento de Servicios Humanos) es confidencial. La información solamente se usará para propósitos de elegibilidad o para proporcionar servicios. Por ley, la información confidencial puede referirse a otras agencias para administrar los programas administrados con fondos federales.

HACER PÚBLICA LA INFORMACIÓN MÉDICA. Al firmar esta solicitud, yo doy mi consentimiento a HSD (Departamento de Servicios Humanos) para examinar informes médicos necesarios para determinar la elegibilidad y/o para pagos de beneficios.

AUDIENCIAS JUSTAS. Si Ud. no está de acuerdo con una decisión tomada en su caso, Ud. puede pedir una AUDIENCIA JUSTA, en persona, por teléfono 1-800-432-6217 ó al (505) 827-8164, o escribiéndonos dentro de los 90 días posteriores a la fecha de la notificación enviada a Ud. informándole de la decisión sobre la acción que se ha tomado en su caso. Por favor, envíe su petición a: HSD Hearings Bureau, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504.

DECLARACIÓN SOBRE DERECHO CIVILES. Todos los programas administrados por Human Services Department (HSD) (Departamento de Servicios Humanos) son programas considerados de oportunidad igualitaria. Si Ud. cree que lo/ la han tratado injustamente debido a su raza, color, origen nacional, edad, incapacidad y donde se aplique, debido a su sexo, estatus matrimonial, estatus familiar, estatus de padre o madre, religión, orientación sexual, información genética, creencias políticas, represalias, o porque todo o parte de su ingreso viene de programas de asistencia pública. Las quejas sobre discriminación deben entablarse en la oficina central del Departamento de Servicios Humanos (HSD) o en su oficina local del Servicios Humanos de su condado. Las quejas de discriminación sobre bonos de alimentos deben entablarse con USDA, Director Office of Civil Rights (Oficina del Director de Derechos Civiles,) Oficina 326 W. Whitten BLDG. 1400 Independence Ave, S.W. Washington, DC 20250-9410 o llamar a (202) 720-5964 (voz y TDD). Las quejas sobre discriminación con los Programas de Asistencia con Dinero en Efectivo y Asistencia Médica deben entablarse con Office of Civil Rights, Department of Health and Human Services (Oficina de Derechos Civiles, Departamento de Salud y Servicios Humanos) 1301 Young Street, Suite 1169, Dallas, TX 75202 o llamar al 1-800 368-1019(voz) y (214)- 767- 8940 (TDD).

Si Ud. tiene una solicitud pendiente con la Administración de Seguro Social (Social Security Administration) o una solicitud de Medicaid pendiente, es posible que Ud. sea elegible en forma retroactiva (por los meses pasados) con una cobertura total o sin costo de Medicaid. SCI requiere primas y copagos, que no les serán reembolsados por los meses en que Ud., posteriormente lo encontraron elegible retroactivamente con cobertura completa y sin costo de Medicaid o Medicare.

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD DE LISTA DE ESPERA, YO ESTOY DE ACUERDO CON LO SIGUIENTE:

- Si alguna de la información de contacto proporcionada en la solicitud cambiara, yo informaré a HSD inmediatamente.
- Declarar la identidad de todos mis hijos(as) menores de 16 años
- Proporcionar la información requerida y pruebas para determinar mi elegibilidad
- Permitir que HSD (Departamento de Servicios Humanos) contacte a personas y agencias para verificar la información requerida.
- Permitir que toda la información que he proporcionado a HSD (Departamento de Servicios Humanos) sea combinada por computadora con otras agencias federales, estatales y locales..
- Los beneficios de SCI son similares a un plan básico de seguro de salud comercial. Se requiera pagar primas y copagos. Si se requiere pagar primas mensuales, estas **deben pagarse** a tiempo.
Los Nativos Americanos registrados en el programa no deben pagar copagos.
- Reconocer la naturaleza limitada de SCI y comprendo que si necesito hospitalización al tiempo de mi aprobación inicial de SCI, necesito registrarme con un Organización del Cuidado de la Salud (MCO), pero el MCO no es responsable por los costos de salud incurridos después de ser dado de alta del hospital.
- HSD usará la información que yo he dado para determinar mi elegibilidad, por lo tanto, tal información debe ser lo más correcta posible. Si la información que yo proporciono es falsa, incorrecta, o incompleta, mis beneficios dieran denegados y el caso se cerrará.
- Si doy información falsa, incorrecta o incompleta a sabiendas, será condenado por ese delito.
- Comprender que debo rembolsar cualquier beneficio que no haya sido elegible para recibir.

11. Su Firma (Su representante autorizado también debe firmar aquí)

► Firma Aquí X _____

Fecha _____

Organización de Atención de Salud (MCO) HOJA DE DATOS
Seguro de Cobertura Por el Estado

Lovelace SCI



A. Metodología de Pagos

Tiene que pagar las primas por adelantado para cada mes de cobertura. Cuando el miembro se matricula, tiene que hacer el primer pago por cheque o giro postal. Los pagos posteriores se pagan solo con cheque o giro postal.

B. Proveedores

Lovelace usa proveedores que han contratado con el plan SCI. Para determinar si su proveedor tiene contrato Ud. puede consultar la internet a <http://www.lovelacehealthplan.com/directory.php> también puede preguntar si un proveedor está en la red SCI llamando al número 1-800-808-7363.

C. Formulario de Farmacéuticos

El formulario de farmacéuticos es una lista de farmacéuticos aprobados. Ud. tendrá que obtener autorización para su receta. Para preguntar si su receta está cubierta favor de llamar al 1-800-808-7363 o consulte en la internet a <http://www.lovelacehealthplan.com/pdf/LHP%20two%20tier.pdf>.

¿Preguntas? Favor de llamar al (505) 727-5670 o (888) 665-5401 o comuníquese con el sitio web al www.lovelacehealthplan.com.

Molina Healthcare



A. Metodología de Pagos

Cuando el miembro se matricula, tiene que pagar el primer abono con cheque o con giro postal. Posteriormente pagué solo con cheque o giro postal. Tiene que -pagar las primas por adelantado y Molina tendrá que recibir el pago para el día 20 de cada mes para asegurar que Ud. tiene cobertura para el mes que sigue. Puede hacer los arreglos para pagar con giro bancario, si así lo solicitan.

B. Proveedores

El Plan de Salud Molina usa proveedores que tienen contrato con el plan SCI. Para determinar si su proveedor tiene contrato, Ud. puede consultar la Internet a <http://www.molinahealthcare.com>. También Ud. puede llamar al Departamento del Servicios al Cliente al **1-866-403-3018** para darse cuenta si un proveedor está en la red SCI.

C. Formulario de Farmacéuticos

El formulario de farmacéuticos es una lista de farmacéuticos aprobados. Ud. tendrá que obtener autorización por adelantado para que consiga su receta. Para darse cuenta si su receta está cubierta, favor de llamar al **1-866-403-3018**.

¿Preguntas? Favor de llamar **1-866-403-3018**, fuera de Albuquerque o al **348-1578** en Albuquerque. Ud puede lograr acceso al sitio web en <http://www.molinahealthcare.com>.

Presbyterian Health Plan



A. Metodología Para los Pagos

Para cada mes de cobertura tienen que pagarse las primas por adelantado. El primer pago es solo un debito o crédito. Los pagos posteriores pueden ser debito, crédito o retirar automáticamente de una cuenta de cheques o cuenta de ahorros.

B. Proveedores

Presbyterian usa proveedores que han contratado para el plan SCI. Para determinar si su proveedor tiene contrato consulte por la internet a <http://www.phs.org/directory/index.shtml>. Ud. también puede llamar para enterarse si un proveedor está en la red llamando a **1-866-593-7434**.

C. Formulario de Farmacéuticos

El formulario farmacéutico es una lista de farmacéuticos aprobados. Posiblemente su receta no esté en esa lista. Tal vez Ud. tenga que obtener una autorización para su receta. Para cerciorarse si su receta está cubierta, Ud. puede llamar al **1-866-593-7434** o visite el sitio web en

<http://www.phs.org/facilities/pharmacy/formulary.html>.

¿Preguntas? Favor de llamar a Presbyterian al **923-8200** o **1-866-606-7737**. Ud. también puede consultar el sitio web <http://www.phs.org/>.

HOJA INFORMATIVA SOBRE LOS REQUISITOS DE CIUDADANÍA PARA COBERTURA DE SEGURO DEL ESTADO (SCI)

Regulaciones federales, ahora, requieren que todos los individuos que reciban SCI proporcionen los documentos específicos **ORIGINALES** (no copias) para verificar su ciudadanía, su estatus legal permanente y su identidad.

IMPORTANTE:

Los documentos originales serán revisados y se hará una copia de ellos. Por favor, llame a las unidades de SCI al 1-866-765-4148 ó 1-866-773-9939 para encontrar una oficina cerca de su domicilio para la verificación de su documentación. Este proceso se hace SOLO una vez.

Para probar su ciudadanía e identidad- Los siguientes son documentos aceptables para determinar su ciudadanía en los Estados Unidos y su identidad. Los solicitantes necesitarán proporcionar un original de uno de los siguientes documentos:

- Un pasaporte
- Un Certificado de Naturalización (INS formulario 550-ó -N-570)
- Un Certificado de Ciudadanía de los Estados Unidos (INS formulario N-560 ó N-561)

Si no tiene uno de los documentos mencionados más arriba, Ud. necesitará proporcionar documentos separados que acrediten su ciudadanía e identidad.

- **Solamente para prueba de ciudadanía:** un certificado de nacimiento de los Estados Unidos es la forma más fácil de establecer prueba de ciudadanía.
- **Si Ud. nació en el Estado de Nuevo Mexico y no tiene una copia de su certificado de nacimiento, por favor, adjunte esta hoja en su solicitud con la información requerida más abajo.** También puede llamar a la oficina de la unidad de SCI, ya sea en Las Cruces (1- 866-765-4148 ó en Bernalillo (1-866-773-9939) con esta información. La unidad de SCI tratará de hacer todo lo posible para verificar su certificado de nacimiento por medio del departamento de Salud del Estado de Nuevo Mexico.

Por favor, proporcione toda la información de todos los miembros de su familia que viven con Ud. quienes están solicitando asistencia y envíe esta hoja con su solicitud.

Por favor, proporcione toda la información de todos los miembros de su familia que viven con Ud. quienes están solicitando asistencia y envíe esta hoja con su solicitud.

Nombre al nacimiento ▼	Fecha de nacimiento ▼	Condado de nacimiento (en Nuevo Mexico) ▼	Sexo (Masculino/ Femenino) ▼	Primer nombre de la madre ▼	Apellido de Soltera de la Madre ▼

- Si Ud. **NO** nació en el Estado de Nuevo Mexico o si el empleado(a) de la unidad de SCI no puede verificar su certificado de nacimiento, Ud. necesitará proporcionar un certificado de nacimiento de los Estados Unidos **ORIGINAL**, para verificación.
- **Los residentes Legales Permanentes:** deben presentar la documentación del Servicio de Inmigración que muestre su estatus de inmigrante y fecha legal de entrada a los Estados Unidos. (I-94).
- **Prueba de Identidad solamente:** Los siguientes son documentos aceptables para probar su identidad:
 - Licencia de Conducir
 - Documento de la tribu Nativo Americana.
 - Cualquier otra carta de identificación emitida por el gobierno (con foto, nombre y fecha de nacimiento).
 -

¿PREGUNTAS? Si tiene preguntas sobre SCI, necesita mayor información para verificar su ciudadanía e identidad o desea discutir otros medios para verificar su documentación, Ud. puede llamar al Centro de Soluciones de *Insure New Mexico!* al 1-888-997-2583.

Si necesita más información llame a: 1-800-432-6217 o visite El Departamento de Servicios Humanos en sitio de Internet en: <http://www.state.nm.us/hsd/isd.html>

Voter Registration Application/Solicitud de Inscripción de Votante

Before completing this form, review the General, Application, and State specific instructions.

Antes de llenar este formulario, vea las instrucciones generales, las instrucciones para llenar esta solicitud, y las instrucciones específicas de su estado.

PLEASE PROVIDE YOUR RESPONSES IN ENGLISH. / PROPORCIONE SUS RESPUESTAS EN INGLÉS.

Are you a citizen of the United States of America? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ¿Es usted ciudadano de Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Will you be 18 years old on or before election day? ¿Habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		This space for office use only. / Este espacio sólo para uso de la oficina. Site Code I-01																											
If you check "No" in response to either of these questions, do not complete form. Si contestó "No" a alguna de estas preguntas, no llene el formulario. (Please see state-specific instructions for rules regarding eligibility to register prior to age 18.) (Vea también las instrucciones específicas de su estado sobre la posibilidad de inscribirse antes de los 18 años de edad).																																	
1	(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Mr. / Sr. Mrs. / Sra. Miss / Sta. Ms. / Srta.		Last Name / Apellido		First Name / Primer nombre		Middle Name(s) / Segundo nombre		(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Jr. Sr. II III IV																								
2	Home Address / Dirección donde vive				Apt. or Lot # / N°. de depto. o lote		City/Town / Ciudad/Localidad		State / Estado		Zip Code / Código postal																						
3	Address Where You Get Your Mail If Different From Above / Dirección donde recibe su correo, si es diferente a la de más arriba						City/Town / Ciudad/Localidad		State / Estado		Zip Code / Código postal																						
4	Date of Birth / Fecha de nacimiento			5	Telephone Number (optional) / Número de teléfono (optativo)			6 ID Number (See Item 6 in the instructions for your state) / Número de identificación (Vea el número 6 en las Instrucciones de su estado)																									
			Month / Mes Day / Día Year / Año																														
7	Choice of Party (see item 7 in the instructions for your State) / Selección de partido político (Vea el número 7 en las instrucciones de su estado)			8	Race or Ethnic Group (see item 8 in the instructions for your State) / Raza o grupo étnico (Vea el número 8 en las instrucciones de su estado)																												
9	I have reviewed my state's instructions and I swear/affirm that: / Leí las instrucciones de mi estado y juro/afirmo que: ■ I am a United States citizen. / Soy ciudadano de Estados Unidos. ■ I meet the eligibility requirements of my state and subscribe to any oath required. / Cumpló con los requisitos de mi estado y presto cualquier juramento requerido. ■ The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry to the United States. / La información que proporcioné es verdadera según mis mejores conocimientos, bajo pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, se me puede multar, encarcelar o (si no soy ciudadano de EE UU), deportar de o denegar entrada a Estados Unidos.																																
Please sign full name (or put mark) / Firme su nombre completo (o ponga su marca) ▲																																	
Date / Fecha: <table border="1" style="display: inline-table; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> <td style="width: 30px; height: 20px;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Month / Mes</td> <td style="text-align: center;">Day / Día</td> <td style="text-align: center;">Year / Año</td> <td colspan="9"></td> </tr> </table>																						Month / Mes	Day / Día	Year / Año									
Month / Mes	Day / Día	Year / Año																															

If you are registering to vote for the first time: please refer to the application instructions for information on submitting copies of valid identification documents with this form.
 Si se está inscribiendo para votar por primera vez: consulte las instrucciones de la solicitud para información sobre presentar copias documentos de identificación válidos con este formulario.

Please fill out the sections below if they apply to you.
 Llene las secciones a continuación que correspondan a su situación.

If this application is for a **change of name**, what was your name before you changed it? / Si esta solicitud es para un **cambio de nombre**, ¿cómo se llamaba antes de cambiar de nombre?

A	Mr. / Sr. Mrs. / Sra. Miss / Sta. Ms. / Srta.		Last Name / Apellido		First Name / Primer nombre		Middle Name(s) / Segundo nombre		(Circle one) / (Marque uno con un círculo) Jr. Sr. II III IV	
----------	--	--	----------------------	--	----------------------------	--	---------------------------------	--	---	--

If you were **registered before but this is the first time you are registering from the address in Box 2**, what was your address where you were registered before?
 Si estubo **inscrito antes, pero esta es la primera vez que se está inscribiendo con la dirección en la Casilla 2**, ¿cuál era la dirección con que estaba inscrito antes?

B	Street (or route and box number) / Calle (o número de ruta y casilla)			Apt. or Lot # / N°. de depto. o lote		City/Town/County / Ciudad/Localidad/Condado		State / Estado		Zip Code / Código postal	
----------	---	--	--	--------------------------------------	--	---	--	----------------	--	--------------------------	--

If you live in a rural area but do not have a street number, or if you have no address, please show on the map where you live.
 Si vive en una zona rural, pero no tiene un número de calle, o si no tiene dirección, muestre en el mapa dónde vive.

C	■ Write in the names of the crossroads (or streets) nearest to where you live. / Escriba el nombre de las calles que cruzan más cerca de donde vive. ■ Draw an X to show where you live. / Ponga una X para mostrar el lugar en que vive. ■ Use a dot to show any schools, churches, stores, or other landmarks near where you live, and write the name of the landmark. / Ponga un punto para mostrar las escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia y escriba el nombre del punto de referencia.			NORTH / NORTE ↑													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 20%; text-align: center;">Example / Ejemplo</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%; text-align: center;">● Grocery Store / Tienda de abarrotes</td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> <td style="width: 20%;"></td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Public School / Escuela pública ●</td> <td style="text-align: center;">Ruta No. 2</td> <td style="text-align: center;">Woodchuck Road</td> <td style="text-align: center;">X</td> <td colspan="2"></td> </tr> </table>			Example / Ejemplo		● Grocery Store / Tienda de abarrotes				Public School / Escuela pública ●	Ruta No. 2	Woodchuck Road	X					
Example / Ejemplo		● Grocery Store / Tienda de abarrotes															
Public School / Escuela pública ●	Ruta No. 2	Woodchuck Road	X														

If the applicant is unable to sign, who helped the applicant fill out this application? Give name, address and phone number (phone number optional).
 Si el solicitante no puede firmar, ¿quién ayudó al solicitante a llenar esta solicitud? Dé el nombre, la dirección y el número de teléfono. (El número de teléfono es optativo).

D	
----------	--

Mail this application to the address provided for your State.
 Envíe esta solicitud a la dirección provista por su estado.

Instrucciones para llenar la solicitud

Antes de llenar la parte principal del formulario, conteste las preguntas en la parte de arriba del formulario para indicar si es ciudadano de Estados Unidos y si habrá cumplido los 18 años de edad para el día de las elecciones. Si contesta “no” a alguna de estas preguntas, no puede usar el formulario para inscribirse para votar. Sin embargo, las instrucciones específicas del estado le pueden proporcionar más información sobre el cumplimiento de los requisitos para votar antes de cumplir 18 años de edad.

Casilla 1 - Nombre

Escriba su nombre en esta casilla en el siguiente orden: apellido, primer nombre, segundo nombre. No use apodos ni iniciales.

Nota: Si esta solicitud es para un cambio de nombre, escriba lo que fue su nombre completo antes de cambiarlo en la Casilla A (en la mitad inferior del formulario).

Casilla 2 – Domicilio particular

Escriba la dirección donde vive (su dirección legal) en esta casilla. **No** ponga aquí su dirección postal si no es la misma que su dirección particular. **No** use una casilla de correo o una ruta rural sin un número de casilla. Consulte las instrucciones específicas de su estado para las reglas correspondientes a los números de rutas.

Nota: Si estuvo inscrito para votar anteriormente pero esta es la primera vez que se inscribe para la dirección en las Casilla 2, indique la dirección en que estaba inscrito anteriormente en la **Casilla B** (en la mitad inferior del formulario). Denos todo lo que pueda recordar de la dirección anterior.

Nota adicional: Si vive en una zona rural y no tiene una dirección con calle y número o si no tiene una dirección con calle y número o si no tiene dirección, muestre donde vive usando el mapa en la **Casilla C** (en la parte inferior del formulario).

Casilla 3 - Dirección postal

Si recibe su correo en un lugar que no es el mismo de la Casilla 2, ponga su dirección postal en esta casilla. Si no tiene dirección en la Casilla 2, **tiene** que escribir en la Casilla 3 una dirección en la que se lo pueda contactar por correo.

Casilla 4 – Fecha de nacimiento

Ponga en esta casilla su fecha de nacimiento en este orden: mes, día, año. *¡Tenga cuidado de no usar la fecha de hoy!*

Casilla 5 – Número de teléfono

La mayoría de los estados solicitan su número de teléfono por si tienen preguntas sobre su solicitud. Sin embargo, **no** tiene obligación de llenar esta casilla.

Casilla 6 – Número de identificación

La ley federal requiere que los estados obtengan un número de identificación de todos los que inscriben para votar. Consulte las instrucciones específicas de su estado para el número 6 sobre qué número es aceptable en su estado. Si no tiene ni licencia de manejar ni número de Seguro Social, indíquelo en este formulario y su estado le asignará un número.

Casilla 7 – Selección de partido político

En algunos estados se tiene que inscribir en un partido político si desea participar en las elecciones primarias, en la asamblea local (caucus) o en la convención de ese partido político. Para determinar si su estado requiere esta inscripción, vea el número 7 en las instrucciones correspondientes a su estado.

Si se quiere inscribir en un partido político, escriba en letras de molde en la casilla el nombre completo del partido que prefiere.

Si **no** desea inscribirse en un partido, escriba “no party” (ningún partido) o deje la casilla en blanco. **No** escriba la palabra “independent” (independiente) si quiere significar “no party” (ningún partido), porque se lo puede confundir con un partido político de su estado.

Nota: Si se inscribe sin indicar un partido político, aún puede votar en las elecciones generales y en las elecciones primarias no partidarias (que no son específicas de un partido político).

Casilla 8 – Raza o grupo étnico

Algunos estado le preguntan cuál es su raza o grupo étnico, para administrar la Ley Federal de Derechos del Votante. Para averiguar si su estado solicita esta información, vea el número 8 en las instrucciones correspondientes a su estado. En caso afirmativo, escriba en la Casilla 8 la opción que mejor lo describa de la lista a continuación:

- Indígena norteamericano o nativo de Alaska
- Asiático o isleño del Pacífico
- Negro, *no de* origen hispano
- Multirracial
- Blanco, *no de* origen hispano
- Otro

Casilla 9- Firma

Lea la información en el número 9 de las instrucciones de su estado. Antes de firmar o hacer su marca, verifique que:

- (1) Cumple con los requisitos de su estado y que
- (2) Entiende **todo** lo que dice en la Casilla 9.

Finalmente, firme su nombre **completo** o ponga su marca y escriba claramente la fecha de hoy en este orden: mes, día, año. Si el solicitante no puede firmar, ponga en la **Casilla D** el nombre completo, la dirección, y el número de teléfono (opcional) de la persona que ayudó al solicitante.

INSTRUCCIONES DE NUEVO MÉXICO

Fecha límite de inscripción – 28 días antes de las elecciones.

6. Número de identificación. Se requiere su número del Seguro Social. Esta tarjeta de inscripción con su número del Seguro Social pasará a formar parte de los datos permanentes de inscripción de votantes de su localidad, que se hallan disponibles para inspección del público en la oficina del secretario de condado. Sin embargo, su número del Seguro Social y su fecha de nacimiento permanecerá confidencial y no se revelarán al público. Las listas computarizadas de información limitada de inscripción de votantes (sin el número del Seguro Social o la fecha de nacimiento) se hallan a disposición del público en general y si las solicitan, se entregan a titulares de cargos sujetos a elección, a candidatos, partidos políticos, tribunales y organizaciones sin fines de lucro que promueven la participación e inscripción de votantes, solo para fines políticos (§1-5-19B, NMSA 1978).

7. Selección de partido político. Si tiene que inscribir en un partido político si desea participar en las elecciones primarias, en la asamblea local (caucus) o en la convención de ese partido.

8. Raza o grupo étnico. Deje en blanco.

9. Firma. Para inscribirse en Nuevo México tiene que:

- Ser ciudadano de Estados Unidos
- Ser residente del estado de Nuevo México
- Tener al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones
- No haberle sido denegado el derecho al voto por un tribunal de justicia por motivo de incapacidad mental y el votante deberá afirmar si le condenaron por un delito grave, ha completado todas las condiciones de libertad condicional o supervisada, ha cumplido toda la sentencia o ha recibido perdón del gobernador.

Por favor regrese la forma completada a su Oficina local del condado de la División de Asistencia Económica o a su oficina local del Oficial de Registro Civil. Para la ubicación de su oficina local del Oficial de Registro Civil, por favor visite esta página de internet: <http://www.sos.state.nm.us/sos-CClerk.html>