



## SOLICITUD PARA REGISTRARSE EN EL PROGRAMA SCI

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](http://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 necesita más información:**  
Llame 1-800-432-6217 o visite el sitio web del Departamento de Servicios Humanos al:  
<http://www.state.nm.us/hsd/isd.html>



**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	



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 número 1-800-432-6217, o a través del sistema de relés 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. (08/23/08)

**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	¿Dónde?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

## 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 todos 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. (10/23/2009)

**RESPONSABILIDAD 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 agencias federales y estatales. Toda la información será utilizada para determinar la elegibilidad y/o proporcionar servicios. (03/29/12)

**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) 476-6213, 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. (04/10/2012)

**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, ATTN: Quality Improvement Section, Pollon Plaza, P.O. Box 2348, Santa Fe, New Mexico 87504-2348 o en la oficina local de su condado. Las quejas de discriminación sobre el Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental se pueden presentar con el USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Ave. SW, Washington, DC 20250-9410 o llame 1-866-632-9992 o 202-401-0216 (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). (08/16/11)

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 requiere 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, seré 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 ✕ \_\_\_\_\_

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](http://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>**

<b>PERSONAL INFORMATION</b>					This information <u>not</u> to be copied.	
1	NAME Last	First	Middle Name or Initial	Gender	Birth Date	Social Security Number
<b>PHYSICAL STREET ADDRESS WHERE YOU LIVE NOW</b>						
2	Street Address		Apartment, Unit, or Lot #	City	Zip	
<b>ADDRESS WHERE YOU GET YOUR MAIL (If different from above)</b>						
3	Address			City	Zip	
4	If you are changing your name on this application, under what full name were you previously registered?			Last Name - First Name - Middle Name or Initial		
<b>POLITICAL PARTY</b>		<b>DAYTIME TELEPHONE NUMBER (optional)</b>		<b>POLL WORKER</b>		
5	NOTE: You must name a major political party to vote in primary elections. ▶▶▶	Party	If you choose NO PARTY, check this box: <input type="checkbox"/>	6	May the County Clerk make this telephone number public for election purposes? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO	Would you like to serve as an election day precinct worker? <input type="checkbox"/> YES
7	I hereby authorize you to cancel my previous registration in the following county and state.		City or Township	County	State	
Please answer the following questions:				<b>ATTESTATION OF QUALIFICATION</b>		
8	Are you a citizen of the United States? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Will you be 18 years of age on or before election day? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If you checked "NO" to any of the questions above, do not complete this form. If you have been convicted of a felony and are currently on parole or supervised probation do not complete this form			I swear/affirm that I am a citizen of the United States and a resident of the state of New Mexico; that I have not been denied the right to vote by a court of law by reason of mental incapacity; that I am, or will be at the time of the next election, 18 years of age; and, if I have been convicted of a felony, I have completed all conditions of parole and supervised probation, served the entirety of a sentence or have been granted a pardon by the governor. I further swear/affirm that I am authorizing cancellation of any prior registration to vote in the jurisdiction of my prior residence; and that all the information I have provided is correct.		
TODAY'S DATE ➡ Month Day Year ____/____/____				➡ SIGN YOUR FULL NAME OR MARK ON THE LINE BELOW: [ _____ ]		
9	Name of agent who assisted you in filling out this form:		VRA ID #			
<b>DO NOT WRITE IN SHADED AREAS - FOR OFFICIAL USE ONLY</b>						
Accepted for filing in County Registration Records					I.D.	PCT.
Date _____/_____/_____					MUN.	PRC DIST.
County Clerk		Filing Clerk		REP. DIST.	SEN. DIST.	SCHOOL
					C.C.	

NMVR-1 HSD (2012)

<b>INFORMACION PERSONAL</b>					Esta información no se debe copiar.	
1	NOMBRE: Apellido	Su Nombre de Pila	Otro Nombre o Inicial	Género	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
<b>DIRECCION DONDE UD. VIVE AHORA</b>						
2	Número y Nombre de la Calle		Departamento, Unidad o # de Lote	Ciudad	Zona Postal	
<b>DIRECCION DONDE UD. RECIBE SU CORRESPONDENCIA</b>						
3	Dirección			Ciudad	Zona Postal	
4	¿Si Ud. va a cambiar su nombre en esta solicitud, bajo que nombre completo estaba Ud. matriculado antes?			Apellido	Nombre de Pila	Otro Nombre o Inicial
<b>PARTIDO POLITICO</b>		<b>NUMERO DE TELEFONO EN EL DIA (opcional)</b>		<b>EMPLEADO/A EN URNA ELECTORAL</b>		
5	AVISO: Ud. tiene que indicar partido politico principal para votar en la elección primaria ▶▶	Partido	Si Ud. NO ELIGE Partido marque aquí <input type="checkbox"/>	6	¿Con motivo de elecciones puede divulgar el escribano de Condado este núm. de teléfono? <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	¿Quiere Ud. trabajar en recinto electoral el día de la elección? <input type="checkbox"/> SI
7	Por la presente autorizo que Ud. cancele mi matrícula previa en el condado y estado a continuación.		Ciudad o División	Condado	Estado	
Favor de contestar las preguntas a continuación:				<b>TESTIMONIO DE CALIFICACION</b>		
8	¿Es Ud. ciudadano/a de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No ¿Habrá cumplido Ud. 18 años en o antes del día de la elección? <input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> No Si Ud. marcó "NO" en cualquiera de las preguntas más arriba no termine de rellenar este formulario. Si usted fue condenado de un delito grave y actualmente esta en libertad condicional o probación supervisada, no llene esta forma.			Yo juro/afirmo que soy ciudadano de los Estados Unidos y residente del Estado de Nuevo México; que la corte no me ha denegado el derecho de votar por motivo de incapacidad psicológica; que tengo o tendré 18 años de edad en la fecha de la próxima elección y si he sido condenado de delito grave he cumplido todas las condiciones de libertad a prueba o el gobernador me ha concedido indulto. Además, juro o afirmo que autorizo la cancelación de toda matrícula anterior con el fin de votar en el territorio de mi residencia previa, y que la información proveído esta correcto.		
FECHA: ➡ Mes Día Año ____/____/____				FIRME SU NOMBRE COMPLETO O MARQUE LA LÍNEA ABAJO [ _____ ]		
9	Nombre de la persona que le ayudó a llenar este formulario:		VRA ID #			
<b>NO ESCRIBA EN LOS ESPACIOS EN COLOR GRIS - SOLO PARA USO OFICIAL</b>						
Accepted for filing in County Registration Records					I.D.	PCT.
Date _____/_____/_____					MUN.	PRC DIST.
County Clerk		Filing Clerk		REP. DIST.	SEN. DIST.	SCHOOL
					C.C.	

NMVR-1 HSD (2012)