



Solicitud para LIHWAP

Programa de Asistencia de Agua para Hogares de Bajos Ingresos

Si Ud. necesita este formulario en español, comuníquese con su trabajador(a)

ESTA SOLICITUD SOLO DEBE USARSE PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE AGUA PARA HOGARES DE BAJOS INGRESOS.

Responda todas las preguntas del formulario. Debe firmar y poner la fecha en la última página de esta solicitud o no será válida. Si desea obtener otro tipo de asistencia que aún no recibe, comuníquese con su trabajador del caso y pida un formulario de solicitud HSD-100 o HSDSP-100.

1. Dirección

Escriba su dirección física actual y su dirección postal

Dirección física (la dirección de su hogar)	Ciudad	Estado	Código postal	N.º de teléfono de contacto ()
Dirección postal (si es diferente de la dirección física)	Ciudad	Estado	Código postal	

2. Usted y las personas que viven con usted

A. Liste los nombres y la información de usted y de todas las personas que viven con usted. Solo debe dar un número de Seguro Social y la información de ciudadanía para las personas que desean obtener o que obtendrán asistencia.

Nombre (Primero y apellido)	Relación	Número de Seguro Social	Género M = Masculino F = Femenino	Fecha de nacimiento	Edad	Raza 1-5 (ver) a continuación (opcional)	Afiliación tribal	Etnia Hispano S/N (opcional)	Ciudadanía Inmigración Situación 1 a 23 (ver a continuación)	¿Es discapacitado?
	(Uno mismo)									<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
										<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

RAZA: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su raza y **escriba los números más arriba.**

1 - Indígena americano nativo de Alaska	2 - Asiático	3 - Negro o afroamericano	4 - Nativo de Hawái o de otra isla del Pacífico	5 - Blanco	6 - Otra
---	--------------	---------------------------	---	------------	----------

Ciudadanía/Estado migratorio: Para cada persona que está solicitando ayuda, elija de los números a continuación el que mejor describa su ciudadanía estadounidense o estado migratorio y **escriba los números más arriba.**

1 - Ciudadano estadounidense	2 - Residente legal permanente (LPR)	3 - Residente legal temporal (LTR)	4 - Asilado	5 - Refugiado	6 - Inmigrante cubano/haitiano
7 - Refugiado político en EE. UU.	8 - Inmigrante condicional aceptado antes de 1980	9 - Cónyuge, padre/madre o hijo golpeado	10 - Víctima de tráfico y cónyuge, hijo, hermano, padre/madre	11 - Persona con estado de no inmigrante (incluye a personas con visas y a ciudadanos de Micronesia, las islas Marshall y Palau)	12 - Solicitante o beneficiario de estado protegido temporal
13 - Partida obligatoria diferida	14 - Estado de acción diferido	15 - Beneficiario de retención de deportación o retención de remoción	16 - Solicitante de retención de deportación o retención de remoción	17 - Solicitante de estado de inmigrante especial con petición de visa aprobada	18 - Solicitante de ajuste de estado de LPR, con petición de visa aprobada
19 - Solicitante de asilo	20 - Solicitante de registro con documento de autorización de empleo (EAD)	21 - Orden de supervisión (con EAD)	22 - Solicitante de cancelación de remoción o suspensión de deportación (con EAD)	23 - Otro/No sabe	

B. Si usted es indígena americano nativo, ¿vive en su Reserva? Sí No Si contestó Sí, ¿en cuál? _____

C. ¿Recibe SNAP, Medicaid o asistencia en efectivo, como TANF, GA o SSI? Sí No

3. Ingresos

A. Marque todas las fuentes de ingresos (y beneficios/asistencia, si hubiera) para todos los miembros del hogar y adjunte una prueba de los ingresos de los últimos 30 días.

- | | | | |
|-------------------------------------|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Empleo | <input type="checkbox"/> Asistencia en efectivo | <input type="checkbox"/> Seguro Social | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Desempleo | <input type="checkbox"/> Dividendos | <input type="checkbox"/> Compensación de veteranos | <input type="checkbox"/> Sostenimiento de niños |
| <input type="checkbox"/> Jubilación | <input type="checkbox"/> Militar | <input type="checkbox"/> Dinero tribal | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

B. Cuéntenos sobre los ingresos de cada persona que vive en su hogar:

Persona con ingreso	¿De dónde proviene el ingreso?	Monto en \$ (Antes de pagar impuestos)	¿Con qué frecuencia? Semanal, bimensual, mensual, quincenal
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

- ¿Corre riesgo de que desconecten su servicio de agua o aguas residuales? Sí No
- Si contestó sí, marque cualquiera de los incisos a continuación que se apliquen hoy a su caso.

Me desconectaron: mi proveedor **YA HA** desconectado el/los servicio(s). Sí No

Aviso de desconexión: mi proveedor todavía **NO** ha desconectado el/los servicio(s) pero dijo que lo haría si no pago el servicio. Sí No

1. ¿Recibe asistencia subsidiada para su factura de agua/aguas residuales? Sí No
2. ¿Paga esta cuenta de agua como parte del pago de su alquiler? Sí No
3. ¿Cómo se llama la compañía o proveedor de agua/aguas residuales al que le paga? _____ (Debe coincidir con la factura de agua presentada.)
4. Si esta factura no está a su nombre, ¿cuál es el nombre del cliente que aparece en la cuenta? _____
5. ¿Cuál es el número de cuenta? _____
6. ¿De cuánto fue la cuenta mensual más alta que pagó en los últimos 12 meses? \$ _____
7. ¿Es este un medidor compartido con otra vivienda? Sí No
8. ¿Esta cuenta es de uso comercial? Sí No
9. ****Proporcione una copia de su factura "actual de agua/aguas residuales".**

3. Su firma

Debe firmar este formulario para que esta solicitud tenga validez. No se procesará su solicitud a menos que esté firmada

- He proporcionado información verdadera, correcta y completa al Departamento de Servicios Sociales (Human Services Department, HSD).
- Comprendo que hacer declaraciones falsas u ocultar información podría implicar multas estatales y federales, y negación de asistencia
- Proporcionaré pruebas de las cosas que informo al HSD. Si no puedo obtener pruebas, sé que puedo pedirle ayuda al HSD y permitiré que el HSD se comunique con otras personas y compañías para obtener pruebas
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a las agencias aprobadas que prestan ayuda relacionada con los servicios de energía y climatización para los que soy elegible
- Dejaré que el HSD brinde información limitada a mis proveedores de servicios de calefacción, refrigeración y teléfono con el fin de proporcionar beneficios federales y estatales
- Comprendo que si recibo beneficios para los que no soy elegible, podría tener que devolver dichos beneficios al HSD
- Sé que el HSD revisará la información que proporcioné. El HSD podría usar computadoras para revisar la información en este formulario
- Entiendo que al proporcionar los números de cuenta para los proveedores de energía de mi familia estoy autorizando a los proveedores de energía a que proporcionen detalles sobre la cuenta y el uso de energía al HSD para fines de elegibilidad y determinación de esta y otras solicitudes futuras, determinación de beneficios, y evaluación y análisis de programas
- Entiendo que al proporcionar la información de la solicitud autorizo al HSD y a sus agentes autorizados a que compartan e informen los datos proporcionados frente a bases de datos o registros federales, estatales, de condados, de proveedores de energía, de empleadores y de locadores
- Entiendo que si soy elegible para beneficios de asistencia de energía, es posible que me deriven a otros programas de energía residencial
- Entiendo que la información que se recopila en este formulario se puede divulgar a programas de energía que operan de acuerdo con el HSD. El HSD puede compartir y usar información recopilada con fines de derivación, investigación, evaluación y análisis
- Entiendo que mis compañías de servicios públicos no controlarán los datos divulgados según este consentimiento y no serán responsables del monitoreo o de tomar medidas para garantizar que el HSD mantenga la confidencialidad de los datos o use los datos según se ha autorizado

Acepto, bajo pena de perjurio, que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi hogar, los ingresos y demás información entregada al HSD son verdaderas y correctas.

► **Firme aquí X** _____ **Fecha de hoy** _____

Puede registrarse para votar aquí

Si USTED NO está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse para votar ahora?
(Marque una opción) Sí No **SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.**

La LEY DE REGISTRO NACIONAL DE VOTANTES le ofrece la oportunidad de registrarse para votar en este lugar. Si desea recibir ayuda para completar un formulario de solicitud para el registro de votantes, le ayudaremos. La decisión de solicitar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

IMPORTANTE: Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar NO AFECTARÁ el importe de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Firma _____

Fecha _____

CONFIDENCIALIDAD: Independientemente de que decida registrarse para votar o no, su decisión permanecerá confidencial. **SI CREE QUE ALGUIEN HA INTERFERIDO** con su derecho de registrarse o negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar o no, o en su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante la Oficina de la Secretaría de Estado, 419 State Capital, Santa Fe, NM, 87503 (teléfono: 1-800-477-3632). (1/12/09)

Entregue su solicitud firmada a su oficina local de la División de Asistencia Económica (ISD) o por correo a la siguiente dirección:

Área de Escaneo de ASPEN Central (Central ASPEN Scanning Area, CASA)
PO BOX 830
Bernalillo, NM 87004
o por fax al 1-855-804-8960

o

Puede solicitar la asistencia de LIHWAP en línea en la página:

www.yes.state.nm.us

Si tiene alguna pregunta sobre LIHWAP, llame a nuestro Centro de Servicio al Cliente al 1-800-283-4465

Notificación de derechos



Información sobre necesidades especiales: si tiene alguna incapacidad y necesita contar con esta información en un formato alternativo o si necesita adaptaciones especiales para participar en una audiencia pública, un programa o un servicio, comuníquese con el coordinador de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) del Departamento de Servicios Humanos al número (505) 827-7701 o a través del dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) del Sistema de Retransmisión de Nuevo México al (800) 659-8331 o al 711. El Departamento exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas. (Revisado el 15/09/2014)

Su Declaración de No Discriminación de Derechos Civiles

En esta institución está prohibido discriminar en función de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, género y, en algunos casos, religión y creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe discriminar en función de raza, color, origen nacional, género, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o en represalia por actividad anterior por los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para la información sobre programas (p. ej. Braille, letras grandes, grabaciones en audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben contactar con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con audición disminuida o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339. Asimismo, la información sobre los programas puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el Formulario de Queja por Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde proporcione toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866)632-9992.

Envíe su formulario completo o carta al USDA por:

- (1) **correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400
Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410**
- (2) **fax: (202) 690-7442; o**
- (3) **correo electrónico: <mailto:program.intake@usda.gov>**

Para cualquier otra información relacionada con asuntos del Programa de Ayuda de Nutrición Suplemental (SNAP), las personas deben comunicarse a la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o bien llamar a los números de información o las líneas directas del estado (haga clic en el enlace para ver una lista de las líneas directas por estado); disponibles en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba a la siguiente dirección: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201; también puede llamar al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades. (Revisado el 14/10/2015)

Para presentar una queja a través del HSD por discriminación o trato descortés en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal o estatal, tiene a su disposición un formulario de queja en la oficina del ISD o puede escribir a la siguiente dirección: NM Human Services Department, ISD Civil Rights Director, P.O. Box 2348, Santa Fe, NM 87504-2348 o enviar un fax al (505) 827-7241 **Confidencialidad** Toda la información que proporcione al HSD tiene carácter confidencial Esta información se proporcionará a los empleados del HSD, que la necesitan para administrar los programas cuyos beneficios ha solicitado. Es posible que la información confidencial se comparta con otras agencias federales y estatales. Toda la información se usará para determinar la elegibilidad o proporcionar servicios. (Revisado el 07/15/14). Esta información puede ser revelada a otras agencias federales y estatales para una revisión oficial, y a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas prófugas de la justicia. Si usted recibe beneficios para los cuales no era elegible y debe devolverlos, esto se denomina un reclamo. Si su hogar recibe un reclamo en su contra, la información en esta solicitud, incluyendo todos los números de Seguro Social, podría ser entregada a las agencias federales y estatales como así también a agencias privadas de cobro para las medidas de cobranza de reclamos. Solo debe brindarnos la ciudadanía estadounidense y los números de Seguro Social (SSN) de los miembros del hogar para los cuales está solicitando beneficios. No es necesario que sea ciudadano estadounidense para solicitar los beneficios. Recibir beneficios del SNAP o de alimentos, de energía o de asistencia médica no evitará que se convierta en residente permanente legal o ciudadano estadounidense. Los inmigrantes que no sean ciudadanos y no soliciten los beneficios para ellos mismos no deben proporcionar información sobre su estado migratorio, sus números de Seguro Social ni cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos y de los bienes que poseen debido a que parte de sus ingresos y los bienes que poseen pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social; consulte en la ISD. información, números de Seguro Social o cualquier otra prueba similar; sin embargo, deben proporcionar una prueba de sus ingresos y de los bienes que poseen debido a que parte de estos pueden tenerse en cuenta para determinar la elegibilidad del hogar para recibir asistencia. Es posible que ciertos beneficios estén disponibles para personas sin número de Seguro Social; consulte en la ISD. Asimismo, revisamos la información que nos entrega con otras agencias, como el Servicio federal de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y el Sistema de Información de Notificaciones de la Asistencia Pública (PARIS). Esta información podría afectar la elegibilidad de su grupo familiar y el importe de los beneficios.

DERECHO A UNA AUDIENCIA JUSTA

<p>¿Qué es una audiencia justa y por qué debo pedir una?</p>	<p>Una audiencia justa le da la oportunidad de explicar por qué cree usted que ha habido una decisión errónea sobre sus beneficios. Las audiencias se mantienen por teléfono con un funcionario de audiencias. El funcionario de audiencias escuchará la información de usted y la de la División de Asistencia Económica y decidirá si la decisión fue correcta o errónea.</p>
<p>¿Puedo obtener ayuda en mi audiencia?</p>	<p>Un amigo o un familiar puede participar en la audiencia con usted. También puede obtener ayuda legal gratuita. Para saber más sobre la ayuda legal gratuita, llame a Law Access New Mexico al 1-800-340-9771.</p>
<p>¿Cuánto tiempo tengo para solicitar una audiencia?</p>	<p>Debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días de la fecha en esta notificación. Es posible obtener más tiempo para solicitar una audiencia si tiene un buen motivo, como enfermedad u otra circunstancia más allá de su control.</p>
<p>¿Puedo mantener mis beneficios si solicito una audiencia?</p>	<p>Si ya está recibiendo beneficios, puede continuar obteniéndolos mientras espera por su audiencia si es que la solicitó dentro de los 13 días de la fecha en esta notificación. Si la decisión de la audiencia no le favorece, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibió mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.</p>
<p>¿Cómo solicito una audiencia?</p>	<p>Puede solicitar una audiencia completando el formulario en el reverso de esta notificación y enviándolo por fax o correo a la siguiente dirección:</p> <p style="text-align: center;">Human Services Department-Fair Hearings Bureau P.O. Box 2348 Santa Fe, NM 87504-2348 Fax N° (505) 476-6215</p> <p>Puede solicitar por teléfono una audiencia llamando al 1-800-432-6217 (opción 6). También puede solicitar en persona una audiencia en su oficina local de la División de Asistencia Económica.</p>
<p>Información sobre necesidades especiales</p>	<p>Si tiene alguna discapacidad y necesita contar con esta información en un formato alternativo, o si necesita adaptaciones especiales para participar en una audiencia pública, un programa o un servicio, comuníquese con el coordinador del Departamento de Servicios Humanos, Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA) al número 1-505-827-7701 o a través del dispositivo de telecomunicación para sordos (TDD) del Sistema de Retransmisión de Nuevo México al 1-800-659-1779 o al 711. El Departamento exige contar con una notificación de al menos 10 días de anticipación para proporcionar los formatos alternativos y las adaptaciones especiales solicitadas.</p>
<p>En caso de necesitar un intérprete</p>	<p>Tiene derecho a un intérprete gratuito. Avise al HSD si necesita un intérprete antes o durante la audiencia llamando al: 1-800-432-6217 x 6</p>

SOLICITUD DE AUDIENCIA JUSTA

Fecha:	Nombre:	Número de caso	
Dirección postal:	Ciudad	Estado	Código postal

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

- SNAP o E&T
 Asistencia en efectivo o NM Works (TANF)
 LIHEAP
 LIHWAP
 Asistencia General (Niño sin parentesco y adulto discapacitado)
 Medicaid

Si mis beneficios han sido reducidos o detenidos:

- Deseo continuar recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero la decisión de la audiencia justa. Entiendo que si la decisión de la audiencia no me favorece, es posible que tenga que devolver los beneficios que recibí mientras esperaba a que se llevara a cabo la misma.
 NO deseo continuar recibiendo la misma cantidad de beneficios mientras espero la decisión de la audiencia justa.

(Para obtener más información sobre el proceso de audiencia justa, consulte el otro lado de este formulario.)

Escriba sus motivos para solicitar una audiencia justa y por qué cree que la medida tomada fue incorrecta. Denos tanta información como sea posible. Puede obtener una audiencia justa aunque no complete esta sección.

Firma del cliente o representante autorizado:	Fecha:
---	--------

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

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

Quando la Oficina de Audiencias Justas en Santa Fe reciba su solicitud de audiencia, se le enviará una notificación confirmando recepción. Recibirá una segunda notificación con información sobre la fecha y la hora de su audiencia y el número de teléfono al que debe llamar para la misma. Si tiene alguna pregunta sobre sus derechos a audiencia, llame a Law Access New Mexico al 1-800-340-9771.