



## SOLICITUD PARA REGISTRARSE EN EL PROGRAMA SCI

**Si Ud. necesita este formulario en español, llame el 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](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 EEUU	Copia del Pasaporte de los Estados Unidos, Estados Unidos Certificado de Naturalización, Certificado de Ciudadanía, Certificado de nacimiento de EE.UU. 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 "Legal Departamento de Homeland Security.
<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 oprimir 711. El departamento solicita la comunicación previa por lo menos de 10 dais 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
Dirección Correo si es diferente de dirección física <input type="checkbox"/> Misma	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 seguridad social y ciudadanía 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 para asistencia médica para 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 el 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 aceptar 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 medica 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**

Votar significa registrarse para votar en las próximas elecciones. Podemos ayudarle a llenar el formulario. Si Ud. No está registrado para votar en el lugar donde vive ¿le gustaría **REGISTRARSE PARA VOTAR?**  SI  NO

Si Ud. Hizo una marca en la palabra NO o si Ud. No hace ninguna marca en ninguna de las opciones, sabremos que Ud. No quiere registrarse para votar en este momento. No hay ninguna consecuencia para su caso si Ud. no quiere registrarse para votar.

## 10. Información para el Solicitante

**INFORMACIÓN SOBRE SU PRIVACIDAD.** La información que Ud. proporcione a HSD será utilizada para determinar si Ud. y las persona que viven con Ud. son elegibles o continúan siendo elegibles para tomar parte en los programas de HSD. Nosotros chequearemos esta información por medio de programas combinados para computadoras. Esta información también será utilizada para asegurarnos que Ud. cumple con las reglas del programa y así nos ayuda a nosotros a administrar el programa.

Esta información posiblemente la compartiremos con agencias federales y estatales para un examen oficial y además la compartiremos con agentes de la policía con el fin de detener a los personas que huyen para evitar obedecer la ley.

Si Ud. recibe beneficios de los cuales no era elegible Ud. debe rembolsar esos servicios, estos se conoce con el nombre de reclamo. Si Ud. y las persona que viven con Ud. reciben un reclamo en contra de Uds., toda la información proporcionada en su solicitud, incluyendo su(s) número(s) de Seguridad Social le será proporcionada a las agencias federales y estatales y también a agencias privadas de colección de reclamos, para proceder a la acción de recolección de la deuda. Proporcionar la información solicitada, incluyendo sus números de seguridad social de las personas que viven con Ud. es voluntario. Sin embargo, falta de proporcionar los números de seguridad social resultará en el rechazo de su solicitud para el programa de beneficios para cada uno de los individuos que no dieron su número de seguridad social. Cualquier número de seguridad social que se proporcione será utilizado y publicado de la misma manera de los números de seguridad social de personas elegibles que viven con Ud. Dentro de 10 días de la fecha del cambio o como se requiera de otro modo.

**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 re certificación, 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 nacionalidad, sexo, edad, religión, convicciones políticas o incapacidad, Ud. debe entablar una queja. Las quejas sobre discriminación deben entablar 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 entablar 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 entablar 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 agencia 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, éstas **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 representativo 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](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>**