

CONZOCA SUS DERECHOS

Cómo demostrar que está exento de los requisitos laborales de SNAP debido a una discapacidad



Las personas que no pueden cumplir con los requisitos laborales de SNAP debido a una discapacidad física o mental están exentas de estos requisitos.

Se puede considerar exento por discapacidad de una de las siguientes cinco maneras:

- 1 Informando a la división de apoyo a los ingresos (ISD, por sus siglas en inglés) si está solicitando o recibiendo un beneficio por discapacidad temporal o permanente pagado por el gobierno o una fuente privada.** Esto incluye el seguro de discapacidad del Seguro Social, el Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés), y Asistencia General. ISD puede verificar electrónicamente si recibe beneficios del gobierno y no debería necesitar pruebas adicionales. Es posible que deba presentar pruebas de que ha solicitado estos beneficios.
- 2 Demostrar a la ISD que está inscrito en un programa para personas con discapacidad.** Esto incluye programas de la División de Rehabilitación Vocacional.
- 3 ISD determina que tiene una condición física o mental evidente que le impide trabajar.** Si esa condición es evidente, no necesita un certificado de un profesional médico.
- 4 Informe a la ISD si se encuentra en situación “de calle en forma crónica”.** Las personas en situación de calle en forma crónica significan que se cumple con una de estas condiciones: 1) Ha estado sin hogar por más de seis meses, 2) ha estado sin hogar más de una vez el último año, o 3) es incapaz de satisfacer las necesidades básicas de la vida diaria, incluyendo refugio, comida, luz, calefacción, agua o ropa.
- 5 Entregar documentación médica o una declaración de un profesional médico que indique que tiene una discapacidad.** En conjunto de esta hoja se incluye un formulario sencillo que puede utilizar.

Si necesita una declaración de un profesional médico, por favor llene la Parte 1 de este formulario y pídale a un profesional que llene la Parte 2.

Exenciones adicionales: **No tendrá que cumplir con los requisitos si está embarazada o participa en un programa de tratamiento o asesoramiento por consumos de drogas o alcohol, un programa de asesoramiento de salud mental o un programa de rehabilitación vocacional.** Por favor, infórmele a la ISD si cualquiera de estos casos aplica. Su profesional médico también puede indicar si alguna de estas exenciones aplica a su caso utilizando la Parte 2 de este formulario.

CONZOCA SUS DERECHOS

Cómo demostrar que está exento de los requisitos laborales de SNAP debido a una discapacidad



La ISD debe ayudarle a presentar las pruebas: Si tiene una discapacidad y no puede presentar de inmediato una declaración de un profesional médico, infórmele al empleado de la ISD que tiene una discapacidad y necesita ayuda para documentarla. Ellos deben ayudarle.



Si se suspenden sus beneficios, busque ayuda:

Usted tiene el derecho de apelar una resolución en la que se determine que no está exento o que no cumplió con los requisitos. Presente una Apelación llamando al 800-283-4465.

Busque asistencia legal llamando a:

NM Legal Aid al 1-833-545-4357

NM Center on Law and Poverty 505-255-2840

Cómo documentar su exención

Utilice el formulario en la siguiente pagina para documentar que está exento de los requisitos laborales de SNAP debido a una discapacidad o un embarazo. Suba el formulario a su cuenta de YES NM o entréguelo en una oficina local de ISD.

Este formulario puede ser firmado por uno de los siguientes profesionales médicos:

- Médicos
- Asistentes médicos
- Enfermeras especialistas
- Enfermeras
- Representantes designados de un consultorio médico
- Psicólogos (con licencia o certificado)
- Trabajadores sociales



Documentación de discapacidad física o mental

Parte 1: Debe llenarlo la persona participante

Nombre del participante: _____ Fecha de nacimiento del participante: _____

Autorización del paciente/participante: _____

Marque todas las opciones que correspondan:

- **Se adjunta la documentación de mi discapacidad:**
 - Documentación de un proveedor de cuidado de salud.
 - Documentos que demuestran mi inscripción a la División de Rehabilitación Vocacional (Los participantes deben tener una discapacidad para participar conforme a NMAC 6.100.2.21
 - Cumplimiento con la definición de “persona en situación de calle crónica”, por lo que no soy apto para empleo conforme a NMAC 8.139.410.12(B) Ver IPP 18-04.
 - otro: _____
- **A continuación, se incluye la documentación del personal médico:** Por la presente autorizo la divulgación de la información médica y/o la participación en programas de rehabilitación que se solicitan a continuación a New Mexico Income Support Division (División de Apoyo a los Ingresos de Nuevo México).

Firma _____ Fecha _____

Parte 2: Esta información la debe llenar el personal médico (según corresponda).

1. ¿Está embarazada la participante mencionada anteriormente? Sí _____ No _____ Si es así, ¿fecha prevista del parto?

2. La persona participante mencionada anteriormente participa en un programa de tratamiento o asesoría por el consumo de drogas o alcohol?; ¿está en un programa de asesoramiento de salud mental?; ¿o en un programa de rehabilitación vocacional?

Sí _____ No _____ Si es así, especifique el programa:

3. ¿La persona participante mencionada anteriormente tiene una discapacidad física o mental que reduzca su capacidad para mantenerse económicamente?

NOTA: La definición de discapacidad para estar exento de los requisitos laborales de SNAP es más amplia que la mayoría de las definiciones de discapacidad que se encuentran en las leyes estatales y federales. De acuerdo con la norma aplicable en NMAC 8.139.410.14(F)(2)(b), “La incapacidad física y mental para cumplir con los requisitos del plazo de tres meses se define como una persona que padece una enfermedad o discapacidad física o mental, temporal o permanente, que **reduce su capacidad para mantenerse económicamente**”.

Sí _____ No _____ Si es así, especifique la discapacidad:

(Nombre del personal médico que certifica)

(Cargo)

(Firma)

(Fecha)

(Dirección)

(Número de teléfono)