



Formulario de solicitud de inscripción para los beneficios de DACA

Si tiene alguna pregunta sobre DACA o sobre cómo completar este formulario, comuníquese con EASI Gov, Inc. al 505-705-3310. Envíe todos los formularios y la documentación por fax al 1-505-705-3312 o por correo electrónico a DACA@easitpa.com

Información del solicitante		
Nombre del solicitante (nombre, inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento (DD/MM/AAAA)	Sexo
ITIN / NSS		Dirección de correo electrónico
Teléfono particular	Teléfono del trabajo	Teléfono móvil
Dirección física/ Ciudad/ Estado/Código Postal/Condado		
Dirección postal/ Ciudad/ Estado/Código Postal/Condado		

Aprobación de DACA
¿Es usted actualmente beneficiario de DACA con una aprobación válida?

Ejemplos de pruebas aceptables: Documento de autorización de empleo DACA (formulario 1-766) y la notificación de aprobación DACA más reciente de USCIS.

Información fiscal y de ingresos		
Ingresos brutos anuales ajustados modificados (MAGI) \$	Tamaño del hogar	¿Tiene ingresos actualmente?

Adjunte la prueba de ingresos requerida (declaración de impuestos, W-2/1099, nóminas, etc.) con su solicitud.

Otra cobertura de seguro médico		
¿Tiene otra cobertura de seguro médico?	Nombre de la compañía aseguradora	Número de póliza

Información del agente inmobiliario			
¿Utilizó los servicios de un agente inmobiliario?	Nombre del agente inmobiliario	Apellido del agente inmobiliario	NPN del agente inmobiliario

Opciones de inscripción (opcional)
Plan médico (Opcional)

Una vez confirmada la elegibilidad, puede seleccionar la cobertura médica. Revise los documentos del plan y los directorios de proveedores.

Asistencia para la solicitud		
Nombre del asistente	Apellido del asistente	Estoy legalmente autorizado para representar al solicitante (Sí/No)

--

Derechos, responsabilidades y avisos legales

Al enviar esta solicitud, usted afirma que la información proporcionada es verdadera y completa según su leal saber y entender. Usted comprende su responsabilidad de informar sobre cualquier cambio que pueda afectar a su elegibilidad, incluidos los cambios en los ingresos, el tamaño del hogar u otra cobertura.

Plan del Programa DACA – Año 2026

Derechos y responsabilidades y declaraciones de apelación

Cualquier persona que, a sabiendas y con la intención de defraudar a cualquier compañía de seguros u otra persona, presente una declaración que contenga información materialmente falsa, u oculte, con el propósito de engañar, información relativa a cualquier hecho relevante para la misma, comete un acto de fraude de seguros que constituye un delito; el fraude de seguros será perseguido con todo el rigor de la ley y puede prohibir el acceso a los beneficios de la Autoridad Sanitaria en el futuro.

Entiendo que los servicios estarán disponibles con sujeción a las exclusiones, limitaciones y condiciones descritas en las descripciones resumidas del plan (que se encuentran en el sitio web de cada aseguradora). Certifico que la información anterior es correcta según mi leal saber y entender.

La Autoridad Sanitaria y EASI Gov están obligadas por la ley federal a mantener y proteger la privacidad de su información médica y a informarle de sus obligaciones legales y prácticas de privacidad. El aviso de privacidad se encuentra publicado en <https://www.mybenefitsnm.com/privacyStatement.html>

Acuerdo de notificación de cambios:

Entiendo que tengo 30 días para notificar a EASI Gov cualquier cambio en la información de esta solicitud. Informaré de cualquier cambio dentro de este plazo. Entiendo que los cambios en los ingresos de mi hogar u otros detalles pueden afectar a mi elegibilidad para recibir prestaciones. Entiendo y notificaré al equipo de atención al cliente de EASI Gov si la información de mi solicitud cambia, llamando al 1-505-705-3310 o enviando un correo electrónico a DACA@easitpa.com.

Acuerdo sobre sanciones por perjurio:

Al proporcionar mi firma electrónica, firmo esta solicitud y afirmo la veracidad de la información proporcionada y de cualquier afirmación realizada en la misma, bajo pena de perjurio, de conformidad con el artículo 28 U.S.C. § 1749 y el artículo NMSA 1978 § 59A-1 6-23. Reconozco que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la legislación federal y estatal si proporciono información falsa de forma intencionada. Además, reconozco que firmar con mi nombre en el cuadro que aparece a continuación constituye mi firma electrónica.

Derecho de apelación:

Si no está de acuerdo con una decisión tomada por EASI Gov en nombre de la Autoridad Sanitaria, puede presentar una apelación ante EASI GOV en un plazo de 90 días a partir de la determinación de elegibilidad. Si no está de acuerdo con la decisión de apelación tomada por EASI Gov, puede apelar directamente ante la HCA en un plazo de 30 días a partir de la decisión de apelación de EASI Gov.

Dependiendo de su apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad para la cobertura del seguro médico y la asistencia Premium mientras se procesa su apelación.

Si su compañía de seguros médicos rechaza su reclamación, póngase en contacto con ellos directamente. Si no puede resolver el problema con su compañía de seguros médicos, puede presentar una queja ante la Oficina del Superintendente de Seguros de Nuevo México (OSI): <https://www.osi.state.nm.us/en/complaints/> o 855-427-5674.

Preguntas:

Para obtener más información sobre su apelación, póngase en contacto con el equipo de atención al cliente de EASI Gov en el 1-505-705-3310.

Aviso de privacidad:

EASI Gov protege la privacidad y la seguridad de la información de identificación personal (PII) que usted ha proporcionado. La PII utilizada para crear este aviso se recopiló a partir de la información que usted proporcionó a EASI Gov. Si tiene alguna pregunta sobre estos datos, póngase en contacto con nosotros en el 1-505-705-3310.

No discriminación y accesibilidad:

La Autoridad Sanitaria no excluye, niega beneficios ni discrimina de ningún otro modo a ninguna persona por determinados factores, entre los que se incluyen (sin carácter exhaustivo) el estado de salud, la necesidad de servicios sanitarios, la raza, el color, la nacionalidad, el género, la identidad de género, la edad, la discapacidad o la orientación sexual. Hay ayudas y servicios auxiliares disponibles para las personas con discapacidades. Si necesita estos servicios, comuníquese con EASI Gov al 1-505-216-7800. Si cree que ha sido discriminado o tratado injustamente por cualquiera de estas razones, puede presentar una queja ante el Superintendente de Seguros en: Oficina del Superintendente de Seguros | Oficina de Atención Médica Administrada | P.O. Box 1269 | Santa Fe, NM 87501 | Teléfono: 1-855-427-5674.

He leído y acepto los derechos y responsabilidades.

--	--	--

Firma (Escriba su nombre completo)

Nombre en letra de imprenta

Fecha