


|  |   |
|--|---|
| <b>SOLO PARA USO OFICIAL</b> Fecha de Ingreso _____<br>MRN# _____ FC# _____<br>Personal responsable de la revisión: _____<br>Beneficiario del servicio:<br><input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> N/A<br>Tutor Familiar:<br><input type="checkbox"/> Elegible <input type="checkbox"/> No elegible <input type="checkbox"/> N/A<br>Fecha de revisión: _____ | <b>SELLO DE FECHA DE RECEPCIÓN</b><br><br><br>NEW MEXICO<br><b>Developmental<br/>Disabilities<br/>Council</b> |
|--|---|

**SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA OFICINA DE TUTELA PARTE "A"**

**\*\*Por favor escriba claramente o use letra de molde: las solicitudes ilegibles retrasarán el procesamiento.\*\***

**SECCIÓN I. Tipo de Solicitud de Servicios:**

- Alternativas a la tutela / Toma de decisiones con apoyo
- Nuevo expediente para la constiucion inicial de tutela
- Revisión o modificacion de un caso de tutela vigente para un cliente que no penenece a la oficina tutela
- Cliente actual de la Oficina de Tutela: revisión de caso / nombramiento de sucesor  
(FC#: \_\_\_\_\_)
- Otro: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN II. Sobre la Persona que Recibirá los Servicios ("Persona Beneficiaria"):**

Nombre legal: \_\_\_\_\_

|  |        |         |          |        |
|--|--------|---------|----------|--------|
|  | Nombre | Inicial | Apellido | Sufijo |
|--|--------|---------|----------|--------|

Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Género: \_\_\_\_\_ Pronombres (opcional): \_\_\_\_\_

Título Honorifico(opcional): \_\_\_\_\_ Raza / Etnicidad: \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete, traductor u otro apoyo de comunicación?  Sí \_\_\_\_\_  No  Se Desconoce

Explique: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono (incluya código de área): \_\_\_\_\_

Tipo de teléfono:  Personal    Número de habitación    Número de otra persona

Teléfono de domicilio    Número principal de la institución    Otro

¿Se pueden dejar mensajes o enviar textos?  Texto    Buzón de voz    No    Se Desconoce

Teléfonos adicionales: \_\_\_\_\_

Dirección actual: \_\_\_\_\_

---

|        |        |               |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
|--------|--------|---------------|

Tipo de vivienda:  Propia o rentada    Con familia o amistades    Vivienda con apoyo

Hospital o institución    Otro centro estructurado    Sin hogar    Se Desconoce    Otro

Especifique/Explique: \_\_\_\_\_

Dirección permanente (si es diferente): \_\_\_\_\_

---

|        |        |               |
|--------|--------|---------------|
| Ciudad | Estado | Código postal |
|--------|--------|---------------|

Estado civil:  Soltero/a  Casado/a  Separado/a  Divorciado/a  Viudo/a  Se Desconoce

Nivel de estudios más alto completado: \_\_\_\_\_

¿Actualmente está inscrito/a en la escuela? \_\_\_\_\_

Empleo:  Empleado/a a tiempo completo  Empleado/a a medio tiempo  Fuera de la fuerza laboral  
 Desempleado/a  Se Desconoce

Si no está en la fuerza laboral:  Ama de casa  Estudiante  Jubilado/a  Persona con discapacidad  
 Residente de una institución  No aplica  Empleo protegido / no competitivo  Se Desconoce  
 Otro: \_\_\_\_\_

Fuente de ingresos:  Salarios / Sueldo  Jubilación / Pensión  Discapacidad  Asistencia pública  Ninguno  
 Se Desconoce  Otro: \_\_\_\_\_

**Poblaciones Especiales** (marque todas las que correspondan). La persona beneficiaria es:

(1) Veterano/a militar, o persona que recibe o es elegible para servicios de asuntos de veteranos VA:  
 Sí  No  Se Desconoce

(a) Especifique:  Veterano/a  Familiar de un/a veterano/a  Ninguno  Se Desconoce

(2) Miembro de la clase Jackson o parte del acuerdo Foley:  Jackson  Foley  
 Ninguno  Se Desconoce

(3) Actualmente o recientemente sujeto/a de una investigación de Servicios de Protección para Adultos:  Sí  No  Se Desconoce

(a) Resultado de la investigación:  Pendiente  Confirmado  No confirmado

(4) Bajo custodia de CYFD, participando en Fostering Connections, o involucrado/a con CYFD:  
 Sí  No  Se Desconoce

(5) Elegible para exenciones de Medicaid basadas en el hogar y la comunidad u otros programas similares:  No  Exención DD  Exención Mi Via  ICF/IID  Médicamente frágil  
 En el registro central / lista de espera de discapacidades del desarrollo  
 Asignado/a, pero sin recibir servicios  Se Desconoce  Otro: \_\_\_\_\_

(6) Actualmente o recientemente bajo una tutela de tratamiento de salud mental:  
 Sí  No  Se Desconoce

(7) Actualmente bajo tutela o curaduría en otro estado o tribunal tribal:  
 Sí  No  Se Desconoce

.....  
**SECCIÓN III. Sobre la Persona que Llena el Formulario (“Solicitante”):**

**La persona beneficiaria está llenando este formulario (independiente o con ayuda)**

**Deténgase aquí si solicita alternativas a la tutela para usted mismo**

➡ No se necesita información adicional. Consulte la última página de este paquete para ver las instrucciones de envío.

**Otra persona está presentando la solicitud**

Relación con la persona beneficiaria:  Familiar o amigo cercano  Administrador de caso

Personal de hospital o institución  Servicios de Protección de Adultos  CYFD

Otro proveedor o profesional  Personal del tribunal  Otro: \_\_\_\_\_

Nombre legal: \_\_\_\_\_

Nombre Inicial Apellido Sufijo

Pronombres (opcional): \_\_\_\_\_ Título Honorífico(opcional): \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

¿Necesita intérprete, traductor u otro apoyo de comunicación?  Sí \_\_\_\_\_  No  Se Desconoce

Agencia / puesto (si aplica): \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Dirección permanente (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad Estado Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

¿Puede la Oficina de Tutela dejar un mensaje o enviar un mensaje de texto?  Texto  Buzón de voz

No  Se Desconoce

Persona alternativa de contacto: \_\_\_\_\_

Nombre completo e información de contacto de una persona que pueda comunicarse con el solicitante si la Oficina de Tutela no puede hacerlo, o que pueda asumir la solicitud de servicios. Puede ser otro familiar de la persona beneficiaria, el supervisor del solicitante, otra persona de la agencia, un trabajador de caso u otro profesional de servicios: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN IV. Motivo de la Solicitud de Tutela:**

(A) La persona presenta limitaciones funcionales debido a:

Enfermedad mental  Discapacidad intelectual  Enfermedad física  Discapacidad física  
 Uso crónico de drogas  Intoxicación crónica  Otra causa: \_\_\_\_\_

(B) Diagnósticos principales: \_\_\_\_\_

(C) Ejemplos relacionados con el cuidado personal: \_\_\_\_\_

(D) Ejemplos relacionados con decisiones financieras: \_\_\_\_\_

(E) Decisiones pendientes que no puede tomar: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Verificación del solicitante:**

Al colocar sus iniciales y firmar a continuación, el solicitante declara, bajo pena de perjurio conforme a las leyes del Estado de Nuevo México y en cumplimiento con la Regla 1-011(B) de las Reglas de Procedimiento Civil, que las declaraciones y documentos presentados son verdaderos y correctos, y que entiende lo siguiente:

[Iniciales] \_\_\_\_\_ La presentación de esta solicitud **no** crea una relación abogado-cliente entre la Oficina de Tutela y la persona beneficiaria, el solicitante, el/los tutor(es) familiar(es) propuesto(s), ni ninguna otra persona.

---

|   |       |       |
|---|-------|-------|
| Nombre completo del solicitante (en letra de molde) | Firma | Fecha |
|---|-------|-------|

.....

**SECCIÓN V. Identificación formal y elegibilidad financiera de la persona beneficiaria:**

(1) Identificación formal (se debe proporcionar al menos una):

- ▶ Identificación emitida por el gobierno
- ▶ Tarjeta de Seguro Social o Número de Identificación Personal del Contribuyente (ITIN)
- ▶ Para solicitudes presentadas por hospitales o instituciones: “hoja de datos” (face sheet), consulta, páginas de datos demográficos u otros documentos similares

(2) Comprobante de elegibilidad financiera (SOLO para servicios de tutela):

La persona beneficiaria debe ser financieramente elegible para Medicaid u otro beneficio público similar que proporcione seguro médico, alimentos, vivienda u otra asistencia financiera. *Se debe presentar comprobante del beneficio junto con la solicitud de servicios.*

Cada beneficio tiene su propio tipo de documentación, que puede ser una tarjeta física o digital; una carta de otorgamiento de beneficios; una impresión del portal de inscripción; u otro documento.

**Ejemplos de beneficios públicos que califican incluyen:**

- ▶ Medicaid (“Centennial Care”) ▶ Ingreso de Seguro Social (SSI) ▶ Seguro por Discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- ▶ SNAP (“cupones de alimentos”) o EBT ▶ TANF / NM Works o WIC
- ▶ Asistencia General de Nuevo México para adultos con discapacidad
- ▶ Programas de Ahorro de Medicare (QMB, SLMB o QI)
- ▶ Programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) ▶ Asistencia de vivienda Sección 8 o Sección 811

**Si la persona beneficiaria no recibe ningún beneficio público,** se debe presentar comprobante de ingresos junto con la solicitud de servicios. Se puede utilizar la siguiente documentación financiera:

- ▶ Declaración de impuestos o formulario W-2 (más reciente) ▶ Talones de pago
  - ▶ Beneficios de seguro de desempleo ▶ Información de jubilación o pensión
  - ▶ Orden judicial de manutención de menores o pensión conyugal
  - ▶ Documentos de fideicomiso o de beneficiario bajo custodia
  - ▶ Otros documentos de beneficiario (por ejemplo, Asuntos de Veteranos)
- .....

## SECCIÓN VI. Solicitud de servicios para tutela por familiar / amigo:

Si un familiar o amigo cercano de la persona puede y está dispuesto a servir como tutor, el caso se considera una solicitud de tutela familiar. Por lo general, la familia tiene prioridad para el nombramiento. § 45-5-311.

El Tribunal también puede nombrar “co-tutores” si más de un familiar o amigo cercano puede y está dispuesto a servir como tutor. Los co-tutores generalmente pueden actuar juntos o de manera independiente.

**Esta solicitud de servicios es para:**  Tutela familiar (una persona)  Co-tutela familiar

Tutela profesional → No se necesita información adicional. Consulte la última página para las instrucciones de envío.

SOLO para solicitudes de tutela familiar o co-tutela (marque todas las que correspondan):

El solicitante (información de contacto en la Sección III) es un tutor familiar propuesto.

El tutor familiar propuesto o co-tutor es otra persona distinta al solicitante (complete a continuación):

Nombre legal: \_\_\_\_\_

Nombre

Inicial

Apellido

Sufijo

Pronombres personales (opcional): \_\_\_\_\_ Título honorífico (opcional): \_\_\_\_\_

Idioma principal: \_\_\_\_\_ Idioma secundario: \_\_\_\_\_

¿Se necesita intérprete o traductor?  Sí: \_\_\_\_\_  No

Dirección (calle): \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección postal (si es diferente): \_\_\_\_\_

Ciudad

Estado

Código postal

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

Número de teléfono (incluya código de área): \_\_\_\_\_

Tipo de teléfono:  Personal / Directo  Teléfono de domicilio  Trabajo / Oficina

Número principal de la institución  Otro: \_\_\_\_\_

¿Puede la Oficina de Tutela enviar mensajes de texto o dejar un mensaje en este número?

Texto  Buzón de voz  No  Se Desconoce

Número(s) de teléfono adicional(es) y tipo(s): \_\_\_\_\_

### Comprobante de calificaciones y elegibilidad del tutor familiar propuesto

Capacitación: Todos los tutores propuestos deben completar la capacitación, incluyendo ver los videos del Programa de Orientación sobre Tutela y Curaduría de Adultos: <https://adultguardianship.nmcourts.gov/about/orientation-program/>

Se requiere una identificación emitida por el gobierno y documentación de elegibilidad financiera para **cada** tutor familiar propuesto.

Los servicios de la Oficina de Tutela están diseñados para asistir a personas de bajos ingresos en Nuevo México con recursos muy limitados. El ingreso del hogar del (los) tutor(es) familiar(es) propuesto(s) no debe exceder el 200% del nivel federal de pobreza. La elegibilidad financiera puede establecerse mediante comprobante de que el tutor propuesto califica para Medicaid u otro beneficio público similar, o proporcionando documentación de todos los ingresos y beneficios. (NMAC 9.4.21.8)

**Lista de documentos proporcionados:** \_\_\_\_\_



## INSTRUCCIONES DE ENVÍO

### **SOLICITUD DE SERVICIOS DE LA OFICINA DE TUTELA: PARTE “A”**

Las solicitudes de servicios pueden enviarse a las direcciones indicadas abajo por correo electrónico, fax o correo postal de EE. UU., o entregarse en persona durante el horario laboral (lunes a viernes, de 8:00 a.m. a 5:00 p.m.; cerrado en días festivos estatales).

Por favor escriba claramente o complete en computadora. Las solicitudes ilegibles o incompletas serán devueltas al solicitante y causarán retrasos en el procesamiento.

*Después de enviar la solicitud, asegúrese de informarnos si cambia alguna información.*

Correo electrónico: [DDCOOG.Intake@ddc.nm.gov](mailto:DDCOOG.Intake@ddc.nm.gov)

Fax: (505) 841-4455

Correo postal:

DDC – Oficina de Tutela

Atn: Coordinador/a de Admisión

625 Silver Avenue SW, Suite 100A

Albuquerque, NM 87102

Si tiene preguntas o necesita ayuda, por favor llame al (505) 841-4549

---

## INFORMACIÓN LEGAL Y RECURSOS

Todas las leyes de Nuevo México se pueden encontrar en línea en [NMSources.com](http://NMSources.com), utilizando la función de “Search” (búsqueda).

### Alternativas a la tutela en Nuevo México

- Ley de Toma de Decisiones con Apoyo, Sección 24-7D-1
- Ley Uniforme de Decisiones de Atención Médica, Sección 24-7A-1
  - Formulario opcional de directiva anticipada de atención médica, Sección 24-7A-4
- Ley de Decisiones de Tratamiento de Salud Mental, Sección 24-7B-1
  - Formulario opcional de directiva anticipada para tratamiento de salud mental, Sección 24-7B-7
- Ley Uniforme de Poder Notarial, Sección 45-5B-1
  - Formulario legal de poder notarial, Sección 45-5B-301
  - Certificación del agente, Sección 45-5B-302

Estatutos y reglas que rigen la tutela / curaduría en Nuevo México

- Código Uniforme de Sucesiones
  - Artículo 5: Protección de personas con discapacidad y sus bienes, Sección 45-5-101
  - Artículo 5, Parte 3: Tutela de personas incapacitadas, Sección 45-5-301
  - Artículo 5, Parte 4: Protección de bienes de personas con discapacidad, Sección 45-5-401
- Ley de la Oficina de Tutela (Derechos Humanos, Artículo 16B), Sección 28-16B-1
- Código Administrativo de Nuevo México, Título 9 – Derechos Humanos, Capítulo 4: Personas con Discapacidades, Parte 21: Servicios de Tutela, NMAC 9.4.21.1

Formularios oficiales del tribunal, capacitaciones y otra información útil

Disponibles en el sitio web de los tribunales de Nuevo México:

<https://adultguardianship.nmcourts.gov>

Explore programas estatales en: [www.nm.gov/app](http://www.nm.gov/app)

Encuentre asistencia legal en el Colegio de Abogados de Nuevo México: [www.sbnm.org](http://www.sbnm.org)

Legislatura del Estado de Nuevo México: [www.nmlegis.gov](http://www.nmlegis.gov)