



**Am I Eligible?**

Family Services of New Mexico

*GUÍA DE DERIVACIÓN  
DE VISITAS AL HOGAR PARA  
USUARIOS EXTERNOS*

## ÍNDICE

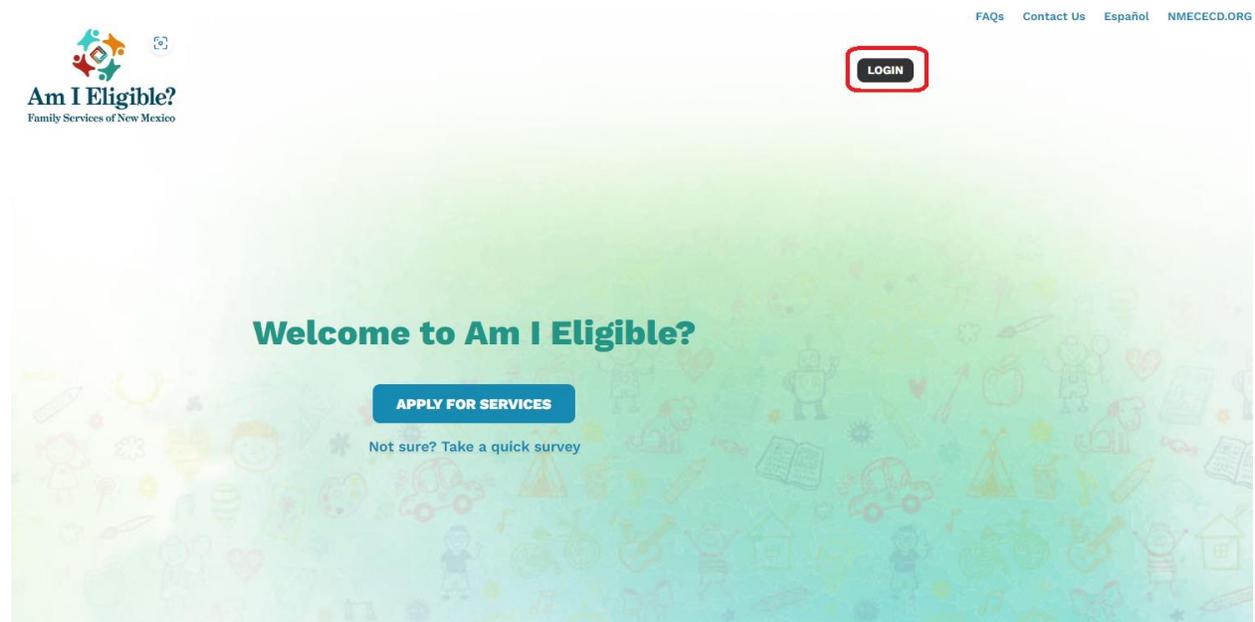
Bienvenidos a “Am I Eligible” .....	3
Página de inicio de “Am I Eligible” .....	3
Roles de los visitantes externos del sistema de visitas al hogar .....	3
Rol de empleado de un proveedor de visitas al hogar .....	3
Rol de organización de tercera parte.....	4
Role de usuario autorremitido.....	4
Inicio de sesión y contraseña .....	4
Página de inicio de “Am I Eligible” .....	10
Opciones del menú de usuarios.....	10
Opciones del menú de visitas al hogar .....	11
Opciones del menú <i>Accounts</i> (Cuentas) .....	17
Opciones del menú General .....	18
Derivaciones para el servicio de visitas al hogar .....	19
Derivaciones enviadas por usuarios de proveedores de servicios de visitas al hogar .....	19
Envío de derivaciones rápidas .....	20
Envío de derivaciones completas.....	24
Derivaciones enviadas por organizaciones de tercera parte .....	38
Derivaciones enviadas por las familias (Derivaciones propias) .....	39

## BIENVENIDOS A “AM I ELIGIBLE”

### PÁGINA DE INICIO DE “AM I ELIGIBLE”

EPICS URL: <https://eligibility.ececd.nm.gov/>

La página de inicio es la página a donde llegarán todos los que visiten el sistema AIE. Para iniciar sesión, el usuario debe hacer clic en el botón *Login* que se encuentra en la página de inicio.



---

## ROLES DE LOS VISITANTES EXTERNOS DEL SISTEMA DE VISITAS AL HOGAR

Hay tres diferentes roles para los visitantes externos en AIE:

- Empleado de un proveedor de visitas al hogar (Usuarios administrativos y no administrativos)
- Empleado de un organización de tercera parte
- Usuario autorremitido

---

## ROL DE EMPLEADO DE UN PROVEEDOR DE VISITAS AL HOGAR

Los empleados de un proveedor de visitas al hogar pueden tener una de las siguientes subfunciones en AIE. El usuario tendrá acceso diferente dependiendo de la subfunción que les asigne cuando su usuario relacionado sea aprobado.

- Administrador
- No administrador

- Los administradores y los no administradores tendrán permiso de crear nuevas Derivaciones completas a las visitas al hogar así como Derivaciones rápidas para las familias.
- Los administradores tendrán permisos para actualizar el perfil del proveedor, agregar nuevos usuarios al perfil del proveedor y aprobar usuarios relacionados pendientes del proveedor para nuevos usuarios.
- Los no administradores no tendrán estos permisos y solo podrán revisar la información del perfil del proveedor y tramitar las derivaciones para las familias.

---

## ROL DE ORGANIZACIÓN DE TERCERA PARTE

- Los usuarios de organizaciones de tercera parte solo tendrán permiso para enviar derivaciones rápidas para las familias.
- Las derivaciones rápidas se enviarán como derivaciones abiertas para los proveedores dentro del condado que se señale en la derivación para que sea tomada por cualquiera de los proveedores que tengan disponibilidad.

---

## ROLE DE USUARIO AUTORREMITIDO

- Las familias pueden crear sus propias cuentas de usuario en AIE, lo que les permitirá enviar sus propias derivaciones.
- Los solicitantes pueden enviar una autoderivación, que puede ser tomada por un proveedor en dentro del condado en el que residan.

---

## INICIO DE SESIÓN Y CONTRASEÑA

Se creará un perfil inicial de proveedor en “Am a Eligible” para los proveedores de visitas al hogar y las organizaciones de tercera parte con información mínima. El administrador de cada proveedor u organización de tercera parte tendrá que completar el perfil del proveedor añadiendo toda la información relevante que no se haya ingresado cuando se creó inicialmente el perfil del proveedor. Los nuevos usuarios de los proveedores de visitas al hogar y de las organizaciones de tercera parte tendrán que registrarse para obtener una nueva cuenta de usuario.

- Cuando el usuario haga clic en el botón *Login* en la página de inicio de sesión, **LOGIN** serán llevados a la página de inicio de sesión donde podrán iniciar sesión si ya tienen una cuenta de usuario existente o registrarse para obtener una nueva cuenta de usuario.
- Los usuarios existentes también pueden hacer clic en el enlace *Forgot Password?* (¿Olvidó la contraseña?) para solicitar el restablecimiento de la contraseña y cambiarla.



**Login**

Email

Password

Remember me [Forgot Password?](#)

**LOGIN** **CANCEL**

New User? [Register](#)

- Cuando un nuevo usuario haga clic en el enlace *Register*, aparecerá la página de registro y el nuevo usuario deberá llenar todos los campos.
- Una vez que llene todos los campos, el nuevo usuario podrá hacer clic en el botón *Register* para registrar su nueva cuenta de usuario.



## Self Registration

First Name

Last Name

Email

Password  
  
**Use 8 or more characters with a mix of lowercase letters, uppercase letters, numbers & symbols**

Confirm Password

[Back to Login](#)

- Después de hacer clic en *Register*, aparecerá la página de términos de uso y el usuario deberá aceptar los términos de uso para continuar con el proceso de registro.
- Una vez que los acepte, se le preguntará al usuario cuál es su rol para que el sistema pueda configurar su tipo de usuario de manera correcta.

## Terms of Use

In order to activate your account, you must read and accept terms of use:

AM I Eligible (the "Site") and any of the services provided by the Early Childhood Education and Care Department ("ECECD") in connection with the Site are being provided to you expressly subject to these Terms and Conditions of Use. Please read these Terms and Conditions of Use carefully. By accessing the Site, you AGREE to be bound by the following:

By accessing this Site, you agree that any information you provide by and through this Site is accurate, true, current, correct and complete to the best of your knowledge. You understand that failure or refusal to provide accurate, true, current and complete information on which ECECD may rely for the purpose of providing reimbursements, benefits, or other services, could cause you to incur civil or criminal liability.

**ACCEPT**

**DECLINE**



## Hello, HV Provider User!

In order to serve you better, please let us know who you are.

- I am a person seeking Family Services.
- I work for a Home Visiting Provider.
- I work for an organization and want to refer a family for Home Visiting services.

**SUBMIT**

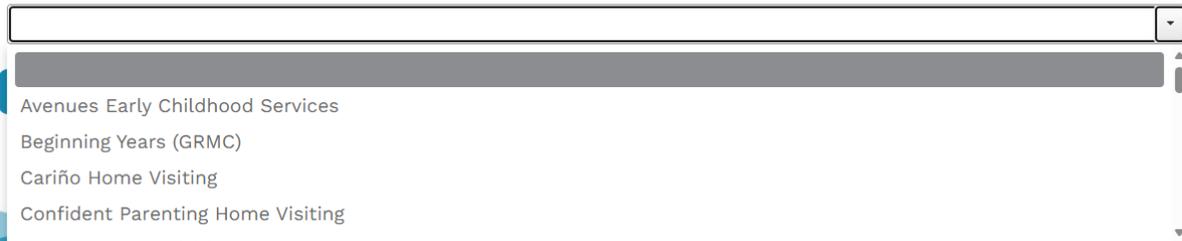
- Si el usuario trabaja para un proveedor de visitas al hogar, entonces debe seleccionar la opción “I work for a Home Visiting Provider” y posteriormente seleccionar al proveedor para el que trabaja en el menú desplegable.

### Hello, Bunny!

In order to serve you better, please let us know who you are.

- I am a person seeking Family Services.
- I work for a Home Visiting Provider.
- I work for an organization and want to refer a family for Home Visiting services.

Please select your Home Visiting Provider \*



A screenshot of a web form showing a dropdown menu. The menu is open, displaying a list of options: Avenues Early Childhood Services, Beginning Years (GRMC), Cariño Home Visiting, and Confident Parenting Home Visiting. The dropdown is positioned below a text input field.

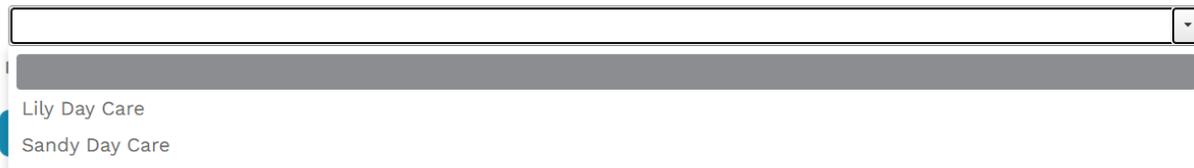
- Si el usuario trabaja para una organización de tercera parte, entonces debe seleccionar la opción “I work for an organization and want to refer a family for Home Visiting services” y posteriormente seleccionar a la organización para la que trabaja en el menú desplegable.

### Hello, Bunny!

In order to serve you better, please let us know who you are.

- I am a person seeking Family Services.
- I work for a Home Visiting Provider.
- I work for an organization and want to refer a family for Home Visiting services.

Please select your organization



A screenshot of a web form showing a dropdown menu. The menu is open, displaying a list of options: Lily Day Care and Sandy Day Care. The dropdown is positioned below a text input field.

- Si el usuario es un solicitante o familia que desea hacer la derivación por sí mismo, entonces debe seleccionar la opción “I am a person seeking Family Services”.

## Hello, Bunny!

**In order to serve you better, please let us know who you are.**

- I am a person seeking Family Services.
- I work for a Home Visiting Provider.
- I work for an organization and want to refer a family for Home Visiting services.

**SUBMIT**

- Después de seleccionar el tipo correcto de usuario y enviar el registro de nuevo usuario, el personal interno de visitas al hogar o el administrador del proveedor deberán revisar y aprobar el nuevo usuario asociado del proveedor de visitas al hogar y los usuarios de la organización de tercera parte.
- El usuario recibirá un correo electrónico donde se le indicará que su solicitud ha sido enviada y su aprobación se encuentra en proceso.

Hello,

Your account's association to Cici pizza has been submitted.

You will receive an email once a decision is made.

If you have questions or need assistance, please contact ECECD Home Visiting at 1-833-675-1438.

Thank you,  
Am I Eligible? Team

- Una vez que el usuario asociado sea aprobado, se notificará al nuevo usuario por correo electrónico indicando que su usuario asociado ha sido aprobado y que puede iniciar sesión y enviar sus derivaciones de visitas al hogar.

Hello,

Your account's association to Cici pizza has been approved.

You may now submit a Home Visiting referral on behalf of another family.

If you have questions or need assistance, please contact ECECD Home Visiting at 1-833-675-1438.

Thank you,  
Am I Eligible? Team

## PÁGINA DE INICIO DE “AM I ELIGIBLE”

En cuanto los usuarios de visitas al hogar (HV, por sus siglas en inglés: *Home Visiting*) inicien sesión en “Am I Eligible”, serán llevados a su página de inicio de derivaciones de visitas al hogar en AIE. Ahí, los usuarios de visitas al hogar verán un mensaje de bienvenida, las derivaciones en proceso y el botón *Start New Home Visiting Referral* (Iniciar una nueva derivación de visitas al hogar) en la parte principal de la página.

- Los usuarios pueden hacer clic en la leyenda *Continue Referral* (Seguir con la derivación) que se encuentra al lado de cualquiera de las derivaciones en proceso para seguir ingresando la información solicitada en la derivación.
- Los usuarios también pueden iniciar una nueva derivación haciendo clic en el botón *Start Home Visiting Referral* (Comenzar una derivación para el servicio de visitas domiciliarias).
- En la página superior derecha de la pantalla, los usuarios verán el icono de menú, el cual pueden utilizar para navegar en las diferentes páginas a las que tienen acceso en el sistema AIE.

Am I Eligible?  
Family Services of New Mexico

My Home | Logout

FAQs Contact Us Español NMECED.ORG

Need Help? Call 1-833-675-1438

### Hello, HV Provider Admin!

Welcome to your home page. Here you can create a new Home Visiting referral or continue the progress of a referral. To view previously Submitted Referrals or Assigned Referrals please use the menu icon in the top right.

Have a referral related question? [click here](#)

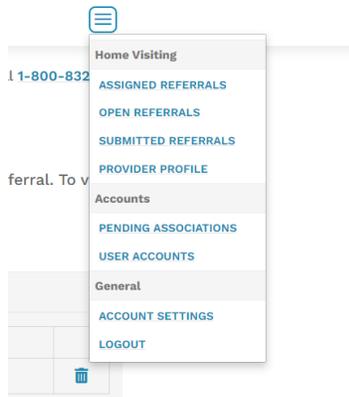
REFERRALS IN PROGRESS				
ID	Name	Last Modified		
1040	Dirt, Joe	05/23/2024	<a href="#">→ Continue Referral</a>	

[→ START HOME VISITING REFERRAL](#)

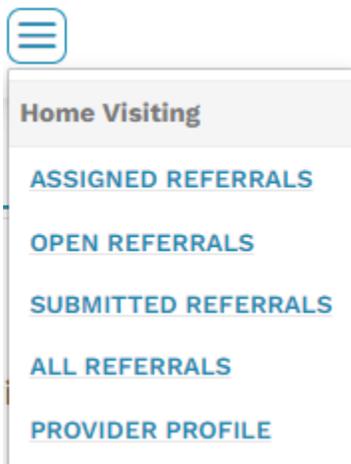
## OPCIONES DEL MENÚ DE USUARIOS

Dentro del menú de usuarios, los usuarios pueden dirigirse a las siguientes áreas dentro del sistema AIE:

- Visitas al hogar
- Cuentas
- General



## OPCIONES DEL MENÚ DE VISITAS AL HOGAR



- La opción *Assigned Referrals* (Derivaciones asignadas) llevará al usuario a su lista de derivaciones asignadas. Aquí, el usuario puede revisar la lista de las derivaciones que han sido asignadas a su institución y abrirlas para revisar cada una a detalle.



My Home | Logout



Need Help? Call 1-800-832-1321

## Assigned Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	County ↕	Status
1001	test, freddy	03/17/2024	chaitravemula654@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted

- Para abrir la derivación y tomar acciones al respecto, el usuario puede hacer clic en el número de identificación de la derivación, el cual sirve como enlace.



Need Help? Call 1-800-832-1321

## Assigned Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	County ↕	Status
1001	test, freddy	03/17/2024	chaitravemula654@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted

- Una vez que la abra, el usuario puede revisar la información que se encuentra dentro de la derivación y elegir si la acepta y la envía a la base de datos de la Universidad de Nuevo México (UNM) para continuar con el trámite de la derivación, rechazarla y eliminar la asignación a su institución y enviarla a la lista de derivaciones abiertas para que sea retomada por otro proveedor en el mismo condado o cerrar la derivación por completo.

## HV Referral

[← Go Back](#)

### REFERRAL INFORMATION

**Referral ID**  
1001

**Submitted Date**  
03/17/2024

**Current Status**  
Complete Referral Submitted

**Status Date**  
03/17/2024

**Eligible Models**

Partners for a Healthy Baby, Nurturing Parenting, Parents and Teachers, Promoting First Relationships, First Born, Child First, Healthy Family America, Nurse Family Partnership

### BASIC INFORMATION

**Full Name**  
test, freddy

**Date of Birth**  
06/29/1997

**Gender**  
Male

**Preferred Language**  
NA

**Phone Number**  
(789) 690-8655

**Email**  
NA

**County where services are needed**  
Bernalillo

**How did you hear about Home Visiting?**  
CARA

### ADDRESS INFORMATION

**Current Living Situation**  
In a home that I own or rent

**Mailing Address**  
Does not have a mailing address.

**Physical Address**  
Does not have a physical address.

**PERSONAL DETAILS**

<b>Receives WIC nutrition assistance</b> No	<b>Medicaid eligible or Medicaid recipient</b> No
<b>Is anyone in the home an expecting parent?</b> Yes	<b>Weeks of pregnancy</b> 1
<b>Household size</b> 1	<b>Household gross monthly income</b> Less than \$3,038.00 per month

**CHILD INFORMATION**

You do not have any children currently living with you.

[SEND TO UNM DATABASE](#)
[Remove Assignment](#)
[Close Referral](#)
[Go Back](#)

- La opción *Open Referrals* (Derivaciones abiertas) llevará a los usuarios a la lista de derivaciones abiertas. Aquí podrán revisar la lista de todas las derivaciones abiertas en los condados en los que trabajan y elegir las derivaciones que tomarán para proporcionar los servicios.



[My Home](#) | [Logout](#)

Need Help? Call 1-800-832-1321

## Open Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	County ↕	Status
1002	Smith, John	03/18/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted
1003	Martinez, Joaquina	03/18/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Valencia	Complete Referral Submitted

- La opción *Submitted Referrals* (Derivaciones enviadas) permitirá que los usuarios vean todas las derivaciones que han sido enviadas por el proveedor.



[My Home](#) | [Logout](#)

Need Help? Call 1-800-832-1321

## Submitted Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	Status	Assigned Provider
1002	Smith, John	03/18/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Complete Referral Submitted	
1003	Martinez, Joaquina	03/18/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Complete Referral Submitted	

- La opción *All Referrals* (Todas las derivaciones) llevará a los usuarios a la página donde se encuentran todas las derivaciones para que puedan buscar y consultar todas las derivaciones enviadas, abiertas y asignadas, independientemente de su estatus.

## All Referrals

Search Referrals
  Search By Referral ID

**Status**

<input type="checkbox"/> Quick Referral Submitted	<input type="checkbox"/> Complete Referral Submitted
<input type="checkbox"/> Assigned to Provider	<input type="checkbox"/> Provider Completing Referral
<input type="checkbox"/> Closed	<input type="checkbox"/> Submitted for Enrollment
<input type="checkbox"/> Temporarily Inactive	<input type="checkbox"/> Active
<input type="checkbox"/> Discharged	<input type="checkbox"/> Withdrawn
<input type="checkbox"/> Completed Program	

**Assigned Provider**

**County**

**Submitted Date From**

**Submitted Date To**

**APPLY**

Count: 27

ID	Name	Type	Submitted Date	County	Status	Assigned Provider
1000	Gunnam, Ravi Kiran	Third Party	05/19/2024	Bernalillo	Provider Completing Referral	Avenues Early Childhood Services
1001	Tester, John	HV Provider	05/20/2024	Bernalillo	Assigned to Provider	Avenues Early Childhood Services
1002	test1, self	Self-Referral	05/20/2024	Bernalillo	Closed - Other	Avenues Early Childhood Services
1012	test2, self	Self-Referral	05/20/2024	Bernalillo	Closed - Duplicate	Avenues Early Childhood Services
1015	test3, self	Self-Referral	05/20/2024	Bernalillo	Closed - Other	Avenues Early Childhood Services
1018	Tester, Mary	HV Provider	05/20/2024	Bernalillo	Closed - Non-Eligible	
1019	Lipton, Troy	HV Provider	05/20/2024	Bernalillo	Assigned to Provider	Avenues Early Childhood Services
1034	testing, hello	HV Provider	05/22/2024	Bernalillo	Closed - Other	Avenues Early Childhood Services
1035	Oxygen, Hydrogen	HV Provider	05/22/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1036	Mac, Apple	HV Provider	05/22/2024	Bernalillo	Provider Completing Referral	Los Positos Family Services
1037	Joji, Samuel	HV Provider	05/22/2024	Catron	Closed - Non-Eligible	
1038	Commercial, Master	HV Provider	05/22/2024	Union	Closed - Non-Eligible	
1039	3rd party, kiran	Third Party	05/23/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1044	Boyanapalli, kiran	Third Party	05/23/2024	Bernalillo	Closed - Duplicate	Avenues Early Childhood Services
1045	Boyanapalli, kiran	HV Provider	05/23/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1057	Gaints, Oakland	HV Provider	05/23/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1067	Test Application, kiran	Self-Referral	05/28/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1068	Matias, Sebastián III	Self-Referral	05/28/2024	Harding	Completed Program	Avenues Early Childhood Services
1069	Doe, John Q	HV Provider	05/28/2024	Bernalillo	Discharged	Avenues Early Childhood Services
1070	Dean, Benson Best	Third Party	05/28/2024	Eddy	Withdrawn	Avenues Early Childhood Services
1077	Baker, Kelly	Third Party	05/29/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted	
1078	Smith, Jenny	Third Party	05/29/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted	
1079	Stanton, Sheri	Self-Referral	05/29/2024	Bernalillo	Submitted for Enrollment	Avenues Early Childhood Services
1089	Tester, John	HV Provider	05/29/2024	Bernalillo	Provider Completing Referral	Avenues Early Childhood Services

- La opción *Provider Profile* (Perfil del proveedor) permitirá que los usuarios consulten toda la información del proveedor que se encuentra dentro de su perfil en AIE, entre otros:
  - Servicios prestados
  - Idiomas hablados
  - Condados atendidos y si hay una lista de espera en el momento
- Aquí, los administradores podrán agregar y actualizar la información del proveedor según sea necesario.
- Añadir o eliminar condados atendidos.
- Añadir o eliminar oficinas secundarias en el perfil del proveedor.
- Quienes tengan el rol de no administradores solo podrán ver el perfil del proveedor y no podrán hacer ningún cambio.

## HV Provider Profile

### PROVIDER INFORMATION

<b>Provider ID</b> 100	<b>UNM ID</b> 1080001	<b>Provider Name</b> Avenues Early Childhood Services
<b>Provider Status *</b>	<input type="text" value="Active"/>	
<b>Medicaid Provider? *</b>	<input type="text" value="No"/>	
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(505) 265-2541"/>	
<b>Website Link</b>	<input type="text"/>	
<b>Models *</b>		
<input type="checkbox"/> Partners for Healthy Baby	<input type="checkbox"/> Nurturing Parenting	
<input type="checkbox"/> Parents as Teachers	<input type="checkbox"/> Promoting First Relationships	
<input type="checkbox"/> First Born and More	<input checked="" type="checkbox"/> Nurse Family Partnership	
<input type="checkbox"/> Child First	<input type="checkbox"/> Healthy Family America	

**Languages Spoken \***

- English
- Spanish
- English/Spanish (Bilingual)
- American Sign Language
- Apache
- Arabic
- Chinese
- Czech
- Finnish
- French

[Show All Languages](#)

**Counties Served \***

County	Waitlist Only	
Bernalillo	Yes	
Valencia	No	
Sandoval	No	

[Add Additional County](#)

**MAIN OFFICE**

**Office Name**

**Street Address \***  **Apt/Suite Number**

**Zip Code \***  **City \***

**State \***

**LOCATION #2**



**Office Name**

**Phone Number**

**Street Address \***  **Apt/Suite Number**

**Zip Code \***  **City \***

**State \***

[Add New Location](#)

[SAVE PROFILE](#)

[Preview Profile](#)

## OPCIONES DEL MENÚ *ACCOUNTS* (CUENTAS)

<b>Accounts</b>
<a href="#">PENDING ASSOCIATIONS</a>
<a href="#">USER ACCOUNTS</a>

- La opción *Pending Associations* (Asociaciones pendientes) llevará a los usuarios a revisar todas las cuentas de usuario pendientes que están relacionadas con su perfil de proveedor.
- Aquí, el administrador puede aceptar o rechazar cualquier cuenta de usuario pendiente que esté relacionada con su perfil de proveedor.

### Pending Associations

Count: 1

Name ↕	Email ↕	Association ↕	
Steel, Jill	jill@gmail.com	Avenues Early Childhood Services	<a href="#">Open</a>

- Una vez que abra la asociación pendiente, el administrador podrá aceptar o rechazar la solicitud de asociación. El administrador tendrá que elegir *Yes* (Sí) o *No* en el campo desplegable *Provide User Admin Access* (Dar acceso al usuario como administrador). Si elige la opción *Yes*, el usuario será administrador y tendrá permisos de administrador para actualizar el perfil del proveedor y agregar nuevos usuarios. Si elige la opción *No*, el usuario no será administrador y tendrá acceso restringido al perfil del proveedor y a otros permisos. No es necesario hacer comentarios, pero pueden servir para proporcionar mayor información sobre la decisión que se tomó respecto a la solicitud de asociación del usuario.

### Pending Associations

<b>First Name</b> HV Provider User	<b>Last Name</b> External
<b>Email</b> hvextprovideruser@gmail.com	
<b>Home Visiting Provider</b> Aprendamos - Cariño Home Visiting	
<b>Provide User Admin Access</b>	<input type="text"/>
<b>Comment (will be included in email to user)</b>	<input type="text"/>

**APPROVE**

**DENY**

[Go Back](#)

- La opción *User Accounts* (Cuentas de usuario) permitirá que los usuarios vean todas las cuentas de usuario activas relacionadas con el perfil del proveedor. Los administradores podrán agregar nuevas cuentas de usuario al perfil del proveedor.

## User Accounts

**User Association \***

**User Account Status**

**APPLY**

**Count: 8**

User ID ↕	Name ↕	Association ↕	Email ↕	User Ac
456886	HV, Ravi	Avenues Early Childhood Services	ravi.hv1@test.com	,
456887	Stillman, Joe	Avenues Early Childhood Services	joe@gmail.com	,
456907	Avenue Early Childhood, Provider Admin	Avenues Early Childhood Services	provideradmin@avenueearlychildhood.com	,
456912	Avenue Early Childhood, Pro User Avenue	Avenues Early Childhood Services	provideruser@avenueearlychildhood.com	,
456914	providertest1, kiran	Avenues Early Childhood Services	kiranprovidertest4@gmail.com	,
456915	External, HV Provider Admin	Avenues Early Childhood Services	hvextprovideradmin@gmail.com	,
456919	Provider test7, kiran	Avenues Early Childhood Services	kiranprovidertest7@gmail.com	,
456950	Steel, Jill	Avenues Early Childhood Services	jill@gmail.com	Pending

- El número de identificación del usuario (*User ID number*) es el enlace que permite abrir y consultar toda la información de la cuenta del usuario.

## User Details

<b>User ID</b> 456950	<b>Email</b> jill@gmail.com
<b>First Name</b> Jill	<b>Last Name</b> Steel
<b>User Account Status</b> Pending User Approval	<b>Role</b> NA
<b>Home Visiting Provider ID</b> 100	<b>Home Visiting Provider</b> Avenues Early Childhood Services

[Go Back](#)

## OPCIONES DEL MENÚ GENERAL

**General**

[ACCOUNT SETTINGS](#)

[LOGOUT](#)



---

## ENVÍO DE DERIVACIONES RÁPIDAS

Las derivaciones rápidas requieren información mínima ya que sirven para iniciar el proceso de derivación y registrar al solicitante o familia en el sistema AIE rápidamente para dar seguimiento y completarse más adelante. Pueden ser útiles cuando las familias asisten a eventos de difusión pública y no tienen tiempo de proporcionar toda la información necesaria para realizar una derivación completa.

### QUICK REFERRAL

You will need the following information for a quick referral.

- **First Name**
- **Last Name**
- **Phone Number**
- **Email (optional)**
- **Language Preference (optional)**
- **County where services needed**
- **How did you hear about Home Visiting?**

- Para enviar una derivación rápida, haga clic en el botón  *Start Home Visiting Referral* (Comenzar una derivación para el servicio de visitas domiciliarias) y elija la opción *Quick Referral* para abrir la página de derivaciones rápidas.

Need Help? Call [1-800-832-1321](tel:1-800-832-1321)

## Welcome to Home Visiting Referral

Please complete the Home Visiting Referral, answering the questions on behalf of the family you are representing.

Choose the type of referral based on the information you have about the family.

[Start Complete Referral ?](#)

[Start Quick Referral ?](#)

- En cuanto abra, el usuario debe llenar todos los campos obligatorios que están marcados con un asterisco de color rojo.
- Si el usuario necesita cambiar el tipo de derivación a derivación completa puede hacer clic en el enlace *Change Referral Type* (Cambiar el tipo de derivación) que se encuentra en la parte inferior de la página.

**BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)**

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(XXX) XXX-XXXX"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text"/>	

[Change Referral Type](#)

**SUBMIT REFERRAL**

- Cuando el usuario selecciona el condado donde se requieren los servicios, aparecerá el campo desplegable *Please select a Home Visiting Provider* (Seleccione un proveedor de visitas al hogar) con la opción predeterminada “No provider preference” (Sin proveedor preferido).
- Si el usuario deja la opción “No provider preference” en el campo desplegable, La derivación rápida se enviará a la lista de derivaciones abiertas (*Open Referral*) en cuanto la mande.
- La derivación rápida estará disponible para que cualquier proveedor dentro del condado la acepte y continúe con el proceso de derivación hasta concluirlo.

### BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text" value="Joe"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Dirt"/>
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(505) 654-6546"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text" value="Bernalillo"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text" value="Early Show with Alax"/>	

**Please select a Home Visiting Provider**

[Change Referral Type](#)

**SUBMIT REFERRAL**

## Home Visiting Referral Submitted

The referral has been submitted. The family will be contacted by a Home Visiting program representative within 3-5 business days.

**START ANOTHER REFERRAL**

**GO BACK TO HOME**

## Open Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	County	Status
1001	referral test, kiran	03/19/2024	kiranself@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted
1022	Provider 2, Testing	03/19/2024	hvextprovideradmin2@gmail.com	Bernalillo	Quick Referral Submitted
1033	Dirt, Joe	03/20/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Bernalillo	Quick Referral Submitted

- El usuario puede asignar la derivación rápida a un proveedor específico que preste servicio en el condado seleccionado.
- Si se elige un proveedor específico, la derivación rápida se enviará a la lista de derivaciones asignadas (*Assigned Referrals*) del mismo, donde la podrá consultar y continuar con el proceso de derivación hasta concluirlo.
- Cuando se asigne un proveedor específico a la derivación rápida, el domicilio del proveedor aparecerá en la parte inferior de la página.

**BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)**

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text" value="Jane"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Doe"/>
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(505) 654-6546"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text" value="Bernalillo"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text" value="Early Show with Alax"/>	

**Please select a Home Visiting Provider**

**Provider Address**

900 E Hillisdale  
Guadalupe, Guadalupe, New Mexico 87458

[Change Referral Type](#)

**SUBMIT REFERRAL**

### Assigned Referrals

ID	Name	Submitted Date	Submitted By	County ↕	Status
1011	refer, kiran	03/19/2024	kiranhv@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted
1012	Yankee, Sams	03/19/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Valencia	Quick Referral Submitted
1013	Mac, Toby	03/19/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Union	Complete Referral Submitted
1015	Lake, Brandon	03/19/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Catron	Quick Referral Submitted
1023	Cortez, Sam	03/19/2024	hvextprovideradmin2@gmail.com	Catron	Quick Referral Submitted
1025	Quick test, kir	03/20/2024	kiran44hv@gmail.com	Bernalillo	Quick Referral Submitted
1028	refer3, kiran	03/20/2024	paa1@gmail.com	Bernalillo	Complete Referral Submitted
1034	Doe, Jane	03/20/2024	hvextprovideradmin@gmail.com	Bernalillo	Quick Referral Submitted

---

## ENVÍO DE DERIVACIONES COMPLETAS

Las derivaciones completas requieren más información del solicitante o la familia que las derivaciones rápidas. El usuario navegará por varias páginas y recopilará la información solicitada del solicitante o familia para determinar para cuáles programas son elegibles.

### COMPLETE REFERRAL

You will need the following information for a complete referral.

A complete referral will result in eligibility determination and the ability to select a Provider for the family.

- First Name
- Last Name
- Gender
- Date of Birth
- Phone Number
- Email (optional)
- Language Preference (optional)
- County where services needed
- Current Living Situation
- Full Physical Address
- Full Mailing Address

- Is family Receiving WIC?
- Is family eligible for or receiving Medicaid?
- Anyone in the home an expecting parent?
- How many weeks in pregnancy?
- Household size
- Household gross monthly income
- How many children are in the household who are newborn to kindergarten?
- How did you hear about Home Visiting?

Provide information for each child:

- First Name
- Last Name
- Gender
- Date of Birth

- Is child attending kindergarten?

- Para enviar una derivación completa, haga clic en el botón [→ START HOME VISITING REFERRAL](#) *Start Home Visiting Referral* (Comenzar una derivación para el servicio de visitas domiciliarias) y elija la opción *Complete Referral* para abrir la página de derivaciones completas.

## Welcome to Home Visiting Referral

Please complete the Home Visiting Referral, answering the questions on behalf of the family you are representing.

Choose the type of referral based on the information you have about the family.

[Start Complete Referral ?](#)

[Start Quick Referral ?](#)

- En cuanto abra, el usuario debe llenar todos los campos obligatorios que están marcados con un asterisco de color rojo.
- Si el usuario necesita cambiar el tipo de derivación a derivación rápida puede hacer clic en el enlace *Change Referral Type* (Cambiar el tipo de derivación) que se encuentra en la parte inferior de la página.

### BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Gender *</b>	<input type="text"/>	
<b>Date of Birth *</b>	<input type="text" value="mm/dd/yyyy"/>	
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(XXX) XXX-XXXX"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text"/>	

[Change Referral Type](#)

**SAVE AND CONTINUE →**

- El usuario tendrá que responder cuatro páginas de preguntas. Una vez que haya llenado todos los campos obligatorios de cada página, haga clic en *Save and Continue* (Guardar y continuar) para avanzar a la página siguiente.

### BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text" value="Sarah"/>	<input type="text"/>	<input type="text" value="Connor"/>
<b>Gender *</b>	<input type="text" value="Female"/>	
<b>Date of Birth *</b>	<input type="text" value="01/18/1965"/>	
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(654) 545-6456"/>	
<b>Email</b>	<input type="text"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text" value="Bernalillo"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text" value="Early Show with Alax"/>	

[Change Referral Type](#)



- Si en algún momento el usuario necesita detenerse, puede hacer clic en el botón *Save and Continue* y salir de la derivación.
- La derivación se guardará en el cuadro *Referrals In Progress* (Derivaciones en proceso) que se encuentra en la página del usuario y este podrá retomarla cuando pueda hacerlo.

### Hello, HV Provider Admin!

Welcome to your home page. Here you can create a new Home Visiting referral or continue the progress of a referral. To view previously submitted referrals, go to Submitted Referrals in the menu.

Have a referral related question? [click here](#)

REFERRALS IN PROGRESS				
ID	Name	Last Modified		
1002	tEST, child	03/19/2024	<a href="#">→ Continue Referral</a>	
1035	Connor, Sarah	03/20/2024	<a href="#">→ Continue Referral</a>	



- En la página 2 se solicita información sobre la situación de vivienda y el domicilio del solicitante o la familia, en su caso.
- Si el solicitante o la familia no cuentan con una dirección postal o física permanente, el usuario podrá seleccionar la opción correspondiente y marcar todas las casillas que indiquen esta situación, y ya no será necesario llenar los campos correspondientes al domicilio para continuar con el proceso.

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

Street Address *		Apt/Suite Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Zip Code *	City *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
State *	New Mexico County *		
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text"/>		

Click here if you do not have a physical address.

### MAILING ADDRESS

Click here if same as physical address.

Street Address *		Apt/Suite Number	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	
Zip Code *	City *		
<input type="text"/>	<input type="text"/>		
State *	New Mexico County *		
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text"/>		

Click here if you do not have a mailing address.

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante o la familia no cuentan con una dirección física y se selecciona la casilla, se les preguntará sobre su situación de vivienda en lugar de que se les pida que registren una dirección física.

Click here if you do not have a physical address.

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

## Address Information

Please select one that best describes your current living situation: \*

In a home that I own or rent

Living permanently with friends and/or family

Staying temporarily with friends, relatives, or other people

At a shelter

In transitional housing or an independent living program

At a motel or a hotel

In an RV or camper

In a car, tent, park, bus, train station, abandoned building, or another public place

I do not have a usual place to sleep

Prefer not to disclose

- Cuando se registre la dirección física, el usuario de visitas al hogar tiene la opción de utilizar la misma como dirección postal seleccionando la casilla *Click here if same as physical address* (Haga clic aquí si es la misma que la dirección física) que se encuentra en la sección de domicilio.
- Si selecciona la casilla, los campos correspondientes a la dirección postal desaparecerán y se llenarán automáticamente con la dirección física.

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

<b>Street Address *</b> <input type="text" value="1 Dirt Drive"/>	<b>Apt/Suite Number</b> <input type="text"/>
<b>Zip Code *</b> <input type="text" value="87124"/>	<b>City *</b> <input type="text" value="Albuquerque"/>
<b>State *</b> <input type="text" value="New Mexico"/>	<b>New Mexico County *</b> <input type="text" value="Bernalillo"/>

[Click here if you do not have a physical address.](#)

### MAILING ADDRESS

[Click here if same as physical address.](#)

<b>Street Address *</b> <input type="text"/>	<b>Apt/Suite Number</b> <input type="text"/>
<b>Zip Code *</b> <input type="text"/>	<b>City *</b> <input type="text"/>
<b>State *</b> <input type="text" value="New Mexico"/>	<b>New Mexico County *</b> <input type="text"/>

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

<b>Street Address *</b>	<b>Apt/Suite Number</b>
<input type="text" value="1 Dirt Drive"/>	<input type="text"/>
<b>Zip Code *</b>	<b>City *</b>
<input type="text" value="87124"/>	<input type="text" value="Albuquerque"/>
<b>State *</b>	<b>New Mexico County *</b>
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text" value="Bernalillo"/>

Click here if you do not have a physical address.

### MAILING ADDRESS

Click here if same as physical address.

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

- En la página 3 se plantean preguntas sobre cualquier ayuda o servicio que el solicitante o la familia ya estén recibiendo de otros programas.

## Personal Information

<b>Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *</b>	<input type="text"/>
<b>Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *</b>	<input type="text"/>
<b>Is anyone in home an expecting parent? *</b>	<input type="text"/>

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

- Si el usuario de visitas al hogar selecciona la opción Yes en el campo “Is anyone in the home an expecting parent?” (¿Hay alguna embarazada en el hogar?), aparecerá la pregunta “How many weeks of pregnancy?” (¿Cuántas semanas de embarazo tiene?).

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	Yes
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid recipient
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

Change Referral Type

- Con excepción de los condados de Bernalillo y Valencia, esta es la última pregunta para todos los condados y el usuario de visitas al hogar prosigue.
- Si en la página 1 el usuario de visitas al hogar indicó que los servicios se necesitan en los condados de Bernalillo o Valencia, algunas preguntas específicas para quienes residen en estos condados aparecerán en los siguientes escenarios.
- Estas preguntas son específicas únicamente para los residentes de los condados de Valencia y Bernalillo porque son los únicos dos condados que ofrecen la *Nurse Family Partnership* (FNP; Alianza entre las enfermeras y las familias).

Please select the county where the family will need the services \*

Bernalillo

- En el caso de las familias que reciben servicios en los condados de Bernalillo o Valencia, si el usuario de visitas al hogar selecciona la opción No en el campo “Do you receive WIC?” (¿Es beneficiario del programa WIC?) y No o *I don't know* en el campo “Are you eligible for or receiving Medicaid services?” (¿Reúne los requisitos para los servicios de Medicaid o los recibe?), y responde de 1 a 28 semanas de embarazo en el campo “How many weeks of pregnancy?”, aparecerán dos nuevas preguntas.
  - “Is this a first-time mother?” (¿Es madre primeriza?)
  - “Family household size” (Tamaño del hogar familiar)

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	
Family household size *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

Change Referral Type

- Al responder la pregunta sobre el tamaño del hogar familiar, aparece la última pregunta.
  - “What is the family’s gross monthly income?” (¿A cuánto asciende el ingreso bruto mensual de la familia?)
- Importante: Esta pregunta solo se hace si la familia necesita servicios en los condados de Bernalillo y Valencia y no afecta su elegibilidad para los servicios de visitas al hogar de ninguna forma.
- Todas las familias son elegibles para los servicios de visitas al hogar independientemente de su nivel de ingresos.

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	3
Is this a first-time mother? *	No
Family household size *	3
What is the family’s gross monthly income? *	<input type="text"/> <ul style="list-style-type: none"> <li>More than \$5,379.00 per month</li> <li>Less than or equal to \$5,379.00 per month</li> </ul>

Income is only used to determine eligibility for Nurse Family Partnership.

← PREVIOUS SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante o la familia seleccionan la opción Yes en cualquiera de los dos primeros campos o en ambos Indicando que son beneficiarios del programa WIC o que reúnen los requisitos para recibir servicios de Medicaid, entonces no aparecerá la pregunta sobre el tamaño del hogar familiar (Aplica únicamente a los residentes en los condados de Bernalillo y Valencia).

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	Yes
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	<input type="text"/>

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid eligible
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante de la familia selecciona la opción 29 o más semanas de embarazo, entonces no aparecerá la pregunta sobre si es madre primeriza.

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid eligible
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	29

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- En la página 4 se solicita información sobre los hijos del solicitante/participante.

## Child Information

How many children living with the family are newborn to Kindergarten? \*

None

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- El usuario tendrá que recopilar información sobre todos los menores del hogar.
- El número que se seleccione en el campo “How many children living with the family are newborn to Kindergarten?” (¿Cuántos menores viven con la familia con edades comprendidas entre recién nacidos y el jardín de niños?) determinará cuántos perfiles de menores deberán llenarse.

## Child Information

How many children living with the family are newborn to Kindergarten? \*

2

### Child - 1

First Name \*

John

Middle Name

Last Name \*

Connor

Gender \*

Male

Date of Birth \*

01/15/2021

### Child - 2

First Name \*

Reese

Middle Name

Last Name \*

Connor

Gender \*

Male

Date of Birth \*

01/15/2022

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- En la página 5 de la derivación completa el usuario podrá revisar la información registrada en la misma y editar cada sección, según sea necesario.
- Si toda la información es exacta, el usuario podrá hacer clic en el botón *Check Eligibility* (Verificar elegibilidad) para continuar a la última página de la derivación.

# Review Home Visiting Referral

## BASIC INFORMATION

**Full Name**  
McDunnough, Edwina

**Date of Birth**  
04/15/1985

**Gender**  
Female

**Preferred Language**  
English

**Phone Number**  
(505) 654-6546

**Email**  
bowhunter122612@gmail.com

**County where services are needed**  
Bernalillo

**How did you hear about Home Visiting?**  
Early Show with Alax

 EDIT

## ADDRESS INFORMATION

**Physical Address**  
1 Dirt Drive  
Albuquerque, New Mexico 87124

**County**  
Los Alamos

**Is mailing address same as physical address?**  
Yes

 EDIT

## PERSONAL DETAILS

**Receives WIC nutrition assistance**  
No

**Is anyone in the home an expecting parent?**  
Yes

**Is this a first-time mother?**  
No

**Household gross monthly income**  
Less than or equal to \$5,379.00 per month

**Medicaid eligible or Medicaid recipient**  
No

**Weeks of pregnancy**  
3

**Household size**  
3

 EDIT

## CHILD INFORMATION

### Child - 1

**Name**  
Connor, John

**Date of Birth**  
01/15/2021

**Gender**  
Male

### Child - 2

**Name**  
Connor, Reese

**Date of Birth**  
01/15/2022

**Gender**  
Male

 EDIT

[← PREVIOUS](#)

[CHECK ELIGIBILITY →](#)

[Change Referral Type](#)

- La página 6 es la última página de la derivación. En esta página se informa al usuario para cuáles programas el solicitante o la familia reúnen los requisitos con base en las preguntas que se hayan contestado en la derivación.
- El usuario tiene la opción de elegir al proveedor de visitas al hogar al que desee asignar la derivación en este momento. La derivación se enviará a la lista de derivaciones asignadas del proveedor de visitas al hogar en cuanto se mande.
- Si el solicitante o la familia no tienen un proveedor preferido, el usuario puede marcar la casilla “I don’t have a provider preference” (No tengo un proveedor preferido) y la derivación se enviará a la lista de derivaciones abiertas (*Open Referrals*) en cuanto se mande, de donde podrá tomarla cualquier proveedor que preste servicios en el condado donde resida la familia.

## Home Visiting Eligibility

Based on the information provided, the family is eligible to receive the following Home Visiting models.

- Healthy Family America
- Partners for Healthy Baby
- Nurturing Parenting
- Parents as Teachers
- Promoting First Relationships
- First Born and More
- Child First

### Please select a Home Visiting Provider

**Los Pasitos Family Services**

<b>Counties Served:</b>	Bernalillo, Sandoval (Waitlist Only), De Baca
<b>Phone Number:</b>	(505) 265-5254
<b>Languages Spoken:</b>	English/Spanish (Bilingual), English
<b>Medicaid Provider:</b>	No

[View More Details](#) ▾

**SELECT PROVIDER**

I don't have a provider preference.

← PREVIOUS

**SUBMIT REFERRAL** →

## Home Visiting Referral Submitted

The referral has been submitted. The family will be contacted by a Home Visiting program representative within 3-5 business days.

**START ANOTHER REFERRAL**

**GO BACK TO HOME**

- Si la derivación se asignó al proveedor donde trabaja el usuario, El usuario podrá Ver la derivación completa en la lista de derivaciones asignadas (*Assigned Referrals*) dentro del perfil del proveedor de visitas al hogar.

## Assigned Referrals

Count: 6

ID ↕	Name ↕	Type ↕	Submitted Date ↕	County ↕	Status ↕
1000	Gunnam, Ravi Kiran	Third Party	05/19/2024	Bernalillo	Provider Completing Referral
1001	Tester, John	HV Provider	05/20/2024	Bernalillo	Assigned to Provider
1019	Lipton, Troy	HV Provider	05/20/2024	Bernalillo	Assigned to Provider
1089	Tester, John	HV Provider	05/29/2024	Bernalillo	Provider Completing Referral
1096	Studio, Jlab	Third Party	05/31/2024	Guadalupe	Provider Completing Referral
1097	Core, Sound	Third Party	05/31/2024	Valencia	Provider Completing Referral

- Una vez que la derivación se asigne a un proveedor de visitas al hogar, este podrá abrirla haciendo clic en el número de identificación de la misma.
- El usuario podrá elegir enviar la derivación al sistema de derivaciones de la UNM para continuar y concluir el proceso de derivación.
- El usuario podrá elegir eliminar la asignación de las derivaciones asignadas al proveedor de visitas al hogar. Esta acción transferirá la derivación a la lista de derivaciones abiertas (*Open Referrals*) para que cualquier proveedor que preste servicios en el mismo condado la retome.
- Por último, el usuario puede elegir dar por cerrada la derivación por varios motivos. Si se cierra la derivación, no se prestará ningún servicio al solicitante o familia.

## HV Referral

[← Go Back](#)

### REFERRAL INFORMATION

**Referral ID**  
1001

**Referral Type**  
HV Provider

**Submitted Date**  
05/20/2024

**Submitted By**  
Avenues Early Childhood Services

**Current Status**  
Assigned to Provider

**Status Date**  
05/20/2024

**Eligible Models**

Partners for Healthy Baby, Nurturing Parenting, Parents as Teachers, Promoting First Relationships, First Born and More, Child First, Healthy Family America

[View Status History](#)

### BASIC INFORMATION

**Full Name**  
Tester, John

**Date of Birth**  
05/01/2000

**Gender**  
Male

**Preferred Language**  
English

**Phone Number**  
(505) 555-5555

**Email**  
john2@gmail.com

**County where services are needed**  
Bernalillo

**How did you hear about Home Visiting?**  
Project Hatch

### ADDRESS INFORMATION

**Physical Address**  
123 State Street  
Albuquerque, New Mexico 87108

**County**  
Bernalillo

**Is mailing address same as physical address?**  
Yes

### BASIC INFORMATION

<b>Full Name</b> Connor, Sarah	<b>Date of Birth</b> 01/18/1965
<b>Gender</b> Female	<b>Preferred Language</b> NA
<b>Phone Number</b> (654) 545-6456	<b>Email</b> NA
<b>County where services are needed</b> Bernalillo	
<b>How did you hear about Home Visiting?</b> Early Show with Alax	

### ADDRESS INFORMATION

<b>Current Living Situation</b> In a home that I own or rent	
<b>Mailing Address</b> 1 Terminator Drive Albuquerque, New Mexico 87124	<b>Physical Address</b> 1 Terminator Drive Albuquerque, New Mexico 87124
<b>County</b> Bernalillo	<b>County</b> Bernalillo

### PERSONAL DETAILS

<b>Receives WIC nutrition assistance</b> Yes	<b>Medicaid eligible or Medicaid recipient</b> No
<b>Is anyone in the home an expecting parent?</b> Yes	<b>Weeks of pregnancy</b> 40

### PERSONAL DETAILS

<b>Receives WIC nutrition assistance</b> Yes	<b>Medicaid eligible or Medicaid recipient</b> Medicaid eligible
<b>Is anyone in the home an expecting parent?</b> Yes	<b>Weeks of pregnancy</b> 14
<b>Is this a first-time mother?</b> No	

### CHILD INFORMATION

#### Child - 1

<b>Name</b> Taylor, Johnny	<b>Date of Birth</b> 03/23/2020	<b>Gender</b> Male
-------------------------------	------------------------------------	-----------------------

[Remove Assignment](#)

[Close Referral](#)

[< Go Back](#)

---

## DERIVACIONES ENVIADAS POR ORGANIZACIONES DE TERCERA PARTE

Los usuarios de organizaciones de tercera parte pueden enviar derivaciones rápidas en nombre de los solicitantes o familias. Estas derivaciones se envían a la lista de derivaciones abiertas de proveedores que se encuentren en el mismo condado que el solicitante o familia para que las retomen y concluyan.

- Para comenzar una nueva derivación, haga clic en el botón *Start Home Visiting Referral* (Comenzar una derivación para el servicio de visitas domiciliarias) para abrir la página de derivaciones rápidas.

### Hello, HV Third Party!

Welcome to your home page. Here you can create a new Home Visiting referral. To view previously Submitted Referrals please use the menu icon in the top right.

Have a referral related question? [click here](#)

[→ START HOME VISITING REFERRAL](#)

- En cuanto abra, el usuario de tercera parte llena los campos requeridos.
- Una vez que llene los campos, requeridos el usuario de tercera parte podrá enviar la derivación.

## Welcome to Home Visiting Referral

Please complete the Home Visiting Referral, answering the questions on behalf of the family you are representing.

Once you have submitted the Home Visiting Referral you can check status in the future by logging in and going to the Referral Queue.

### BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)

<b>First Name *</b>	<input type="text" value="Juan"/>	<b>Middle Name</b>	<input type="text" value="Two"/>	<b>Last Name *</b>	<input type="text" value="Three"/>
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(505) 123-1231"/>				
<b>Email</b>	<input type="text" value="JaunTwoThree@123.com"/>				
<b>Language Preference</b>	<input type="text" value="English"/>				
<b>Please select the county where the family will need the services *</b>	<input type="text" value="Bernalillo"/>				
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text" value="Early Show with Alax"/>				

[SUBMIT REFERRAL](#)

## Home Visiting Referral Submitted

The referral has been submitted. The family will be contacted by a Home Visiting program representative within 3-5 business days.

[START ANOTHER REFERRAL](#)

[GO BACK TO HOME](#)

- Una vez enviadas, las derivaciones rápidas que manden las organizaciones de tercera parte son enviadas a la lista de derivaciones abiertas correspondiente al condado que se indique en la derivación rápida.
- Cualquier proveedor que preste servicios en el condado puede asignar la derivación rápida a su perfil de proveedor para concluirla.

## Open Referrals

Count: 5

ID ↕	Name ↕	Type ↕	Submitted Date ↕	County ↕	Status ↕
1090	Green, Tim	Self-Referral	05/29/2024	Bernalillo	Complete Referral Submitted
1099	Geller, Sam	Third Party	05/31/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted
1100	Genley, Mickey	Third Party	05/31/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted
1112	Harley, Joaquin	HV Provider	06/03/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted
1122	Three, Juan Two	Third Party	06/04/2024	Bernalillo	Quick Referral Submitted

---

## DERIVACIONES ENVIADAS POR LAS FAMILIAS (DERIVACIONES PROPIAS)

Los solicitantes y las familias pueden registrarse y crear una cuenta en AIE y enviar derivaciones propias por sí mismos. Los solicitantes y las familias solo podrán enviar derivaciones completas ya que pueden responder sin problemas todas las preguntas que se plantean en ellas.

- Una vez que el solicitante o familia registre su cuenta de usuario y la configuren, aparecerá su página de inicio.
- Aquí, el solicitante o la familia podrán iniciar una solicitud nueva de asistencia para el cuidado infantil o una nueva derivación a los servicios de visitas al hogar, dependiendo de los servicios que necesiten.
- Lo siguiente se centra en la parte correspondiente a las derivaciones a visitas al hogar en el sistema.
- Para comenzar con su derivación, el solicitante o la familia hacen clic en el botón *Start Home Visiting Referral* (Comenzar una derivación para el servicio de visitas domiciliarias) para abrir la página de derivaciones completas.

## Hello, Bunny!

Welcome to your home page. Here you can create a new application or Home Visiting referral, continue the progress of an application or referral, and review the status of an existing application or referral previously submitted.

Have an application or referral related question? [click here](#)

<b>APPLICATION</b> Start an application for these programs: <b>Child Care Assistance, PreK, Family Infant Toddler (FIT) Program, Families First</b> If you need help call 1-800-832-1321. <a href="#">→ START APPLICATION</a>	<b>HOME VISITING REFERRAL</b> Start a Home Visiting referral. If you need help call 1-833-675-1438. <a href="#">→ START HOME VISITING REFERRAL</a>
---	--

- En cuanto abra, el solicitante o la familia deben llenar todos los campos obligatorios de la derivación completa.
- Cuando hayan llenado todos los campos obligatorios de cada página, el solicitante o la familia deben hacer clic en el *Save and Continue* (Guardar y continuar) para avanzar a la página siguiente de la derivación.

## Welcome to Home Visiting Referral

Home Visiting is a relationship-based program for families who are pregnant or have children not yet eligible for kindergarten. The program supports family goals, child growth and development, establishes connection to resources, and overall health and well-being. It is free for all New Mexico families regardless of income. Home visitors come to see you in the convenience of your home or via remote telehealth sessions.

Once you complete the Home Visiting Referral questions you will be able to choose a Home Visiting Provider. A Home Visiting program representative will contact you within 3-5 business days to review your information and discuss next steps for enrollment.

### BASIC INFORMATION (\* ARE REQUIRED FIELDS)

<b>First Name *</b>	<b>Middle Name</b>	<b>Last Name *</b>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Gender *</b>	<input type="text"/>	
<b>Date of Birth *</b>	<input type="text" value="mm/dd/yyyy"/>	
<b>Phone Number *</b>	<input type="text" value="(XXX) XXX-XXXX"/>	
<b>Language Preference</b>	<input type="text"/>	
<b>Please select the county where you will need the services *</b>	<input type="text"/>	
<b>How did you hear about Home Visiting? *</b>	<input type="text"/>	

[SAVE AND CONTINUE →](#)

- Si en algún momento el solicitante o la familia necesitan detenerse, pueden hacer clic en el botón *Save and Continue* y salir de la derivación.
- La derivación se guardará en la sección *Home Visiting Referrals In Progress* (Derivaciones para el servicio de visitas al hogar en proceso) de la página de inicio del solicitante/familia.
- Aquí, el solicitante o la familia podrán retomar el proceso de derivación cuando puedan hacerlo.

## Hello, Bunny!

Welcome to your home page. Here you can create a new application or Home Visiting referral, continue the progress of an application or referral, and review the status of an existing application or referral previously submitted.

Have an application or referral related question? [click here](#)

APPLICATION	HOME VISITING REFERRAL
<p>Start an application for these programs:  <b>Child Care Assistance, PreK, Family Infant Toddler (FIT) Program, Families First</b></p> <p>If you need help call 1-800-832-1321.</p> <p><a href="#">→ START APPLICATION</a></p>	<p><b>Current Step in Progress</b> Basic Info</p> <p><b>Last Modified Date</b> 06/04/2024</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ 1. Basic Info</li> <li>✗ 2. Address</li> <li>✗ 3. Additional Details</li> <li>✗ 4. Children Info</li> <li>✗ 5. Review</li> <li>✗ 6. Eligibility</li> <li>✗ 7. Final</li> </ul> <p><a href="#">→ CONTINUE REFERRAL</a></p>

- En la página 2 se solicita información sobre la situación de vivienda y el domicilio del solicitante o la familia, en su caso.
- Si el solicitante o la familia no cuentan con una dirección postal o física permanente, el usuario podrá seleccionar la opción correspondiente y marcar todas las casillas que indiquen esta situación, y ya no será necesario llenar los campos correspondientes al domicilio para continuar con el proceso.

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

Street Address *	Apt/Suite Number
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zip Code *	City *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
State *	New Mexico County *
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text"/>

Click here if you do not have a physical address.

### MAILING ADDRESS

Click here if same as physical address.

Street Address *	Apt/Suite Number
<input type="text"/>	<input type="text"/>
Zip Code *	City *
<input type="text"/>	<input type="text"/>
State *	New Mexico County *
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text"/>

Click here if you do not have a mailing address.

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante o la familia no cuentan con una dirección física y se selecciona la casilla, se les preguntará sobre su situación de vivienda en lugar de que se les pida que registren una dirección física.

Click here if you do not have a physical address.

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

## Address Information

Please select one that best describes your current living situation: \*

In a home that I own or rent

Living permanently with friends and/or family

Staying temporarily with friends, relatives, or other people

At a shelter

In transitional housing or an independent living program

At a motel or a hotel

In an RV or camper

In a car, tent, park, bus, train station, abandoned building, or another public place

I do not have a usual place to sleep

Prefer not to disclose

- Cuando se registre la dirección física, el solicitante tiene la opción de utilizar la misma como dirección postal seleccionando la casilla *Click here if same as physical address* (Haga clic aquí si es la misma que la dirección física) que se encuentra en la sección de domicilio.
- Si selecciona la casilla, los campos correspondientes a la dirección postal desaparecerán y se llenarán automáticamente con la dirección física.

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

<b>Street Address *</b> <input type="text" value="1 Dirt Drive"/>	<b>Apt/Suite Number</b> <input type="text"/>
<b>Zip Code *</b> <input type="text" value="87124"/>	<b>City *</b> <input type="text" value="Albuquerque"/>
<b>State *</b> <input type="text" value="New Mexico"/>	<b>New Mexico County *</b> <input type="text" value="Bernalillo"/>

[Click here if you do not have a physical address.](#)

### MAILING ADDRESS

[Click here if same as physical address.](#)

<b>Street Address *</b> <input type="text"/>	<b>Apt/Suite Number</b> <input type="text"/>
<b>Zip Code *</b> <input type="text"/>	<b>City *</b> <input type="text"/>
<b>State *</b> <input type="text" value="New Mexico"/>	<b>New Mexico County *</b> <input type="text"/>

## Address Information

### PHYSICAL ADDRESS

<b>Street Address *</b>	<b>Apt/Suite Number</b>
<input type="text" value="1 Dirt Drive"/>	<input type="text"/>
<b>Zip Code *</b>	<b>City *</b>
<input type="text" value="87124"/>	<input type="text" value="Albuquerque"/>
<b>State *</b>	<b>New Mexico County *</b>
<input type="text" value="New Mexico"/>	<input type="text" value="Bernalillo"/>

Click here if you do not have a physical address.

### MAILING ADDRESS

Click here if same as physical address.

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

- En la página 3 se plantean preguntas sobre cualquier ayuda o servicio que el solicitante o la familia ya estén recibiendo de otros programas.

## Personal Information

<b>Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *</b>	<input type="text"/>
<b>Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *</b>	<input type="text"/>
<b>Is anyone in home an expecting parent? *</b>	<input type="text"/>

[← PREVIOUS](#)

[SAVE AND CONTINUE →](#)

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante selecciona la opción Yes en el campo “Is anyone in the home an expecting parent?” (¿Hay alguna embarazada en el hogar?), aparecerá la pregunta “How many weeks of pregnancy?” (¿Cuántas semanas de embarazo tiene?).

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	Yes
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid recipient
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

Change Referral Type

- En el caso de todos los solicitantes/familias que residen en un condado distinto a los de Bernalillo y Valencia, esta es la última pregunta y el solicitante avanza.
- Si en la página 1 el solicitante indicó que los servicios se necesitan en los condados de Bernalillo o Valencia, algunas preguntas específicas para quienes residen en estos condados aparecerán en los siguientes escenarios.
- Estas preguntas son específicas únicamente para los residentes de los condados de Valencia y Bernalillo porque son los únicos dos condados que ofrecen la *Nurse Family Partnership* (FNP; Alianza entre las enfermeras y las familias).

Please select the county where the family will need the services \*

Bernalillo

- En el caso de las familias que reciben servicios en los condados de Bernalillo o Valencia, si el solicitante selecciona la opción No en el campo “Do you receive WIC?” (¿Es beneficiario del programa WIC?) y No o *I don't know* en el campo “Are you eligible for or receiving Medicaid services?” (¿Reúne los requisitos para los servicios de Medicaid o los recibe?), y responde de 1 a 28 semanas de embarazo en el campo “How many weeks of pregnancy?”, aparecerán dos nuevas preguntas.
  - “Is this a first-time mother?” (¿Es madre primeriza?)
  - “Family household size” (Tamaño del hogar familiar)

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	
Family household size *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Al responder la pregunta sobre el tamaño del hogar familiar, aparece la última pregunta.
  - “What is the family’s gross monthly income?” (¿A cuánto asciende el ingreso bruto mensual de la familia?)
- Importante: Esta pregunta solo se hace si la familia necesita servicios en los condados de Bernalillo y Valencia y no afecta su elegibilidad para los servicios de visitas al hogar de ninguna forma.
- Todas las familias son elegibles para los servicios de visitas al hogar independientemente de su nivel de ingresos.

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	3
Is this a first-time mother? *	No
Family household size *	3
What is the family’s gross monthly income? *	
Income is only used to determine eligibility for Nurse Family Partnership.	
	More than \$5,379.00 per month
	Less than or equal to \$5,379.00 per month

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante o la familia seleccionan la opción Yes en cualquiera de los dos primeros campos o en ambos Indicando que son beneficiarios del programa WIC o que reúnen los requisitos para recibir servicios de Medicaid/son beneficiarios de Medicaid, entonces no aparecerá la pregunta sobre el tamaño del hogar familiar (Aplica únicamente a los residentes en los condados de Bernalillo y Valencia).

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	Yes
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	No
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid eligible
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	28
Is this a first-time mother? *	

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- Si el solicitante de la familia selecciona la opción 29 o más semanas de embarazo, entonces no aparecerá la pregunta sobre si es madre primeriza.

## Personal Information

Does the family receive Women, Infants, and Children (WIC) nutrition assistance? *	No
Is the family eligible for or receiving Medicaid services? *	Medicaid eligible
Is anyone in home an expecting parent? *	Yes
How many weeks of pregnancy? *	29

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- En la página 4 se solicita información sobre sus hijos.

## Child Information

How many children living with the family are newborn to Kindergarten? \*

None

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

[Change Referral Type](#)

- El usuario tendrá que recopilar información sobre todos los menores del hogar.
- El número que se seleccione en el campo “How many children living with the family are newborn to Kindergarten?” (¿Cuántos menores viven con la familia con edades comprendidas entre recién nacidos y el jardín de niños?) determinará cuántos perfiles de menores deberán llenarse.

## Child Information

How many children do you have living with you who are newborn to Kindergarten? \*

None

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

## Child Information

How many children do you have living with you who are newborn to Kindergarten? \*

1

Child - 1

First Name \*

Bunny

Middle Name

Last Name \*

Bugs Jr.

Gender \*

Male

Date of Birth \*

01/15/2022

← PREVIOUS

SAVE AND CONTINUE →

- En la página 5 el usuario puede revisar la información registrada en la misma y editar cada sección, según sea necesario.
- Si toda la información es exacta, el usuario podrá hacer clic en el botón *Check Eligibility* (Verificar elegibilidad) para continuar a la última página de la derivación.

## Review Home Visiting Referral

BASIC INFORMATION		ADDRESS INFORMATION	
<b>Full Name</b> Bunny, Bugs	<b>Date of Birth</b> 01/15/1986	<b>Physical Address</b> Does not have a physical address.	<b>Mailing Address</b> 1 shelter Drive Los Alamos, New Mexico 87124
<b>Gender</b> Male	<b>Preferred Language</b> English		<b>County</b> Los Alamos
<b>Phone Number</b> (505) 654-6546	<b>Email</b> bugs.bunny@test.com	<b>Current Living Situation</b> At a shelter	
<b>County where services are needed</b> Los Alamos		<a href="#">EDIT</a>	
<b>How did you hear about Home Visiting?</b> Early Show with Alax			
<a href="#">EDIT</a>			
PERSONAL DETAILS			
<b>Receives WIC nutrition assistance</b> Yes	<b>Medicaid eligible or Medicaid recipient</b> I don't know		
<b>Is anyone in the home an expecting parent?</b> Yes	<b>Weeks of pregnancy</b> 3		
<a href="#">EDIT</a>			
CHILD INFORMATION			
<b>Child - 1</b>			
<b>Name</b> Bugs Jr., Bunny	<b>Date of Birth</b> 01/15/2022	<b>Gender</b> Male	
<a href="#">EDIT</a>			
<a href="#">← PREVIOUS</a>		<a href="#">CHECK ELIGIBILITY →</a>	

- La página 6 es la última página de la derivación. En esta página se informa al solicitante/familia si reúne los requisitos de los servicios de visitas al hogar.
- El usuario tiene la opción de elegir al proveedor de visitas al hogar del condado que eligieron al que desee asignar la derivación en este momento.
- La derivación se enviará a la lista de derivaciones asignadas del proveedor de visitas al hogar en cuanto se mande.
- Si el solicitante o la familia no tienen un proveedor preferido, el usuario puede marcar la casilla “I don’t have a provider preference” (No tengo un proveedor preferido) y la derivación se enviará a la lista de derivaciones abiertas (*Open Referrals*) en cuanto se mande, de donde podrá tomarla cualquier proveedor que preste servicios en el condado donde resida la familia.

## Home Visiting Eligibility

Based on the information provided, you are eligible to receive Home Visiting services.

New Mexico home visiting system offers diverse models to support the growing needs of families and communities. For more information, please visit: [Home Visiting](#).

Based on the information provided, you are eligible to receive the following Home Visiting models.

- Partners for Healthy Baby
- Nurturing Parenting
- Parents and Teachers
- Promoting First Relationships
- First Born and More
- Child First
- Healthy Family America
- Nurse Family Partnership

## Home Visiting Eligibility

Based on the information provided, you are eligible to receive Home Visiting services.

New Mexico home visiting system offers diverse models to support the growing needs of families and communities. For more information, please visit: [Home Visiting](#).

### Please select a Home Visiting Provider

<b>Los Pasitos Family Services</b>	
<b>Counties Served:</b>	Bernalillo, Sandoval (Waitlist Only), De Baca
<b>Phone Number:</b>	(505) 265-5254
<b>Languages Spoken:</b>	English/Spanish (Bilingual), English
<b>Medicaid Provider:</b>	No
<a href="#">View More Details</a> ▾	<b>SELECT PROVIDER</b>

I don't have a provider preference.

[← PREVIOUS](#)

[SUBMIT REFERRAL →](#)

- En cuanto el solicitante o la familia envíen la derivación, no podrán enviar otra derivación hasta que la derivación en curso sea concluida.
- El envío de otra derivación después de que una derivación haya sido enviada y aceptada dará como resultado una derivación duplicada que podría ser rechazada.
- El solicitante puede dar seguimiento a su derivación en su página de inicio así como consultar la información de la derivación dando clic en el botón *View Details* (Ver información).
- El estado de la derivación se actualizará en cuanto la información haya sido enviada al sistema de visitas al hogar de la UNM y la derivación haya sido completada.

## Home Visiting Referral Submitted

The referral has been submitted. The family will be contacted by a Home Visiting program representative within 3-5 business days.

[GO BACK TO HOME](#)

## Hello, Bunny!

Welcome to your home page. Here you can create a new application or Home Visiting referral, continue the progress of an application or referral, and review the status of an existing application or referral previously submitted.

Have an application or referral related question? [click here](#)

### APPLICATION

Start an application for these programs:

**Child Care Assistance, PreK, Family Infant Toddler (FIT) Program, Families First**

If you need help call 1-800-832-1321.

[→ START APPLICATION](#)

### HOME VISITING REFERRAL

You have an active Home Visiting referral. You may not start a new referral at this time.

### HOME VISITING SUBMITTED REFERRALS

▾ Referral - 1123

**Referral ID**

1123

**Submitted Date**

06/04/2024

**Current Status**

Assigned to Provider

**Status Date**

06/04/2024

[VIEW DETAILS](#)

## HV Referral

### REFERRAL INFORMATION

**Referral ID**  
1123

**Submitted Date**  
06/04/2024

**Current Status**  
Assigned to Provider

**Referral Type**  
Self-Referral

**Submitted By**  
Bugs, Bunny

**Status Date**  
06/04/2024

### BASIC INFORMATION

**Full Name**  
Bunny, Bugs

**Gender**  
Male

**Phone Number**  
(505) 654-6546

**County where services are needed**  
Bernalillo

**How did you hear about Home Visiting?**  
Early Show with Alax

**Date of Birth**  
01/15/1986

**Preferred Language**  
English

**Email**  
bugs.bunny@test.com

### ADDRESS INFORMATION

**Physical Address**  
Does not have a physical address.

**Mailing Address**  
1 shelter Drive  
Los Alamos, New Mexico  
87124

**County**  
Los Alamos

**Current Living Situation**  
At a shelter

### PERSONAL DETAILS

**Receives WIC nutrition assistance**  
Yes

**Is anyone in the home an expecting parent?**  
Yes

**Is this a first-time mother?**  
No

**Medicaid eligible or Medicaid recipient**  
I don't know

**Weeks of pregnancy**  
3

### CHILD INFORMATION

#### Child - 1

**Name**  
Bugs Jr., Bunny

**Date of Birth**  
01/15/2022

**Gender**  
Male