

GUARDE ESTE FOLLETO EN SUS ARCHIVOS

Solicitud de Asistencia

Folleto de Información

Bienvenido al State of Michigan Department of Human Services (DHS)

Tenemos programas para ayudarle a usted y/o a su hogar (todos las personas que viven en su hogar) con comida, asistencia médica, cuidado de niños, dinero en efectivo y emergencias. También le podemos informar sobre otros programas y recursos que podrán ayudarle a satisfacer sus necesidades. Con gusto esperamos ayudarle a usted y a su hogar.

Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., por favor díganos. Si usted necesita a un intérprete, le proveeremos uno o puede traer a su propio intérprete.

Pasos para Recibir Asistencia

- 1 - **Lea este folleto y guárdelo.** Explica los programas y contiene información importante. **Cuando firma la solicitud de asistencia, usted acepta las reglas de este folleto.**
- 2 - **Conteste las preguntas en la solicitud de asistencia.** Necesitamos sus respuestas para decidir qué tipo de ayuda usted pueda recibir. Usted puede solicitar para todos o algunos de nuestros programas.
- 3 - **Traiga, envíe por correo, o envíe por fax su solicitud de asistencia al oficina de DHS en su área.** Puede encontrar en el directorio la dirección y el número de teléfono de la oficina en su área en la sección del gobierno estatal, o en línea al www.michigan.gov/dhs-countyoffices.
- 4 - **Posiblemente le pediremos más información (comprobantes) para algunos programas.** Le avisaremos de lo que necesitamos.
- 5 - **Le enviaremos una carta** por correo avisándole si es aprobada o negada. **Guarde esta carta.** Contiene información importante que incluye el nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico (email) de su especialista de DHS.

Usted tiene el derecho de solicitar ayuda hoy mismo. La fecha en que DHS recibe su solicitud de asistencia o forma de archivo podrá determinar la fecha de inicio de sus beneficios. **Excepción:** Si usted solicita Ingresos de Seguridad Suplementales y beneficios de asistencia de alimentos antes ser liberado de una institución, la fecha de archivo para sus beneficios sea la fecha usted sale de la institución.

Si usted no puede llenar completamente la solicitud de asistencia hoy mismo, usted puede completar cualquier **forma de archivo** (disponible al final de este folleto o en línea al www.michigan.gov/dhs-forms) o usted puede entregar su solicitud de asistencia incompleta. Esto debe tener su: • Nombre • Fecha de nacimiento (no es necesario para asistencia de alimentos) • Dirección (a menos que no tenga casa) • Su firma o la firma de su representante (alguien solicitando de parte de usted).

Department of Human Services will not discriminate against any individual or group because of race, sex, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sexual orientation, political beliefs or disability. If you need help with reading, writing, hearing, etc., under the Americans with Disabilities Act, you are invited to make your needs known to a DHS office in your area.

Department of Human Services no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, sexo, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, orientación sexual, creencias políticas o incapacidad. Si usted necesita ayuda para leer, escribir, oír, etc., bajo la Acta de Americanos con Incapacidades, usted está invitado a hacer saber sus necesidades a una oficina de DHS en su área.

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، الجنس، الديانة، العمر، المنشأ الوطني، اللون، الطول، الوزن، الحالة الزوجية، التوجه الجنسي، المعتقدات السياسية أو الإعاقة. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع... إلخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمريكيين المعاقين (Americans with Disabilities Act).

Local office address

DHS specialist name, phone number and email address

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Decisiones a Tiempo

Deberemos hacer decisiones a tiempo para aprobar o negar su solicitud de asistencia. Seguimos las normas del programa abajo:

Símbolos de Programas	Programas de DHS	Normas
	Asistencia de Alimentos	
	• Rápida (siete-días de proceso)	7 días
	• Programa de Asistencia de Alimentos	30 días
	Asistencia Médica	45 días
	• Con una decisión sobre incapacidad	90 días
	• Para embarazo de mujeres	10 días
	• Programa de Asistencia Médica para Refugiados (RAPM)	30 días
	Desarrollo y Cuidado Infantil	45 días
	Asistencia en Efectivo	
	• Programa de Asistencia en Efectivo	45 días
	• Programa de Asistencia de Refugiados	30 días
	• Asistencia del Estado para Incapacitados.....	60 días
	Ayuda de Emergencia del Estado	10 días

Asistencia De Alimentos Rápida (siete-días de proceso)

Su hogar podrá calificar para un proceso de siete-días de su solicitud de asistencia si:

- Usted tiene menos de \$150 de ingresos mensuales brutos y \$100 o menos en bienes líquidos (dinero en efectivo, cuentas de cheques o de ahorros, certificados de ahorros), **o**
- Sus ingresos brutos y bienes líquidos combinados son menos de su renta mensual y/o pago de hipoteca más calefacción y utilidades, **o**
- Usted es un trabajador agricultor migrante o temporal **indigente*** con \$100 o menos en bienes líquidos.

* **Indigente** significa que usted **dejó** de recibir ingresos antes de la fecha en que solicitó, o su ingreso **ha empezado** pero usted espera recibir no más de \$25 dentro de los próximos 10 días.

Si su hogar califica para un proceso de siete-días, usted debe:

- Participar en una entrevista, **y**
- Proveer prueba de su identidad, **y**
- Terminar la forma de solicitud en completo.

A usted se le pedirá prueba de otra información (así como ingresos, residencia, etc.) para que siga recibiendo beneficios de asistencia de alimentos. Si usted presenta la prueba cuando aplica, es posible que le den un plazo más largo de beneficios de asistencia de alimentos.

Entrevistas del Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)

Se puede hacer una entrevista por teléfono en lugar de una entrevista en persona si existe algún privación en su hogar. Privaciones incluyen, pero no se limitan a:

- Enfermedad.

- Dificultades de transporte.
- El horario de trabajo que impida participación de una entrevista en persona en la oficina.

Díganos si usted tiene una privación y necesita una entrevista por teléfono.

Posiblemente Necesitaremos Comprobante

Para la mayoría de los programas, DHS necesitará comprobante de los ingresos de su hogar. Si usted tiene comprobante, envíelo o traigalo con su solicitud de asistencia. Algunas maneras de comprobar los ingresos son:

- Recibos del sostenimiento de niños
- Talones de cheques
- Carta de beneficios de Seguro Social
- Documentos de ingresos y gastos de trabajo por cuenta propia

Si necesitamos comprobante, le enviaremos una lista de lo que necesitamos.

Para algunos programas, **POSIBLEMENTE** necesitaremos comprobante de:

- Edad y/o identidad
- Estado de inmigración
- Ciudadanía del E.U.
- Embarazo
- Tarjeta actual de seguro médico
- Matrícula escolar, alguien de los 16-19 años
- Ingresos que recientemente han empezado o terminado
- Bienes (dinero en efectivo a la mano, cuentas de cheques/ahorros o de la unión de crédito, etc.)

Pídale ayuda de su especialista de DHS si necesita ayuda para conseguir el comprobante.

DIRECTORIO

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)	4
Program Médico para Adultos (AMP).....	4
- Opción de Seguro Patrocinado por el Empleador	4
Hospitalización para Residentes del Condado (RCH)	4
Asistencia Médica (MA)	5
Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC).....	6
Asistencia en Efectivo (FIP)/Programa de Asistencia de Refugiados (RAP).....	7
Asistencia del Estado para Incapacitados (SDA).....	7
Ayuda de Emergencia del Estado (SER).....	8
Servicios para el Sostenimiento del Niño.....	8
<i>Early On</i> ®	8
Programa de Calefacción del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP).....	9
- Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC)	9
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP).....	9

Cosas que Usted Deberá Hacer

Dar Información Correcta y Reportar Cambios (Todos los Programas).....	9
Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)	10
Proveer los Números de Seguro Social (La Mayoría de los Programas).....	10
Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas)	10
Vacunar a los Niños Menores de Seis Años - Conseguir Vacunas (FIP)	10
Seguir las Leyes Laborales si su Cuidador(a) de Niños Trabaja en su Hogar (CDC)	10
Acciones del Sostenimiento para Niños (La Mayoría de los Programas)	11
Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RAP y FAP)	11
Aplazamientos de las Leyes Laborales y Causa Buena (FIP o RAP y FAP).....	12

Cosas Importantes de Saber

Penalidades por Fraude o Violaciones Intencionales de los Programas (FAP, FIP, SDA).....	13
Derechos de Audiencia	14
Si Usted Piensa que Discriminamos	14
Raza y Etnicidad	14
Ciudadanos y No-Ciudadanos	14
Personas con Incapacidades	14
Violencia Doméstica.....	15
Si Usted Recibe Beneficios Tribales	15
Tarjeta Bridge	15

Acuerdos de Reembolsos

Reembolso de los Gastos Médicos (MA, AMP)	15
Sumas Totales y Beneficios Acumulados (SDA).....	15

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Información DHS Recibirá de Otros	16
Información DHS Compartirá a Otros	16
Coordinación de Cuidado de Salud	16

Referencias de Sitios de Internet.....

Publicaciones

Forma de Archivo

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)



FAP provee beneficios que se podrán usar para comprar comida (o semillas y plantas para cultivar su propia comida) para su hogar. Personas de todas edades podrán recibir el FAP.

Usted posiblemente podrá ser elegible para los beneficios de FAP si usted tiene:

- Bajo ingreso.
- Ningún ingreso.

Ingresos

La elegibilidad de FAP y la cantidad de beneficios se basan en el ingreso de su hogar y el número de personas en su grupo de FAP. Cuando vemos a sus ingresos, hacemos algunas **deducciones** y tomamos en cuenta los **gastos permitidos** (véa abajo).

Deducciones de los ingresos contables:

- 20 por ciento de los ingresos ganados, y
- Una deducción estándar basada en el tamaño de personas en su grupo de FAP.

Gastos permitidos:

- Gastos médicos más de \$35 al mes no pagados por un tercer parte (para personas 60 o mayores de 60 años, un veterano con una incapacidad o una persona con una incapacidad).

- Algunos gastos del hogar y utilidades.
- Algunos gastos del cuidado de niños y gastos por el cuidado de personas con incapacidades.
- Sostenimiento para niños ordenado por la corte pagado a alguien que no vive en el hogar.

Para recibir una deducción por un gasto permitido, usted deberá reportarlo y proveer prueba del gasto si se lo pide su especialista de DHS. Si usted no reporta o no proveer prueba del gasto, asumiremos que usted **no** desea recibir la deducción por el gasto.

Si se incluye la calefacción en su renta, y usted recibe o espera recibir el Crédito para la Calefacción del Hogar, indíquelo en su solicitud de asistencia. Si usted no nos avisa del crédito, asumiremos que usted **no** desea recibir la deducción por los gastos de calefacción.

Requisitos del programa:

- **Seguir las Leyes Laborales y Penalidades** - véa páginas 11, 12.
- **Servicios para el Sostenimiento para Niños** - véa página 8.
- **Acciones del Sostenimiento para Niños** - véa página 11.

Programa Médica para Adultos (AMP)



AMP ayuda a pagar el cuidado médico básico para adultos de bajo-ingreso. Servicios adicionales pueden ser disponible por medio de un plan de salud del condado.

Usted posiblemente podrá ser elegible para AMP si usted no califica por asistencia médica (Medicaid) y tiene:

- Bienes en efectivo de \$3,000 o menos, y
- Bajo ingreso.

Inscripción limitada. Limitamos el número de personas que puedan recibir el AMP en Michigan. Cuando llegamos al límite, negaremos su solicitud, aunque usted cumpla con las reglas de elegibilidad.

Hospitalización del Condado para Residentes (RCH)



RCH ayuda a individuos con bajos ingresos que no pueden pagar el cuidado médico cuando son internados en el hospital de la noche a la mañana.

Usted puede ser elegible para el RCH si:

- Tiene bajo ingreso, y
- No es elegible para Medicaid, y

- No tiene otro seguro que le cubra el cuidado de la internación en el hospital.

Cada condado establece sus propias reglas de elegibilidad económica.

Para más información, comuníquese con la oficina de DHS en su área.

Asistencia Médica (MA)



Si usted está solicitando MA, también conocido como a Medicaid, deberemos darle un folleto titulado Cobertura de Cuidado de Salud de Medicaid que contiene información completa. Comuníquese con la oficina de DHS en su área si no recibe este folleto.

Tenemos muchos programas de MA para niños, familias y adultos. Nuestra meta es asegurar que estén disponibles los servicios esenciales de cuidado de salud, incluyendo primas de Medicare, disponible a personas que no pueden pagarlos. Las reglas sobre bienes e ingresos son diferentes para distintos grupos y programas de MA.

Si usted tiene otro seguro de salud o cobertura, usted posiblemente podrá calificar. Sus proveedores médicos (doctores, hospitales, etc.) tendrán que cobrar primero al otro seguro.

Usted podrá ser elegible para MA cuando usted es:

- Recipiente de Asistencia en Efectivo.
- Recipiente de Ingresos de Seguro Suplementario (SSI).
- Elegible financieramente, y es/está:
 - Menor de 21 años.
 - 65 años o mayor.
 - Embarazada.
 - Invidente o incapacitado.
 - Un padre o pariente cercano viviendo con y actuando como padre de un niño. AVISO: El niño debe ser menor de 18 años, o ser estudiante de tiempo completo de escuela secundaria que gradúa antes de cumplir 19 años de edad.

Se toman en cuenta los **bienes** para algunos programas. Muchos niños y mujeres embarazadas pueden recibir MA sin límite en los bienes.

Para personas de edad 19 y mayor (excepto mujeres embarazadas), sus bienes deben ser debajo de el límite por lo menos un día en el mes en que usted pide asistencia médica. Usted debe proveer prueba de sus bienes.

Si usted sobrepasa el límite de bienes, posiblemente podrá recibir ayuda si usa bienes sobrepasados para pagar las cuentas. Posiblemente le pediremos prueba de cómo ha usado sus bienes sobrantes.

Ingresos. Cada programa de Medicaid tiene límites de ingresos. Los límites dependen en el programa, quién vive con usted, y dónde vive. Si sus ingresos sobrepasan el límite:

- Todavía podrá recibir ayuda si nos da comprobante de sus gastos médicos.
- Podemos darle MA con un deducible.

Pagando sus gastos médicos. Escoja a un proveedor que acepte Medicaid – no todos los proveedores lo hacen. Si usted solicita MA, avise a sus proveedores médicos (doctores, hospital, farmacia, etc.) antes de recibir cualquiera de los servicios médicos.

Si usted es elegible por la ayuda, le enviaremos una tarjeta mihealth. Cada persona elegible en su familia

recibirá su propia tarjeta. **No tire esta tarjeta.** Si su tarjeta mihealth se pierde, se la roban o se dañan, llame al: 1-800-642-3195.

Déle a sus proveedores médicos una copia de su tarjeta mihealth en cuanto la reciba. Esta información es necesaria para cobrar Medicaid para sus servicios cubiertos. Sus proveedores deberán cobrar Medicaid dentro de 12 meses de la fecha en que usted recibió sus servicios de ellos, aun si usted diera la cuenta a DHS.

Si ellos no cobran dentro del plazo del límite de 12-meses, posiblemente no se paga la cuenta a menos que la demora se deba a que usted pidió una audiencia para recibir MA. DHS determina su elegibilidad pero el Department of Community Health (DCH) paga por los servicios cubiertos por Medicaid. DCH podrá reembolsar su dinero si usted paga por un servicio cobrado por MA entre la fecha en que DHS recibe su petición de audiencia después de un negado incorrecto de MA y la fecha que su MA es aprobada a resulta de su audiencia.

Ayuda por meses anteriores. Podemos aprobar el MA hasta tres meses anteriores al mes en que usted solicitó. Si lo hacemos, pídale a sus proveedores que le cobren a Medicaid por los servicios que usted recibió antes de que aprobáramos su solicitud. Si usted paga por servicios antes de ser aprobada su solicitud, pídale a sus proveedores de salud que le reembolsen su dinero y que le cobren a Medicaid. Los proveedores no tienen que dar reembolsos, pero algunos si lo hará. El proveedor debe cobrar Medicaid aun si usted diera la cuenta a DHS.

Requisitos del programa:

- **Servicios para el Sostentamiento del Niño** - vea página 8.
- **Acciones del Sostentamiento para Niños** - vea página 11.

Estilos de vida sanos. Queremos que todos los clientes de MA vivan estilos de vida sanos. Este podría incluir un compromiso de: asistir a todas las citas médicas, hacer ejercicio con regularidad, no fume o use medicinas ilegales, y mantenga en corriente las vacunas de niños.

Para más información de cómo vivir un estilo de vida sano, usted puede visitar el sitio de Web de Michigan Department of Community Health (MDCH) a: www.michiganstepsup.org o llame a los números siguientes:

- 1-877-422-4244 - hábitos de comida sanos y consejos.
- 1-877-422-4244 - un folleto gratis, *Haga Salud Su Opción*.
- 1-800-480-7848 - deja de fumar.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)



CDC ayuda a pagar el costo del cuidado de niños. Usted podrá ser elegible si es:

- Una familia con bajo ingreso.
- Un padre adoptivo temporal con licencia solicitando cuidado para niños adoptivos.
- Un miembro de un caso de servicio de protección o prevención de DHS participando en un plan de tratamiento.
- Un recipiente de FIP o Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).
- Un solicitante de FIP participando en actividades requeridas por Michigan Works! Agency (MWA).

Usted deberá tener necesidad de cuidado de niños debido a:

- Trabajo.
- Estudios para terminar la preparatoria (incluyendo equivalencia general diploma, educación básica para adultos, e Inglés como segundo idioma).
- Estudios o entrenamientos aprobados.
- Actividades aprobadas para tratamiento de una condición de salud o social.

El cuidado de niño se debe proveer en Michigan por un(a):

- Guardería con licencia.
- Casa de cuidado de grupo con licencia.
- Casa de cuidado familiar registrada.
- Ayudante inscrito* con DHS que provee ayuda y que haya completado la Orientación de Calidad de Great Start y que provee cuidado en el hogar del niño.
- Cuidador familiar adulto inscrito con DHS* que provee el cuidado en su propia casa.

AVISO: El pariente deberá tener relación con el niño que necesita cuidado, ya sea de sangre, casamiento o adopción y como abuelo, bisabuelo, tía/ tía abuela, tío/ tío abuelo, o hermano y no deberá vivir en la misma casa que el niño.

* La inscripción no se permitirá si el cuidador, o un miembro adulto del hogar de edad 18 y mayor, viviendo con el cuidador, es:

- Culpable de ciertos crímenes.
- Se encuentra en el registro central del abuso o negligencia de niños.

¿Cuánto dinero podrá usted ganar y todavía ser elegible?

Los recipientes de FIP y SSI, los padres adoptivos temporales con licencia, y las familias que

reciben servicios de prevención y protección de niños son elegibles sin tomar en cuenta una determinación de sus ingresos. La elegibilidad para todas otras familias se basa en el ingreso mensual bruto. Use la tabla abajo para tener una idea si usted puede ser elegible.

Número de Familia	Ingreso Mensual Bruto
1&2	\$0-1607
3	\$0-1990
4	\$0-2367
5	\$0-2746
6	\$0-3123
7	\$0-3500
8	\$0-3877
9	\$0-4254
10+	\$0-4634

¿Qué es lo que paga DHS?

Las tarifas del cuidado de niños de DHS se basan en el tipo de cuidador que usted escoja, el área donde se provee el cuidado y la edad del niño. Las tarifas actuales están disponibles en línea al www.michigan.gov/childcare.

Si usted es elegible debido a ser una familia de bajo-ingreso, pagaremos 70% hasta el 100% del costo de cuidado de niños hasta la tarifa máxima de DHS. El porcentaje depende de su ingreso mensual bruto y elegibilidad.

Usted es responsable de cualquier gasto de cuidado de niños no pagado por DHS.

Requisitos del programa:

- **Servicios para el Sostenimiento del Niño** - vea página 8.
- **Acciones del Sostenimiento para Niños** - vea página 11.

Recursos:

- Más información acerca del programa de CDC es disponible en línea a: www.michigan.gov/childcare
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor elegible de cuidado de niños, comuníquese con su Centro de Recursos de Cuidado de Niños de su Región de Great Start al 1-877-614-7328 o visite greatstart-connect.com.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programa de Asistencia en Efectivo (FIP) Programa de Asistencia de Refugiados (RAP)



La meta principal de los programas de asistencia en efectivo es ayudar a las familias a hacerse independientes y autosuficientes.

- **FIP** es asistencia en efectivo temporal para familias de bajo-ingreso con niños menores.
- **RAP** es asistencia en efectivo temporal para personas recientemente admitidos a los Estados Unidos (E.U.) como refugiados.

Para calificar por FIP o RAP, deberá tener:

- Bajo ingreso, y
- Bienes en efectivo menos de \$3,000.

Usted puede ser elegible para FIP si usted no está recibiendo beneficios en efectivo de otro estado y usted es/está:

- Embarazada.
- Un padre, tutor legal, o pariente actuando como un padre para un niño menor de edad de 18 (o un estudiante de escuela secundaria de edad 18 a 19).

Límite de vida de 48 meses:

Usted no puede recibir FIP para más de 48 meses en su vida a menos que usted califica para una extensión o una excepción. Los meses antes del octubre de 2007 no cuentan. Los meses no cuentan si usted es:

- Diferido.*
- Trabajando y siguiendo su Plan de Autosuficiencia de Familia.*
- Viviendo en un condado con una tasa de desempleo alta.

*Véa "Cosas Que Usted Deberá Hacer: Seguir las Leyes Laborales y Penalidades."

Usted puede ser elegible para RAP si usted es:

- Un refugiado (o alguien tratado como refugiado) según el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- Dentro de ocho meses de la fecha de entrada a los Estados Unidos., y
- No elegible para FIP.

La cantidad de la beca de FIP o RAP está basada en:

- Número de personas en su grupo de hogar.
- Gastos de sostenimiento para niños ordenada por la corte pagada por su hogar.
- Ingresos totales.

Pagos de sostenimiento para niños. Cada mes que esté en FIP, le podremos enviar parte del sostenimiento recolectado. Si recibe más de \$50 de sostenimiento cada mes cuando recibe el FIP, es posible que se requiera que lo devuelva o que lo vuelva a pagar en una oficina del DHS del condado. Si el sostenimiento para niños colecta-do es más que la beca de FIP por lo menos dos meses, podemos cerrar su caso FIP para que usted puede recibir los pagos de sostenimiento para niños directamente.

Requisitos del programa:

- **Seguir las Leyes Laborales y Penalidades** - véa páginas 11, 12.
- **Servicios para el Sostenimiento para Niños** - véa página 8.
- **Acciones del Sostenimiento para Niños** - véa página 11.
- **Vacunar a los Niños Menores de Seis Años** - Conseguir Vacunas (**FIP**) - véa página 10.

Asistencia del Estado para Incapacitados (SDA)



SDA proporciona asistencia en efectivo para suplir las necesidades básicas de una persona con una incapacidad, una persona cuidando por una persona con una incapacidad, o personas en un arreglo especial de vivienda.

Se considera una persona incapacitado a si ella/él es uno de lo siguiente:

- Edad 65 o mayor.
- No poder trabajar por 90 días o más debido a una condición médica.
- Recibiendo Ingresos de Seguro Suplementario (SSI) o beneficios de Incapacidad del Seguro Social.
- Recibiendo asistencia médica basado en incapacidad o ceguera.
- Recibiendo servicios de educación especial.
- Recibiendo Michigan Rehabilitation Services.

- Diagnosticado como tener SIDA.
- Viviendo en un hogar de cuidado adoptivo temporal de adultos, un asilo para ancianos, una enfermería del condado o un centro de tratamiento para el abuso de drogas.

Usted puede ser elegible para SDA si usted no es elegible para FIP y usted es:

- 65 o mayor.
- **Incapacitado** permanente o temporalmente.
- Cuidando una persona con una incapacidad que vive con usted.

Y usted tiene:

- Bienes en efectivo de \$3,000 o menos, y
- Bajo ingreso (límites diferentes para personas solas y casadas).

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Ayuda de Emergencia del Estado (SER)



SER proporciona asistencia limitada a hogares con bajo ingreso que tienen una emergencia. SER ayuda a prevenir el daño serio a individuos y familias que tienen una emergencia que amenaza su salud o seguridad.

Usted puede ser elegible para SER si:

- Tiene bajo ingreso y bienes limitados.
- La situación de emergencia no es probable que ocurrirá otra vez (ejemplo: para ayuda con la renta o pagos de casa, usted debe mostrar que tiene bastantes ingresos para pagar sus gastos de la vivienda en el futuro).
- Usted ha hecho los pagos requeridos en las cuentas de vivienda, calefacción, electricidad y/o utilidades.
- La cantidad que usted necesita es dentro de nuestros límites.

Usted no tiene que recibir otra ayuda de DHS para calificar por SER.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Pagos de traslado para evitar o eliminar falta de hogar.*
- Pagos de hipoteca, seguro y/o impuestos de propiedad, para evitar la confiscación, ejecución hipotecaria o venta debido a impuestos.*
- Reparos limitados de casa.
- Cuentas de calefacción, electricidad e utilidades.
- Costos de entierro.
- * *DHS colabora con Salvation Army para dar vivienda de emergencia a nivel estatal.*

La cantidad de ayuda que usted puede recibir depende del número de personas en su hogar, ingresos, bienes y el tipo de servicio solicitado y otros factores.

Servicios para el Sostenimiento del Niño

La Oficina de Sostenimiento del Niño (OCS) forma parte de DHS y es responsable del programa de sostenimiento del niño en Michigan. La OCS colabora con el Acusador Público (PA), Friend of the Court (FOC) y agencias en otros estados.

La meta de la OCS es asegurar que los padres mantengan a sus niños. El sostenimiento del niño puede incluir:

- Dinero en efectivo para vida diaria.
- Beneficios de salud y/o educativas.
- Pago para costos de cuidado de niños.

Una especialista de sostenimiento de OCS puede ayudar a:

- Localizar al padre(s)/madre(s) ausente de un niño.
- Establecer a un padre legal de un niño por:
 - Documentos de paternidad voluntarios.
 - Acción de la corte para paternidad.
- Establecer una orden de sostenimiento de niño.

Los servicios de sostenimiento del niño están disponibles si:

- Un niño vive en su hogar cuyo(s) padre(s) no vive(n) allí.

- **Usted recibe servicios de cuidado de niño, alimento, dinero en efectivo o asistencia médica de DHS.**

Usted no tiene que recibir ayuda de DHS para solicitar servicios de sostenimiento del niño.

Para solicitar servicios, llene la *Solicitud Para Servicios de Sostenimiento de Niño IV-D/Recomendación* (DHS-1201-sp):

- Imprima una DHS-1201-sp del sitio Web público de DHS al www.michigan.gov/dhs-forms.
- Llame a la OCS al **1-866-540-0008** o **1-866-661-0005**.
- Envíe una solicitud escrita:

**Office of Child Support
Central Functions Unit
PO Box 30744
Lansing, MI 48909**

Devuelva la Forma DHS-1201-sp completada al DHS en su área, el PA local o FOC, o a la dirección de arriba.

Early On®

Early On coordina servicios para familias que tienen un niño de edad cero (nacimiento) hasta la edad tres que tiene una incapacidad, un retraso en el desarrollo o una condición médica relacionada.

Para averiguar si su niño es elegible, llame a *Early On* al **1-800-EarlyOn (327-5966)** o en línea al www.1800earlyon.org. Un coordinador de *Early On* en su condado va a:

- Avisarle si su niño es elegible.
- Ayudarle a decidir si usted quiere servicios de *Early On* para su niño.

No hay ningún costo para una evaluación de elegibilidad de *Early On*.

Servicios de *Early On* pueden incluir: • servicios de evaluación • audiología • servicios médicos de diagnósticos • identificación temprana • entrenamiento de habilidades para la familia • servicios de salud • visitas a casa • servicios de enfermería • consultoría nutricional • terapia ocupacional • patología • servicios psicológicos • exploración • coordinación de servicio • servicios de trabajo social • equipo especial • instrucción especial • logopedia • transportación • consejería (familia, grupo, individuo) • servicios de visión.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programa de Calefacción del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP)

LIHEAP consiste de dinero federal dado a cada estado para ayudar a individuos de bajo ingreso y familias con gastos de calefacción. En Michigan, estos fondos se usan para los programas siguientes:

- Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC).
- Ayuda de Emergencia del Estado (SER) - véa página 8.
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP).

No hay ninguna solicitud separada para LIHEAP.

Credito para la Calefacción del Hogar (HHC)

HHC está disponible a todos los hogares de bajo ingreso incluso aquellos con la renta que incluye calefacción. El Michigan Department of Treasury determina la elegibilidad y hace los pagos.

Las solicitudes para el HHC están disponibles en el Department of Treasury y dondequiera que las formas fiscales estén disponibles (en línea al www.michigan.gov/treasury, seleccione Income Tax Forms de la Treasury Quick List en la página principal). Usted no tiene que someter una declaración de impuestos estatal para recibir el HHC. La elegibilidad está basada en ingresos, el número de exenciones fiscales y costos del hogar de calefacción.

Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP)

WAP es un programa de conservación de energía residencial de bajo-ingreso financiado por fondos federales y disponible a propietarios y arrendatarios de Michigan con bajo-ingreso. Estos servicios reducen el uso de energía y bajan los recibos de utilidades. Los servicios pueden incluir:

- Aislamiento y ventilación del ático.
- Aislamiento de la pared.
- Aislamiento de cimientos.
- Detectores de humo.
- Ventilación de secadora.
- Reducción de fugas de aire.

Solicitudes para WAP están disponibles con su operador de impermeabilización local.

Para localizar el operador local con impermeabilización en su área, vaya a:

www.michigan.gov/dhs-womap

Recursos:

- **LIHEAP** - llame gratis a la línea directa de Ayuda de Energía de DHS al 1-800-292-5650.
- **HHC o WAP** - vaya a: www.michigan.gov/heatingassistance

Cosas que Usted Debe Hacer

Al firmar la solicitud de asistencia, usted esta de acuerdo en hacer estas cosas.

Dar Información Correcta y Reportar Cambios (Todos los Programas)

Información correcta. Usted deberá dar a DHS información correcta y completa sobre usted y cada uno en su hogar.

Si usted nos da información incorrecta o incompleta a propósito, o usted no reporta un cambio, usted puede ser procesado por perjurio o fraude, o beneficios negados. (Véa "Penalidades por Fraude o Violaciones Intencionales de los Programas" para más información.)

Reportando cambios. Diga a su especialista de DHS sobre cambios dentro de 10 días del cambio. Si usted tiene alguna duda sobre si hay que reportar un cambio, póngase en contacto con su especialista de DHS. Su especialista de DHS le dirá si las reglas de reportaje diferentes se aplican a usted.

Los tipos de cambios que debe reportar son:

- El empleo comienza o para.
- Cambio de empleador.
- Cambio de pago normal.

- Cambio en el número de horas trabajado por más de cinco horas por semana, si esto durará más de un mes.
- Ingreso no salarial empieza o para (como Seguro Social, desempleo o beneficios de retiro, etc.).
- Ingreso no salarial cambia por más de:
 - **\$50** por mes para la mayoría de los programas.
 - **\$25** por mes para la mayoría de los programas de MA.
- Cambio de dirección.
- Costos de vivienda o las utilidades paran, empiezan o cambian.
- Alguien moviéndose en o desalojando su casa.
- Cambios de cuidador, necesidad o costo de cuidado de niños.
- Cambios en la cantidad pagada o recibida de sostenimiento para niños.
- Primas de salud o seguro médica o cambio de cobertura.

*Excepción: Sólo para el FIP, debe informar cuando un niño deje su casa dentro de los 5 días desde la fecha en que sepa que estará ausente por 30 días o más.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Cosas que Usted Debe Hacer (continuado)

Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)

Si usted o alguien en su hogar reciben beneficios por los cuales ellos no son elegibles, los adultos en el hogar deben reembolsar los beneficios adicionales. Los beneficios deben ser reembolsados aun si no hubiera ningún fraude. Si DHS hace un error, los adultos en el hogar deben reembolsar los beneficios adicionales excepto en casos de asistencia médica.

Para FAP, un representante autorizado (alguien con el acceso a sus beneficios de alimentos quién puede hacer compras para usted) también puede ser responsable del reembolso de cualquier beneficios adicionales de FAP.

Proveer los Números de Seguro Social (La Mayoría de los Programas)

Para la mayoría de los programas, bajo la ley 42 federal USC 1320b-7, usted debe proporcionar números de Seguro Social por cada solicitante.

Las excepciones incluyen:

- Solamente cuando se solicita para cuidado de niños, usted no tiene que proporcionar un número de Seguro Social para adultos o niños que no necesitan cuidado de niños.
- Los no-ciudadanos que no pueden conseguir un número de Seguro Social todavía pueden calificar por asistencia médica para servicios de emergencia, embarazo y parto. (Véa "Ciudadanos y No-Ciudadanos.")

Recuperación. El DHS puede guardar parte de sus beneficios futuros como el reembolso para beneficios adicionales que usted recibió.

Tráfico. Los beneficios de FAP que son vendidos o cambiados son tratados como beneficios adicionales y deben ser reembolsados.

El compartir de información. Si usted o alguien en su hogar recibieran beneficios adicionales, la información en su solicitud de asistencia, incluso los números de Seguro Social, puede ser dada a agencias federales, estatales y privadas para ayudar con el cobro.

DHS le ayudará a solicitar números de Seguro Social. Dé a DHS el número de Seguro Social tan pronto como usted lo recibe. Si usted no lo hace, sus beneficios pueden ser reducidos o negados o usted debería reembolsar un sobrepago.

DHS usará números de Seguro Social para comprobar si usted es elegible y recibiendo los beneficios correctos. DHS usa números de Seguro Social para comprobar la información con otras agencias. (Véa "Información De Su Hogar Que Se Compartirá.")

Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas)

Usted debe solicitar otros beneficios por los cuales puede calificar, como:

- Beneficios de desempleo.
- Beneficios de Seguro Social y Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).

- Beneficios de la Administración de Veteranos.
- DHS le dirá si usted tiene que solicitar beneficios.

Si usted no persigue beneficios cuando requerido, sus beneficios de DHS pueden ser reducidos, cerrados o negados.

Vacunar a los Niños Menores de Seis Años - Conseguir Vacunas (FIP)

Los niños bajo la edad seis deben ser inmunizados como recomendado por el Michigan Department of Community Health.

Sus beneficios en efectivo pueden ser reducidos en \$25 por mes hasta que sus niños sean actualizados en sus vacunas.

Un niño está exento de la exigencia de inmunización si:

- Ella/él es menos de dos meses de edad.
- Las vacunas son médicamente inadecuadas para el niño.
- Las vacunas están contra las creencia religiosas de la familia.

Seguir las Leyes Laborales si su Cuidador(a) de Niños Trabaja en su Hogar (CDC)

Si su cuidador de niños esta cuidando por su niño(s) en su casa, usted es el empleador y debe cumplir con leyes laborales federales. Bajo la ley federal, usted puede tener:

- Pagar impuestos de empleador (Seguro Social, Medicare, desempleo, etc.).

- Paga por lo menos salario mínimo.
- Proporcione un W-2.

Si usted deja de seguir leyes federales, usted tal vez tendría que pagar multas y penalidades al gobierno federal. Para más información, póngase en contacto con un experto de impuestos.

Cosas que Usted Debe Hacer (continuado)

Acciones del Sostenimiento para Niños (La Mayoría de los Programas)

Si usted recibe beneficios de FIP, FAP, MA o CDC, y usted tiene a un niño menor en su hogar a cuyo padre(s) no vive(n) allí, usted recibirá una carta de un especialista de sostenimiento sobre el programa de sostenimiento para niños.

Usted debe ponerse en contacto con el especialista de sostenimiento cuando usted recibe la carta. Usted debe colaborar con la Oficina de Sostenimiento para Niños, el Acusador Público y Friend of the Court.

Causa buena. DHS no requerirá que usted persiga la paternidad o sostenimiento si usted tiene la causa buena.

Para reclamar la causa buena, diga a su especialista de DHS y pida la “Reclamación de Causa Buena” forma. Pueden pedirle proporcionar la prueba.

Si usted no coopera con acciones de sostenimiento para niños cuando requerido, y no tiene una razón de causa-buena, DHS hará todo lo siguiente:

- Quitar los beneficios de asistencia de alimentos de la persona que no coopera por lo menos para un mes.
- Negar o parar sus beneficios médicos por lo menos un mes. No negaremos o pararemos el Medicaid para niños o mujeres embarazadas
- Negar o parar sus beneficios de cuidado de niños por lo menos un mes.
- Negar o parar asistencia en efectivo para su hogar entera por lo menos un mes.
- Negar SER por falta de cumplir con un requisito de FIP.

Cuando reciba una beca del FIP, usted le da (asigna) al DHS cualquier sostenimiento actual para usted (sostenimiento conyugal) o un niño menor en su hogar (sostenimiento de niños). Esto significa que cuando recibe el FIP, parte del sostenimiento conyugal o de niños que recibe de otra persona podrá ser dirigido al DHS para devolver parte de la beca del FIP.

Sin embargo, recibirá su beca del FIP y hasta \$50 del sostenimiento de niños que recolectamos cada mes. Cuando recibe el FIP y accede a más de \$50 de sostenimiento de niños en un mes, es posible que se requiera que lo devuelva o que lo vuelva a pagar en una oficina del DHS del condado. Ante cualquier duda sobre si puede o no continuar con su sostenimiento, comuníquese a su oficina local del DHS. Deberá devolver al DHS el dinero que no le corresponda conservar. Si no devuelve este dinero, es posible que pierda su beca del FIP o la misma se podrá ver reducida.

Si el sostenimiento total recolectado por el DHS supera su beca del FIP durante por lo menos dos meses, el DHS podrá cerrar su caso del FIP, de modo que pueda recibir los pagos de sostenimiento directamente.

Si recibe Asistencia Médica (MA) para sus hijos, le da (asigna) sus derechos a sostenimiento médico actuales y pasados al Departamento de Salud Comunitaria (Department of Community Health, DCH). Esto significa que cuando recibe MA, los pagos de sostenimiento médico que recibe de otra persona se deberán dirigir al DCH.

Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RAP y FAP)

Sus reglas de trabajo dependerán de si usted recibe asistencia en efectivo de FIP o RAP, beneficios de FAP sin asistencia en efectivo, o beneficios de FAP limitados por tiempo.

Reglas de trabajo de asistencia en efectivo de FIP o RAP. Su familia debe completar un Instrumento de Proyección de Familia Automatizado (FAST) y desarrollar un Plan de Autosuficiencia de Familia (FSSP). Este plan pondrá las actividades de trabajo en una lista que usted debe hacer hasta 40 horas por semana para recibir FIP o RAP. Usted diseña este plan con su especialista de DHS y la Michigan Works! Agency.

Adultos (y niños edad 16 y mayor quiénes no están en la escuela de tiempo completo) quiénes reciben FIP o RAP deben:

- Completar el instrumento de proyección (FAST)
- Ayudar diseñar y cumplir con un FSSP.
- No abandonar, rechazar el trabajo o reducir horas de trabajo.
- No ser despedido de un trabajo debido de mala conducta o faltando el trabajo.
- Cumpla con empleo asignado y/o actividades de autosuficiencia.

Penalidades de rompimiento de reglas de trabajo de FIP o RAP. Si usted rompe las reglas de trabajo de FIP o RAP sin causa buena (veá “Causa Buena” en la página 12), DHS va a:

- Negar su solicitud (usted puede solicitar de nuevo).
- Parar FIP para su familia entera por tres meses para el primer y segunda vez y 12 meses para el tercer y cualquier futuro tiempo.

AVISO: Para el primer incumplimiento sin causa buena, sus beneficios podrían seguir si usted está de

acuerdo en completar la tarea dada a usted por su especialista de DHS dentro de 10 días. Esta es la única oportunidad que recibirá.

- Contar todos los meses de penalidades hacia su límite de toda la vida de 48 meses.
- Parar RAP para usted por lo menos un mes (pero el resto de su hogar podría ser elegible).
- Si usted recibe ambos FIP y FAP, vamos a:
 - Parar o reducir sus beneficios de FAP por lo menos un mes si usted no es perdonado de reglas de trabajo de FAP.
 - Contar la cantidad de su beca de FIP como ingreso durante tres o 12 meses de penalidades.

Las reglas de trabajo de FAP. (AVISO: Si usted recibe ambos beneficios dinero en efectivo y alimentos, usted debe seguir reglas de trabajo de FIP.)

- **Si usted trabaja,** no puede:
 - Dejar un trabajo de 30 horas o más por semana.
 - Voluntariamente reducir horas de trabajo debajo de 30 horas por semana sin la causa buena.
 - Ser despedido de un trabajo por mala conducta o ausencia el trabajo.
- **Si usted no trabaja,** o usted trabaja menos de 30 horas por semana, usted no puede:
 - Rechazar una oferta de trabajo.
 - Rechazar participar en actividades requeridas relacionadas con el empleo que deben ser hechas para recibir beneficios de desempleo.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Cosas que Usted Debe Hacer (continuado)

Penalizaciones de rompimiento de las reglas de trabajo de FAP. Si usted recibe FAP y usted rompe las reglas de trabajo sin causa buena, sus beneficios se pararán o se reducirán por:

- Al menos una mes por primera vez, y
- Seis meses para cualquier otro tiempo después de la primera vez.

Reglas de asistencia de alimentos de tiempo limitado. (AVISO: Los límites de tiempo no siempre se

Aplazamientos de las Leyes Laborales y Causa Buena (FIP o RAP y FAP)

Aplazamientos de reglas de trabajo (“exento”).

Algunas personas que reciben dinero en efectivo o asistencia de alimentos pueden ser exentas de reglas de trabajo. Si usted recibe FIP y es exento de las reglas de trabajo, usted debería hacer otras actividades. Si usted piensa que usted debería ser exento de reglas de trabajo, consulte con su especialista de DHS.

AVISO: Las razones de ser exento pueden cambiarse.

Usted puede ser exento de reglas de trabajo de FIP o RAP si usted es:

- Menor de 16 años de edad.
- Edad 65 o mayor.
- Un padre de un bebé menos de tres meses.
- Una vez que el bebé tiene seis semanas, usted puede ser asignado actividades que fortalecer la familia.
- Un padre de un niño que es activo con *Early On*®.
- Trabajando 40 horas por semana.
- Edad 16-19, en la escuela de tiempo completo, y espera graduarse antes de la edad 20.
- Cuidando a un niño o cónyuge con una incapacidad (dependiendo de las necesidades de la persona y la asistencia escolar del niño).
- Una persona con una incapacidad o limitaciones médicas.
- Experimentación de un acontecimiento crítico temporal como violencia doméstica (determinado por DHS).

Usted puede ser exento de reglas de trabajo de FAP si usted es:

- Edad 60 o mayor.
- Cuidando personalmente a un niño menor de seis años de edad que recibe FAP en su caso.
- Trabajando 30 horas por semana o ganando por lo menos 30 veces salario mínimo por semana.
- Asistiendo a la escuela secundaria, educación de adultos, o un programa GED al menos de medio tiempo.
- Lesionado, enfermo o cuidando personalmente a un miembro del hogar con una incapacidad.
- Siete a nueve meses de embarazo.
- Embarazada con complicaciones médicas.
- Solicitando para FAP en una oficina de Seguro Social.
- En tratamiento o rehabilitación por abuso de drogas.

aplican, así que consulte con su especialista de DHS.) Tiempos limitados especiales y los requisitos de trabajo podrían aplicarse a usted si usted es:

- Una persona sin una incapacidad.
- Por lo menos 18 años pero menor de edad de 50, y
- Viviendo en un hogar sin niños bajo de 18 años de edad (familiar no familiar).

- Solicitando para o recibiendo beneficios de desempleo.
- Apelando la negación de beneficios de desempleo.

Causa buena. Usted tiene el derecho de reclamar la causa buena si usted cree que debería ser exento de las reglas de trabajo de FIP o RAP y/o FAP. Si usted piensa que tiene una razón de causa buena, póngase en contacto con su especialista de DHS en seguida. AVISO: Razones para la causa buena pueden cambiar.

FIP o RAP o FAP - Razones de causa buena:

- Un acontecimiento inesperado o factor que no permite que usted cumple con las reglas de trabajo (por ejemplo, violencia doméstica, religión, salud o riesgo de seguridad o falta de hogar). Enfermedad o lesión.
- Usted solicitó cuidado de niños que no fue proporcionado.
- Usted solicitó servicios de transporte que no fueron proporcionados.
- Tardo mucho tiempo en llegar al trabajo (más de dos horas por día o más de tres horas por día con cuidado de niños).
- Usted deja un trabajo para tomar un trabajo comparable.
- Su trabajo requirió que usted cometiera actividades ilegales.
- Usted es físicamente o mentalmente incapaz de hacer el trabajo.
- Discriminado por su empleador basado en edad, raza, color, sexo, origen nacional, incapacidad, religión, etc.
- Usted trabaja 40 horas por semana para lo menos el salario mínimo estatal.
- El alojamiento razonable no fue proporcionado.

Solamente FAP - Usted puede tener una razón para causa buena si usted/su:

- Es diferido.
- Se mudo debido trabajo o educación/entrenamiento de otro miembro del hogar.
- Tiene un trabajo que requiere que usted se retire o se una, dimita de, o el abstenerse de afiliarse a un sindicato o organización.
- Tiene un trabajo que está en huelga o en un cierre patronal.
- Tienen condiciones de trabajo irrazonables.
- Le ha sido ofrecido un trabajo que está fuera de su experiencia de trabajo durante los primeros 30 días como un participante de trabajo de FAP obligatorio.
- El empleador no es capaz de guardar la promesa de trabajo.

Datos Importantes de Saber

Penalidades por Fraude o Violaciones Intencionales de los Programas (FAP, FIP, SDA)

Violación de Programa Intencional (IPV) es cuando usted hace una declaración falsa o errónea, esconde, falsifica o retiene hechos a propósito para recibir o seguir recibiendo beneficios extras.

Fraude/IPV - si pensamos que usted cometió fraude/IPV, nosotros podemos tener una audiencia administrativa, traer cargos criminales o pedirle firmar voluntariamente un acuerdo de descalificación.

Tráfico de FAP - Usted también puede ser culpable de fraude/IPV si usted cambia o vende sus beneficios de FAP o tarjeta Bridge. Usted no puede usar para su hogar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenecen a otra hogar. Usted no puede usar beneficios de FAP o tarjetas Bridge para comprar algo además de alimento o semillas y plantas para cultivar su propio alimento en su hogar.

Si se comprueba en la corte que usted es culpable de **fraude**:

- Usted es sujeto a penalidades criminales (por ejemplo, multas hasta \$250,000, tiempo de cárcel/prisión hasta 20 años, o ambos). Usted puede ser acusado conforme a otras leyes federales y la corte puede impedirle recibir beneficios durante unos 18 meses adicionales; **y**
- Usted debe reembolsar cualquier beneficio extra que usted recibió debido al fraud/IPV; **y**
- Usted será descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP - vea la tabla abajo.

Si es probado que es usted culpable de **IPV** en una audiencia administrativa, o usted voluntariamente firma el acuerdo de reembolso o descalificación:

- Usted será descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP - vea la tabla abajo, **y**
- Usted tendrá que reembolsar los beneficios extras que usted recibió debido al fraude o IPV.

<p>Si usted hace cualquiera de los siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Haga una declaración falsa o errónea. • Esconde, falsifica o retiene hechos para recibir o seguir recibiendo beneficios. • Cambia o vende menos de \$500 en beneficios de FAP o tarjetas de Bridge. • Use beneficios de FAP para comprar artículos ilegales así como bebidas alcohólicas o tabaco. • Use para su hogar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenecen a otra persona. 	<p>Usted perderá beneficios de FIP/SDA y/o FAP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un año por la primera violación. • Dos años por la segunda violación. • Vida por la tercera violación.
<p>Si usted es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condenado por una corte o encontrado culpable por la audiencia administrativa de mentir donde usted vive para recibir beneficios en dos o más casos al mismo tiempo. 	<p>Usted perderá beneficios de FAP por :</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si usted es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Condenado en corte por mentir donde usted vive para recibir beneficios* en dos o más casos al mismo tiempo. <p><i>*Beneficios incluyen programas financiados bajo el Título IV-A del Acto de Seguro Social, Medicaid e Ingresos de Seguro Suplementarios. Esta penalidad no hará que usted deje de recibir MA.</i></p>	<p>Usted perderá beneficios de FIP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si algún miembro del hogar es encontrado culpable en corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar los beneficios de FAP por drogas. 	<p>Usted perderá beneficios de FAP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos años por la primera ofensa. • Vida por la segunda ofensa.
<p>Si algún miembro del hogar es encontrado culpable en el corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cambiar beneficios de FAP por armas de fuego, municiones o explosivos. • El cambio, la compra o la venta de beneficios de FAP de \$500 o más por cualquier otra que no sea alimento. 	<p>Usted perderá beneficios de FAP por:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vida.

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Datos Importantes de Saber (continuado)

Derechos de Audiencia

Si usted no está de acuerdo con una decisión DHS hace de negar, reducir o terminar beneficios, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia. Por lo general, si usted recibe un aviso para reducir o cancelar sus beneficios y usted solicita una audiencia 11 días dentro de la fecha la acción ocurrirá, sus beneficios seguirán hasta que la audiencia sea realizada.

Alguien más puede representarle en la audiencia, como un amigo, pariente, o abogado.

Para pedir una audiencia:

- Traiga o envíe una solicitud de audiencia* escrita y firmada a su oficina DHS (no faxes o fotocopias).
- Para FAP solamente, usted puede solicitar una audi-

* DHS-18 disponible en línea al www.michigan.gov/dhs-forms.

encia verbalmente, en persona o por teléfono.

- La solicitud de audiencia debe ser firmada por usted o por su padre, cónyuge, abogado, tutor designó por la corte o conservador, o por alguien más nombrada en una declaración firmada.

Oficina Administrativa del Estado de Audiencias y Reglas (SOAHR) negará su solicitud de audiencia si:

- Recibimos su solicitud más de 90 días después de que enviamos el aviso para negar, terminar, o reducir sus beneficios.
- La persona que firmó la solicitud de audiencia no puede mostrar una orden del corte o una declaración firmada de usted y no es su abogado, cónyuge o padre.

Si Usted Piensa que Discriminamos

“De acuerdo con ley Federal y la política de U.S. Department of Agriculture (USDA) y U.S. Department of Health and Human Services (HHS), esta institución prohíbe la discriminación a causa de raza, color, origen nacional, sexo, edad, o la incapacidad. Según la Acta de Estampillas de Alimento y la política de USDA, la discriminación es prohibida también a causa de religión y creencia políticas.”

“USDA y HHS son proveedores y empleadores de oportunidad igual.”

Usted puede someter una queja de discriminación con DHS o ponerse en contacto con USDA o HHS.

USDA, Director, Office of Civil Rights

1400 Independence Avenue, S. W.

Washington, D.C. 20250

(800) 795-3272 (voice) or (202) 260-0087 (TTY)

Email: cr@usda.gov

HHS, Director, Office for Civil Rights

U.S. Department of Health and Human Services

200 Independence Avenue, S.W.

Washington, D.C. 20201

(877) 696-6775

Email: OCRComplaint@hhs.gov

Raza y Etnicidad

La contestación de preguntas sobre raza y etnicidad es voluntaria. Si usted no contesta estas preguntas, su elegibilidad o los niveles de beneficios no serán afectados.* La información es recopilada para asegurar que

los beneficios del programa sean distribuidos sin hacer caso de raza, color o origen nacional.

**Si usted decide no contestar estas preguntas, su especialista de DHS debe elegir una respuesta para usted.*

Ciudadanos y No-Ciudadanos

Números de Seguro Social y los papeles de inmigración no son requeridos para una persona que está:

- No está solicitando asistencia.
- Sólo solicitando asistencia médica para servicios de urgencia, embarazo o parto.
- Sólo solicitando cuidado de niños. (Usted debe dar un número de Seguro Social para el niño y el niño debe ser un ciudadano estadounidense o muestra papeles de inmigración.)

Otros miembros elegibles de su hogar todavía podrán recibir asistencia.

Nos deberá informar sobre los ingresos y bienes de todas las personas de su hogar, incluso aunque no presenten una solicitud.

Recibir asistencia de alimento, médica, o emergencia no afectará su estado de inmigración y su capacidad de quedarse en los Estados Unidos.

Para algunos programas, las personas que reclaman la ciudadanía de EE.UU. deben proporcionar prueba de ciudadanía e identidad. La prueba aceptable de la ciudadanía incluye, pero no es limitada o, un pasaporte de EE.UU., un certificado de naturalización, un registro de nacimiento público de EE.UU. mostrando nacimiento en EE.UU. o los territorios de EE.UU.

No se requiere que personas recibiendo SSI, Seguro Social, Medicare, o asistencia de adopción; niños adoptivos temporales, y bebés recién nacidos “entrega segura” proporcionen prueba de la ciudadanía EE.UU.

Personas con Incapacidades

Usted no tiene que decirnos sobre incapacidades, pero alguna ayuda está sólo disponible a personas con una incapacidad. Si usted o alguien en su hogar tiene una incapacidad, nosotros podemos hacer excepciones o darle ayuda especial.

Diga a su especialista de DHS si usted necesita ayuda. Si usted no nos dice sobre una incapacidad ahora, usted puede decirnos sobre ello más tarde.

Si usted es negado ayuda especial o una excepción que usted necesita debido a una incapacidad, y usted piensa que el negado se equivocó, usted puede someter una queja de discriminación con:

DHS, Americans with Disabilities Act Coordinator

P.O. Box 30037, Suite 1412

Lansing, MI 48909

(517) 373-8520

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Datos Importantes de Saber (continuado)

Violencia Doméstica

Podemos ser capaces de renunciar algunos requisitos de programa (como trabajando, buscando trabajo, tratando de encontrar sostenimiento del niño o yendo a la escuela) si la participación:

- Ponerse usted o poner un miembro de familia en peligro de daño físico o emocional.
- Someterle al abuso sexual.
- De otra manera ser injusto con usted.

Usted está autorizada para recibir servicios completos de violencia doméstica. Póngase en contacto

con la oficina DHS en su área o su especialista de DHS para más información o tener acceso a estos servicios.

Recursos:

- En línea al: www.michigan.gov/domesticviolence.
- DHS Publicación 859, Is Someone Hurting You or Your Children? (también disponible en Español) - en línea al: www.michigan.gov/dhs-publications.

Si Usted Recibe Beneficios Tribales

Usted no puede recibir beneficios de alimentos del programa de la distribución de alimentos de una tribu y el programa de asistencia de alimentos al mismo tiempo.

Usted no puede recibir TANF tribale (dinero en efectivo) de una tribu y beneficios en efectivo de FIP de DHS al mismo tiempo.

Las organizaciones tribales pueden recibir fondos de LIHEAP del gobierno federal. Los pagos son limitados a la cantidad más alta disponible de DHS o de la organización tribal. DHS le pedirá proveer cualquier pago LIHEAP tribal que usted recibe.

Tarjeta Bridge

Tiene acceso a dinero en efectivo y/o beneficios de alimentos usando una tarjeta de débito. Esta tarjeta de débito es llamada la tarjeta Bridge o la tarjeta de Transferencia de Beneficios Electrónica (EBT).

Llame el Servicio de Cliente EBT gratis a 1-888-678-8914:

- Reporte una tarjeta perdida, robada o dañada.
- Pida una tarjeta de reemplazo.
- Establecer/cambiar su número de ID personal (NIP).
- Averigüe su balance.

Acuerdos de Reembolsos

Por firmar la solicitud de asistencia, usted consiente en hacer estas cosas:

Reembolso de los Gastos Médicos (MA, AMP)

Si algún programa dirigido por el Michigan Department of Community Health (MDCH) paga los gastos de hospital, servicios quirúrgicos o médicos, usted está de acuerdo que el derecho de recuperar pagos (de seguro, demandas, etc.) es transferido al MDCH. Este incluye pagos de una tercera

persona o contratista público o privado. Cualquier pago de recuperación que usted recibe debe ser pagado al State of Michigan, MDCH.

Excepción: Pagos no son recuperados de Medicare.

Sumas Totales y Beneficios Acumulados (SDA)

Si usted recibe SDA, usted consiente en reembolsar DHS si usted recibe:

- Pagos de suma global como una herencia, acuerdo de seguro, etc., o
- Beneficios acumulados pagados retroactivamente como SSI, beneficios de desempleo o compensación de los trabajadores.

Usted está de acuerdo que DHS guardará la suma global o beneficio acumulado para devolver

cualquier SDA que usted recibió mientras su reclamación estaba pendiente. DHS le enviará el resto a usted en seguida.

Si el primer pago de beneficio acumulado le es enviado, usted está de acuerdo en pagar DHS en seguida por haber recibido SDA mientras la reclamación era pendiente.

Si usted no está de acuerdo con la cantidad que DHS retiene, véa "Derechos de Audiencia."

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Por firmar la solicitud de asistencia, usted está de acuerdo que DHS puede compartir la información sobre usted y su hogar con otros, y que otras agencias o gente pueden darnos información sobre usted, como declarado abajo:

Información DHS Recibirá de Otros

Información de Administración de Seguro Social (todos los programas) - Usted está de acuerdo que la Administración de Seguro Social puede dar DHS toda la información necesaria para determinar su elegibilidad.

Control de Calidad (QC) investigaciones (todos los programas) - DHS podría elegir su caso para una revisión de control de calidad. Si su caso es elegido, DHS se pondrá en contacto con usted, u otra persona, empleadores y/o agencias para prueba de la información proporcionada en su solicitud de asistencia.

Reviso de aplicación de la ley (FAP, FIP) - DHS recibe la información de los agentes policiales con el fin de encontrar personas que huyen para evitar la ley.

Información sobre cobrar por cuidado de niños (CDC) - DHS usará la información de su proveedor de cuidado de niños y usted para determinar elegibilidad de CDC y cantidades de pago.

Verificación Intercomunicada de computadora (todos los programas) - DHS comprobará con agencias federales, estatales y privadas para asegurarse la información que usted proporciona en la solicitud de asistencia es correcta. DHS puede comprobar salarios, ingresos, bienes, beneficios de desempleo, reembolsos de impuesto sobre la renta, beneficios y números de Seguro Social, sostenimiento para niños, estado de inmigración, etc.

Si usted dá alguna información que no corresponde, DHS averiguará para comprobar lo que es correcto. Pueden pedirle permiso para ponerse en contacto con empleadores, bancos u otra gente.

DHS comprobará archivos de otros estados. Los beneficios pueden ser negados en Michigan si usted u otros miembros del hogar fueran descalificados en otro estado.

Información DHS Compartirá a Otros

Reviso de aplicación de la ley (FAP, FIP) - DHS puede dar información a los agentes policiales con el fin de encontrar personas que huyen para evitar la ley..

Información de elegibilidad (FAP) - DHS envía información de elegibilidad del programa de asistencia de alimentos (FAP) a escuelas. Esta información permite que su niño(s) reciba comida gratis o a costo reducido.

CDC - DHS enviará información y avisos a su proveedor de cuidado de niños cuando su CDC:

- Solicitud es negada o retirada.
- Pagos son aprobados o cambiados.
- Caso está cerrado.

Coordinación de Cuidado de Salud

- **Coordinación de programas de asistencia médica y proveedores (MA)** - El programa de asistencia médica del Estado confía en un número grande de programas de salud de cuidado manejados, salud mental y programas de abuso de sustancia, y los proveedores privados para entregar cuidado de calidad a personas como usted.
Para asegurarse que usted recibe un nivel alto del cuidado y que sus beneficios son coordinados, los proveedores en el programa pueden compartir información sobre su cuidado (o su niño o pupilo) con otros proveedores en el programa cuando tal información y consulta son clínicamente necesarias.

- **Información sobre usted, su niño o pupilo (MA)** - Información necesaria puede ser compartida entre planes y programas de salud de cuidado manejados de Medicaid en los cuales usted participa. Los planes de salud, programas y proveedores que le entregan asistencia médica pueden compartir información necesaria a fin de manejar y coordinar asistencia médica y beneficios. Esta información puede incluir, cuando aplicable, información con relación a VIH, SIDA, complejo relacionado con el SIDA (ARCO) u otras enfermedades comunicables, información sobre servicios de salud mental o comportamiento, y referido o tratamiento por alcohol y abuso de drogas como permitido por 42 CFR Parte 2.

Referencias de Sitios de Internet

- **Educación de carrera y programas de mano de obra:** www.michigan.gov/mdcd
- **Crédito de Impuesto de Ingresos:** www.michiganeic.org
- **Programas de Asistencia de Energía:** www.michigan.gov/heatingassistance
- **Instrumento de Proyección de Familia Automatizado (FAST):** www.michigan.gov/fast
- **Servicio de Asistencia y Referencia de Michigan (MARS)** instrumento de preproyección de elegibilidad de programa: www.michigan.gov/mars
- **AVISO:** Para averiguar si usted puede ser elegible para cualquiera de nuestros programas, usted puede visitar el sitio Web de MARS. Le pedirán la información sobre su familia y hogar que ayudará a determinar si usted podría calificarse.
- **Michigan Department of Community Health (MDCH):** www.michigan.gov/mdch
 - **Estilos de Vida Sanos:** www.michiganstepsup.org
 - **Office of Services to the Aging:** www.michigan.gov/miseniors
 - **Programa de Women, Infants and Children (WIC):** www.michigan.gov/wic
- **Michigan Department of Human Services (DHS):** www.michigan.gov/dhs
 - **Asistencia en Efectivo** www.michigan.gov/dhs-cash
 - **Asistencia en Efectivo - SSI** www.michigan.gov/dhs-ssi
 - **Cuidado de Niños** www.michigan.gov/childcare
 - **Sostenimiento del Niño** www.michigan.gov/childsupport
 - **Proceso de Solicitud de Cliente** www.michigan.gov/dhs-applicationprocess
 - **Oficinas de Condado de DHS** www.michigan.gov/dhs-countyoffices
 - **Formas y Solicitudes de DHS** www.michigan.gov/dhs-forms
 - **Manuales de Política y Procedimiento de DHS** www.michigan.gov/dhs-manuals
 - **Servicios de Emergencia** www.michigan.gov/dhs-ser
 - **Asistencia de Alimentos** www.michigan.gov/foodstamps
 - **Servicios Médicos** www.michigan.gov/dhs-medical
- **Recursos de Incapacidad de Michigan:** www.michigan.gov/disabilityresources

Publicaciones

Pídale a su especialista de DHS si le gustara cualquiera de estas publicaciones. Las publicaciones siguientes están disponibles en línea al: www.michigan.gov/dhs-publications. Algunas están también disponibles en español (Sp).

- **Cuidado de Niños**

Child Development and Care Handbook - (DHS Publicación 230). (Disponible solamente en línea al: www.michigan.gov/childcare)

Accreditation: Added Security When Choosing Child Care (DHS Publicación 626) (Sp).

4 Steps to Choosing Quality Child Care - Parent's Checklist (DHS Publicación 836) (Sp).

- **Sostenimiento del Niños**

Understanding Child Support: A Handbook for Parents (DHS Publicación 748) (Sp).

What Every Parent Should Know About Establishing Paternity (DHS Publicación 780) (Sp).

Fatherhood: Taking Responsibility for Your Child (DHS Publicación 806).

DNA Paternity Testing: Questions and Answers (DHS Publicación 865) (Sp).

- **Violencia Doméstica - Is Someone Hurting You or Your Children?** (DHS Publicación 859) (Sp) - explica sobre violencia doméstica y renuncias de programa.

- **Programa de Asistencia de Alimentos (FAP) - Food Assistance Benefits in Michigan** (DHS Publicación 16) (Sp) - explica el programa de asistencia de alimentos.

- **Crédito para la Calefacción del Hogar - Notice to Potential Home Heating Credit Recipients** (DHS Publicación 788) (Sp).

Las publicaciones siguientes están disponibles en línea al: www.michigan.gov/mdch. Seleccione MDCH Brochures Available for Download de los Quick Links.

- **Medicaid**

Healthy Kids (MDCH Publicación 655) - explica la cobertura médica para mujeres embarazadas, bebés, y niños.

Medicaid Fair Hearings: Rights and Responsibilities (MDCH Publicación).

Medicaid Health Care Coverage (MDCH Publicación 141) - explica Medicaid y las reglas básicas de elegibilidad.

Medicaid Deductible Information (DCH Publicación 617) - explica como sus gastos médicos pueden ser usados para determinar si sus ingresos están en o debajo de los límites de ingresos para ser elegible para Medicaid.

Nursing Facility Eligibility (MDCH Publicación 726) - explica la elegibilidad para personas en o entrando en un asilo.

Medicare Savings Program (MDCH Publicación 769) - explica como conseguir ayuda pagando a gastos de Medicare.

Welcome to Medicaid (MDCH Publicación 1111-15) - explica la tarjeta mihealth, los proyectos de salud y los servicios cubiertos por Medicaid.

Forma de Archivo

Michigan Department of Human Services (DHS)

Usted tiene el derecho de solicitar ayuda hoy mismo. Si usted no puede llenar completamente la solicitud de asistencia hoy mismo, usted puede completar la forma de archivo y devuélvala a la oficina de DHS en su área para proteger su fecha de solicitud.* La fecha en que DHS recibe su forma de archivo podrá determinar la fecha de inicio de sus beneficios. DHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia completada antes de que cualesquiera beneficios puedan ser aprobadas.

**Excepción: Si usted solicita SSI y beneficios de FAP antes ser liberado de una institución médica, "la fecha de archivo" para sus beneficios será la fecha cuando usted sale de la institución.*

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarle. Si ellos le niegan la ayuda, usted puede llamar a (517) 373-0707.

¿Si usted no habla inglés o usted tiene una incapacidad, cómo podemos ayudarle?

Intérprete Dactilología Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____

¿Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

1. Recibí asistencia de Michigan en el pasado. Sí No Número de caso/recipiente _____
(de ser conocido)

2. Estoy solicitando para:

- Programa de Asistencia de Alimentos (siete-días de proceso puede comenzar hoy si usted completa atras de esta forma y su hogar se califica)
- Asistencia Médica (cuentas del doctor o hospital, recetas, primas de Medicare).
- Desarrollo y Cuidado Infantil (ayuda con pagos de cuidado de niños).
- Programa de Asistencia en Efectivo (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas y familias con niños).
- Asistencia del Estado para Incapacitados (ayuda con dinero en efectivo para adultos incapacitados, cuidadores quiénes viven con adultos incapacitados).

3. Nombre legal (primero, inicial, apellido; nombre de nacimiento, si es diferente) _____ **4.** Masculino Femenino **5. Fecha de nacimiento****
 _____ / _____ / _____

**No necesario para asistencia de alimentos.

6. Número de Seguro Social*** _____ **7. Número de teléfono** _____ **8. Número de mensaje** _____

***Opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia.

9. Dirección donde vive usted (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote) _____ Sin hogar

Ciudad	Condado	Estado	Zona postal

10. Dirección postal (si es diferente de arriba, o apartado de correos)

Ciudad	Condado	Estado	Zona postal

Firma

Bajo penalidades de perjurio, juro o declaro que esta solicitud ha sido examinada por o leída a mi, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos. Si soy una tercera parte solicitando de parte de nombre de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída al solicitante, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos.

Firma del cliente o representante _____ **Fecha** _____

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.

Programa de Asistencia de Alimentos Rápida Siete-Días de Proceso



- ¿Todas las personas en el hogar compran preparan y comen juntos? Sí No
Si no, anote quién no hace _____
- ¿Cuál es la cantidad total de bienes en efectivo que pertenece a su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuentas de ahorros, de chequera, bonos de ahorro, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el ingreso bruto por mes (antes de cualesquieres deducciones) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficios de desempleo o Seguro Social, sostenimiento para niños, etc.)\$ _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de la distribución de alimentos de una tribu? Sí No
Si es sí, anote quién _____
- ¿Cuál es la cantidad total que paga usted para su renta y/o hipoteca mensual? \$ _____
- ¿Paga usted para la calefacción? Sí No
- ¿Usted paga para la refrigeración (incluyendo aire acondicionado de cuarto)? Sí No
- Si usted no paga para la calefacción o refrigeración, marque los utilidades que usted paga: Electricidad no-calefacción Agua/alcantarillado
 Teléfono Gas para cocinar Basura/recolección de basura

9. ¿Es alguien en su hogar trabajador agricultor migrante o temporal?

Sí ▶ **Complete la tabla abajo.** No

		Fecha	Cantidad del pago bruto
¿Ha recibido alguien algunos ingresos del mismo empleador agricultor dentro de 30 días antes de la fecha de solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Nombre de las persona(s):	
¿Alguien espera recibir más ingresos este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Nombre de las persona(s):	
¿Hay alguien que ha recibido un avance de viajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Nombre de las persona(s):	
¿Ha perdido recientemente alguien su única fuente de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	▶ Nombre de las persona(s):	Fecha del ultimo pago Cantidad del pago bruto

9. Nombres de todos los miembros del hogar	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□

10. ¿Necesita usted más páginas? Sí No

For office use only	Date application received in local office	Case name	
		Application number	Case number
		Specialist name	
		Specialist phone	Fax
		Specialist email	

Lea este folleto de información antes de firmar la solicitud de asistencia.








Solicitud de Asistencia

Michigan Department of Human Services (DHS)

Instrucciones



- **Si usted contesta todas las preguntas en la solicitud de asistencia, podemos determinar si usted es elegible para TODOS los programas. Por favor use letra de molde en sus respuestas.**
- **Marque TODOS los programas, los que está solicitando.** Los símbolos de los programas aparecen abajo en cada sección de los preguntas en la solicitud. Estos símbolos le muestran cuales preguntas usted debe contestar para cada programa. Para más información sobre los programas, vea el **Folleto de Información**.

-  **Programa de Asistencia de Alimentos (FAP).**
-  **Asistencia Médica (MA, AMP)** (costos del médico o del hospital, recetas, premios de Medicare).
-  **Médica Retroactivo** - ¿Usted, o alguien en su hogar, tiene gastos médicos pagados o no pagados en los tres meses pasados? Sí No
-  **Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)** (ayuda con pagos para cuidado de niños).
-  **Programa de Asistencia en Efectivo (FIP)** (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas y familias con niños).
-  **Asistencia del Estado para Incapacitados (SDA)** (ayuda con dinero en efectivo para adultos incapacitados, cuidadores quienes viven con adultos incapacitados o residentes en una vivienda con arreglos especiales de vivienda).
-  **Ayuda de Emergencia del Estado (SER)** (corte de servicios de utilidades, aviso de desalojo, entierro u otro emergencia). AVISO: Usted debe completar ambos de la solicitud de asistencia y la solicitud suplemental de SER (DHS-1514) disponible de la oficina de DHS en su área o en línea al www.michigan.gov/dhs-forms.

Si usted no puede completar esta solicitud ahora, puede completar la forma de archivo en la última página del folleto de información o en línea al www.michigan.gov/dhs-forms. La fecha cuando DHS recibe su solicitud de asistencia o forma de archivo puede afectar la fecha cuando empieza sus beneficios. DHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia completada antes de que cualquier beneficio puede ser aprobada.

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarle. Si ellos le niegan la ayuda, usted puede llamar a (517) 373-0707.

- ¿Si usted no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarle?
 Intérprete Dactilología Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____
- ¿Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

If you need help filling out this application, DHS must help you. If you are refused help, you may call (517) 373-0707.

- If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?
 Interpreter Sign language Assisted listening device (ALD) Other _____
- If you do not speak English, what language do you speak? _____

إن كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS تقديم المساعدة لك. وفي حال تم رفض تقديم المساعدة لك، فيمكنك الاتصال بالرقم (517) 373-0707.

١. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟
 مترجم شفهي لغة إشارة أجهزة مساعدة للسمع (ALD) غير ذلك _____

٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية، فما هي اللغة التي تتكلمها؟ _____

For office use only

Date application received in local office

Case name

Application number

Case number

Specialist name

Specialist phone

Fax

Specialist email

B. Información de Asistencia de Alimentos



- ¿Todas las personas en el hogar compran y preparan o comen juntos? Sí No
Si no, anote quién no hace _____
- ¿Cuál es la cantidad total de bienes en efectivo que pertenece a su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuentas de ahorros, de chequera, bonos de ahorro, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el ingreso bruto por mes (antes de cualesquier deducciones) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficios de desempleo o Seguro Social, sostenimiento para niños, etc.) \$ _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de la distribución de alimentos de una tribu? Sí No
Si es sí, ¿quién? _____

C. Información sobre Usted y su Hogar



- Contesta para **TODAS** las personas en su hogar (todos los que viven en su hogar). Incluya personas que no están allí todo el tiempo, aun si no está solicitando para ellos. **ANOTE USTED MISMO PRIMERO.**
- Si usted es un extranjero con un patrocinador que ha aceptado en sostenerle económicamente, aun si él/ella no lo hace, incluya la información del patrocinador en una de las cajas abajo.
- Si usted está llenando la solicitud para un paciente en un asilo, anote:
 - El paciente primero. - El cónyuge del paciente. - Cualquier dependiente viviendo en el hogar.
- Espacio para cinco más personas en su hogar está disponible en las tres páginas siguientes.
¿Necesita usted más páginas para su hogar? Sí No

Conteste para persona 1. Marque todas las cajas que se apliquen.

- Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No **Si no es así, y usted no es un extranjero documentado, ¿cuál fue su fecha de ingreso?: _____ Nombre de Soltera de la Madre _____
Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____
8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. /____/____
Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Ultimo grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial
10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
***¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749) Sí No
11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawai/Otro Isleño Pacífico Blanco
13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona
14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____
15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección _____
(número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal)
16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Médico Ayuda de emergencia
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Alimentos Ninguno (no solicitando)

**Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.

***For local office use only.

Conteste para persona 2. Marque todas las cajas que se apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No ****Si no es así, y usted no es un extranjero documentado, ¿cuál fue su fecha de ingreso?:** _____ **Nombre de Soltera de la Madre** _____
Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____
8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. /____/____
 Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Ultimo grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial
10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
***** ¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749)** Sí No
11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawai/Otro Isleño Pacífico Blanco
13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona
14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____
15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
 Otra dirección _____
- ***For local office use only** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal) _____

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Médico Ayuda de emergencia
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Alimentos Ninguno (no solicitando)

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
 ¿Quién pagó los gastos del nacimiento del niño? Estado Padres Otra persona
 ¿Cuál era el estado civil de la madre mientras estaba embarazada de este niño/a? _____
 Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Casamiento ____/____/____ Fecha de Sep. ____/____/____ Fecha de Div. ____/____/____
 Orden/ Condado/ Estado: _____ Orden/ Condado/ Estado: _____
 Si es soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 ¿Posee una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como el padre? Sí No
 Si es Sí, n° de Orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 Si No, ¿hay más de un padre posible? Sí No, Si es Sí, **Alto**
 Si no se indica alto, complete la siguiente información de cada padre:

Padre	
Nombre (prim., inic. apellido) _____	NSS _____
Fecha de nac. ____/____/____	
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____	
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Es un padre soltero que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: _____	
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño? _____	
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____	
Último empleador conocido y domicilio _____	
Mes/ año del último trabajo ____/____	
Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____	
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico	
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco	
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____	
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____	

Madre	
Nombre (prim., inic. apellido) _____	NSS _____
Fecha de nac. ____/____/____	
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____	
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Es una madre soltera que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: _____	
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño? _____	
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____	
Último empleador conocido y domicilio _____	
Mes/ año del último trabajo ____/____	
Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____	
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)	
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico	
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> White	
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____	
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____	

****Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.**

Conteste para persona 3. Marque todas las cajas que se apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
 *(opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No **Si no es así, y usted no es un extranjero documentado, ¿cuál fue su fecha de ingreso?: _____ Nombre de Soltera de la Madre _____
 Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____
8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. //
 Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial
10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
 ***¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749) Sí No
11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawái/Otro Isleño Pacífico Blanco
13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona
14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____
15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
 Otra dirección _____
 ***For local office use only (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Médico Ayuda de emergencia
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Alimentos Ninguno (no solicitando)

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
 ¿Quién pagó los gastos del nacimiento del niño? Estado Padres Otra persona
 ¿Cuál era el estado civil de la madre mientras estaba embarazada de este niño/a? _____
 Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Casamiento __/__/__ Fecha de Sep. __/__/__ Fecha de Div. __/__/__
 Orden/ Condado/ Estado: _____ Orden/ Condado/ Estado: _____
 Si es soltera, Fecha de Concepción __/__/__ Ciudad: _____ Estado _____ País _____
 ¿Posee una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como el padre? Sí No
 Si es Sí, n° de Orden/AOP _____ Fecha __/__/__ Ciudad: _____ Estado _____ País _____
 Si No, ¿hay más de un padre posible? Sí No, Si es Sí, **Alto**
 Si no se indica alto, complete la siguiente información de cada padre:

Padre	Madre
Nombre (prim., inic. apellido) _____ Fecha de nac. _____ NSS _____	Nombre (prim., inic. apellido) _____ Fecha de nac. _____ NSS _____
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____	Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No	¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No
¿Es un padre soltero que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es una madre soltera que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: ¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: ¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____	# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____
Último empleador conocido y domicilio _____	Último empleador conocido y domicilio _____
Mes/ año del último trabajo ____/____	Mes/ año del último trabajo ____/____
Altura ____ Peso ____ Color de cabello _____ Color de ojos _____	Altura ____ Peso ____ Color de cabello _____ Color de ojos _____
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> White
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____	Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____	Distrib. del Caso _____ # Póliza _____

**Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.

Conteste para persona 4. Marque todas las cajas que se apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
 4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado

7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No ****Si no es así, y usted no es un extranjero documentado,**
 ¿cuál fue su fecha de ingreso?: _____ Nombre de Soltera de la Madre _____
 Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____

8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. /____/____
 Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
***** ¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749)** Sí No

11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawái/Otro Isleño Pacífico Blanco

13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona

14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____

15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
 Otra dirección _____
*****For local office use only** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Médico Ayuda de emergencia
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Alimentos Ninguno (no solicitando)

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
 ¿Quién pagó los gastos del nacimiento del niño? Estado Padres Otra persona
 ¿Cuál era el estado civil de la madre mientras estaba embarazada de este niño/a? _____
 Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Casamiento ____/____/____ Fecha de Sep. ____/____/____ Fecha de Div. ____/____/____
 Orden/ Condado/ Estado: _____ Orden/ Condado/ Estado: _____
 Si es soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 ¿Posee una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como el padre? Sí No
 Si es Sí, n° de Orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 Si No, ¿hay más de un padre posible? Sí No, Si es Sí, **Alto**
 Si no se indica alto, complete la siguiente información de cada padre:

Padre

Nombre (prim., inic. apellido) _____ Fecha de nac. _____ NSS _____
 Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____
 ¿Se encuentra en el hogar? Sí No
 ¿Falleció? Sí No
 ¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente? Sí, nombre: _____ No
 ¿Es un padre soltero que adopta? Sí No
 ¿Dio la corte por finalizados sus derechos? Sí No
 Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, **alto**. De otro modo:
 ¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño?
 # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____
 Último empleador conocido y domicilio _____
 Mes/ año del último trabajo ____/____
 Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____
 Etnico Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)
 Asiático Nativo de Hawái/Isleño Pacífico
 Negro/Africano Americano Blanco
 Seguro médico del padre que cubre a este niño:
 Distrib. del Caso _____ # Póliza _____

Madre

Nombre (prim., inic. apellido) _____ Fecha de nac. _____ NSS _____
 Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____
 ¿Se encuentra en el hogar? Sí No
 ¿Falleció? Sí No
 ¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente? Sí, nombre: _____ No
 ¿Es una madre soltera que adopta? Sí No
 ¿Dio la corte por finalizados sus derechos? Sí No
 Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, **alto**. De otro modo:
 ¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño?
 # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____
 Último empleador conocido y domicilio _____
 Mes/ año del último trabajo ____/____
 Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____
 Etnico Hispano/Latino No Hispano/Latino
 Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)
 Asiático Nativo de Hawái/Isleño Pacífico
 Negro/Africano Americano White
 Seguro médico del padre que cubre a este niño:
 Distrib. del Caso _____ # Póliza _____

****Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.**

Conteste para persona 5. Marque todas las cajas que se apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No ****Si no es así, y usted no es un extranjero documentado, ¿cuál fue su fecha de ingreso?:** _____ **Nombre de Soltera de la Madre** _____
Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____
8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. /____/____
Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial
10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
- ***¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749)** Sí No
11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawai/Otro Isleño Pacífico Blanco
13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona
14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____
15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección _____
*****For local office use only** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Médico Ayuda de emergencia
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Alimentos Ninguno (no solicitando)

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos del nacimiento del niño? Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre mientras estaba embarazada de este niño/a? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Casamiento ____/____/____ Fecha de Sep. ____/____/____ Fecha de Div. ____/____/____
Orden/ Condado/ Estado: _____ Orden/ Condado/ Estado: _____
Si es soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Posee una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como el padre? Sí No
Si es Sí, nº de Orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
Si No, ¿hay más de un padre posible? Sí No, Si es Sí, **Alto**
Si no se indica alto, complete la siguiente información de cada padre:

Padre		
Nombre (prim., inic. apellido)	Fecha de nac.	NSS
_____	____/____/____	____
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____		
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es un padre soltero que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: _____		
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño? _____		
# Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último empleador conocido y domicilio _____		
Mes/ año del último trabajo ____/____		
Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____		
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____		
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (prim., inic. apellido)	Fecha de nac.	NSS
_____	____/____/____	____
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____		
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es una madre soltera que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo: _____		
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño? _____		
# Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último empleador conocido y domicilio _____		
Mes/ año del último trabajo ____/____		
Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____		
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino		
Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)		
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> White		
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____		
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____		

****Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.**

Conteste para persona 6. Marque todas las cajas que se apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco a Usted **USTED MISMO**
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicitando SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Vuido Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No ****Si no es así, y usted no es un extranjero documentado, ¿cuál fue su fecha de ingreso?:** _____ **Nombre de Soltera de la Madre** _____
Lugar de Nacimiento (condado, ciudad, estado) _____
8. Embarazada ahora/tres meses anteriores Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del emb. /____/____
 Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiempo completo Tiempo parcial
10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otro
 ***¿Se aprobó el plan de educación? (Complete el formulario DHS-4749) Sí No
11. Origen (opcional) HispanoLatino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska - Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawai/Otro Isleño Pacífico Blanco
13. ¿Es esta persona cualquiera de los siguientes? (marque todo lo que aplica) Refugiado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migrante Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, militares, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Ninguna aplica a esta persona
14. Si esta persona está fuera actualmente de la casa ▶ ¿Por qué? Fecha espere regresar _____
15. ¿Se queda esta persona en la dirección del solicitud? _____ ¿en otra dirección? _____
 Otra dirección _____
 ***For local office use only (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, zona postal) _____

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona?
 Asistencia de dinero efectivo Cuidado del niño Médico Alimentos Ayuda de emergencia Ninguno (no solicitando)

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
 ¿Quién pagó los gastos del nacimiento del niño? Estado Padres Otra persona
 ¿Cuál era el estado civil de la madre mientras estaba embarazada de este niño/a? _____
 Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Casamiento ____/____/____ Fecha de Sep. ____/____/____ Fecha de Div. ____/____/____
 Orden/ Condado/ Estado: _____ Orden/ Condado/ Estado: _____
 Si es soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 ¿Posee una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como el padre? Sí No
 Si es Sí, nº de Orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
 Si No, ¿hay más de un padre posible? Sí No, Si es Sí, **Alto**
 Si no se indica alto, complete la siguiente información de cada padre:

Padre	
Nombre (prim., inic. apellido)	Fecha de nac. NSS
_____/____/____	_____/____/____
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____	
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Es un padre soltero que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo:	
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____	Último empleador conocido y domicilio _____
Mes/ año del último trabajo ____/____	Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> Blanco
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____	
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____	

Madre	
Nombre (prim., inic. apellido)	Fecha de nac. NSS
_____/____/____	_____/____/____
Edad aproximada (si no se conoce la fecha de nac.): _____	
¿Se encuentra en el hogar? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No	
¿Es una madre soltera que adopta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
¿Dio la corte por finalizados sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, alto . De otro modo:	
¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
# Orden _____ Condado _____ Estado _____ País _____	Último empleador conocido y domicilio _____
Mes/ año del último trabajo ____/____	Altura ____ Peso ____ Color de cabello ____ Color de ojos ____
Etnico <input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	Raza: <input type="checkbox"/> Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)
<input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo de Hawái/Isleño Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro/Africano Americano <input type="checkbox"/> White
Seguro médico del padre que cubre a este niño: _____	
Distrib. del Caso _____ # Póliza _____	

**Corresponde a solicitantes de FIP, Medicaid y RAP solamente.

D. Miembros Del Hogar Menor de 22 años

¿Necesita usted más páginas?

Sí

No



Anote persona(s) menos edad 22 en el hogar	Anote el nombre del madre/padre (primero, inicial, apellido)	Marque si padre es difunto	Si la persona menor de 22 no vive con un padre, ¿con quién vive él/ella?	Marque caja(s) abajo si: <ul style="list-style-type: none"> • En algún tiempo fueron casados los padres uno al otro. • La paternidad estaba legalmente establecida. • El sostenimiento es una orden por la corte.
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de ordn _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de ordn _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	<input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Sostenimiento # de orden _____

E. Información Médica

¿Necesita usted más páginas?

Sí

No



1. Anote a alguien en su hogar que es una víctima de la violencia doméstica _____ Ninguno
2. Anote a cualquier niño menor de seis años de edad que no estén al día con sus inmunizaciones (vacunas) _____ Ninguno
3. Anote a cualquier niño en un programa de *Early On*® _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono del coordinador de *Early On* _____
4. Anote a cualquier niño quien recibe Servicios de Asistencia Médica Especiales de Niños _____ Ninguno
5. Anote a alguien que esta o ha estado en una clase de educación especial _____ Ninguno
Nombre y número de telefono de la escuela _____
6. Anote a alguien yendo a un programa de tratamiento de alcohol o de drogas _____ Ninguno
7. Anote a alguien trabajando con Michigan Rehabilitation Services _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono del consejero de Michigan Rehabilitation Services _____
8. Anote a alguien dando cuidado a un niño, cónyuge u otra persona con una incapacidad en el hogar _____ Ninguno
9. ¿El cuidador es capaz y está disponible para trabajar además de cuidar a alguien? Sí No
10. Anote a cualquier persona que solicita asistencia que no puedo físicamente o mentalmente trabajar tiempo completo. Ninguno

Persona	Condición médica	¿Puede trabajar esta persona?	
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
_____	_____	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

F. Cobertura Médica



¿Hay alguien en su hogar que tiene, o espera tener, cobertura médica (aparte de Medicaid)?

Sí

▶ Marque qué tipo de cobertura y complete la tabla abajo.

No

- | | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Seguro de salud/hospital (empleador, padre, etc.) | <input type="checkbox"/> Accidente (seguro de casa o automóvil, etc.) | <input type="checkbox"/> Compensación de trabajadores |
| <input type="checkbox"/> Medicare | <input type="checkbox"/> MICHild | <input type="checkbox"/> Otro _____ |
| | <input type="checkbox"/> Plan/contrato (contrato de cuidado de vida, etc.) | |

Persona cubierta	Nombre y dirección de compañía de seguro	Reclamación, números de contrato/grupo, fecha de vigencia

G. Información de Bienes

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Tiene alguien en su hogar bienes? (incluye bienes poseídos con otra persona)

Sí ▶ Marque todos los tipos de bienes que tiene su hogar y complete la tabla abajo. No

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheque | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado monetario | <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario de paciente |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Christmas club | <input type="checkbox"/> IRA, KEOGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o caja de depósito | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutual | <input type="checkbox"/> Propiedad (no incluye lugar donde vive) |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso o anualidad | <input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otras notas pagables a miembro del hogar | <input type="checkbox"/> Herramientas y equipo, ganado o cultivos |
| <input type="checkbox"/> Herencia de propiedad de vida | <input type="checkbox"/> Parcela de entierro, ataúd, etc. | |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida | <input type="checkbox"/> Otro (derechos de mineral/agua, etc.) | |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso por entierro/contrato de funeral | | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro | | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de la unión de crédito | | |

Dueño de bienes	Tipo de bienes	Balance (cantidad o valor)	Nombre y dirección (banco, compañía de seguros, etc.)	Número de cuenta o póliza, etc.

2. ¿Hay alguna persona en su hogar:

- Que ha vendido o regalado propiedad, tierras, vehículos, acciones, bonos, ahorros, dinero en efectivo, cheques, ingreso, etc., o ha cerrado cualquier cuenta o ha quitado o agregado un nombre en cualquiera de los bienes dentro de los últimos 60 meses? Sí No
Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / --- ▶ ¿Cuánto? \$ _____
- Que ha presentado un juicio pendiente que pueda traerle dinero, propiedad, etc.? Sí No
Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / --- ▶ ¿Cuánto? \$ _____
- Que ha recibido un pago por única vez (tal como compensación de trabajo, ganancia de lotería, demanda de seguro, decisión judicial, etc.) dentro de los últimos 60 meses (cinco años)? Sí No
Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / --- ▶ ¿Cuánto? \$ _____
- Actuando por un miembro en su hogar que ha puesto dinero, arregla de la demanda, ingreso o bienes en un fondo de inversión, anualidad o asunto legal similar dentro de los últimos 60 meses (cinco años)? Sí No
Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
▶ Fecha / / --- ▶ ¿Cuánto? \$ _____

H. Información de Vehículos

¿Necesita usted más páginas? Sí No



¿Alguien en su hogar tiene algún vehículo?

Sí ▶ Marque todos los vehículos que aplican y complete la tabla abajo. No

Dueño(s) en título de vehículo o registro	Año	Marca / Modelo	Cantidad que debe

I. Ingresos de Trabajador Agricultor Migrante o Temporal



¿Necesita usted más páginas? Sí No

¿Es alguien en su hogar trabajador agricultor migrante o temporal?

Sí ▶ **Complete la tabla abajo.** No

¿Ha recibido alguien algunos ingresos del mismo empleador agricultor dentro de 30 días antes de la fecha de solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la(s) persona(s):	Fecha	Cantidad del pago bruto
¿Alguien espera recibir más ingresos este mes?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la(s) persona(s):		
¿Hay alguien que ha recibido un avance de viajar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la(s) persona(s):		
¿Ha perdido recientemente alguien su única fuente de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre de la(s) persona(s):	Fecha del último pago	Cantidad del pago bruto

J. Cambios de Empleo

¿Necesita usted más páginas? Yes No



¿Hay alguien en su hogar que tuvo cambios del empleo en los últimos 30 días?

Sí ▶ **Marque todos que aplican y complete la tabla abajo.** No

Marque todo los que aplican	Nombre de la(s) persona(s)	Nombre y dirección del empleador	Fecha del cambio	Fecha y cantidad bruto del último pago
<input type="checkbox"/> Rechazado trabajo Razón _____				
<input type="checkbox"/> Reducido el número de horas de trabajo voluntariamente Razón _____				
<input type="checkbox"/> Dejó un trabajo Razón _____				
<input type="checkbox"/> Despedido (descanzo) Razón _____				
<input type="checkbox"/> Ha sido despedido Razón _____				
<input type="checkbox"/> Está participando en una huelga Razón _____				

K. Ingresos Por Cuenta Propia (incluso varios, trabajos)

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Trabaja alguna persona en su hogar por cuenta propia o estará trabajando por cuenta propia antes del final del próximo mes de calendario? Yes ▶ **Complete la tabla abajo.** No

Persona(s) empleados por cuenta propia	Tipo de trabajo o negocio y fecha cuando empezó el negocio	Nombre y dirección del negocio	Ingreso mensual bruto (cantidad antes de cualesquiera gastos)	Gastos mensuales de empleo de cuenta propia
	□□□/□□□/□□□□□			
	□□□/□□□/□□□□□			

L. Ingresos de Empleo

¿Necesita usted más páginas? Sí No



¿Hay alguien en su hogar que está trabajando por sueldo o salario o hay alguien que comenzará a trabajar antes del fin del próximo mes? Sí ▶ **Complete la información abajo para cada persona trabajando.** No

Nombre de persona trabajando _____ Fecha de empleo / /

Nombre/dirección/número de teléfono del empleador _____

Tipo de trabajo _____ Título de trabajo _____

Si el trabajo es nuevo, fecha del primer cheque / / ¿Continuará el empleo? Sí No

Día de la semana que recibe el pago _____ Fecha del más reciente/último pago / /

El # promedio de horas esperada para trabajar __ por Semana Cantidad de Por hora
 Período de pago pago \$ _____ Sueldo
 Otro _____

Con que frecuencia pagado: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro _____

¿Recibe usted un Prima Comisión o Horas extra? Sí No

▶ Si es sí, cantidad \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____

¿Recibe propinas que no incluidas en el cheque? Sí No

▶ Si es sí, propinas promedio no incluidas \$ _____ por Semana Período de pago Otro _____

Nombre de persona trabajando _____ Fecha de empleo / /

Nombre/dirección/número de teléfono del empleador _____

Tipo de trabajo _____ Título de trabajo _____

Si el trabajo es nuevo, fecha del primer cheque / / ¿Continuará el empleo? Yes No

Día de la semana que recibe el pago _____ Fecha del más reciente/último pago / /

El # promedio de horas esperada para trabajar __ por Semana Cantidad de Por hora
 Período de pago pago \$ _____ Sueldo
 Otro _____

Con que frecuencia pagado: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro _____

¿Recibe usted un Prima Comisión o Horas extra? Sí No

▶ Si es sí, cantidad \$ _____ ¿Con que frecuencia? _____

¿Recibe propinas que no incluidas en el cheque? Sí No

▶ Si es sí, propinas promedio no incluidas \$ _____ por Semana Período de pago Otro _____

M. Otros Ingresos

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Alguien en su hogar recibe, o espera recibir (ha solicitado), algunos ingresos además de ganancias?

Sí ▶ Marque todos los cuadros que aplican y complete la tabla abajo. No

- Beneficios de Seguro Social (RSDI) Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) Beneficios de incapacidades
 Beneficios de pensión/retiro Ingreso por Reasentamiento (solo FAP) Compensación de desempleo
 Beneficios de veteranos Compensación de trabajadores Ingresos de alquiler
 Asignación militar Dinero de amigos o parientes, etc. Ingresos de alojamiento y/o comidas
 Contrato de tierra, hipoteca u otras notas pagables a un miembro del hogar Ingresos de interes/dividendo
 Ingreso/pagos de un tribu (tribu de asistencia general, reclamaciones de tierra, participación en las ganancias de casino, per cápita, etc.)
 Otro (Derecho de agua/mineral, etc.) Sostenimiento para niños/ N° de exp. de la orden judicial _____

Persona recibiendo/ esperando dinero	Tipo/fuente del ingreso	Con que frecuencia	Cantidad recibido	¿Esperado seguir?	Fecha que espera si no ya recibido
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

2. Si alguien en su hogar recibe Seguro Social (RSDI) o beneficios de de Retiro de Ferrocarril, anote el (los) número(s) de reclamación(es) _____

3. Marque si alguien en su hogar es Veterano Si es sí, es la persona:

- un veterano con una incapacidad Viuda(o) o niño de veterano E.U. difunto
 Cónyuge, niño con una incapacidad de un veterano E.U. con una incapacidad

Ninguno

Anote quien _____

N. Beneficios de Incapacidad

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Hay alguien en su hogar, que no está recibiendo beneficios de incapacidad, que solicitó o fue negado beneficios de incapacidad? Sí ▶ Marque todos los beneficios de incapacidad que aplican y complete la tabla abajo. No

Persona	Tipo de beneficio	Estado de beneficios	Fecha de acción (si se sabe)
	<input type="checkbox"/> Seguro Social # de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitado beneficios. <input type="checkbox"/> Negado beneficios.* <input type="checkbox"/> Recursó la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social # de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitado beneficios. <input type="checkbox"/> Negado beneficios.* <input type="checkbox"/> Recursó la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social # de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Self <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitado beneficios. <input type="checkbox"/> Negado beneficios.* <input type="checkbox"/> Recursó la negación. <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia.	

* El Social Security Administration ha decidido que el/ella no es incapacitada.

2. Si los beneficios fueron negados, ¿Ha cambiado el problema(s) de salud de alguna persona? Yes No

Si es sí, ▶ Anote quien _____ Fecha del cambio _____

- Problema de salud es peor Nuevo problema de salud Tiene más de un problema de salud

O. Gastos del Cuidado de Dependientes y Sostenimiento Ordenado por la Corte



¿Necesita usted más páginas? Sí No

1. ¿Alguien con trabajo, escuela, o entrenando paga para el cuidado de un niño, miembro de la familia con incapacidades?
 Sí ▶ **Complete la tabla abajo (NO incluya la cantidad pagado por DHS o alguien más).** No

Persona pagando	Cantidad pagado	Con que frecuencia	Nombre de persona recibiendo cuidado
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada otra semana <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro	

2. ¿Alguien en su hogar paga por sostenimiento ordenado por la corte para niños o cónyuge?
 Sí ▶ **Marque uno or ambos arriba y complete la tabla abajo.** No

Persona pagando	Número de orden judicial/ orden del día y condado de orden	Cantidad del orden	Cantidad pagado por	¿Para quién?
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	
		\$ _____	<input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Otro	

P. Gastos de Cuidado de Niños

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Necesita usted ayuda pagando para el cuidado de niños? Sí ▶ **Marque por que y complete la tabla abajo.** No
 Trabajo Escuela secundaria o GED Educación/entrenamiento aprobada por DHS o Michigan Works! Agency
 Emocional/salud o programa social (explica) _____

Nombre de niño que necesita cuidado	Nombre, dirección y número de teléfono del proveedor (cuidador)	Número de proveedor del ID	¿Está relacionado el proveedor con el niño? ¿Cómo?	¿Es proporcionado el cuidado en el hogar del niño?	La fecha empezó
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Q. Gastos médicos

¿Necesita usted más páginas?

Sí

No



1. Anote alguien que tiene gastos médicos pagados o no pagados para servicios proporcionados durante tres meses pasados:

▶ ¿Quién? _____ ¿Qué meses? _____

2. ¿Hay alguien en su hogar que tiene algún gasto médico en curso?

Sí ▶ Marque todos los gastos que aplican y complete la tabla abajo. No

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico | <input type="checkbox"/> Medicinas sin recetas | <input type="checkbox"/> Animal de servicio |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Medicinas con recetas | <input type="checkbox"/> Honorarios del tutor/conservador |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Tarjeta de medicina de receta | <input type="checkbox"/> Prima por seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Transporte para cuidado médico
(para el embarazo o el cuidado en curso) | <input type="checkbox"/> Dentaduras | <input type="checkbox"/> Prima de Medicare |
| <input type="checkbox"/> Cuarto de emergencia | <input type="checkbox"/> Lentes | <input type="checkbox"/> Equipo/provisiones médico |
| <input type="checkbox"/> Asilo | <input type="checkbox"/> Audiofonos | <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado/tarea personales |
| | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro |

Persona con gastos	Gastos médico (marcado arriba)	Cantidad que paga la persona	Con que frecuencia (mensualmente, cada año, etc.)

R. Gastos de Vivienda



Marque los cuadros que aplican y llene la cantidad.*

- Renta \$ _____ (entre SOLAMENTE la cantidad que usted paga, NO la cantidad pagado por HUD, Section 8, MSHDA, etc.)
 Semanal Mensual Otro
- Seguro de arrendatario \$ _____ por año (contesta SOLAMENTE si está solicitando MA para un asilo)
- ¿Alguien paga por:
Renta que incluye alimentos (alojamiento/comida) Sí ▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No
Alimentos solamente (comida) Sí ▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No
- Renta del lote de la casa móvil \$ _____ Semanal Mensual Otro
- Hipoteca/casa móvil/contrato de tierra \$ _____ Semanal Mensual Otro
- Segundo hipoteca o préstamo de equidad del hogar \$ _____ Semanal Mensual Otro
- Gastos de vivienda cobrados separados de la renta o hipoteca:

<input type="checkbox"/> Calefacción (gas, electricidad, propano, leña, etc.)	<input type="checkbox"/> Seguro del propietario \$ _____ anual
<input type="checkbox"/> Electricidad (no-calefacción)	<input type="checkbox"/> Impuestos de la propiedad \$ _____ anual
<input type="checkbox"/> Agua/alcantarillado	<input type="checkbox"/> Cálculos especiales \$ _____ por _____
<input type="checkbox"/> Gas para cocinar	<input type="checkbox"/> Seguro garantizado de la hipoteca \$ _____ por _____
<input type="checkbox"/> Basura/recolección de basura	<input type="checkbox"/> Honorarios de la cooperativa/condominio/asociación \$ _____
<input type="checkbox"/> Teléfono	<input type="checkbox"/> Otro _____ \$ _____

7. Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC) de Michigan Department of Treasury - Para el año fiscal corriente:

- ¿Ha recibido alguien en su hogar el HHC para la **direccion actual**? Sí No
- ¿Solicitará alguien en su hogar, o alguien espera solicitar, para HHC en la **direccion actual**? Sí No

*Si usted está solicitando para asistencia médica SOLAMENTE y está en un asilo y tiene cónyuge o dependiente viviendo en su hogar, complete Sección R. Si usted está solicitando para OTRO asistencia médica, puede pasar por Sección R.

S. Recibo de Beneficios



- ¿Hay alguien en su hogar que alguna vez ha solicitado o recibido beneficios de Michigan en el pasado? Sí No
▶ Si es sí, bajo que nombre(s)? _____
(apellido de soltera, alias, ex marido, etc.)
▶ Si es sí, ¿tiene alguien una tarjeta Bridge? Sí No *Para más información acerca de estas tarjetas, ver el **Folleto de Información**.*
Si es sí, ¿quién? _____
▶ Si es sí, ¿tiene alguien una tarjeta mihealth? Sí No
¿Quién no tiene una tarjeta mihealth? _____
- ¿Recibe alguien en su hogar beneficios de Mujeres, Infantes, Niños (WIC)? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de tribal TANF (efectivo)? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____

T. Información que DHS Necesita Saber



Conteste para cada uno en su hogar.

- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido descalificado o que sus beneficios habían reducidos o parados porque ellos no siguieron reglas de programa? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido culpable del fraude para recibir dinero en efectivo o asistencia de alimentos de dos o más estados al mismo período de tiempo? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____ ¿Qué programa(s)? _____
- ¿Hay alguien que huye de procesamiento de delito mayor o cárcel? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido culpable de un delito mayor relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien que está en violación de período de prueba o libertad condicional? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____

U. Inscripción de Registro de Votante del Estado de Michigan

- ¿Si usted no está registrado para votar en su dirección corriente, quisiera usted registrarse para votar? Sí No
- AVISO: Si usted no marque ninguna caja, DHS asumirá que usted ha decidido no registrarse para votar en este tiempo.**

La solicitud o rehusar registrarse para votar no efectuarán la cantidad de ayuda que este departamento le proporcionará. Si quiere ayuda para llenar la forma de inscripción de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar la forma de inscripción de registro de votante en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o rehusar registrarse para votar, su derecho a privacidad en la decisión si hay que registrarse o en la inscripción para registrarse para votar, o su derecho delegar su propio partido político u otra preferencia política, usted puede archivar una queja con:

Secretary of State
PO Box 20126
Lansing, MI 48901-0726

V. Representative, Guardian, Tutor or Persona Ayudando con la Solicitud



1. ¿Si usted es elegible para asistencia de alimentos quisiera usted que alguien más tenga una tarjeta Bridge y que tenga acceso a sus beneficios de alimentos para hacerle las compras? Sí No

Si es sí, escribe el nombre de la persona _____
(Esta persona es su representante autorizado.)

2. ¿Llena usted esta solicitud para alguien más? Sí No **Marque uno o ambos.**
 ¿Representa usted a la persona que está solicitando? Sí No

► Si Sí es marcado en uno o ambas preguntas arriba, complete la información siguiente:

Nombre _____ Número de teléfono _____
 [][][] - [][][] - [][][][][]

Dirección (número, calle, ruta rural, apartamento/número de lote, apartado de correos) _____

Ciudad _____ Estado _____ Zona postal _____

Parentesco del representante al solicitante (marque todos que aplican) ¿Si usted es menor de 18 años, está casado?
 Guardián Pariente (especifica) _____ Sí No
 Tutor Otro (especifica) _____

W. Declaracion

IMPORTANTE: Antes de que usted firme esta solicitud, LEA la declaración.



Baja penalidades de perjurio, juro o declaro que esta solicitud ha sido examinada por o leida a mi, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos. Si soy una tercera parte solicitando de parte de nombre de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leida al solicitante, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos.

Certifico que he recibido una copia, he examinado y esté de acuerdo con las secciones el el **Folleto de Información** de la solicitud de asistencia explicando como solicitar para y recibir ayuda: Programas, Cosas que Debe Hacer, Cosas Importante de Saber, Acuerdos de Reembolse, Información Acerca de Su Hogar Que Será Compartida.

Certifico, bajo castigo de perjurio, que toda la información que he escrito en esta forma o le he dicho a mi especialista de DHS o mi representante es la verdad. Entiendo que puedo ser procesado(a) por perjurio si intencionalmente he dado información falsa o errónea, falsificado, hechos escondidos o retenidos que me causa recibir asistencia a la cual no tengo derecho o más asistencia a la cual no tengo derecho. Puedo ser procesado(a) por fraude y/o requerido a reembolsar la cantidad recibido incorrectamente. Entiendo que puedo ser pedido mostrar la prueba de cualquier información que he dado.

Firma del cliente o representante	Fecha	When in-person interview completed: Signature of department witness/migrant recruiter	Date

