

FILING DOCUMENT

FOR OFFICE USE ONLY

Do you need the department to provide an interpreter to help you at the interview? () yes () no If yes, what language? _____

¿Necesita que le proporcione un intérprete para que le ayude en la entrevista? () sí () no
Si dice que sí, ¿que idioma hablan en su casa? _____

هل تريد من الدائرة أن توفر لك مترجما كي يساعدك أثناء المقابلة؟ نعم () لا () إذا أُجبت بنعم فما هي اللغة التي تتحدثها في المنزل؟ _____

Grantee Name				
Grantee Client ID				
Case Number				
County	District	Section	Unit	Specialist

INFORMACION DEL APLICANTE - FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE

Usted necesitará completar toda la Solicitud de Asistencia. Esto es un documento de archivo para preservar la fecha de solicitud.

1. Nombre (Primero, Segundo Nombre, Apellido)		2. Fecha de Nac. (Mes/Día/Año)		3. Número de Teléfono	
4. Domicilio de la Residencia (Número, Calle, Ruta Rural, No. Apt.)		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
5. Dirección Postal (Si es Diferente de la de Arriba)		Ciudad	Condado	Estado	Código Postal
6. Si alguien en su hogar usa un teletipo para sordos, entre el número TDD o TTY: ()	7. Nombre de la persona y número de teléfono donde puede ser localizado. Nombre (Primero, Apellido) Número de Teléfono ()				
8. ¿Alguna vez ha solicitado, o recibido asistencia del Estado de Michigan? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					
9. ¿Cuál es la cantidad total de bienes en EFECTIVO que pertenece a su hogar? (Incluya dinero en efectivo, cuenta bancaria o de ahorros, bonos, etc.) \$ _____			10. ¿Cuál es el INGRESO total de su hogar que recibirá este mes? (Incluya ingresos, beneficios de desempleo (UCB), sostenimiento para niños, beneficios de Seguro Social, etc.) \$ _____		
11. ¿Cuál es la cantidad mensual que paga por su renta e/o hipoteca? \$ _____			12. ¿Ud. paga por la calefacción? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si no paga por calefacción, marque las utilidades que paga <input type="checkbox"/> electricidad (no para calefacción) <input type="checkbox"/> agua/alcantarillado <input type="checkbox"/> teléfono <input type="checkbox"/> gas para cocinar <input type="checkbox"/> basura		
13. ¿Hay alguien en su hogar que es trabajador migratorio o temporal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI , favor de contestar las preguntas 14 a 16. Si NO , pase a No. 17.			14. ¿Hay alguien en su hogar que ha recibido ingresos este mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI, ¿cuánto? \$ _____ ¿Cuándo? _____		
15. ¿Perdío su hogar recientemente su única fuente de ingreso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es SI, ¿cuándo? _____			16. ¿Alguien en su hogar espera recibir ingreso este mes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso que SI, ¿cuánto? \$ _____ ¿cuándo? _____ ¿Algún préstamo de viaje? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		

17. Si Ud. está solicitando para otra persona, complete la siguiente información:

Nombre (Primero, Segundo Nombre, Apellido)	Parentesco al Aplicante	Número de Teléfono
Domicilio (Número, Calle, Ruta Rural, Número de Apartamento)	Ciudad	Estado Zona Postal

18. Marque los programas que está solicitando

<input type="checkbox"/> Asistencia en Efectivo (renta y otros gastos diarios de vivienda)	<input type="checkbox"/> Ayuda de Emergencia del Estado (corte de servicio público, aviso de evicción, u otra emergencia)
<input type="checkbox"/> Asistencia Médica (pagos a doctores, hospitales, recetas, primas de Medicare)	<input type="checkbox"/> Desarrollo y Cuidado Infantil (pagos de cuidado infantil)
<input type="checkbox"/> Beneficios de Asistencia de Alimentos (comida)	

SI USTED ESTA SOLICITANDO POR OTROS PROGRAMAS ADEMAS DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS, USTED NECESITA COMPLETAR EL OTRO LADO (PAGINA 2) DE ESTA FORMA.

Bajo penalidades del perjurio, juro 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 sobre 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.

19. PARA ARCHIVAR HOY, FIRME AQUI Y DEVUELVALA AL ESCRITORIO DE RECEPCION (aplicante o representante)

▶ Firma _____ Fecha _____

1. CONTESTE TODAS LAS PREGUNTAS ANOTADAS ABAJO

- Anotese usted primero y luego todas las otras personas que viven en el hogar o que están temporalmente ausente de su hogar.
- Si usted está solicitando para un paciente en un asilo, anote primero el paciente, y luego (el/la) esposo(a) del paciente y si hay otros dependientes en el hogar.

Indique la descendencia racial de esta persona según los códigos más abajo. Si usted es multiracial, puede entrar todos los códigos que aplican. (La contestación es voluntaria.)

W = Blanco I = Indio Americano
 B = Negro A = Nativo de Alaska
 S = Asiático P = Nativo de Hawaii o Isleño Pacífico

Marque la caja de abajo si Ud. es Hispano o Latino. (La contestación es voluntaria.)

No. de Línea	NOMBRE (Primero, Segundo, Apellido)	¿Quiere beneficios para esta persona?		Parentesco a usted	Fecha de Nacimiento Mes/Día/Año	Número de Seguro Social para los que están solicitando asistencia	Ciudadano de E.U. Sí o No	Sexo M o F	↓	↓
		Sí	No							
1				Ud. mismo						<input type="checkbox"/>
2										<input type="checkbox"/>
3										<input type="checkbox"/>
4										<input type="checkbox"/>
5										<input type="checkbox"/>
6										<input type="checkbox"/>
7										<input type="checkbox"/>
8										<input type="checkbox"/>

¿Hay alguna persona:	Sí	No	Si es si, ¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?	¿Quién?
Incapacitado, ciego o sin poder trabajar						
Embarazada						
Un refugiado						

Esta forma se publica bajo la autoridad de 42 CFR 435.907; 7CFR 273.2(d); y Secciones 25 y 59 de la Acta 280 de las Actas Públicas de 1939, como enmendado. Usted tiene que completar esta forma si usted desea archivar hoy, pero no tiene tiempo para terminar toda la solicitud.

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