

**FORMULARIO DE RECLAMO
PARA BENEFICIOS DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA DE ALIMENTOS (FAP)**

Instrucciones:

Complete este formulario para solicitar beneficios de asistencia de alimentos que se le podrían adeudar por los meses anteriores en los cuales el MDHHS negó o cortó su asistencia de alimentos por una “descalificación de justicia penal”.

Complete toda la información. Escriba claro en letra de molde. (*Indica un campo obligatorio.)

- Si la información pre-impresa no es correcta, sírvase escribir la información corregida.
- Asegúrese de FIRMAR EL FORMULARIO y guardar una copia con la fecha que lo envió por correo.
- Envíe por correo a: Michigan Department of Health and Human Services
Barry Lawsuit Processing Unit
PO Box 30784
Lansing MI 48909-9561

*Primer nombre	*Segundo nombre	*Apellido
Núm. de caso del MDHHS (si se conoce)	Fecha de nacimiento (Mes, Día, Año)	Número de Seguro Social XXX-XX-

Dirección postal actual

*Dirección o Apartado Postal	*Ciudad	*Condado	*Estado	*Código Postal
------------------------------	---------	----------	---------	----------------

Dirección residencial (si es diferente a la anterior)

*Dirección	*Ciudad	*Condado	*Estado	*Código Postal
Núm. de teléfono del hogar:	Núm. de teléfono celular:	Núm. de teléfono laboral:		
Núm. de teléfono donde el MDHHS puede dejar un mensaje		De quién es este número de teléfono (nombre y parentesco)		
Dirección de correo electrónico		¿Cuál es el idioma principal que se habla en su hogar?		

La presente es una solicitud de beneficios del Programa de Asistencia de Alimentos (FAP) suplementarios adeudados a mi persona el 1 de enero de 2013 o después de esa fecha, la cual se presenta en conformidad con BAM 406 p. 3, 7 CFR 273.17, y 7 USC 2020(b) y (e)(11) y 2023(b).

Mi firma significa que la información en este formulario es verdadera.

*Firma	*Fecha
_____	_____

**Guarde una copia de este formulario para sus registros.
Escriba en su copia la fecha en que envió por correo este formulario.**

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, 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 MDHHS en su área.