

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 a la 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. También se puede aplicar para algunos programas de asistencia en línea al www.michigan.gov/dhs.
- 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 la solicitud 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 será la fecha en que 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 en www.michigan.gov/dhs-forms) o usted puede entregar su solicitud de asistencia incompleta. Debe incluir: • 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 (DHS) will not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, sex, sexual orientation, gender identity or expression, 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 (DHS) 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 DHS en su área.

لن تميّز إدارة الخدمات الإنسانية (Department of Human Services - DHS) ضد أي شخص أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو المنشأ الوطني، أو اللون، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية التي يتصورها الشخص لنفسه أو التعابير الجنسية التي يعطيها الشخص عن نفسه، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة والعجز. إن كنت تحتاج إلى مساعدة في القراءة والكتابة والسمع،... الخ، ندعوك أن تجعل احتياجاتك معروفة لدى مكتب DHS في المنطقة التي تعيش فيها عملاً بقانون الأمر بكيين 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

Debemos tomar las decisiones a tiempo para aprobar o negar su solicitud de asistencia. A continuación están las normas que seguimos:

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

- Con una decisión médica sobre incapacidad 45 días
- Para embarazo de mujeres 90 días
- Programa de Asistencia Médica para Refugiados (RAPM) 10 días

Desarrollo y Cuidado Infantil

- 30 días
- 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 agrícola 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 los 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)

La mayoría de las entrevistas de FAP se llevan por teléfono. Sin embargo, usted puede solicitar una entrevista en persona.

Si usted está solicitando asistencia en efectivo, puede ser programado para una entrevista en persona.

Posiblemente Necesitaremos Comprobante

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

- Talones de cheques
- Recibos de manutención de niños
- 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
- Ciudadanía del E.E.U.U.
- Tarjeta actual de seguro médico
- Matrícula escolar, alguien de los 16-18 años
- Ingresos que recientemente han empezado o terminado
- Bienes (dinero en efectivo, cuentas de cheques/ ahorros o de la unión crediticia, etc.)
- Estado de inmigración
- Embarazo

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

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

DIRECTORIO

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)	4
Program Médico para Adultos (AMP).....	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 la Manutención del Niños	8
<i>Early On</i> ®	8
Programa de Energía del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP).....	9
- Crédito para la Energía 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
Acciones de Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas)	10
Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RAP y FAP)	11
Aplazamientos de las Leyes Laborales y Buena Causa (FIP o RAP y FAP)	12

Cosas Importantes de Saber

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

Acuerdos de Reembolsos

Reembolso de los Gastos Médicos (MA, AMP)	15
Recuperación de Patrimonio (MA-LTC)	16
Sumas Totales y Beneficios Acumulados (SDA y FIP Financiado por el Estado).....	16

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Información DHS Recibirá de Otros.....	16
Información DHS Compartirá con Otros	17
Coordinación de Cuidado de Salud	17

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 FAP.

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

- Bajo/ningún ingreso.
- Pocos/ningunos bienes.

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 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 número de personas en su grupo de FAP.

Gastos permitidos:

- Gastos médicos más de \$35 al mes no pagados por un tercero (para personas de 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.
- Manutención para niños ordenado por la corte y pagado a alguien que no vive en el hogar.

Entiendo que en caso de no informar o verificar cualquier gasto que figure en la lista se considerará como una afirmación de que no deseo recibir una deducción por los gastos no informados ni verificados. Las verificaciones deberán ser recibidas dentro de 10 días.

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 página 11.
- **Servicios para la Manutención para Niños** - véa página 8.
- **Acciones de la Manutención para Niños** - véa páginas 10, 11.

Programa Médica para Adultos (AMP)



AMP ayuda a pagar el cuidado médico básico para adultos de bajo-ingreso. Servicios adicionales pueden estar disponibles por medio del 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
- Bajos ingresos.

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.

Usted puede ser elegible para el RCH si:

- Tiene bajos ingresos, 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.

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

Asistencia Médica (MA)



Si usted está solicitando MA, también conocido como 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 médico, incluyendo primas de Medicare, disponible a personas que no pueden pagarlos. Las reglas sobre bienes e ingresos son diferentes para los distintos grupos y programas de MA.

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

Usted podrá ser elegible para MA cuando usted es:

- 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 con el que vive y que actúa como padre de un niño.

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

Para las personas de 19 años y mayores (con la excepción de mujeres embarazadas), los bienes deben estar por debajo del límite por lo menos un día en el mes en el cual se pide ayuda médica. Usted debe proveer comprobante de sus bienes.

Si usted sobrepasa el límite de bienes permitidos, todavía puede obtener ayuda si usa el exceso de los bienes para pagar las cuentas. Posiblemente le pediremos comprobante de cómo usó el exceso de los bienes.

Ingresos. Cada programa de Medicaid tiene límites de ingresos. Los límites dependen del 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 aceptan. Si usted solicita MA, avise a sus proveedores médicos (médicos, hospital, farmacia, etc.) antes de recibir cualquiera de los servicios médicos.

Si usted es elegible para 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 por los servicios cubiertos. Sus proveedores deberán cobrar Medicaid dentro de 12 meses de la fecha en que usted recibió sus servicios aunque usted le diera la cuenta a DHS.

Si los proveedores no cobran dentro del plazo del límite de 12-meses, posiblemente no se pagará 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 (MDCH) paga por los servicios cubiertos por Medicaid. MDCH 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 como resultado 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 alguno sí lo hará. El proveedor debe cobrar Medicaid aunque usted le diera la cuenta a DHS.

Requisitos del programa:

- **Servicios para la Manutención del Niño** - vea página 8.
- **Acciones de la Manutención para Niños** - vea páginas 10, 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 al corriente las vacunas de niños.

Para más información de cómo vivir un estilo de vida sano, usted puede visitar la página 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 bajos ingresos.
- Un padre adoptivo temporal con licencia solicitando cuidado para niños adoptivos.
- Un miembro de un caso de servicio de protección de DHS participando en un plan de tratamiento.
- Un recipiente de FIP/EFIP o Ingreso de Seguro Suplementario (SSI).
- Un solicitante del FIP que realiza actividades requeridas del programa de participación laboral.

Usted deberá tener necesidad de cuidado de niños debido a:

- Trabajo.
- Estudios para terminar la preparatoria (incluyendo diploma de equivalencia general, 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):

- Centro infantil 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 o cuidado en su propio hogar y tiene relación con el niño que necesita cuidado, ya sea de sangre, casamiento o adopción, como abuelo, bisabuelo, tía/ tía abuela, tío/ tío abuelo, o hermano y **no** debe vivir en la misma casa que el niño.

* La inscripción no se permitirá si el cuidador, o un miembro adulto del hogar de 18 años o 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/EFIP, SSI, los padres adoptivos temporales con licencia, y las familias que reciben servicios de 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 siguiente 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, la edad del niño, y el entrenamiento del proveedor, si este último es un proveedor de cuidado de niños sin licencia. Las tarifas actuales están disponibles en línea en www.michigan.gov/childcare.

Si usted es elegible debido a ser una familia de bajos-ingresos, pagaremos 70% hasta el 100% del costo de cuidado de niños hasta la tarifa 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 la Manutención del Niño** – vea página 8.
- **Acciones de la Manutención para Niño** – vea páginas 10, 11.

Recursos:

- Más información acerca del programa de CDC es disponible en línea en: 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 www.greatstartconnect.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 temporal en efectivo para familias de bajos-ingresos 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:

- Bajos ingresos, y
- Bienes en efectivo de menos de \$3,000 y bienes de propiedad de menos de \$500,000.

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 18 años (o un estudiante de escuela secundaria de edad 18). Los niños de entre 16 y 18 años deben asistir a la escuela durante la jornada completa.

Límite de vida de 48 meses:

Usted no puede recibir FIP por más de 48 meses en su vida a menos que usted califique para un mes de excepción. Esto incluye cualquier asistencia financiera que haya podido recibir en otro estado.

Se prohíbe el uso del FIP o RAP para adquirir boletos de lotería, alcohol o tabaco o para realizar apuestas, actividades ilegales, entretenimiento para adultos o artículos que no sean esenciales.

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 manutención para niños ordenados por la corte y pagados por su hogar.
- Ingresos totales.

Pagos de manutención para niños. Cada mes que esté en FIP, la manutención actual que recolectemos en su orden será retenida por el estado. Si recibe manutención en un mes en que recibe el FIP, deberá informar esto a su oficial local del DHS, y es posible que lo deba repagar. Si la manutención para niños recolectado es más que la beca de FIP durante por lo menos dos meses, podremos cerrar su caso FIP para que usted pueda recibir los pagos de manutención directamente.

Requisitos del programa:

- **Seguir las Leyes Laborales y Penalidades** – véa páginas 11, 12, 13.
- **Servicios para el Manutención** – véa página 8.
- **Acciones del Manutención para Niños** - véa páginas 10, 11.
- **Vacunar a los Niños Menores de Seis Años** - Consegua 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 prohíbe el uso del SDA para adquirir boletos de lotería, alcohol o tabaco. También se prohíbe su uso para realizar apuestas, actividades ilegales, entretenimiento para adultos o artículos no esenciales.

Se considera una persona incapacitada si ella/él reúne alguno de los siguientes requisitos:

- Edad 65 o mayor.
- No poder trabajar por 90 días o más debido a una condición médica.
- Recibe Ingresos de Seguro Suplementario (SSI) o beneficios de Incapacidad del Seguro Social.
- Recibe asistencia médica basada en incapacidad o ceguera.

- Recibe servicios de educación especial.
- Recibe Michigan Rehabilitation Services.
- Diagnosticado con 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/está:

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

Y usted tiene:

- Bienes en efectivo menos de \$3,000 y bienes de propiedad menos de \$500,000, y
- Bajos ingresos (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 bajos ingresos 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 ocurra 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 servicios públicos.
- La cantidad que usted necesita está dentro de nuestros límites.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Pagos de reubicación para evitar o eliminar la falta de hogar.*
 - Pagos de hipoteca, seguro y/o impuestos de propiedad, para evitar la confiscación, ejecución hipotecaria o venta debido a impuestos.*
 - Reparaciones limitadas de casa.
 - Cuentas de calefacción, electricidad y servicios públicos.
 - 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 de la Mauntención de Niño

La Oficina de Manutención del Niño (OCS) forma parte de DHS y es responsable del programa de manutención 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. La manutención del niño puede incluir:

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

Un 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 manutención de niño.

Los servicios de manutención 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 manutención del niño.

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

- Imprima una DHS-1201-SP de la página de internet de DHS en 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 Acusador Público (PA) local o FOC, o a la dirección de arriba.

Early On®

Early On coordina servicios para familias que tienen un niño entre cero (nacimiento) y tres años que tiene una incapacidad, un retraso en el desarrollo u otra condición médica de ese Tipo.

Para averiguar si su niño es elegible, llame a *Early On* al **1-800-EarlyOn (327-5966)** o visite 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 diagnóstico • 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 • terapia (familia, grupo, individuo) • servicios de visión.

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

Programa de Energía 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 energía. 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.

Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC)

HHC está disponible a **todos** los hogares de bajo-ingresos 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 donde quiera que las formas fiscales estén disponibles (en línea en www.michigan.gov/treasury, seleccione Income Tax Forms de la Treasury Quick List en la página principal). Usted no tiene que presentar 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 bajos-ingresos. Estos servicios reducen el uso de energía y bajan los recibos de servicios públicos. 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 en su oficina de impermeabilización local.

Para localizar la oficina local con impermeabilización en su área, visite:

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** - visite: www.michigan.gov/heatingassistance

Cosas que Usted Debe Hacer

Al firmar la solicitud de asistencia, usted está 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 completar sobre usted y cada uno de los miembros de 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 los beneficios le serán negados. (Véa "Penalizaciones por Fraude o Violaciones Intencionales de los Programas" para más información.)

Reportando cambios. Informe a su especialista de DHS sobre cambios dentro de los **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 diferentes reglas de reporte se aplican a usted.

Los tipos de cambios que debe reportar son:

- El empleo comienza, se detiene (dentro de los 10 días de haber recibido su primer/último pago) o cuando haya habido cambios.
- Cambio en el porcentaje de pago (dentro de los 10 días después de recibir el primer pago que refleje el cambio).

- Cambio en el número de horas trabajadas si son más de cinco horas por semana, y este cambio durará más de un mes.
- Ingreso no salarial empieza o se detiene (como Seguro Social, desempleo o beneficios de retiro, etc.).
- Cambios de ingreso no salarial por más de:
 - **\$50** por mes para la mayoría de los programas.
 - **\$25** por mes para la mayoría de los programas de MA.
- Cambios en bienes.
- Cambio de dirección.
- Costos de vivienda o servicios públicos que paran, empiezan o cambian.
- Alguien reubicándose o desalojando su casa.
- Cambios de cuidador, necesidad o costo de cuidado de niños.
- Cambios en la cantidad pagada o recibida de manutención para niños.
- Primas de salud o seguro médico 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 beneficio adicional 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:

- **Sólo** 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.")

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.

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.

Acciones de la Manutención 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 cuyo padre(s) no vive(n) allí, usted recibirá una carta de un especialista de manutención sobre el programa de manutención para niños. Usted debe ponerse en contacto con el especialista de manutención cuando usted recibe la carta. Usted debe colaborar con la Oficina de Manutención para Niños, el Acusador Público y Friend of the Court.

Buena causa. DHS no requerirá que usted busque la paternidad o sostenimiento si usted tiene una buena causa.

Para reclamar buena causa, diga a su especialista de DHS y pida la forma "Reclamación de Buena Causa". Pueden pedirle que proporcione el comprobante.

Recuperación. El DHS puede retener parte de sus beneficios futuros como reembolso de los 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 la 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 la recuperación.

DHS le ayudará a solicitar números de Seguro Social. Dé a DHS el número de Seguro Social tan pronto como usted lo reciba. 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 recibe los beneficios correctos. DHS usa números de Seguro Social para comprobar la información con otras agencias. (Véa "Información De Su Hogar Que Se Compartirá.")

DHS le dirá si usted tiene que solicitar beneficios.

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

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.

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

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

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

Cosas que Usted Debe Hacer (continuado)

Acciones del Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas) (cont.)

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

Es posible que reciba un pago de manutención para niños que se le adeudara mientras estuvo en el FIP. Si recibe un pago de manutención para niños, llame a su oficina local del DHS para averiguar si puede conservar el mismo. Si su trabajador del DHS le informa que el pago le fue enviado por error, deberá devolver el dinero.

Si no devuelve este dinero, es posible que pierda su beca del FIP o se podrá ver reducida.

Si la manutención total recolectada 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 manutención directamente.

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

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

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

Reglas laborales 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 de hasta 40 horas por semana para recibir FIP o RAP. Usted diseña este plan con su especialista de DHS y el programa de participación laboral.

Los adultos que reciben FIP o RAP deben (pero no se limita a):

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

Penalidades de rompimiento de reglas laborales de FIP o RAP. Si usted rompe las reglas laborales de FIP o RAP sin buena causa (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 la primera vez, seis meses la segunda vez y permanentemente la tercera vez.
- Contar todos los meses de penalidades hacia su límite de toda la vida de 48 meses.
- Parar RAP para usted por lo menos por tres meses (pero el resto de su hogar podría ser elegible).
- Si usted recibe ambos FIP y FAP, podremos:
 - Parar o reducir sus beneficios de FAP por lo menos un mes si no se le excusa de las reglas laborales de FAP.
 - Contar la cantidad de su beca de FIP como ingreso.

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

- **Si usted trabaja**, no puede:
 - Dejar un trabajo de 30 horas o más por semana.
 - Voluntariamente reducir las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana sin buena causa.
- **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 y que deben ser hechas para recibir FAP.

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

- Al menos un mes la primera vez, y
- Seis meses en cualquier otra ocasión después de la primera vez.

Reglas de asistencia de alimentos de tiempo limitado. (AVISO: Los límites de tiempo no siempre se aplican, así que consulte con su especialista de DHS.)

Tiempos limitados especiales y los requisitos de trabajo podrían aplicarse a usted si usted es/está:

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

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

Cosas que Usted Debe Hacer (continuado)

Aplazamientos de Reglas laborales y Buena Causa (FIP o RAP y FAP)

Aplazamientos de reglas laborales (“exento”). Algunas personas que reciben dinero en efectivo o asistencia de alimentos pueden ser exentos de reglas laborales. Si usted recibe FIP y es exento de las reglas laborales, puede que tenga que usted hacer otras actividades. Si usted piensa que debería ser exento de las reglas laborales, consulte con su especialista de la DHS.

AVISO: Las razones de ser exento pueden que cambien.

Usted puede ser exento de reglas laborales de FIP o RAP si usted es/está:

- Menor de 16 años de edad.
- 65 años o mayor.
- El padre o madre de un bebé menos de dos meses.
- Una vez que el bebé tenga seis semanas, puede que se le asignen actividades para fortalecer la familia.
- Trabajando 40 horas por semana.
- 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 laborales de FAP si usted es/está:

- 60 años 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 el salario mínimo 30 horas 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.
- De siete a nueve meses de embarazo.
- Embarazada con complicaciones médicas.
- Solicitando FAP en una oficina de Seguro Social.
- En tratamiento o rehabilitación por abuso de drogas.
- Solicitando o recibiendo beneficios de desempleo.
- Apelando la negación de beneficios de desempleo.

Buena causa. Usted tiene el derecho de reclamar la buena causa si usted cree que debería ser exento de las reglas laborales de FIP o RAP y/o FAP. Si usted piensa que tiene una razón de buena causa, póngase en contacto con su especialista de DHS en seguida.

AVISO: Las razones de buena causa pueden cambiar.

FIP o RAP o FAP – Razones de buena causa:

- Un acontecimiento inesperado o factor que no permite que usted cumpla con las reglas laborales (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 otro trabajo similar.
- 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 a por lo menos el salario mínimo estatal.
- El alojamiento razonable no fue proporcionado.

Solamente FAP – Usted puede tener una razón de buena causa si usted/su:

- Está aplazado.
- Se mudo debido al trabajo o educación/entreamiento de otro miembro del hogar.
- Tiene un trabajo que requiere que usted se retire o se una, dimita, o abstenerse de afiliarse a un sindicato u 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

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

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 está sujeto a penalidades criminales (por ejemplo, multas de hasta \$250,000, tiempo de cárcel/prisión de 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 fraude/IPV; **y**
- Usted será descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP – vea la tabla de 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 de abajo, **y**
- Usted tendrá que reembolsar los beneficios extras que usted recibió debido al fraude o IPV.

Penalizaciones del CDC – Como resultado de la violación de las reglas del programa CDC se podrá aplicar una sanción de 6 meses, 12 meses o de por vida.

<p>Si usted hace cualquiera de los siguiente:</p> <ul style="list-style-type: none">• Hace 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.• Usa beneficios de FAP para comprar artículos ilegales así como bebidas alcohólicas o tabaco.• Usa 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.• De por 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 falsificar su identidad o 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 falsificar su identidad o donde usted vive para recibir beneficios* en dos o más casos al mismo tiempo. <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>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 la 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.• De por vida por la segunda ofensa.
<p>Si algún miembro del hogar es encontrado culpable en la 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 cosa que no sea alimento.	<p>Usted perderá beneficios de FAP por:</p> <ul style="list-style-type: none">• De por vida.

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

Datos Importantes (continuado)

Quejas Generales

Los clientes tienen derecho a realizar quejas generales sobre asuntos a parte del derecho a solicitar, no discriminación o problemas de audiencias. Se podrán enviar las quejas por escrito a:

Michigan Department of Human Services
Specialization Action Center
235 S. Grand Avenue
PO Box 30037
Lansing, MI 48909
o pueden llamar al 1-855-275-9242 o 1-855-ASK-MICH

Derechos de Audiencia

Si usted no está de acuerdo con la decisión de DHS 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 de la acción, 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, envíe por fax o envíe por correo una solicitud de audiencia* escrita y firmada a su oficina DHS.

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

- Para FAP solamente, usted puede solicitar una audiencia verbalmente, en persona o por teléfono.
- La solicitud de audiencia debe ser firmada por usted o por su padre, cónyuge, abogado, tutor designado por la corte o conservador, o por alguien más nombrado en una declaración firmada.

Michigan Administrative Hearings Service (MAHS) 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 de la 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.”

Para archivar una queja de discriminación, escriba al USDA o HHS. Escriba al USDA, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Wash-

ington D.C. 20250-9410 o llame al (866) 632-9992 (Voz). Aquellos individuos con incapacidades auditivas o incapacidades en el habla se podrán comunicar con USDA a través del Servicio Repetidor Federal al (800) 877-8339; o (800) 845-6136 (Español). Escriba al HHS, Director, Office for Civil Rights, DHHS, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601 o llame al (312) 886-2359 (Voz); (312) 353-5693 (TDD); fax (312) 886-1807.

“USDA y HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidades.”

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 importar la raza, el color u el origen nacional.

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

Ciudadanos y No-Ciudadanos

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

- No solicitando asistencia.
- Un no ciudadano indocumentado 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 mostrar 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. Si usted está aquí de forma ilegal, esto podrá afectar su posibilidad de permanecer en EE.UU.

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, un pasaporte de EE.UU., un certificado de naturalización, un registro de nacimiento público de EE.UU. mostrando nacimiento en EE.UU. o territorio de EE.UU.

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

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

Datos Importantes (continuado)

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 ésta más tarde.

Si a usted se le niega ayuda especial o una excepción que usted necesita debido a una incapacidad, y usted piensa que fue un error, 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

Violencia Doméstica

Podríamos dispensar algunos requisitos de programa (como trabajo, buscar trabajo, buscar manutención del niño o asistir a la escuela) si la participación:

- Le pone a usted o un miembro de familia en peligro de daño físico o emocional.
- Le somete al abuso sexual.
- Es injusta 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 en: www.michigan.gov/domesticviolence.
- DHS Publicación 859, Is Someone Hurting You or Your Children? (también disponible en Español) - en línea: 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).

Usted no puede alterar ni disfrazar su tarjeta Bridge de ninguna forma, ya que podrá enfrentar una penalización

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

- Reporte una tarjeta perdida, robada o dañada.
- Pida una tarjeta de reemplazo (sus beneficios se podrán ver reducidos al reemplazar su tarjeta Bridge).
- 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: Los pagos de Medicaid no son recuperados.

Acuerdos de Reembolsos (continuado)

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

Recuperación de Patrimonio (MA – LTC)

Entiendo que en caso de que fallezca, el Michigan Department of Community Health, (MDCH) tiene el derecho legal de buscar recuperación a través de mi patrimonio para los servicios cubiertos por Medicaid. El MDCH no presentará una queja contra el patrimonio mientras que haya un cónyuge legal vivo o un niño con derecho legal vivo menor de 21 años de edad, ciego o con incapacidad. Un patri-

monio consiste en una propiedad real o personal. La Recuperación de Patrimonio se aplica únicamente a ciertos receptores de Medicaid que recibieron servicios de Medicaid después de la fecha de implementación del programa. El MDCH podrá acordar no buscar la recuperación si existiera una dificultad excesiva.

Pagos Únicos y Beneficios Acumulados (SDA, FIP Financiado por el Estado)

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

- Pagos únicos como una herencia, saldo de seguro, etc., o
- Beneficios acumulados pagados retroactivamente como beneficios de desempleo o compensación de los trabajadores.

Si recibe el SDA o FIP financiado por el estado, significa que está de acuerdo en volver a pagarle al DHS si recibe el SSI retroactivo.

Usted acepta autorizar a la Administración de Seguridad Social pagarle al DHS la cantidad de asistencia financiada por el estado, la cual recibió mientras su reclamo del SSI estaba pendiente.

Si el primer pago del beneficio acumulado le es enviado, usted está de acuerdo en pagar al DHS de inmediato la asistencia financiada por el estado, la cual recibió mientras el reclamo estaba pendiente.

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

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Al 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.

Investigaciones de Control de Calidad (QC) (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, otras personas, empleadores y/o agencias para comprobar la información proporcionada en su solicitud de asistencia.

Reviso de aplicación de la ley (FAP, FIP, SER) – 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 impuestos, beneficios y números de Seguro Social, manutención para niños, estado de inmigración, etc.

Si usted da 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.

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

Información de Su Hogar Que Se Compartirá (continuado)

Al 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 Compartirá a Otros

Reviso de aplicación de la ley (FAP, FIP, SER)
– 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 de su CDC Cuando:

- La solicitud es negada o retirada.
- Los pagos son aprobados o cambiados.
- El caso está cerrado.

Extranjeros Ilegales – El DHS podrá enviar información sobre ciertos extranjeros ilegales al Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security).

Coordinación de Cuidado de Salud

• **Coordinación de programas de asistencia médica y proveedores (MA)** - El programa de asistencia médica del Estado cuenta con gran cantidad de programas manejados para el cuidado de la salud, salud mental y programas de abuso de drogas, y los proveedores privados para proveer 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 cuidado de salud manejados por Medicaid en los cuales usted participa. Los planes de salud, programas y proveedores que le proporcionan asistencia médica pueden compartir información necesaria a fin de manejar y coordinar asistencia médica y beneficios. Esta información puede incluir, cuando proceda, información relativa al VIH (HIV), SIDA (AIDS), complejo relacionado con el SIDA (AIDS-related complex (ARC)) u otras enfermedades contagiosas, información sobre servicios de salud mental o de comportamiento y la derivación o tratamiento para el abuso de drogas y alcohol como es 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 Mujeres, Infantes y Niños (WIC):** www.michigan.gov/wic

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

Referencias de Sitios de Internet (continuado)

- **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)
- **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).
- **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).
Your Rights and Responsibilities in a Health Plan (MDCH Publicación 201).
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.
Medicaid Fee for Service Handbook (MDCH Publicación 669).
- **Ayuda de Emergencia del Estado (SER)**
State Emergency Relief Program (DHS Publicación 563).
You and Your Energy Bills (DHS Publicación 631).
DHS Can Help With Temporary Assistance (DHS Publicación 783).

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

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 devolver a la oficina de DHS en su área para proteger su fecha de solicitud. Si sólo presenta su solicitud para el FAP, deberá completar su nombre, dirección (a menos que está sin hogar) y firma o la firma de su representante.* 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 completa antes de que cualquier beneficio pueda ser aprobado.

**Excepción: Si usted solicita SSI y beneficios de FAP antes de ser liberado de una institución médica, "la fecha de archivo" para sus beneficios será la fecha en la que 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. I received help from Michigan in the past. Sí No **No. 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 la última página de esta forma y su hogar califica).
- Asistencia Médica** (cuentas del médico o hospital, recetas, primas de Medicare).
- Desarrollo y Cuidado Infantil** (ayuda con pagos de cuidado de niños).
- Asistencia en Efectivo (FIP – Programa de Asistencia en Efectivo, RAP – Programa de Asistencia de Refugiados, SDA – Asistencia del Estado para Incapacitados)** (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas, familias con niños, refugiados, adultos incapacitados, cuidadores que viven con adultos con incapacidades o residentes con necesidades de vivienda especiales).

3. Nombre legal (primero, inicial, apellido; nombre de nac., si es diferente) _____

4. Masc.
 Fem.

5. Fecha de Nac.**

____/____/____

**No es nec. para asistencia de alimento.

6. No. de Seguro Social***

____-____-____

7. No. de Telefono

____-____-____

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 o leída por mí, y, en mi mejor conocimiento, los hechos son verdaderos y completos. Si soy una tercera parte solicitando de parte de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada 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 lo hace _____
- ¿Cuál es la cantidad total de bienes en efectivo que tiene su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuentas de ahorros, de cheques, bonos de ahorro, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el ingreso bruto por mes (antes de cualquier deducción, como los impuestos) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficios de desempleo, sostenimiento para niños, beneficios de Seguro Social, 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, impuestos de propiedad, seguro de casa mensual, etc.? \$ _____
- ¿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 lo que usted paga: Electricidad no-calefacción Agua/alcantarillado
 Teléfono Gas para cocinar Basura/recolección de basura

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

Sí ▶ **Complete la tabla de 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 viaje?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶ Nombre de las persona(s):		
¿Alguien ha perdido recientemente su única fuente de ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ▶ Nombre de las persona(s):	Fecha del último pago	Cantidad del pago bruto

10. Nombres de todos los miembros del hogar Fecha de Nacimiento Número de Seguro Social

Nombres de todos los miembros del hogar	Fecha de Nacimiento	Número de Seguro Social
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□
	□□□/□□□/□□□□□□	□□□□-□□□-□□□□□□

11. ¿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 de la solicitud de asistencia, podremos determinar si usted es elegible para TODOS los programas. Por favor use letra de molde en sus respuestas.**
- **Marque TODOS los programas, de que está solicitando.** Los símbolos de los programas aparecen abajo en cada sección de los preguntas de la solicitud. Estos símbolos le muestran que 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, primas 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).



Asistencia en Efectivo (FIP – Programa de Asistencia en Efectivo, RAP – Programa de Asistencia de Refugiados, SDA – Asistencia del Estado para Incapacitados) (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas, familias con niños, refugiados, adultos incapacitados, cuidadores residentes de adultos con incapacidades o residentes en una vivienda con arreglos especiales de vivienda).



Ayuda de Emergencia del Estado (SER) (corte de servicios públicos, aviso de desalojo, entierro u otra emergencia). AVISO: Usted debe completar ambos la solicitud de asistencia y la solicitud suplemental de SER (DHS-1514) disponible en la oficina de DHS de su área o en línea en 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 en www.michigan.gov/dhs-forms. La fecha en la que DHS recibe su solicitud de asistencia o forma de archivo puede afectar la fecha cuando sus beneficios comienzan. DHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia completa antes de que cualquier beneficio pueda ser aprobada.

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, DHS debe ayudarle. Si ellos le niegan la ayuda, usted puede llamar al (855) 275-6424.

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

Intérprete Dactilología Dispositivo vivo asistido (ALD) Otro _____

2. 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 (855) 275-6424.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?

Interpreter Sign language Assisted listening device (ALD) Other _____

2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

ن كنت تتطلب إلى مساعدة في ملء هذا الطلب، فيجب على DHS تقديم المساعدة لك. وفي حال تم رفض تقديم المساعدة لك، فيمكنك الاتصال بالرقم (855) 275-6424.

1. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من إعاقة، فكيف يمكننا مساعدتك؟

مترجم شفهي لغة إشارة أجهزة مساعدة للسمع (ALD) غير ذلك _____

2. 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 lo 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 deducciones) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficios de desempleo o Seguro Social, manutención de niños, etc.) \$ _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de distribución de alimentos de tribu? Sí No
Si es sí, ¿quién? _____

C. Información sobre Usted y su Hogar



- **Conteste por 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. ANÓTESE USTED MISMO PRIMERO.**
- **Si usted es un extranjero con un patrocinador que ha aceptado en apoyarle económicamente, aun si él/ella no lo hace, incluya la información del patrocinador en uno de los recuadros siguientes.**
- **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 personas más en su hogar está disponible en las cinco páginas siguientes.**
¿Necesita usted más páginas para su hogar? Sí No

Conteste para persona 1. Marque todos los recuadros correspondientes.

- Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. **USTED MISMO**
4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Esta persona es un ciudadano de los Estados Unidos? Sí No **Si no es, y usted 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/últimos tres meses Sí No Si es sí, ▶ Fecha de esp./final del embarazo //
Número esperado/tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Ultimo grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.
 Menos de 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) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano
 Nativo de Hawai/Otro Isleño del 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, militar, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona
14. Si esta persona está actualmente fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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

Conteste para persona 2. Marque todos los recuadros correspondientes.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. _____

4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicita SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado

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

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

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____ Menos de tiempo parcial

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) Hispano/Latino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawái/Otro Isleño del 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, militar, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona

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

15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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? 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 3. Marque todos los recuadros correspondientes.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. _____

4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicita SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado

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

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

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____ Menos de tiempo parcial

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) Hispano/Latino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai/Otro Isleño del 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, militar, etc.)

Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona

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

15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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 4. Marque todos los recuadros correspondientes.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. _____

4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicita SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado

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

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

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____ Menos de tiempo parcial

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) Hispano/Latino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai/Otro Isleño del 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, militar, etc.)

Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona

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

15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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

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? Sí No

¿Se encuentra en el hogar? Sí No

¿Falleció? Sí No

¿Falleció? Sí No

¿Es el mismo padre descrito para otro niño anteriormente?

¿Es la misma madre descrito para otro niño anteriormente?

Sí, nombre: _____ No

Sí, nombre: _____ No

¿Es un padre soltero que adopta? Sí No

¿Es una madre soltera que adopta? Sí No

¿Dio la corte por finalizados sus derechos? Sí No

¿Dio la corte por finalizados sus derechos? Sí No

Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, **alto**. De otro modo:

Si alguna de las respuestas anteriores es Sí, **alto**. De otro modo:

¿Existe una orden de sostenimiento que nombre él para este niño?

¿Existe una orden de sostenimiento que nombre ella para este niño?

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 Hispano/Latino No Hispano/Latino

Etnico Hispano/Latino No Hispano/Latino

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)

Raza: Indio Americano/Nativo de Alaska (Tribu _____)

Asiático Nativo de Hawái/Isleño Pacífico

Asiático Nativo de Hawái/Isleño Pacífico

Negro/Africano Americano Blanco

Negro/Africano Americano 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 5. Marque todos los recuadros correspondientes.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. _____

4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicita SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado

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

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

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____ Menos de tiempo parcial

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) Hispano/Latino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai/Otro Isleño del 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, militar, etc.)

Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona

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

15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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 todos los recuadros correspondientes.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es diferente) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con Ud. _____

4. Masc. Femenino 5. Número de Seguro Social* -- *(opcional si solicita SOLAMENTE para cuidado de niños o servicios médicos de emergencia)

6. Estado Civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado

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

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

9. Último grado que terminó en la escuela _____ GED Recibido Tiemp. com. Tiemp. parc.

10. ¿Está en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de la escuela _____ Menos de tiempo parcial

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) Hispano/Latino No Hispano/Latino

12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Entre nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Africano Americano Nativo de Hawai/Otro Isleño del 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, militar, etc.)

Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Nada aplica a esta persona

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

15. ¿Cuántos días cada mes se queda esta persona en la dirección del solicitante? _____ ¿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? Alimentos Médico Ayuda de emergencia
 Servicios de Planificación Familiar Cuidado del niño Asistencia de dinero efectivo Ninguno (no solicita)

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? 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.

D. Miembros del Hogar Menores de 22 años

¿Necesita usted más páginas? Sí No



Anote la(s) persona(s) menor(es) de 22 años del hogar	Anote el nombre del padre/madre (primero, inicial, apellido)	Marque si padre/madre es difunto	Si la persona menor de 22 no vive con un padre, ¿con quién vive él/ella?	Marque el recuadro correspondiente si: <ul style="list-style-type: none"> • En algún tiempo los padres estaban casados. • La paternidad fue legalmente establecida. • La manutención fue ordenada por la corte. 																																																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco		Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																						
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco			Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																														
	Madre	<input type="checkbox"/> Sí	Nombre	<input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Paternidad <input type="checkbox"/> Manutención # de orden _____																																																																						
	Padre	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco																																																																							

E. Información sobre Cuidado y Desarrollo de Niños (CDC)



¿Necesita usted más páginas? Sí No

1. ¿Necesita ayuda para cubrir el costo del cuidado de niños?

- Sí** ▶ *Indique por qué y complete la siguiente tabla.*
 No
 Trabajo
 Escuela secundaria o GED
 Educación/ entrenamiento aprobada por el DHS o el programa de participación laboral.
 Tratamiento por problema de salud o social (explique) _____

Nombre del niño que necesita cuidado	Nombre del Proveedor	No. de ID del proveedor (si se sabe)	¿A qué hora se cuida el niño? Ejemplo: 8:00 a.m. - 4:00 p.m.
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____
			Dom _____ Mier _____ Lu _____ Ju _____ Ma _____ Vier _____ Sab _____

F. Información Médica

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. Anote a alguien en su hogar que sea víctima de violencia doméstica _____ Ninguno
2. Anote a cualquier niño menor de seis años de edad que no esté al día con sus inmunizaciones (vacunas) _____ Ninguno
3. Anote cualquier niño que esté en el programa de *Early On*® _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono del coordinador de *Early On* _____
4. Anote a cualquier niño que recibe Servicios de Asistencia Médica Especial de Niños _____ Ninguno
5. Anote a alguien que está o ha estado en una clase de educación especial _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de la escuela _____
6. Anote a alguien que vaya a un programa de tratamiento de alcohol o drogas _____ Ninguno
7. Anote a alguien que trabaja con Michigan Rehabilitation Services _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono del consejero de Michigan Rehabilitation Services _____
8. Anote a alguien que da 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 puede 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

G. Cobertura Médica



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

Sí No **▶ Marque qué tipo de cobertura y complete la tabla de abajo.**

- | | | |
|--|--|---|
| <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"/> Cuenta de ahorro para salud |
| | <input type="checkbox"/> Plan/contrato (contrato de cuidado de vida, etc.) | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

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

H. Información de Bienes

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Tiene alguien de su hogar bienes? (incluir bienes poseídos por otra persona)

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuentas de cheque | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado monetario | <input type="checkbox"/> IRA, KEOGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de Club de Navidad | <input type="checkbox"/> Propiedad |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o caja de depósito | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutuos | <input type="checkbox"/> Propiedad (no incluir el 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"/> Lotería/ganancias de juego |
| <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"/> Fondo fiduciario de paciente | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorro | | |
| <input type="checkbox"/> Cuentas de unión crediticia | | |

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, acciones, bonos, vehiculos, cuentas de ahorros, cheques, unión crediticia, ingresos, dinero en efectivo, 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 único (tal como compensación de trabajo, ganancias de lotería, recompensa judicial por demanda de seguro, etc.) dentro de los últimos 60 meses (cinco años)? Sí No

Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
 ▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

- Actúa por un miembro de su hogar que ha puesto dinero, dinero de demanda judicial, ingreso o bienes en un fondo de inversión, anualidad u otro instrumento legal dentro de los últimos 60 meses (cinco años)? Sí No

Si es sí, ▶ ¿Quién? _____ ▶ ¿Qué? _____
 ▶ Fecha / / ▶ ¿Cuánto? \$ _____

I. Información de Vehiculos

¿Necesita usted más páginas? Sí No



¿Alguien en su hogar tiene algún vehículo?

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

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

J. Ingresos de Trabajador Agrícola Migrante o Temporal

¿Necesita usted más páginas? Sí No



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

Sí ▶ **Complete la tabla abajo.** No

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

K. Cambios de Empleo

¿Necesita usted más páginas? Sí No



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

Sí ▶ **Marque todos que aplican y complete la tabla de 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"/> Desempleado Razón _____				
<input type="checkbox"/> Ha sido despedido Razón _____				
<input type="checkbox"/> Está participando en una huelga Razón _____				

L. 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? Sí ▶ **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 los gastos)	Gastos mensuales de empleo por cuenta propia
	□□□/□□□□□□□□			
	□□□/□□□□□□□□			

M. Ingresos de Empleo

¿Necesita usted más páginas? Sí No



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

Nombre de la persona que trabaja _____ Fecha de comienzo / /

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 pago más reciente/último / /

El No. promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otro _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro _____

¿Recibe usted Bonos Comisión o Horas extra? Sí No

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

¿Recibe propinas no incluidas en el cheque? Sí No

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

Nombre de la persona que trabaja _____ Fecha de comienzo / /

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 pago más reciente/último / /

El No. promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otro _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensual Otro _____

¿Recibe usted Bonos Comisión o Horas extra? Sí No

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

¿Recibe propinas no incluidas en el cheque? Sí No

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

N. Otro Ingreso

¿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 de 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 tribu (asistencia general de tribu, reclamaciones de tierra, participación en las ganancias de casino, per cápita, etc.)
 Otro (Derecho de agua/minerales, etc.) Manutención para niños/ N° de exp. de la orden judicial _____

Persona recibiendo/ esperando dinero	Tipo/fuente del ingreso	Con que frecuencia	Cantidad recibido	¿Espera continuar?	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 Retiro del Ferrocarril, anote el (los) número(s) de reclamación(es) _____

3. ¿Hay alguien en su hogar que es veterano? Sí No Si es sí, ¿la persona es:

- Veterano de EE.UU. con una incapacidad. ¿Quien? _____
 Viuda(o) o niño de veterano de EE.UU. fallecido. ¿Quien? _____
 Cónyuge o niño con una incapacidad de un veterano de EE.UU. con una incapacidad. ¿Quien? _____
 Ninguno de estos

¿Hay alguien en su hogar que presentó una solicitud para los beneficios de cuidado médico de VA?

Sí No ¿Quien? _____

¿Hay alguien en su hogar que recibe los beneficios de cuidado médico de VA?

Sí No ¿Quien? _____

O. Beneficios de Incapacidad



¿Necesita usted más páginas? Sí No

1. ¿Hay alguien en su hogar que no recibe beneficios por incapacidad que los solicitó o le han sido denegados?
 Sí ▶ Marque todos los beneficios de incapacidad que aplican y complete la tabla de abajo. No

Persona	Tipo de beneficio	Estado de beneficios	Fecha de acción (si se sabe)
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Ud. mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitud de beneficios <input type="checkbox"/> Beneficios denegados* <input type="checkbox"/> Recursó la negación <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Ud. mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitud de beneficios <input type="checkbox"/> Beneficios denegados* <input type="checkbox"/> Recursó la negación <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Ud. mismo <input type="checkbox"/> Cónyuge <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) <input type="checkbox"/> Otro _____	<input type="checkbox"/> Solicitud de beneficios <input type="checkbox"/> Beneficios denegados* <input type="checkbox"/> Recursó la negación <input type="checkbox"/> Solicitó una audiencia	

*La Administración del Seguro Social ha decidido que el/ella no está incapacitada.

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

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

El problema de salud ha empeorado Nuevo problema de salud Tiene más de un problema de salud

P. Gastos del Cuidado y Mantenición de Dependientes Ordenado por la Corte



¿Necesita usted más páginas? Sí No

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

Persona que paga	Cantidad pagada	Con que frecuencia	Nombre de la persona que recibe 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 manutención ordenada por la corte para niños o cónyuge?

Sí ▶ Marque uno or ambos arriba y complete la tabla de abajo. No

Persona que paga	Número de orden judicial/ No. de exp. 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	

Q. Gastos Médicos

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. Haga una lista de cualquier persona que haya pagado o no los gastos médicos por los servicios proporcionados en los últimos tres meses:

▶ ¿Quién? _____ ¿Qué meses? _____

Indique si alguien pagó primas médicas en los últimos tres meses:

▶ ¿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 de abajo. No

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico | <input type="checkbox"/> Medicinas sin recetas | <input type="checkbox"/> Servicio de animal |
| <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/suministros 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.*

1. 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)

2. ¿Alguien paga por:

Renta que incluye alimentos (alojamiento/comida) Sí ▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No

Alimentos solamente (comida) Sí ▶ \$ _____ Semanal Mensual Otro No

3. Renta del lote de la casa móvil \$ _____ Semanal Mensual Otro

4. Hipoteca/casa móvil/contrato de tierra \$ _____ Semanal Mensual Otro

5. Segundo hipoteca o préstamo de equidad del hogar \$ _____ Semanal Mensual Otro

6. Gastos de vivienda cobrados separadamente de la renta o hipoteca:

Calefacción (gas, electricidad, propano, leña, etc.) Seguro del propietario \$ _____ anual

Refrigeración (incluyendo aire acondicionado) Impuestos de la propiedad \$ _____ anual

Electricidad (no-calefacción) Valoraciones especiales \$ _____ por _____

Agua/alcantarillado Seguro garantizado de la hipoteca \$ _____ por _____

Gas para cocinar Honorarios de la cooperativa/condominio/asociación \$ _____

Basura/recolección de basura Otro _____ \$ _____

Teléfono

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

a. ¿Hay alguien en su hogar que está solicitando FAP y recibió HHC en el **domicilio actual**?

Sí No

b. ¿Hay alguien en su hogar que está solicitando FAP, solicita o tiene expectativas de solicitar, el HHC en el **domicilio actual**?

Sí No

*Si usted está solicitando asistencia médica SOLAMENTE y está en un asilo y tiene cónyuge o dependiente viviendo en su hogar, complete Sección R. Si usted SOLAMENTE está solicitando asistencia médica para OTRO, puede saltar la 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 tribu TANF (efectivo)? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe Pagos de subsidio por Adopción/ Asistencia para Custodia? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____

T. Información que DHS Necesita Saber



Conteste por cada uno de su hogar.

- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido descalificado o que sus beneficios fueron reducidos o parados porque ellos no siguieron las reglas de programa? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido culpable de fraude por recibir dinero en efectivo o asistencia de alimentos de dos o más estados en el 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 una delito mayor relacionado con drogas después del 22 de agosto de 1996? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____ ¿condenado más de una vez? Sí No
- ¿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 actual, quisiera usted registrarse para votar?

Sí
 No

NOTA: Si usted no marca ninguno de los recuadros, DHS asume que usted ha decidido no registrarse para votar por ahora.

El registrarse o no registrarse para votar no afectará 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 para votar.
- rehusar registrarse para votar.
- privacidad en la decisión si hay que registrarse o en la inscripción para registrarse para votar.
- elegir 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. Representante, Guardian, Tutor o 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 otra persona? Sí No
¿Representa usted a la persona que está solicitando? Sí No

Marque uno o ambos.

► **Si se marca Sí para una o ambas preguntas anteriores, 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 con el solicitante (marque todos que aplican)

- Guardian Pariente (específica) _____
 Tutor Otro (específica) _____

¿Si usted es menor de 18 años de edad, está casado? Sí No

W. Declaración

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



Bajo penalidades de perjurio, juro o declaro que he examinado esta solicitud o me ha sido leída, y, en mi mejor conocimiento los hechos son verdaderos y completos. Si soy un tercero solicitando de parte 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.

Certifico que he recibido una copia, he examinado y estoy de acuerdo con las secciones del **Folleto de Información** de la solicitud de asistencia explicando cómo solicitar 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 un especialista de DHS o mi representante es verdad. Entiendo que puedo ser procesado(a) por perjurio si intencionalmente he dado información falsa o engañosa, si intencionalmente he omitido cualquier información o retenido que me cause recibir asistencia a la cual no tengo derecho o más asistencia de cual no tengo derecho. Puedo ser procesado(a) por fraude y/o requerido a reembolsar la cantidad recibido incorrectamente. También se me puede pedir comprobantes de cualquier información que he dado.

Firma del cliente o representante	Fecha	Una vez completada la entrevista en forma personal:	
		Firma del testigo del departamento/ reclutador de migrantes	Fecha

Notas

Notas