

Case Name:  
Case Number:  
Date:  
DHS Office:  
Specialist:  
Phone:  
Fax:  
Specialist ID:

**STATE OF MICHIGAN**  
**Department of Human Services**

If you do not understand this, call a DHS office in your area.  
DHS employees are prohibited by law from providing legal advice.  
Si usted no entiende esto, llame a una oficina de DHS en su área.  
La ley prohíbe a los empleados de DHS proporcionar asesoría legal.  
إذا واجهت صعوبة في فهم هذا الطلب، فاتصل بمكتب DHS الموجود في منطقتك.  
يحرم القانون على موظفي DHS إعطاء النصيحة القانونية.

**ENTER ADDRESSEE NAME**  
**ENTER ADDRESSEE CARE OF**  
**ENTER ADDRESSEE PO BOX OR STREET**  
**ENTER ADDRESSEE CITY/STATE/ZIP**

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.

**DEDUCTIBLE REPORT**  
**INFORME DE DEDUCIBLE**

CADA VEZ QUE UN GASTO MEDICO ES INCURRIDO POR UN MIEMBRO DE SU FAMILIA, COMPLETE UNA LINEA DE ESTA FORMA. DE TODA LA INFORMACION PEDIDA. GUARDE COPIAS DE CUENTAS O RECIBOS PARA TODOS LOS GASTOS MEDICOS, NECESITAMOS VERLOS.

FECHA DE SERVICIO	NOMBRE DE MIEMBRO DE LA FAMILIA	MARQUE UNO	NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL PROVEEDOR	CANTIDAD DEL COBRO	CANT. TOTAL AL DIA
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			
		<input type="checkbox"/> Visita de Doc. <input type="checkbox"/> Receta <input type="checkbox"/> Otro			

Cuando los gastos anteriormente listados, son mayores que su deducible, devuelva este formulario a su especialista inmediatamente. **Puede traer este formulario y la prueba de sus gastos médicos a la oficina o enviarlos por correo. ANTES DE DEVOLVER COMPLETAR, FIRMAR Y FECHAR LA PAGINA 2.**

Nombre del Caso	Numero del Caso	Especialista
-----------------	-----------------	--------------

1. Anote usted y el nombre de cada miembro de su familia que vive con usted.

2. ¿Hay algún miembro de su familia que recibe cualquier ingreso de empleo o por cuenta propia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, complete lo siguiente:	Ganancias Totales Mensuales antes de Deducciones	Cuidado de Niño Mensual Debido a Empleo
Persona trabajando	\$	\$
Persona trabajando	\$	\$

4. Otros ingresos que tiene. Incluya el ingreso de todos los miembros de su familia. Cada línea debe ser completada.			
TIPO DE INGRESO		CANTIDAD MENSUAL	INGRESO DE QUIEN
Beneficios de Seguro Social (RSDI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Ingreso de Seguro Suplementario (SSI)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Beneficios de Retiro o Pensión	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Beneficios de Veteranos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Beneficios de Incapacidades	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Ingreso de Renta	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Compensación de Trabajadores	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Sostenimiento para Niño o Alimenticia	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Compensación de Desempleados	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Asignación Militar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Distribución de Juego (Ganancia Juego Casino)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	

**CERTIFICO AL MEJOR DE MI CONOCIMIENTO, TODAS LAS RESPUESTAS EN ESTA FORMA SON VERDADERAS Y COMPLETAS.**

Firma	Fecha
Firma	Fecha

3. ¿Hay algún miembro de su familia que paga soporte o gastos de custodia? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, complete lo siguiente:	Total Mensual del Soporte Pagado	Total Mensual de los Gastos del Custodia Pagado
Persona Pagando Soporte/Gasto de Custodia	\$	\$
Persona Pagando Soporte/Gasto de Custodia	\$	\$

5. Bienes que usted tiene. Incluya los bienes de todos los miembros de su familia. Cada artículo debe ser completado.			
TIPO DE BIENES		VALOR DE LOS BIENES	DUÑO. DE BIENES
Dinero en efectivo, en caja de depósito o fondo fiduciario de paciente	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Cuentas de cheque, ahorro, o de Unión de Crédito	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Casa, interés por vida (life estate), contrato por vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Propiedad (no su casa)	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Hipoteca, contrato de tierra u otras notas pagables a miembro del hogar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Bonos de ahorro o fondos de mercado monetario	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Acciones o fondos mutual	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
IRA, KEOGH, 401K o cuentas de compensación diferida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Fondos Fiduciarios (Trust Fund(s))	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Seguro de vida	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Anualidad	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Autos, camiones, botes, motocicletas, otros vehículos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Herramientas y equipo, ganado o cultivos	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Contrato de funeral	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Parcela de cementerio(s), ataúd, etc..	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Certificado de depósito (C.D.) o certificados de ahorro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	
Otro	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$	