

GUARDE ESTE FOLLETO EN SUS ARCHIVOS

Solicitud de Asistencia Folleto de Información

Bienvenido al State of Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Tenemos programas para ayudarle a usted y/o a su hogar (todas las personas que viven en su hogar) con comida, cuidado de niños, dinero en efectivo y emergencias. También podemos informarle 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.

¿Usted consumo agua del sistema de agua Flint y vive, trabaja o recibe cuidado de los niños o la educación en una dirección que fue servido por el sistema de agua Flint a partir de Abril 2014 a través de nuestros días? Si es así, puede que desee solicitar la cobertura de atención de la salud en el www.michigan.gov/mibridges o solicitar un DCH-1426, Application for Health Coverage & Help Paying Costs.

Pasos para Recibir Asistencia

- 1 - **Solicite programas de asistencia a través de Internet en www.michigan.gov/mibridges.** Traiga, envíe por correo o por fax su solicitud de asistencia a la oficina de MDHHS en su área. Puede encontrar en el directorio la dirección y el número de teléfono de la oficina de su área, en la sección del gobierno estatal o en línea www.michigan.gov/dhs-countyoffices.
- 2 - **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.**
- 3 - **Conteste las preguntas de la solicitud de asistencia.** Necesitamos sus respuestas para decidir qué tipo de ayuda puede recibir. Usted puede solicitar para todos o algunos de nuestros programas.
- 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 esa carta.** Contiene información importante, que incluye el nombre, número de teléfono y dirección de correo electrónico de su especialista de MDHHS.

Usted tiene el derecho de solicitar ayuda hoy mismo. La fecha en que MDHHS recibe su solicitud de asistencia o formulario de archivo podrá determinar la fecha de inicio de sus beneficios. **Excepción:** Si usted solicita Ingreso de Seguridad Suplementales y beneficios de asistencia de alimentos antes de 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 terminar toda la solicitud de asistencia de hoy, usted puede completar cualquier **formulario de archivo** (en las páginas 9 y 10 o en línea en www.michigan.gov/dhs-forms) o puede entregar su solicitud de asistencia incompleta. Se debe tener su: nombre, fecha de nacimiento (no es necesario para la asistencia alimentaria), la dirección (a menos personas sin hogar), y la firma o la firma de su representante (alguien solicitando de parte de usted).

Antes de que pueda ser aprobado para ayuda, usted debe completar la solicitud de asistencia.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group because of race, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, genetic information, sex, sexual orientation, gender identity or expression, political beliefs or disability.

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

Michigan Department of Health and Human Services لن تمييز إدارة الخدمات الصحية و الانسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة بسبب العرق، أو الديانة، أو العمر، أو الأصل الوطني، أو اللون، أو الطول، أو الوزن، أو الحالة الزوجية، أو المعلومات الجينية، أو الجنس، أو التوجه الجنسي، أو الهوية الجنسية أو التعبير، أو المعتقدات السياسية، أو الإعاقة.

Local office address

MDHHS 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 MDHHS	Normas
	<p>Asistencia de Alimentos (FAP)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Rápida (siete días de proceso)..... 7 días • Programa de Asistencia de Alimentos 30 días 	
	<p>Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC).....30 días</p>	
	<p>Asistencia en Efectivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • Programa de de Asistencia en Efectivo (FIP)..... 45 días • Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)..... 30 días • Asistencia del Estado para Discapacitados (SDA)..... 60 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, cuenta de cheques o ahorros, certificados de ahorros), **o**
- Su 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 de bienes líquidos.

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

* **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.

Entrevistas del Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)

La mayoría de las entrevistas para FAP se hacen 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 Necesitemos Comprobante

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

- Talones de cheques
- Recibos de manutención para niños
- Carta de benedicios del Seguro Social
- Documentos de ingresos y gastos de trabajo por cuenta propia
- Impuestos sobre ingreso

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

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

- Edad y/o identidad
- Estado de inmigración
- Ciudadanía de E.E.U.U
- Embarazo
- Relación
- Matrícula escolar, toda persona entre 6 a 49 años
- Ingreso que comenzó o dejó de recibir recientemente
- Bienes (por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas de cheques/ahorros o de la unión de crédito, etc.)

Si necesita asistencia para obtener comprobantes, pregúntele a su especialista de MDHHS.

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

TABLA DE CONTENIDO

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)	4
Hospitalización para Residentes del Condado (RCH)	4
Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC).....	4
Asistencia en Efectivo (FIP)	6
Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA).....	6
Asistencia del Estado para discapacitados (SDA).....	6
Ayuda de Emergencia del Estado (SER)	7
Servicios para la Manutención de Niños.....	7
<i>Early On</i> ®	7
Programa de Energía del Hogar para Personas de Bajos Ingresos (LIHEAP).....	8
- Crédito por Gastos de Calefacción (HHC)	8
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP)	8

Cosas que Debe Hacer

Dar información Correcta y Reportar Cambios (Todos los Programas).....	8
--	---

Formulario de Archivo

9

Cosas que Debe Hacer (Continuación)

Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)	11
Proveer los Números de Seguro Social (La Mayoría de los Programas)	11
Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas).....	11
Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Vacunarse (FIP)	11
Acciones de Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas).....	11
Seguir las Leyes Laborales y Penalidades (FIP o RCA y FAP)	12
Aplazamientos de Reglas Laborales y Buena Causa (FIP o RCA y FAP).....	13

Datos Importantes

Penalidades, Violación Intencional del Programa o Fraude (FAP, FIP, SDA, CDC)	14
Quejas Generales	15
Derechos a Audiencia	15
Si Usted Piensa que Discriminamos	15
Personas con Discapacidades.....	16
Ciudadanos y No-Ciudadanos/Números de Seguro Social	16
Raza y Etnicidad	16
Violencia Doméstica.....	16
Si Usted Recibe Beneficios Tribales	16
Tarjeta Bridge	17

Acuerdos de Reembolso

Sumas Totales y Beneficios Acumulados (SDA, FIP Financiado por el Estado)	17
---	----

Información De Su Hogar Que Se Compartirá

Información MDHHS Recibirá de Otros	17
Información MDHHS Compartirá con Otros.....	18

Referencias de Sitios de Internet.....

18

Publicaciones

18

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

Programas

Programa de Asistencia de Alimentos (FAP)



FAP provee beneficios que se podrán usar para comprar alimentos (incluyendo semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos) para su hogar. Personas de todas las edades podrán recibir FAP.

Usted puede ser elegible para beneficios de FAP si tiene:

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

Ingreso

La elegibilidad para FAP y la cantidad de beneficios se basan en el ingreso del hogar y el número de personas en su grupo FAP. Cuando analizamos su ingreso, hacemos algunas **deducciones** y consideramos los **gastos permitidos** (véase abajo).

Deducciones de los ingresos contables:

- 20 por ciento del ingreso del trabajo, y
- Una deducción estándar basada en el número de personas en su grupo FAP.

Gastos permitidos:

- Gastos médicos de más de \$35 al mes no pagados por un tercero (para personas con 60 o más años de edad, veteranos discapacitados o personas discapacitadas).

- Ciertos gastos del hogar y utilidades.
- Ciertos gastos de cuidado de niños y de personas discapacitadas.
- Manutención para niños por orden de la corte y que se le pague a alguien que no vive en el hogar.

Entiendo que el hecho de no informar o verificar alguno de los gastos enumerados se considerará como declaración, de que no quiero recibir una deducción por los gastos no informados ni verificados. Las verificaciones tienen que recibirse en un período de 10 días.

Cuéntanos sobre su solicitud de asistencia si ha recibido la calefacción casera de crédito o un pago del Programa de Asistencia de Energía de Michigan en una cantidad superior a \$20 en el mes de la solicitud o dentro de los últimos 12 meses y el calor está incluido en la renta. Si no nos avisa del crédito, supondremos que **no** quiere recibir una deducción por los gastos de calefacción.

Requisitos del programa:

- **Seguir Las Leyes Laborales y Penalidades** - véase la página 12.
- **Servicios de Manutención para Niños** - véase la página 7.
- **Acciones de Manutención para Niños** - véase la páginas 11, 12.

Hospitalización para Residentes del Condado (RCH)

RCH ayuda a las personas de bajos ingresos que no pueden pagar su atención médica cuando son internados en el hospital.

Usted puede ser elegible para RCH si:

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

- No tiene otro seguro que pague su atención de la hospitalización.

Cada condado establece sus propias reglas de elegibilidad financiera.

Para más información, póngase en contacto con la oficina de MDHHS en su área.

Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)



CDC ayuda a pagar el costo del cuidado infantil.

Usted puede ser elegible si es:

- Una familia de bajos ingresos.
- Un padre adoptivo temporal con licencia que solicita cuidado de los hijos adoptivos.

- Miembro de un caso de servicios de protección de MDHHS que participa en un plan de tratamiento.
- Una persona que recibe FIP o Ingreso Seguro Suplementario (SSI).
- Una persona que solicita FIP que hace una actividad requerida del programa de participación en el trabajo.

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

Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC) (continuación)



Usted deberá tener una necesidad de cuidado infantil al momento de aplicar debido a:

- Trabajo.
- Clases para completar la preparatoria (incluyendo General Educational Development (GED), educación básica para adultos, e inglés como segundo idioma).
- Estudios o entrenamientos aprobados.
- Actividades de tratamiento aprobadas para un padecimiento de salud o social.

El cuidado infantil debe ser proporcionado en Michigan por:

- Centro infantil con licencia.
- Casa de cuidado en grupo con licencia.
- Casa de cuidado en familia registrada.
- Michigan Department of Education (MDE) proveedores sin licencia inscritos en el cuidado infantil que han completado *The Great Start to Quality Orientation* y:
 - Que provea cuidado en el hogar del niño, o
 - que tenga relación sanguínea, matrimonio o por adopción como abuelo/bisabuelo, tío/tío abuelo, o hermano y provea cuidado en su propia casa.

Para hacer la solicitud para ser proveedor sin licencia, llene la solicitud en www.michigan.gov/childcare y siga las instrucciones que aparecen en la solicitud.

No se permite la inscripción si el proveedor, o un miembro adulto del hogar de 18 o más años de edad que viva con el proveedor, es culpable de ciertos crímenes o se encuentra en el registro central debido a abuso o negligencia de niños.

¿Qué es que paga el departamento?

Pago de CDC

El monto del pago de CDC puede que no cubra todos los gastos de cuidado del niño. El departamento paga una parte del costo del cuidado infantil para las familias aprobadas.

Las tarifas de reembolso actuales y la elegibilidad escala de ingresos se pueden encontrar en www.michigan.gov/childcare.

Usted es responsable de los gastos del cuidado de niños que no cubra el programa CDC.

Requisitos del programa:

- **Servicios de manutención del Niño** - véase la página 7.
- **Acciones de la Manutención del Niño** - véase la páginas 11, 12.

Recursos:

- Puede obtenerse más información sobre el programa CDC en línea en www.michigan.gov/childcare.
- Si necesita ayuda para encontrar un proveedor elegible de cuidado infantil, comuníquese con su Great Start to Quality Resource Center (Centro de Recursos de Great Start to Quality Resource Center) al 877-614-7328 o visite www.greatstarttoquality.org.

Asistencia en Efectivo (FIP)

Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)



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

- **FIP** es asistencia en efectivo temporal para familias de bajos ingresos con niños menores o mujeres embarazadas.
- **RCA** es asistencia temporal en efectivo para las personas recientemente admitidos a los Estados Unidos (EE.UU.) como refugiados.

Para calificar para FIP o para RCA, deberá tener:

- Bajos ingresos, y
- Bienes en efectivo de menos de \$3,000 y activos de propiedad de menos de \$200,000.

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

- Está embarazada.
- Es padre/madre, tutor legal, o pariente que actúa como padre/madre de un niño menor de 18 años (o un estudiante de secundaria de 18 años de edad). Los menores entre 6 y 18 años tienen que asistir a la escuela a tiempo completo.

Límite de tiempo de FIP:

No puede recibir FIP durante más del límite federal de tiempo de 60 meses o el límite estatal de por vida de 48 meses, salvo que califique para un mes de excepción o exención. Esto incluye toda asistencia en efectivo que pueda haber recibido en otro estado.

Se prohíbe usar FIP o RCA para comprar boletos de lotería, alcohol, productos de tabaco, para juegos y apuestas, actividades ilegales, salones de masajes, balnearios, tiendas de tatuajes, actividades de pago de fianzas, entretenimiento para adultos, viajes en cruceros, u otros asuntos no esenciales.

Usted puede ser elegible para RCA si:

- Es refugiado (o alguien que se considere refugiado) según el United States Citizenship and Immigration Services (USCIS).
- Hace menos de ocho meses de su fecha de entrada a los EE.UU., y
- No es elegible para FIP.

El cantidad de asistencia de FIP o RCA se basa en:

- El número de personas en su hogar.
- Los gastos de manutención para niños por orden de la corte y pagados por su hogar
- Ingresos totales.

Pagos de manutención para niños. Todos los meses en que usted reciba FIP, la manutención actual que cobremos en su nombre la retiene el estado. Si obtiene manutención en un mes en que recibe FIP, tiene que informarlo a su oficina local de MDHHS, y es posible que tenga que reembolsarlo. Si la manutención que cobramos es más que su asistencia de FIP durante al menos dos meses, podremos cerrar su caso de FIP, para que pueda obtener directamente los pagos de manutención para niños.

Requisitos del programa:

- **Seguir Las Leyes Laborales y Multas** - véanse las páginas 12, 13, 14.
- **Servicios de Manutención para Niños** - véanse las página 7.
- **Acciones de Manutención para Niños** - véanse las páginas 11, 12.
- **Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Vacunarse (FIP)** - véanse las página 11.

Asistencia del Estado para Descapacitados (SDA)



SDA provee asistencia en efectivo para satisfacer las necesidades básicas de una persona con una discapacidad, una persona que cuide a alguien con una discapacidad, o personas en un arreglo especial de vivienda.

Se prohíbe usar SDA para comprar boletos de lotería, alcohol, productos de tabaco, para juegos y apuestas, actividades ilegales, salones de masajes, balnearios, tiendas de tatuajes, actividades de pago de fianzas, entretenimiento para adultos, viajes en cruceros, u otros asuntos no esenciales.

Se considera que una persona está incapacitada por lo siguiente motivos (los motivos de discapacidad pueden cambiar):

- Tener 65 o más años de edad.
- No poder trabajar por 90 días o más debido a una condición médica.
- Recibir Ingresos del Seguro Suplementario (SSI) o beneficios de Discapacidad del Seguro Social.
- Recibir asistencia médica con base en discapacidad o ceguera.

- Recibir servicios de educación especial.
- Recibir Michigan Rehabilitation Services
- Haber recibido un diagnóstico de SIDA.
- Vivir en un hogar de cuidado temporal para adultos, un asilo de ancianos, una enfermería del condado, o un centro de tratamientos para abuso de drogas.

Usted puede ser elegible para SDA si no es elegible para FIP y reúne alguna de las siguientes condiciones (los motivos de discapacidad pueden cambiar):

- Tiene 65 o más años de edad.
- Está permanente o temporalmente **discapacitado**.
- Atiende a una persona con una discapacidad que vive con usted.

Y usted tiene:

- Bienes en efectivo de menos de \$3,000 y bienes de propiedad de menos de \$200,000 **y**
- Bajos ingresos (límites diferentes para personas solteras y casadas).

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

Ayuda de Emergencia del Estado (SER)

SER provee asistencia limitada a hogares que tienen bajos ingresos y que tienen una emergencia. SER ayuda a prevenir el daño serio a las personas y familias que tengan una emergencia que amenace su salud o seguridad.

Usted puede ser elegible para SER si:

- Tiene bajos ingresos y bienes limitados.
- La situación de emergencia no es probable que ocurra de nuevo (ejemplo: ayuda con los pagos de renta o hipoteca, tiene que mostrar que tiene suficiente ingreso para pagar los gastos de vivienda en el futuro).
- Usted ha hecho ciertos pagos requeridos en sus facturas de vivienda, calefacción, electricidad y/o servicios públicos.
- El cantidad que necesita está dentro de nuestras posibilidades.

Los servicios cubiertos incluyen:

- Pagos de reubicación para evitar o eliminar la falta de hogar.*
- Pagos de hipoteca, seguro y/o impuestos sobre la propiedad para evitar la confiscación, ejecución hipotecaria o venta debido a impuestos.*
- Reparaciones limitadas de casa.
- Facturas de calefacción, electricidad y servicios públicos.
- Costos de entierro.
- * MDHHS colabora con Salvation Army para dar vivienda de emergencia en todo el estado.

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

Para solicitar la SER, completar el DHS-1514 IR solicitud en línea en www.michigan.gov/mibridges.

Servicios para la Manutención de Niños

FAP, CDC, y Asistencia en Efectivo:

La Oficina de Manutención del Niño (OCS) es parte de MDHHS y es responsable del programa de manutención para niños en Michigan. La OCS colabora con la fiscalía (PA), Friend of the Court (FOC) y agencias en otros estados.

La meta de OCS es garantizar que los padres mantengan a sus hijos. La manutención para niños puede incluir:

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

Los servicios de manutención para niños pueden ayudar a:

- Localizar a los padres de un niño.
- Establecer a un padre legal de un niño por:
 - Documentos de paternidad voluntarios.
 - Acción de la corte para establecer la paternidad.
- Establecer y hacer cumplir una orden del juez para apoyar las necesidades financieras y médicas del niño.

Usted tiene que cooperar con los servicios de manutención para niños si:

- Uno o ambos padres del niño no viven en el hogar con el niño.

- Usted recibe servicios de cuidado infantil, alimentos o dinero en efectivo por parte de MDHHS.

OCS enviará una carta pidiéndole que complete una forma en línea o llamar OCS. Siga las instrucciones de la carta.

Manutención de los hijos de familias que no reciben Asistencia

Usted no tiene que recibir asistencia de MDHHS para solicitar servicios de manutención del niño.

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

- Aplicación en línea en www.michigan.gov/michildsupport;
- Imprima una forma DHS-1201 de la página de Internet de MDHHS en www.michigan.gov/dhs-forms.
- Llame a la OCS al teléfono **866-540-0008**; o
- Envíe una solicitud por escrito a:

**Office of Child Support
Case Management Unit
PO Box 30750
Lansing, MI 48909-8250**

Si completa una solicitud en línea, se envía automáticamente a la Oficina de Manutención de Niños. Devuelva la forma DHS-1201 completada al MDHHS en su área local, a la PA o al FOC local, o a la dirección arriba indicada.

Early On®

Early On coordina los servicios para las familias que tienen hijos de edad 0 (nacimiento) a 3 años con una incapacidad, con retraso en el desarrollo u otra condición médica de ese tipo.

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

- Informarle si el niño es elegible.
- Ayudarlo a decidir si desea recibir servicios de Early On para su hijo.

No hay costo alguno por una evaluación de elegibilidad para Early On.

Los servicios de Early On pueden incluir: servicios de evaluación, audiología, servicios médicos de diagnóstico, identificación temprana, capacitación de habilidades familiares, servicios de salud, visitas a domicilio, servicios de enfermería, consejería nutricional, terapia ocupacional, patología, servicios psicológicos, reconocimientos, coordinación de servicios, servicios de asistencia social, equipos especiales, instrucciones especiales, terapia del habla, transporte, terapia (familiar, grupal, individual) y servicios de la vista.

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 en dinero federal que se entrega a cada estado para ayudar a las personas y familias de bajos ingresos con los gastos de calefacción. En Michigan, ese dinero se usa para los siguientes programas:

- Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC).
- Ayuda de Emergencia del Estado (SER) – véase la página 7.
- Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP).

Crédito para la Calefacción del Hogar (HHC)

El HHC está disponible a **todos** los hogares de bajos ingresos, incluso a aquellos cuya renta 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 en lugares que tengan disponibles las formas fiscales (en línea en www.michigan.gov/treasury, selecciones Income Tax Forms de la Treasury Quick List en la página principal). No tiene que presentar una declaración de impuestos estatal para recibir el HHC. La elegibilidad se basa en el ingreso, el número de exenciones fiscales y los costos de calefacción del hogar.

Programa de Asistencia para la Impermeabilización del Hogar (WAP)

WAP es un programa de conservación de energía residencial para familias de bajos ingresos, financiado con fondos federales, y disponible a propietarios y arrendatarios de bajos ingresos en Michigan. Estos servicios reducen el uso de la energía y bajan las facturas de servicios públicos. Dichos servicios pueden incluir:

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

Solicitudes para WAP están disponibles en su oficina de impermeabilización local.

Recursos:

- **LIHEAP** - llame gratis a la Línea de Asistencia de MDHHS al 855-275-6424 (855-ASK-MICH).
- **HHC** - www.michigan.gov/heatingassistance o llamar al Michigan Department of Treasury al 517-636-4486.
- **Impermeabilización** - www.michigan.gov/heatingassistance.

Cosas que Usted Debe Hacer

Al firma la solicitud de asistencia, usted está de acuerdo en hacer lo siguiente:

Dar Información Correcta y Reportar Cambios (Todos los Programas)

Información correcta. Tiene que dar al MDHHS, información correcta y completa sobre usted y todas las personas en su hogar.

Si usted nos da información incorrecta o incompleta a propósito, o no reporta un cambio, es posible que se procese por perjurio o fraude, o se le nieguen los beneficios. (Véase, "Penalizaciones, Violación del Programa Intencional o Fraude" en la página 14, para más información).

Reportando cambios. Informe a su especialista de MDHHS sobre los cambios o reportelos en línea dentro de los **10 días** del cambio.* Si tiene alguna duda sobre si hay que reportar un cambio, contacte a su especialista de MDHHS. Su especialista de MDHHS le explicará si hay diferentes reglas que aplican en su caso, tales como reportes simples.

Los tipos de cambios que tiene que reportar son:

- Inicio y paro de empleo (dentro de los 10 días de recibo de su primer/último pago) o cambios de empleo.
- Un cambio en la tarifa de pago (dentro de los 10 días al recibo del primer pago que refleje el cambio).

- Cuentas de banco (apertura/cambio/cierre), venta/compra de propiedad, etc.
- Cambio de horas de trabajo de más de cinco horas por semana, si esto durará más de un mes.
- Ingreso no salarial, inicio y paro de ingreso (como Seguro Social, Beneficios por Desempleo o Jubilación, etc.).
- Ingreso no salarial por más de **\$50 al mes para la mayoría de los programas.**
- Cambio en bienes.
- Cambio de dirección.
- Costos de vivienda o servicios públicos que paran, empiezan o cambian
- Toda persona que se mude o desaloje su casa.
- Cambios en la necesidad del cuidado infantil, costos o proveedor.
- Cambios en la cantidad pagada o recibida de manutención para niños.
- Primas de seguro médico o de salud y cambio de cobertura.
- Cambios en la asistencia escolar de un niño.

Si se declaró en bancarrota, tendrá que enviar una copia del aviso oficial de bancarrota a: MDHHS, Legal Services, PO Box 30037, Lansing, MI 48909.

* Excepción: Solo para FIP, debe informar cuando un niño deje el hogar dentro de los cinco días desde la fecha en que sepa que estará ausente durante 30 días o más.

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

Formulario de Archivo

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Usted tiene derecho a solicitar asistencia ahora. Si no puede llenar toda la solicitud de asistencia hoy, puede llenar esta formulario de archivo y devolverlo a la oficina de MDHHS en su área para proteger su fecha de solicitud.* En caso que solicite solo FAP, tiene que llenar su nombre, dirección (salvo una persona sin hogar) y su firma o la de su representante. La fecha en que MDHHS reciba su formulario de archivo puede afectar la fecha de comienzo de sus beneficios. MDHHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia llena antes de que se puedan aprobar sus beneficios.

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

Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, MDHHS debe ayudarle. Si ellos le niegan la ayuda, usted puede llamar al 855-275-6424.

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

Intérprete Lengua de señas Dispositivo de audición (ALD) Otro _____

En caso que no hablé inglés, ¿qué idioma habla? _____

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

2. Estoy solicitando para:

- Programa de Asistencia de Alimentos(FAP)** (Siete días de proceso puede comenzar hoy si llena la parte de atrás de este formulario y su hogar califica).
- Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)** (ayuda con los costos del cuidado de niños).
- Asistencia en Efectivo(FIP – Programa de Independencia Familiar, RCA – Asistencia en Efectivo Para Refugiados, SDA –Asistencia del Estado para Discapacitados)** (asistencia con dinero en efectivo para mujeres embarazadas, familias con niños, refugiados, adultos discapacitados, personas que cuidan a adultos discapacitados que viven en su hogar o residentes con necesidades de vivienda especiales)

3. Nombre legal (nombre, segundo nombre, apellido; nombre de nacimiento, si es otro) _____ **4.** Masculino **5. Fecha de nacimiento**
 Femenino [] [] / [] [] / [] [] [] []

Necesario para la FAP

6. Número de Seguro Social** **7. Número de teléfono** **8. Número para mensajes**
[] [] [] - [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] [] [] [] [] - [] [] [] - [] [] [] []

**Voluntariamente si SOLO solicita cuidado infantil o asistencia médica de emergencia. No se requiere para la FAP.

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

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____

10. Dirección Postal (si es diferente de arriba o casilla postal)***

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
_____	_____	_____	_____

*** Necesario para la FAP

Firma

Bajo pena de perjurio, juro o declaro que he revisado esta formulario de archivo o leída por mí y que, a mi mejor conocimiento, los datos son verdaderos y completos. Si soy un tercero que hace la solicitud en nombre de otra persona, juro que esta formulario de archivo ha sido revisada o leída al solicitante y que, a mi mejor conocimiento, los datos son verdaderos y completos.

Firma del cliente o representante	Fecha
_____	_____

Necesario para la FAP

Programa de Asistencia de Alimentos Rápida Siete Días de Proceso



- ¿Todas en el hogar por lo general comprar y preparan la comida juntos? Sí No
Si no, indique quien no participa _____
- ¿Cuál es el cantidad total de bienes en efectivo que tiene su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuenta de ahorros, de cheques, bono de ahorros, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el ingreso bruto por mes (antes de deducciones como impuestos) de su hogar?
(Incluya ingreso, beneficios de desempleo, manutención para niños, beneficios de Seguro Social, etc.) \$ _____
- ¿Recibe alguien en su hogar beneficios de una tribu de distribución de alimentos? Sí No
En caso que sí, indique quién _____
- ¿Cuál es la cantidad total que usted paga de renta y/o hipoteca, impuestos de la propiedad, seguro de casa mensual, etc.? \$ _____
- ¿Paga usted la calefacción? Sí No
- ¿Usted paga el refrigeración (incluyendo aire acondicionado de cuarto)? Sí No
- Si usted no paga calefacción o refrigeración, indique qué servicios paga:
 Electricidad no-calefacción Agua/alcantarillado
 Teléfono Gas para cocinar Basura

9. ¿Es alguien en su hogar trabajador agrícola migrante o temporal?
 Sí ▶ **Complete la tabla de abajo.** No

		Fecha	Cantidad de pago bruto
¿Ha recibido alguien algunos ingresos del mismo agricultor en los 30 días antes de la fecha de solicitud?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No		
¿Espera alguien recibir más ingreso este mes?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No		
¿Ha recibido alguien un anticipo para viajes?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No		
¿Ha perdido alguien recientemente su única fuente de ingreso?	<input type="checkbox"/> Sí ▶ Nombre de la persona(s): <input type="checkbox"/> No	Fecha del último pago	Cantidad de pago bruto

10. Nombre 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	

Solicitud de Asistencia

Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Instrucciones



Marque TODOS los programas que está solicitando. Los siguientes símbolos de los programas aparecen en cada sección de preguntas de la solicitud. Estos símbolos le indican que preguntas tiene usted debe contestar para cada programa. Para más información sobre los programas, vea el **Folleto de Información**.

- Programa de Asistencia de Alimentos (FAP).**
- Desarrollo y Cuidado Infantil (CDC)** (ayuda con los gastos para cuidado de niños).
- Programa de Asistencia en Efectivo (FIP – Programa de Asistencia en Efectivo, RCA – Programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados, SDA – Asistencia del Estado para Discapacitados)** (ayuda con dinero en efectivo para mujeres embarazadas, familias con niños, refugiados, adultos discapacitados, personas que cuidan adultos discapacitados que viven en su hogar o residentes en una vivienda con arreglos especiales).

Si contesta todas las preguntas de la solicitud de asistencia, podemos determinar si usted es elegible para el programa(s) que ha seleccionado anteriormente.

Por favor escriba sus respuestas.

Si no puede llenar toda la solicitud ahora, puede llenar la forma de archivo en la página anterior de este folleto de información o en línea en www.michigan.gov/mibridges o en www.michigan.gov/dhs-forms. La fecha en que MDHHS reciba su solicitud de asistencia o forma de archivo puede afectar la fecha de inicio de sus beneficios. MDHHS todavía tendrá que recibir su solicitud de asistencia completa antes de ser aprobado cualquier beneficio.

If you need help filling out this application, MDHHS must help you. If you are refused help, you may call 855-275-6424.

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

Si usted necesita ayuda para llenar esta solicitud, MDHHS debe ayudarlo. Si ellos le niegan la ayuda, puede llamar a 855-275-6424.

- ¿Si no habla inglés o tiene una discapacidad, como podemos ayudarlo?
 Intérprete Lengua de señas Dispositivo de ayuda auditiva (ALD) Otro _____
- ¿Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

إن كنت بحاجة الى مساعدة في ملء هذا الطلب فيجب على MDHHS تقديم المساعدة لك ، فيمكنك الاتصال بالرقم التالي : 855-275-6424
 ١ إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من اعاقة ، فكيف يمكننا مساعدتك؟
 مترجم شفهي لغة الإشارة اجهزة مساعدة للسمع (ALD) غير ذلك _____
 ٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية ، فما هي اللغة التي تتكلمها ؟ _____

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

Este formulario se emite bajo autoridad del Código de Regulaciones Federales (CFR) 42 CFR 435.907; 7 CFA 273.2(d); y las Secciones 25 y 59 de la Ley 280 de las Leyes Públicas de 1939, según se enmendaron, y la Ley Pública 280 de 1939. Tiene que llenar este formulario si quiere que el departamento considere su solicitud de asistencia financiera, de alimento o de servicios de cuidado para niños.

A. Información de Dirección



1. **Marque dónde vive:** Casa/apartamento/casa móvil Sin hogar Otro _____

*¿Comparte esta casa / apartamento / casa móvil con otros? Para CDC solamente Sí No

Si vive en una institución o tiene un arreglo de vivienda especial, o ha vivido en uno de estos en los últimos tres meses, marque a continuación qué tipo:

- | | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Hogar para ancianos | <input type="checkbox"/> Hospital | <input type="checkbox"/> Cárcel/prisión | <input type="checkbox"/> Centro residencial juvenil |
| <input type="checkbox"/> Casa de grupo para niños | <input type="checkbox"/> Enfermería del condado | <input type="checkbox"/> Emergencia vivienda/refugio | <input type="checkbox"/> Centro comunitario de justicia |
| <input type="checkbox"/> Casa de cuidado temporal para adultos | <input type="checkbox"/> Centro de enfermería | <input type="checkbox"/> Centro de tratamiento para drogas o alcohol | <input type="checkbox"/> Albergue de violencia doméstica |
| <input type="checkbox"/> Casa de huéspedes | <input type="checkbox"/> Institución psiquiátrica o de salud mental | | <input type="checkbox"/> Casa de rehabilitación |
| | | | <input type="checkbox"/> Vivienda con asistencia |

¿En qué fecha espera salir, o en qué fecha salió de la institución?

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

No sé la fecha

No aplica

Nombre de la institución _____

2. **Dirección donde vive usted, o de la institución** (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

3. **Dirección postal** (si es diferente de arriba o apartado de correos)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

4. Teléfono de casa -- Teléfono celular -- Teléfono del trabajo --

Número de teléfono para dejar un mensaje -- ¿De quién es el número? (nombre/relación) _____

Número de teléfono (TTY) -- Dirección de correo electrónico _____

5. ¿Se ha cambiado usted, o recibió ayuda, de otro estado en algún momento después de agosto de 1996? Sí No

En caso que sí, ¿qué estado? _____ ¿Qué condado? _____

Fecha(s) recibió asistencia de otro estado _____ ¿Qué tipo de asistencia? _____

Fecha que se cambió a MI /____/____ ¿Nombre de su trabajador del caso? _____ Número de teléfono del trabajador --

6. ¿Tienen usted y su hogar intención de quedarse en Michigan (MI)? Sí No

7. ¿Vino usted o alguien de su familia a MI con compromiso de trabajo o buscando trabajo? Sí No

8. Si usted es trabajador agrícola migrante o temporal, anote su dirección permanente de correo abajo.

Dirección permanente de correo (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote)

--

Ciudad	Estado	Código postal	Condado

B. Información de Asistencia de Alimentos



- ¿Todas las personas en el hogar generalmente compran y preparan la comida juntos? Sí No
Si no, indique quién no lo hace _____
- ¿Cuál es la cantidad total de bienes en efectivo que pertenece a su hogar?
(Incluya dinero en efectivo, cuenta de ahorros, de cheques, bonos de ahorros, etc.) \$ _____
- ¿Cuál es el total de ingreso bruto por mes (antes de deducciones) de su hogar?
(Incluya ingresos, beneficio de desempleo, manutención de niños, beneficios de Seguro Social, etc.) \$ _____
- ¿Hay alguien en su hogar que recibe beneficios de distribución de alimentos de tribu? Sí No
En caso que sí, quién _____
- Si asiste a una escuela técnica, universidad, etc. usted vive en un dormitorio o tiene un plan de comidas?
 Sí No

C. Información Sobre Usted y su Hogar



- Responda por TODAS las personas en su hogar (todos los que viven en el hogar). Incluya a las personas que no están allí todo el tiempo, aun si no está solicitando para ellos. ANÓTESE USTED MISMO PRIMERO.**
- Si usted es extranjero con un patrocinador que ha aceptado apoyarle económicamente, aun si él/ella no lo está haciendo, incluya la información del patrocinador en uno de los siguientes recuadros.**
- Espacios para cinco personas más en su hogar están disponibles en los próximos cinco páginas.**
¿Necesita más páginas para su hogar? Si No

Respuesta para persona 1. Marque todos los recuadros que apliquen.

- Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted
YO MISMO
- Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* - -
- Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
- ¿Esta persona es un ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y usted es un extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
- Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí, ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo / /
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
- Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Tiempo completo Medio tiempo
 Menos de medio tiempo
- ¿Esta en escuela ahora? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
- Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
- Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Negro/Afroamericano
 Nativo de Hawaii/otras islas del Pacífico Blanco
- ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Temporalmente ausente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador temporal Niño adoptivo Cuidador no relacionado Víctima de trata de personas
- Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
- ¿Cuántos días de cada mes se queda esta persona en la dirección de la aplicación? _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)
- ¿Qué clase de ayuda necesita esta persona?
 Cuidado del niño Asistencia de Dinero en Efectivo Alimentos Ninguno (no solicita)

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado de niños. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.

*/** Para FAP, consulte las páginas 11 y 16 de este folleto.

Conteste para persona 2. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo /____/____
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Víctima de trata de personas
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguno (no solicita)
 Cuidado de niños

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ____/____/____ Fecha de Separación ____/____/____ Fecha de Divorcio ____/____/____
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
_____	____/____/____	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
_____	____/____/____	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*/** Para FAP, véanse las páginas 11 y 16 de este folleto.

Conteste para persona 3. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo /____/____
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Víctima de trata de personas
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguno (no solicita)
 Cuidado de niños

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ____/____/____ Fecha de Separación ____/____/____ Fecha de Divorcio ____/____/____
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*/** Para FAP, véanse las páginas 11 y 16 de este folleto.

Conteste para persona 4. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo /____/____
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Víctima de trata de personas
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguno (no solicita)
 Cuidado de niños

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ____/____/____ Fecha de Separación ____/____/____ Fecha de Divorcio ____/____/____
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*/** Para FAP, véanse las páginas 11 y 16 de este folleto.

Conteste para persona 5. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo /____/____
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Víctima de trata de personas
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguno (no solicita)
 Cuidado de niños

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ____/____/____ Fecha de Separación ____/____/____ Fecha de Divorcio ____/____/____
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre	Fecha de nacimiento	NSS
Nombre (primer, inicial, apellido)	____/____/____	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre	Fecha de nacimiento	NSS
Nombre (primer, inicial, apellido)	____/____/____	_____
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.

*/** Para FAP, véanse las páginas 11 y 16 de este folleto.

Conteste para persona 6. Marque todos los recuadros que apliquen.

1. Nombre (primero, inicial, apellido, nombre de nacimiento, si es otro) _____ 2. Fecha de nacimiento _____ 3. Parentesco con usted _____
4. Masculino Femenino 5. Número de Seguro Social* --
6. Estado civil Casado Nunca casado Divorciado Viudo Separado
7. ¿Es esta persona ciudadano de EE.UU.? Sí No **Si no es, y es extranjero documentado, indique su fecha de entrada: _____
Nombre de soltera de la madre _____ Lugar de nacimiento _____ (condado, ciudad, estado)
8. Embarazada ahora/últimos dos meses Sí No Si es sí ▶ Fecha prevista de parto/ fin de embarazo /____/____
Número esperado/que tuvo Uno Gemelos Trillizos Otro _____
9. Último grado que terminó la escuela _____ Recibió GED Turno completo Medio turno
 Menos de medio turno
10. ¿Estudia actualmente? Sí No Si es sí, ▶ Nombre de escuela _____
 K-12 GED Colegio Escuela comercial Universidad Vocacional Otra
11. Origen étnico (opcional) Hispano/Latino No Hispano/Latino
12. Raza (opcional) Indio Americano/Nativo de Alaska – Escriba nombre de tribu _____
 Asiático Nativo de Hawai/otras Islas del Pacífico Negro/Afroamericano Blanco
13. ¿Está la persona en alguna de las siguientes clasificaciones? (marque todo lo que aplique) Refugiado o asilado Patrocinador de un extranjero
 Trabajador agrícola migratorio Niño adoptivo temporal Padre adoptivo temporal Ausente temporalmente (colegio, ejército, etc.)
 Trabajador agrícola temporal Niño adoptivo Tutor sin parentesco Víctima de trata de personas
14. Si la persona actualmente está fuera de la casa ▶ ¿Por qué? _____ Fecha que espera regresar _____
15. ¿Cuántos días al mes se queda esta persona en la dirección de la solicitud _____ ¿en otra dirección? _____
Otra dirección? _____ (número, calle, ruta rural, número de apartamento/lote, ciudad, estado, código postal)

16. ¿Qué tipo de ayuda necesita esta persona? Alimentos Asistencia de Dinero en Efectivo Ninguno (no solicita)
 Cuidado de niños

17. Si esta persona es menor de 22 años, complete esta sección:
¿Quién pagó los gastos de nacimiento del niño Estado Padres Otra persona
¿Cuál era el estado civil de la madre durante el embarazo de este niño? _____
Si estaba Casada o Divorciada: Fecha de Matrimonio ____/____/____ Fecha de Separación ____/____/____ Fecha de Divorcio ____/____/____
Orden/condado/estado: _____ Orden/condado/estado: _____
Si era soltera, Fecha de Concepción ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
¿Tiene una Declaración Jurada de Paternidad (AOP) o una orden judicial nombró a alguien como padre? Sí No
En caso que sí, # de orden/AOP _____ Fecha ____/____/____ Ciudad: _____ Estado ____ País _____
En caso que no, ¿hay más de un padre posible? Sí No, En caso que Sí, **Alto**
Si no se le indica alto, llene lo siguiente para cada padre:

Padre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es este el mismo padre descrito para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es padre adoptivo soltero? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que lo nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico del padre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

Madre		
Nombre (primer, inicial, apellido)	Fecha de nacimiento	NSS
Edad aproximada (si no sabe fecha de nacimiento): _____		
¿Vive en la casa? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Falleció? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Es esta la misma madre descrita para otro niño anterior? <input type="checkbox"/> Sí, nombre: _____ <input type="checkbox"/> No		
¿Es madre adoptiva soltera? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Ha cancelado la corte sus derechos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En caso que Sí a alguna pregunta anterior, alto . Si no: ¿Existe una orden de manutención que la nombre para este menor? # Orden ____ Condado ____ Estado ____ País ____		
Último Empleador conocido y dirección _____		
Mes/año del último trabajo ____/____		
Estatura ____ Peso ____ Color de pelo ____ Color de ojos ____		
Origen étnico: <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 Hawai/Islands del Pacífico		
<input type="checkbox"/> Negro/Afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco		
Seguro médico de la madre que cubre a este menor: Compañía de seguros _____ # Póliza _____		

* Opcional si ÚNICAMENTE solicita cuidado infantil. ** Aplica solo a solicitantes de FIP, RCA y FAP.
*/** Para FAP, véanse las páginas 11 y 16 de este folleto.

D. Miembros del Hogar Menores de 22 años

¿Necesita usted más páginas? Sí No



Anote la(s) personas menor(es) de 22 años del Hogar	Anote nombre del padre/madre (primero, inicial, apellido)	Marque si padre/madre es difunto	Si la persona menor de 22 años no vive con un padre, ¿con quién vive él/ella?	Marque los recuadro(s) si: • En algún tiempo los padres estaban casados. • La paternidad fue legalmente establecida. • La manutención es por orden de 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	<input type="checkbox"/> Sí	Parentesco	

F. Información Médica

¿Necesita usted más páginas? Sí No



Los solicitantes de FAP solo tienen que responder las preguntas 5, 7, 8 y 9.

1. Anote a alguien en su hogar que sea víctima de violencia doméstica _____ Ninguno
2. Anote a cualquier niño de 6 años de edad que no esté al día con sus inmunizaciones (vacunas) _____ Ninguno
3. Anote cualquier niño que está en el programa *Early On*® _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de coordinador de *Early On*® _____
4. Anote a alguien que está o ha estado en una clase de educación especial _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de escuela _____
5. Anote a alguien que vaya a un programa de tratamiento de alcohol o drogas _____ Ninguno
6. Anote a alguien que trabaja con Michigan Rehabilitation Services _____ Ninguno
Nombre y número de teléfono de consejero de Michigan Rehabilitation Services _____
7. Anote a alguien que da cuida a un niño, cónyuge u otra persona con una discapacidad en la hogar _____ Ninguno
8. ¿Es el cuidador puede y está disponible para trabajar además de cuidar a alguien? Sí No
9. Anote a cualquier persona que solicita asistencia que no puede física 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?

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

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

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? (incluya bienes que 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 cheques/ahorros | <input type="checkbox"/> Cuentas de mercado monetario | <input type="checkbox"/> IRA, KEOGH, 401K, o cuentas de compensación diferida(s) |
| <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Cuentas de club de Navidad | <input type="checkbox"/> Bienes raíces/inmuebles |
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo o caja de depósito | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutuos | <input type="checkbox"/> Bienes raíces/inmuebles (sin incluir donde usted vive) |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso o anualidades | <input type="checkbox"/> Contrato de terreno, hipoteca u otros documentos por pagar a los miembros del hogar | <input type="checkbox"/> Herramientas/equipos/ganado/cultivos |
| <input type="checkbox"/> Estado de vida | <input type="checkbox"/> Terreno de cementerio, ataúd, etc. | <input type="checkbox"/> Lotería/ganancias de apuestas |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vida | <input type="checkbox"/> Fondo de fideicomiso para pacientes | |
| <input type="checkbox"/> Fideicomiso de entierro/contrato para funeral | <input type="checkbox"/> Otro (derecho de mineral, cualquier otra cuenta, fondos, recursos, beneficios en especie, etc.) | |

Cuentas de unión de crédito

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

2. ¿Hay alguna persona en su hogar:

- Ha vendido o regalado bienes, terrenos, acciones, bonos, vehículos, cuentas de ahorros, cheques, ingreso, efectivo, etc., o cerrado cuentas o eliminado o agregado un nombre a alguno de los bienes en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

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

- Ha interpuesto una demanda que pueda generar dinero, bienes, etc. ? Sí No

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

- Ha recibido un pago único (como compensación de trabajo, ganancias de lotería, recompensa en judicial por demanda de de seguro, etc.) en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

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

- Actúa por otro miembro de sue hogar, que ha puesto dinero, dinero de una demanda judicial, ingreso o bienes en un fideicomiso, anualidad o instrumento legal en los últimos 60 meses (5 años) o (en los últimos 3 meses para FAP)? Sí No

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

- Ha recibido un reembolso de impuestos federales en los últimos 12 meses? Sí No

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

I. Información de Vehículos



¿Necesita usted más páginas? Sí No

¿Alguien en su hogar tiene algún vehículos?

Sí ▶ Marque todos los que apliquen y llene la siguiente tabla. No

- Auto Camión Barco Cárper/tráiler Motocicleta RV Otros vehículos

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

J. Ingreso de Trabajador Agrícola Migrante o Temporal

¿Necesita usted más páginas? Sí No



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

Sí ▶ **Complete la tabla abajo.** No

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

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

Marque todos 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"/> Voluntariamente redució el número de horas de trabajo 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. Ingreso por Cuenta Propia (incluso varios trabajos)

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Trabaja alguien 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 que trabaja 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 trabajo 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 trabaje.**

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 este empleo? Sí No

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

Número promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otra _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Otra _____

¿Recibe usted Bonos Comisión o Horas extras? Sí No

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

¿Recibe propinas que no incluidas 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 este empleo? Sí No

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

Número promedio de horas que espera trabajar _____ por Semana Período de pago Cantidad de pago \$ _____ Por hora Sueldo Otra _____

Frecuencia de pago: Semanal Cada dos semanas Dos veces al mes Mensualmente Otra _____

¿Recibe usted Bonos Comisión o Horas extras? Sí No

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

¿Recibe propinas que no incluidas 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 que reciba, o espere recibir (ha solicitado), algunos ingreso además de ganancias?

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

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social (RSDI) | <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Suplementario (SSI) | <input type="checkbox"/> Beneficios por discapacidades |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de pensión/retiro | <input type="checkbox"/> Ingreso de Refugiados Reasentamiento (solo FAP) | <input type="checkbox"/> Beneficios por desempleo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación del Ferrocarril | <input type="checkbox"/> Compensación del trabajadores | <input type="checkbox"/> Ingreso de alquiler |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de veteranos | <input type="checkbox"/> Dinero de amigos o parientes, etc. | <input type="checkbox"/> Renta de habitaciones y/o pensión |
| <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Ingreso de intereses/dividendos | <input type="checkbox"/> Subvención compartida de refugiado |
| <input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otros notas pagables a un miembro del hogar | | |
| <input type="checkbox"/> Ingreso/pagos de tribu (asistencia general de tribu, reclamaciones de tierra, participación en las ganancias de casinos, per cápita, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Otro (devolución de impuestos, derecho de agua/minerales, dinero/beneficios en especie, etc.) | | |
| <input type="checkbox"/> Manutención de niños/ No. del caso de la orden judicial _____ | | |

Persona recibiendo/ esperando dinero	Tipo/Fuente del ingreso	Con que frecuencia reciba	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 Jubilación del Ferrocarril, anote el (los) número(s) de reclamación(es) _____

3. ¿Alguien en su hogar sirvió en la escuela militar o en las fuerzas armadas? Sí No

Si es sí,

¿Ha alguien que sirvió en la escuela militar o en las fuerzas armadas posee una discapacidad?

¿Quién? _____

¿Es alguien viudo(a) o hijo de una persona fallecida que haya sirvió en la escuela militar o en las fuerzas armadas?

¿Quién? _____

¿Es alguien cónyuge o hijo de una persona con discapacidad que participó en la escuela militar o las fuerzas armadas?

¿Quién? _____

¿Hay alguien en el hogar que esta en el servicio activo en el ejército de Estados Unidos?

¿Quién? _____

¿Hay alguien en el hogar que esta en el servicio activo en la Guardia Nacional o la Reserva?

¿Quién? _____

Ninguno de estos.

O. Beneficios por Discapacidad

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Hay alguien en su hogar, que no está recibiendo beneficios por discapacidad, solicitado o se les ha negado los beneficios por discapacidad? Sí No **▶ Marque todos los beneficios por discapacidad que aplican y complete la tabla de abajo.** No

Persona	Tipo de beneficio	Estado de beneficio	Fecha de acción (si se sabe)
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted 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"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitado una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted 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"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitado una audiencia.	
	<input type="checkbox"/> Seguro Social No. de reclamación _____ <input type="checkbox"/> Usted 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"/> Apeló la negación. <input type="checkbox"/> Solicitado una audiencia.	

* Administración del Seguro Social ha decidido que él/ella no está discapacitada.

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

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

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

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

¿Necesita usted más páginas? Sí No



1. ¿Alguien con trabajo, escuela o entrenamiento paga el cuidado de un niño, miembro de la familia con discapacidades?

Sí No **▶ Complete la tabla de abajo (NO incluya la cantidad pagada por MDHHS o alguien más).** No

Persona que paga	Cantidad pagada	Con qué frecuencia	Nombre de persona que recibe cuidado
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	
	\$ _____	<input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otra	

2. ¿Alguien en su hogar paga manutención por orden de la corte para niños cónyuge/pensión alimenticia?

Sí No **▶ Marque uno o 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. Lista de cualquiera que haya pagado o gastos médicos no pagados por los servicios prestados en los últimos tres meses:

▶ ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____

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

▶ ¿Quién? _____ ¿Cuáles meses? _____

2. ¿Alguien en su hogar tiene gastos médicos en curso?

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

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Cuidado médico | <input type="checkbox"/> Tarjeta de medicina con receta | <input type="checkbox"/> Prima por seguro de salud |
| <input type="checkbox"/> Cuidado dental | <input type="checkbox"/> Dentaduras | <input type="checkbox"/> Prima de Medicare |
| <input type="checkbox"/> Hospitalización | <input type="checkbox"/> Lentes | <input type="checkbox"/> Equipos médicos/suministros |
| <input type="checkbox"/> Transporte para cuidado médico | <input type="checkbox"/> Audífonos | <input type="checkbox"/> Servicios de cuidado/tarea personales |
| <input type="checkbox"/> Cuarto de emergencia | <input type="checkbox"/> Prótesis | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Asilo | <input type="checkbox"/> Servicio de animal | |
| <input type="checkbox"/> Medicinas sin receta | <input type="checkbox"/> Honorarios de tutor/conservador | |

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

R. Gastos de Vivienda



Marque los cuadros que aplican y llene la cantidad.

1. Renta \$ _____ (indique SOLAMENTE la cantidad que paga, **NO** la cantidad que paga HUD, vales de elección de vivienda la Sección 8, MSHDA, etc.)

Semanal Mensual Otro

2. Alguien paga para:

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

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

3. ¿Renta de lote de casa móvil? \$ _____ Semanal Mensual Otro

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

5. ¿Segunda hipoteca o préstamo de equidad del hogar? \$ _____ Semanal Mensual Otro

6. Gastos de vivienda cobrados aparte de la renta o hipoteca: Tipo de combustible (leña, gas, propano)

Calefacción (gas, eléctrica, propano, leña, etc.) Seguro de propiedad \$ _____ al año

Refrigeración (incluye aire acondicionado) Impuestos de propiedad \$ _____ al año

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

Agua/alcantarillado Seguro de garantía de hipoteca \$ _____ por _____

Gas para cocinar Cuota de cooperativa/condo/asociación \$ _____

Basura/recolección de basura Exceso de los costos de refrigeración cuando la calefacción eléctrica no está incluido en el alquiler \$ _____

Teléfono Otro _____ \$ _____

7. ¿Alguien en su hogar que está solicitando FAP recibió el Crédito para la Calefacción Inicio (HHC) en una cantidad más de \$20 para este mes o dentro de los últimos 12 meses? Sí No

8. Alguien en su hogar que está solicitando FAP ha recibido ayuda de energía relacionada a la ayuda de Emergencia del Estado (SER) el pago o el Programa de Asistencia de Energía Michigan (MEAP) el pago de una cantidad superior a \$20 para este mes o dentro de los últimos 12 meses? Sí No

S. Recibo de Beneficios



1. ¿Hay alguien en su hogar que alguna vez ha solicitado o recibió beneficios de Michigan en el pasado? Sí No
▶ Si es sí, ¿bajo qué nombre(s)? _____
(apellido de soltera, alias, ex marido, etc.)
▶ Si es sí, ¿a que número de seguro social que recibió los beneficios. _____
▶ Si es sí, ¿recibió alguna vez una tarjeta Bridge? Sí No
Si es sí, ¿quién? _____
2. ¿Alguien en su hogar recibe beneficios de Mujeres, Infantes, Niños (WIC)? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
3. ¿Hay alguien en su hogar recibe beneficios de tribu TANF (efectivo)? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
4. ¿Hay alguien en su hogar recibe Pagos de subsidio por Adopción/Asistencia para Custodia? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
5. Si asiste al colegio, universidad, etc., ¿está inscribió en/pagar un plan de comidas? Sí No
▶ Si es sí, ¿cuántas comidas a la semana incluye el plan? _____

T. Información que MDHHS Necesita Saber



Responda por todas las personas en su hogar.

- ¿Hay alguien ha sido descalificado, reducido o suspendido sus beneficios por no haber seguido las reglas del programa en algún estado, incluyendo Michigan? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
▶ Si es sí, ¿en qué estado? _____
- ¿Hay alguna vez alguien ha declarado culpable de fraude o firmado un convenio de recuperación y/o trámites disqualificación para recibir asistencia en efectivo o alimentos a partir de dos o más estados para el mismo período de tiempo? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____ ¿Qué programa(s)? _____
Si es sí, ¿Qué estado(s)? _____
- ¿Hay alguien que este huyendo de la persecución de delito grave, una orden de arresto pendiente o la cárcel? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____
- ¿Hay alguien que alguna vez ha sido culpable por un delito mayor 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 esté en violación de período de prueba o libertad condicional? Sí No
▶ Si es sí, ¿quién? _____

U. Oferta de Registro para Votar de Solicitud del Estado de Michigan



¿Si usted no está registrado para votar en su dirección actual, quisiera usted registrarse para votar? Sí No

NOTA: Marcar “sí” no lo registra para votar. Si marca ‘sí’ o no responde, se le enviará una solicitud de registro para votar.

Aplicar o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que recibirá de este departamento. Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de registro de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud de registro de votantes en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a:

- registrarse para votar,
- negarse a registrarse para votar.
- la privacidad para decidir si se debe registrarse o solicitar registrarse para votar
- elegir usted su propio partido político u otra preferencia política.

Usted puede presentar una queja ante:

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

V. Representante, Guardián, Tutor o Persona que Ayuda con la Solicitud



1. ¿Si usted es elegible para asistencia de alimentos, quisiera usted que otra persona tenga una tarjeta Bridge y tenga acceso a sus beneficios de alimentos para que le haga sus compras? Sí No
Esta persona debe ser alguien de confianza.

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

2. ¿Usted está llenando esta solicitud por otra persona? Sí No **Marque una o ambos.**
¿Está usted representando a la persona que solicita? Sí No

► **Si marcó Sí en una o ambas preguntas arriba, complete la información siguiente:**

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

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

Ciudad _____ Estado _____ Código postal _____

Parentesco del representante con el solicitante (<i>marque todo lo que aplican</i>)	Si usted es menor de 18 años de edad, ¿está casado(a)?
<input type="checkbox"/> Guardián <input type="checkbox"/> Pariente (<i>especifique</i>) _____	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<input type="checkbox"/> Tutor <input type="checkbox"/> Otra (<i>especifique</i>) _____	

W. Declaración

IMPORTANTE: Antes que usted firmar 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 incluida la información sobre la situación de ciudadanía y alien de los miembros que solicitan beneficios. Si soy un tercero solicitando de parte de otra persona, juro que esta solicitud ha sido examinada por o leída al solicitante, y, en me 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** del la solicitud de asistencia explicando cómo solicitar y recibir ayuda: los Programas, Cosas que Debe Hacer, Cosas Importante de Saber, Acuerdos de Reembolso, e Información Acerca de Su Hogar Que Será Compartida.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información que he escrito en este formulario o dicho a mi especialista de MDHHS o mi representante es cierto. Entiendo que puedo ser procesado por perjurio si intencionalmente he dado información falsa o engañosa, tergiversado, escondido, o negado los hechos que pueden causar mí recibir la asistencia que no debería recibir o más ayuda de lo que debería recibir. Yo puedo ser procesado por fraude y/o ser requerido a pagar la cantidad indebidamente recibida. Entiendo que puedo pedir que mostrar prueba de cualquier información que he dado.

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

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Reembolsar los Beneficios Adicionales (Todos los Programas)

Si usted o alguien en su hogar reciben beneficios para los que no son elegibles, los adultos en el hogar tienen que reembolsar los beneficios adicionales. Los beneficios tienen que reembolsarse incluso si no hubo ningún fraude. Si MDHHS comete un error, los adultos en el hogar tienen que reembolsar los beneficios adicionales.

Para FAP, un representante autorizado (alguien que tenga acceso a sus beneficios de alimentos y que puede hacerle sus compras) también puede ser responsable de reembolsar los beneficios adicionales de FAP.

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

Para la mayoría de los programas, bajo la ley federal 42 USC 1320b-7, usted tiene que proveer los números de Seguro Social de cada **solicitante**.

Las excepciones incluyen:

- Cuando **solo** se solicita para cuidado de niños, no tiene que proveer un número de Seguro Social para los adultos o menores que no necesiten cuidado de niños.
- Cuando solicita para FAP, usted no tiene que proveer un número de seguro social para cualquier persona que no se aplica.
- Los clientes de FAP quedan exentos de proveer y obtener un número de Seguro Social con base en creencias religiosas.

Recuperación. MDHHS puede retener parte de sus beneficios futuros como reembolso de los beneficios adicionales que usted recibió.

Tráfico ilícito. Los beneficios de FAP que se vendan o negocien se consideran beneficios adicionales y deben ser reembolsados.

El compartir de la información. En caso que usted o alguien en su hogar recibieron beneficios adicionales, la información de la solicitud de asistencia, incluyendo número de Seguro Social, puede ser proporcionada a las agencias federales, estatales y privadas para ayudar con la recuperación.

MDHHS puede ayudarlo a solicitar los números de Seguro Social. Dé a MDHHS el número de Seguro Social tan pronto lo reciba. Si no lo hace, es posible que se le reduzcan o nieguen sus beneficios. Es posible que tenga que reembolsar un pago en exceso.

MDHHS usará los números de Seguro Social para verificar si usted es elegible y recibe los beneficios correctos. MDHHS usa los números de Seguro Social para verificar información con otras agencias. (Véa “Información de su Hogar que se Compartirá”).

Buscar Otros Beneficios (La Mayoría de los Programas)

Usted tiene que solicitar los demás beneficios para los que pueda calificar, como:

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

- Beneficios de la Administración de Veteranos.

MDHHS le informará si tiene que presentar una solicitud para los beneficios.

Si usted no busca beneficios cuando se le requiere, sus beneficios de MDHHS pueden ser reducidos, cerrados o se negados.

Vacunar a los Niños Menores de 6 Años – Conseguir Vacunas (FIP)

Los niños menores de 6 años de edad tienen que vacunarse según lo recomienda el Michigan Department Health and Human Services.

Los beneficios en efectivo pueden ser reducidos en \$25 por mes hasta que sus niños estén actualizados con sus vacunas.

Un niño está exento del requisito de las vacunas si:

- Este tiene menos de dos años de edad.
- Las vacunas no son médicamente convenientes para el niño.
- Las vacunas van en contra de las creencias religiosas de la familia.

Acciones de la Manutención para Niños (La Mayoría de los Programas)

Usted recibirá una carta sobre el programa de manutención para niños si:

- Recibe FIP, FAP o CDC; y
- Uno o más de los padres del menor no viven con el menor.

Lea y siga las instrucciones de la carta. Usted tendrá que proporcionar más información acerca de usted mismo, el menor (es) en su casa y los padres del menor (es). La carta le dirá que complete un formulario en línea o que llame a OCS.

Mientras usted recibe beneficios de FIP, FAP o CDC, tiene que seguir colaborando con la Oficina de Manutención para Niños, el abogado Fiscal, y el Amigo de la Corte para buscar la paternidad y/o manutención.

Buena Causa. MDHHS no requerirá que busque la paternidad o la manutención si tiene buena causa.

Para reclamar una buena causa, hable con su especialista de MDHHS y solicite la forma “Reclamación de Buena Causa” (DHS-2168). Es posible que se le solicite el comprobante .

Si usted no coopera con las acciones de manutención para niños cuando se requiera, y no tiene un motivo de buena causa, MDHHS hará todo lo siguiente durante por lo menos un mes:

- Suspender los beneficios de asistencia de alimentos para la persona que no coopere.
- Negar o suspender sus beneficios de cuidado infantil.
- Negar o suspender la ayuda económica por completo de su hogar.
- Negar SER por incumplimiento con un requisito de FIP.

*Ver páginas D-H de este folleto.

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

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Acciones de Mantenimiento para Niños (La Mayoría de los Programas) (continuación)

Cuando recibe una subvención de FIP, usted le da (asigna) a MDHHS toda manutención actual suya (manutención conyugal) o un niño menor en su hogar (manutención para niños). Esto significa que, cuando obtiene FIP, es posible que parte de la manutención conyugal o de niños que usted reciba de otra persona se le entregue a MDHHS para reembolsar parte de la subvención de FIP.

Es posible que usted reciba un pago de manutención para niños que se le adeude mientras esté recibiendo FIP. Si recibe un pago de manutención para niños,

llame a su oficina local de MDHHS para averiguar si puede conservar el mismo. Si su especialista de MDHHS le dice que el pago se le envió por error, tiene que devolver el dinero. Si usted no devuelve el dinero, es posible que usted pierda su asistencia de FIP o que se vea reducida.

Si el monto de manutención recolectada por el MDHHS supera su asistencia de FIP durante por lo menos dos meses, es posible que MDHHS cierre su caso FIP de manera que usted pueda recibir directamente los pagos de manutención.

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

Sus reglas laborales dependen de si recibe asistencia en efectivo bajo FIP o RCA, beneficios de FAP sin asistencia en efectivo, o beneficios de FAP con límite de tiempo.

Reglas laborales sobre asistencia en efectivo de FIP o RCA. Su familia tiene que llenar una Herramienta de Evaluación Automatizada de Familias (FAST) y crear un Plan de Auto-suficiencia Familiar (FSSP). Los requisitos de FAST y FSSP son solo para FIP. El FSSP enumera las actividades de trabajo que usted tiene que hacer hasta 40 horas por semana para poder recibir FIP. Usted diseña el plan con su especialista de MDHHS y el programa de participación en el trabajo. Sólo para RCA, usted debe desarrollar un Plan Familiar de Auto-suficiencia Refugiados (RFSSP).

- Llenar el FAST (solo para FIP).
- Ayudar a hacer y cumplir un FSSP (solo para FIP) o RFSSP (RCA solamente).
- No abandonar un trabajo, ni rechazar ni reducir las horas de trabajo.
- No ser despedido de un trabajo debido a mala conducta o por faltar al trabajo.
- Cumplir las actividades asignadas de trabajo y/o auto-suficiencia.

Penalizaciones de romper las reglas de trabajo de FIP o RCA. Si usted rompe las reglas laborales de FIP o RCA sin una buena causa (véa "Buena Causa" en la página 13), MDHHS:

- Le negará su solicitud (puede volver a solicitarla).
- Suspenderle FIP a toda su familia durante tres meses la primera vez, durante seis meses la segunda vez y permanentemente la tercera vez.
- Contar todos sus meses de penalidades hacia su límite estatal de por vida de 48 meses (solo para FIP).
- Suspenderle RCA a usted durante al menos tres meses (pero es posible que el resto de su hogar sea elegible).
- Si recibe tanto FIP como FAP, podremos:
 - Suspender o reducir sus beneficios de FAP durante al menos un mes si no se le excusa de las reglas laborales de FAP.

- Contamos la cantidad de su asistencia de FIP como ingreso.

Reglas laborales de FAP. Todos los miembros del grupo que no cumplan los criterios de exclusión serán registrados para el trabajo y pueden ser requeridos a realizar un trabajo específico que incluye la cooperación con el empleo y las actividades de entrenamiento. (AVISO: Si recibe Asistencia en Efectivo y de alimentos, tiene que seguir las reglas laborales de FIP).

- **Si trabaja**, usted no puede:
 - Abandonar un empleo de más de 30 horas a la semana.
 - Reducir voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 a la semana sin una buena causa.
- **Si no está trabajando**, o si trabaja menos de 30 horas a la semana, no puede:
 - Rechazar una oferta de trabajo.
 - Rechazar participar en actividades requeridas relacionadas con su empleo, que debe realizar para poder recibir FAP.

Penalizaciones por romper las reglas laborales de FAP. Si recibe FAP y rompe las reglas laborales sin una buena causa, sus beneficios se le suspenderán o se le reducirán:

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

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

Es posible que en su caso apliquen límites de tiempo y requisitos de trabajo especiales si usted:

- Es una persona sin una discapacidad,
- Tiene al menos 18 años de edad pero menos de 50 años; y
- Vive en un hogar donde no hay niños menores de 18 años de edad (familiar o no).

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

Cosas que Usted Debe Hacer (continuación)

Aplazamientos de Reglas Laborales y Buena Causa (FIP o RCA y FAP)

Aplazamiento de reglas laborales (exento). Es posible que algunas personas que reciben asistencia de alimentos o dinero en efectivo queden exentos de las reglas de trabajo. Si usted recibe FIP y se le dispensa de las reglas de trabajo, es posible que tenga que hacer otras actividades. Si cree que debe ser exento de las reglas de trabajo, hable con su especialista de MDHHS.

AVISO: Las razones de ser exento pueden cambiar.

Usted puede ser exento de reglas laborales de FIP o RCA si usted:

- 65 años o mayor.
- Un padre de un bebé menor de 2 meses. Una vez que el bebé tenga 6 semanas, puede que se la asignen actividades para fortalecer la familia.
- Trabajando 40 horas a la semana.
- Cuida 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 con limitaciones médicas.
- Experimenta una situación de violencia doméstica (determinada por MDHHS).

Usted puede ser exento de reglas laborales de FAP si usted:

- 60 años o mayor.
- Cuida personalmente a un niño menor de 6 años de edad que recibe FAP en su caso.
- Trabaja 30 horas a la semana o gana al menos el salario mínimo por 30 horas a la semana.
- Asiste a la escuela secundaria, educación para adultos o un programa de GED al menos por medio turno.
- Lesionado, enfermo o cuida personalmente a un miembro de su hogar con una incapacidad.
- Embarazada con complicaciones médicas.
- Solicitando FAP en una oficina del Seguro Social.
- En un tratamiento o programa de rehabilitación para abuso de sustancias.
- Solicita o recibe beneficios por desempleo.
- Apelando la negación de los beneficios por desempleo.

Buena causa. Usted tiene derecho a reclamar buena causa si cree que debería ser exento de las reglas laborales de FIP, RCA y/o FAP. Si cree que tiene un

motivo de buena causa, contacte a su especialista de MDHHS de inmediato. AVISO: los motivos de buena causa pueden cambiar.

FIP o RCA o FAP – Razones de buena causa:

- Un acontecimiento o factor no planeado que no permite cumplir las reglas de trabajo (por ejemplo, violencia doméstica, religión, salud o riesgo de seguridad o no tener hogar).
- Enfermedad o lesión.
- Usted solicitó cuidado de niño que no se le proporcionó.
- Usted solicitó servicios de transporte que no le fueron proporcionados.
- Un viaje largo al trabajo (más de dos horas al día o más de tres horas al día con cuidado de niños).
- Usted abandonó un trabajo para tomar otro similar.
- Su trabajo le requería cometer actividades ilegales.
- Usted no puede realizar el trabajo debido a padecimientos físicos o mentales.
- Discriminado por su empleador con base en su edad, raza, religión, país de origen, color, estatura, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o incapacidad.
- Usted está trabajando 40 horas a la semana y gana al menos el salario mínimo del estado.
- No se le ofreció un ajuste razonable.

Solo para FAP – Es posible que usted tenga una razón de buena causa si usted/su:

- Está aplazado.
- Se mudó debido al trabajo o educación/entrenamiento de otro miembro del hogar.
- Tiene un empleo que le requiere jubilarse o afiliarse, renunciar o no afiliarse a un sindicato u organización laboral.
- Tiene un empleo que está en huelga o en una localidad en paro laboral.
- Tiene condiciones de trabajo irrazonables.
- Le han ofrecido un empleo que esté fuera de su experiencia laboral durante los primeros **30 días** como participante obligatorio en el trabajo bajo FAP.
- El empleador no puede mantenerle la promesa de trabajo.

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

Datos Importantes

Penalidades, Violación Intencional del Programa o Fraude (FAP, FIP, SDA, CDC)

Llame al 800-222-8558 para comunicar toda sospecha de fraude con los beneficios sociales.

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

Fraude/IPV – Si creemos que usted cometió fraude/IPV, nosotros podemos tener una audiencia administrativa, presentar cargos criminales o que le solicitemos que firme voluntariamente un acuerdo de descalificación.

Tráfico ilícito de FAP – Usted puede ser culpable de fraude/IPV si el comercio, intento de comerciar o vende sus beneficios de FAP o tarjeta Bridge en línea o en persona. No puede usar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenezcan a otro hogar. Usted no puede usar los beneficios de FAP o tarjetas Bridge para comprar otra cosa que no sean alimentos, semillas y plantas para cultivar sus propios alimentos en su hogar.

En caso que se compruebe en la corte que es culpable de **fraude**:

- Usted está sujeto a multas penales (por ejemplo, multas hasta de \$250,000, tiempo de cárcel/prisión hasta de 20 años, o ambos). Puede que se le acuse bajo otras leyes federales y la corte puede impedir que reciba beneficios durante 18 meses adicionales; **y**
- Tiene que reembolsar todos los beneficios adicionales que haya recibido debido al fraude/IPV; **y**
- Quedará descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP – véase la tabla abajo.

En caso que se compruebe en una audiencia administrativa que es culpable de **IPV** o si firma voluntariamente una descalificación:

- Será descalificado para recibir beneficios de FIP/SDA y/o FAP – véase la tabla abajo, **y**
- Tendrá que reembolsar los beneficios adicionales que haya recibido debido al fraude/IPV.

Penalidades de CDC - La violación de las reglas del programa puede resultar en una descalificación de 6 meses, 12 meses o de por vida.

<p>Si hace alguno de los siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hace una declaración falsa o errónea. • Esconde, falsifica o retiene hechos para recibir o continuar recibiendo beneficios. • Comercio, intento de comerciar o vender menos de \$500 en beneficios de FAP o tarjetas Bridge en línea o en persona. • Usar o intentar usar FAP o beneficios en efectivo para comprar artículos ilegales, como bebidas alcohólicas o tabaco. • Compra las bebidas con beneficios de FAP luego vaciar inmediatamente el contenido y devolver el contenedor para el dinero en efectivo. • Usar o intentar beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenezcan a otra persona para el hogar. 	<p>Usted perderá los beneficios de FIP/SDA y/o FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Un año por la primera violación. • Dos años por la segunda violación. • Toda la vida por la tercera violación.
<p>Si a usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Encontrado por un corte o una audiencia administrativa por falsificar su identidad o donde vive para recibir beneficios bajo dos o más casos al mismo tiempo. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si a usted:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Lo condena una corte por falsificar su identidad o donde vive para recibir beneficios* bajo dos o más casos al mismo tiempo. <p>*Beneficios incluye los programas financiados bajo el Título IV-A de la Ley del Seguro Social, Medicaid y el Ingreso Suplementario de Seguridad.</p>	<p>Usted perderá los beneficios de FIP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 10 años.
<p>Si a algún miembro de su hogar se le declara culpable en la corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Negociar los beneficios de FAP por drogas. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Dos años por el primer delito. • Toda la vida por el segundo delito.
<p>Si a algún miembro del hogar se le declara culpable en la corte de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Comercio o intentar negociar beneficios FAP por armas de fuego, municiones o explosivos. • Comercio, comprar o venta o el intento de negociar, comprar o vender beneficios FAP de \$500 o más para que no sea comida nada en línea o en persona. • Pagar o tratar de pagar por los alimentos comprados a crédito con FAP. 	<p>Usted perderá los beneficios de FAP durante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • De por vida.

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

Datos Importantes (continuación)

Quejas Generales

Los clientes tienen derecho a presentar quejas en general sobre asuntos a parte del derecho a solicitar asistencia, quejas contra la discriminación o sobre las audiencias. Las quejas por escrito pueden enviarse a:

Michigan Department of Health and Human Services
Specialized Action Center
235 S. Grand Avenue
PO Box 30037
Lansing, MI 48909
O llamar al 855-275-6424 o 855-ASK-MICH.

Derechos a Audiencia

Si no está de acuerdo con una decisión que MDHHS hace negar, reducir o terminar los beneficios, o por no actuar con rapidez razonable, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia.

Audiencias del programa de asistencia alimentaria pueden ser solicitadas por teléfono a su especialista. Audiencias para todos los demás programas deben ser solicitadas por escrito. La solicitud debe incluir su nombre, dirección y número de caso. Adjuntar una copia de este aviso, si es posible. Ir a www.michigan.gov/documents/FIA-Pub18_14356_7.pdf para descargar una forma para usar, o póngase en contacto con su especialista para solicitar un formulario.

- Envíe la solicitud firmada y fechada al coordinador de audiencias en la oficina del Department of Health and Human Services.
- Guarde una copia de la solicitud y cualquier otro documento que se adjunta por sí mismo.
- En la audiencia se puede explicar por qué cree que la acción es incorrecta y presente pruebas.

- MDHHS debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 90 días de la fecha de envío del presente o no se concederá una audiencia.
- MDHHS debe recibir su solicitud de apelación dentro de los 10 días de la fecha de envío del presente anuncio para seguir recibiendo sus beneficios.

Usted puede ser obligado a devolver toda la ayuda que recibe mientras está pendiente su apelación si: (1) la acción propuesta por el Departamento se mantiene en la decisión de la audiencia, o (2) su solicitud de apelación se retira, o (3) usted o su representante autorizado no asiste a esta audiencia.

Usted puede elegir cualquier persona que lo represente. Si esa persona no es un abogado o no es designado por un tribunal, nos debe dar su autorización firmada y la persona que se desea representar también debe firmar la solicitud. Adjuntar una copia de la orden del tribunal si la persona es designado por el tribunal para ayudarlo. El Michigan Administrative Hearing System denegará la solicitud de una audiencia administrativa formulada por el representante si no proporciona prueba de la autorización.

Si Usted Piensa que Discriminamos

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El U.S. Department of Agriculture también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service al 800-877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form, (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información

solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al 866-632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, DC. 20250-9410
- (2) fax: 202-690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP), las personas deben comunicarse con el número directo al USDA SNAP Hotline al 800-221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del U.S. Department of Health and Human Services (HHS), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201, o llame al 202-619-0403 (voz) o al 800-537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

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

Datos Importantes (continuación)

Personas con Incapacidades

Usted no tiene que decirnos sobre su incapacidad pero hay ciertas asistencia que solo están disponible para personas con una incapacidades. Si usted o alguien en su hogar tiene una incapacidad, podemos hacer excepciones o proveerle asistencia especial.

Informe a su especialista de MDHHS si requiere ayuda.

Si no nos cuenta sobre alguna incapacidad ahora, puede hacerlo después.

Si se le niega asistencia especial o una excepción que usted necesite debido a una incapacidad, y cree que la negación fue un error, puede presentar una queja de discriminación ante:

USDA - Ver dirección en la sección anterior.

MDHHS, Americans with Disabilities Act Coordinator

PO Box 30037, Suite 708

Lansing, MI 48909

855-275-6424

**Ciudadanos y No-Ciudadanos/Números de Seguro Social

Los números de Seguro Social y los documentos de inmigración NO se requieren para una persona que:

- No solicita asistencia.
- Solo esté solicitando cuidado de niños. (Tiene que dar el número de Seguro Social del niño y tiene que ser ciudadano de EE.UU. o mostrar documentos de inmigración).

Los demás miembros elegibles de su hogar sí podrán recibir asistencia.

Es posible que usted tenga que dar información sobre el ingreso y los bienes de todas las personas en su hogar, incluso si no están solicitando asistencia.

Recibir asistencia de alimentos o de emergencia no afectará su situación migratoria. Si usted está aquí ilegalmente, esto puede afectar su capacidad de permanecer en EE.UU.

Para ciertos programas, las **personas que declaren su ciudadanía EE.UU.** tienen que mostrar comprobante de ciudadanía e identidad. El comprobante aceptable de ciudadanía incluye, entre otras cosas, un pasaporte estadounidense, un certificado de naturalización, o una acta de nacimiento EE.UU. que indique su nacimiento en EE.UU., o sus territorios.

A las personas que reciban SSI, Seguro Social, Medicare, o asistencia de adopción, niños adoptivos temporales y bebés recién nacidos bajo el programa de "entrega segura" no se les requiere proveer comprobante de ciudadanía de EE.UU., para los programas de MDHHS.

Raza y Etnicidad

Responder a las preguntas sobre su raza y origen étnico es voluntario. Si no responde a esas preguntas, su elegibilidad o niveles de beneficios no se afectarán.* La información se recopila para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color o el país de origen.

**Si usted decide no contestar a esas preguntas, su especialista de MDHHS puede elegir una respuesta por usted.*

Violencia Doméstica

Es posible que podamos dispensarle ciertos requisitos de un programa (como trabajar, buscar trabajo, buscar manutención de niños o asistir a la escuela) si participar:

- Lo pondría a usted o a un miembro de su familia en peligro de daño físico o emocional.
- Lo sometería a abuso sexual.
- Le sería injusto con usted.

Usted está autorizado a recibir servicios completos de violencia doméstica. Contacte a la oficina de MDHHS en su área o a su especialista de MDHHS para recibir más información o para acceder a esos servicios.

Recursos:

- En línea: www.michigan.gov/domesticviolence.
- DHS-Pub-859, ¿Hay alguien que está dañándole a usted o a sus niños? en línea: www.michigan.gov/dhs-publications.

Si Usted Recibe Beneficios Tribales

Usted no puede recibir beneficios de alimentos del programa tribal de distribución de alimentos y del programa de asistencia de alimentos al mismo tiempo.

No puede recibir TANF (efectivo) tribal de una tribu y beneficios económicos de FIP de MDHHS al mismo tiempo.

**Ver páginas D-H de este folleto

Las organizaciones tribales pueden recibir fondos de LIHEAP del gobierno federal. Los pagos están limitados a la cantidad más alta disponible de MDHHS o de la organización tribal. MDHHS le solicitará proveer cualquier pago tribal de LIHEAP que usted reciba.

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

Tarjeta Bridge

Tiene acceso al dinero en efectivo y/o beneficios de alimentos al usar una tarjeta de débito. La tarjeta de débito se llama Tarjeta Bridge o tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Llame a la línea de Servicios al Cliente EBT gratis al 888-678-8914 para:

- Reportar su tarjeta perdida, robada o dañada.
- Pedir una tarjeta de reemplazo (sus beneficios serán reducidos después de un reemplazo de Tarjeta Bridge).

Esta misma tarjeta de reemplazo se política aplica si usted tiene una o ambas de las siguientes personas:

- Alguien que tiene acceso a sus beneficios en efectivo (beneficiario de protección), o
- Para FAP, alguien a quien usted aprobó para que compre los alimentos para su hogar (representante autorizado).
- Establecer/cambiar su número de ID personal (PIN).
- Averiguar el saldo que tiene.

Acuerdos de Reembolso

Cuando firma la solicitud de asistencia, usted consciente en hacer lo siguiente:

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

Si recibe SDA, usted indica su acuerdo a reembolsar a MDHHS si recibe:

- Pagos únicos, tales como una herencia, una liquidación de un seguro, etc., o
- Beneficios acumulados pagados retroactivamente, tales como beneficios por desempleo o indemnización del trabajo.

Si recibe SDA o FIP financiado por el estado, significa que está de acuerdo a reembolsar a MDHHS si recibe SSI retroactivo.

Usted acepta autoriza a la Administración del Seguro Social que le pague a MDHHS la cantidad de asistencia financiada por el estado que recibió mientras su reclamación de SSI estaba pendiente.

Si el primer pago de beneficios acumulados se le envía y acuerda pagarle a MDHHS de inmediato la asistencia financiada por el estado que recibió mientras su reclamo estaba pendiente.

Si no está de acuerdo con el monto que MDHHS retiene, véanse “Derechos de Audiencia.”

Información de Su Hogar Que Se Compartirá

Al firma la solicitud de asistencia, usted indica su acuerdo que MDHHS puede compartir información sobre usted y su hogar con otros, y que otras agencias o personas puedan dar más información sobre usted, como se indica a continuación:

Información MDHHS Recibirá de Otros

Información de la Administración del Seguro Social (todos los programas) – Usted acuerda que la Administración del Seguro Social puede dar a MDHHS toda la información necesaria para determinar su elegibilidad.

Investigaciones de control de calidad (QC) y/o de la Oficina del Inspector General (OIG) – MDHHS puede seleccionar su caso para una revisión de control de calidad o para una investigación completa. Si su caso es elegido, MDHHS se pondrá en contacto con usted, con otras personas, empleadores y/o agencias para obtener prueba de la información proporcionada en su solicitud de asistencia.

Verificación con cumplimiento de la ley (FAP, FIP, SER) – MDHHS puede recibir información de los agentes policiales con el fin de capturar a las personas que huyen para evadir la ley.

Información sobre cobro de cuidado por niños (CDC) – La información presentada por su proveedor de cuidado infantil se usará para determinar las cantidades de pago.

Verificación Intercomunicada por computadora (todos los programas) – MDHHS verificará con las agencias federales, estatales y privadas para asegurarse de que la información que usted proporciona en la solicitud de asistencia sea correcta. La verificación de la información que usted proporciona puede afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. MDHHS puede verificar salarios, ingreso, bienes, beneficios por desempleo, reembolsos de impuestos, beneficios y números de Seguro Social, manutención para niños, situación migratoria, etc.

Si usted da alguna información que no coincide, MDHHS verificará para averiguar lo que es correcto. Es posible que se le solicite a usted permiso para contactar a los empleadores, bancos, u otras personas.

MDHHS verificará los archivos de otros estados. Se pueden negar los beneficios en Michigan si usted u otros miembros de su hogar fueron descalificados en otro estado.

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

Información MDHHS Compartirá con Otros

Información sobre elegibilidad (FAP) – MDHHS envía información sobre la elegibilidad para el programa de asistencia de alimentos (FAP) a las escuelas. Esta información les permite a sus hijos recibir comidas gratis o a un costo reducido.

CDC - Se le enviará un aviso a su proveedor de cuidado de niños cuando:

- Su CDC se haya aprobado y autorizado.

- Ocurran cambios que impacten su elegibilidad para CDC.
- Su elegibilidad para CDC haya terminado.

Extranjeros indocumentados - MDHHS puede enviarle información sobre ciertos extranjeros indocumentados al Departamento de Seguridad Nacional.

Información de encuestas - Podrá ser contactado para dar información en una encuesta para contribuir a evaluar la calidad de los programas de MDHHS y el servicio al cliente que se provee.

Referencias de Sitios de Internet

- **Educación de Carreras y de Fuerza de Trabajo:** www.michigan.gov/mdcd
- **Crédito de Impuestos del Ingreso:** www.michiganeic.org
- **Programas de Asistencia para Gastos de Energía:** www.michigan.gov/heatingassistance
- **Herramienta de Evaluación Automatizada de Familias (FAST):** www.michigan.gov/fast
- **Michigan Department of Education Child Development and Care:** www.michigan.gov/childcare
- **Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS):**
 - **Cómo Solicitar Asistencia** www.michigan.gov/mdhhs
 - **Asistencia de Dinero en Efectivo** www.michigan.gov/dhs-applicationprocess
 - **Aplicación de Manutención para Niños e Información del Caso** www.michigan.gov/dhs-cash
 - **Manutención de Niños** www.michigan.gov/childsupport
 - **Servicios de Emergencia** www.michigan.gov/michildsupport
 - **Asistencia de Alimentos** www.michigan.gov/dhs-ser
 - **Oficinas de Condados de MDHHS** www.michigan.gov/foodstamps
 - **Formas y Solicitudes de MDHHS** www.michigan.gov/dhs-countyoffices
 - **Manuales de Políticas y Procedimientos de MDHHS** www.michigan.gov/dhs-forms
 - **Oficina de Servicios para Ancianos:** www.michigan.gov/dhs-manuals
 - **Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC):** www.michigan.gov/osa
- **Recursos de Descapacitados de Michigan:** www.michigan.gov/wic
www.michigan.gov/disabilityresources

Publicaciones

Pida a su especialista de MDHHS si quiere recibir alguna de estas publicaciones. Las siguientes publicaciones están disponibles en línea en: www.michigan.gov/dhs-publications. Algunas también están disponibles en Español.

- **Manutención para niños**
 - Understanding Child Support: A Handbook for Parents (DHS-Pub-748) (Sp)
 - What Every Parent Should Know About Establishing Paternity (DHS-Pub-780) (Sp)
 - Fatherhood: Taking Responsibility for Your Child (DHS-Pub-806)
 - DNA Paternity Testing: Questions and Answers (DHS-Pub-865) (Sp)
- **Crédito para la Calefacción del Hogar**
 - Notice to Potential Home Heating Credit Recipients (DHS-Pub-788) (Sp)
- **Ayuda de Emergencia del Estado**
 - You and Your Energy Bills (DHS-Pub-631)
 - MDHHS Can Help With Temporary Assistance (DHS-Pub-783)

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