

**APPLICATION FOR  
STATE EMERGENCY RELIEF  
(SOLICITUD PARA AYUDA DE EMERGENCIA  
DEL ESTADO)**

Michigan Department of Health and Human Services

Case Name:  
Case Number:  
Date:  
MDHHS Office:  
Specialist / ID: /  
Phone:  
Fax:  
Individual ID:

Hago por este medio una solicitud para el programa de la Ayuda de Emergencia del Estado (SER). Entiendo que la información siguiente sera utilizada en la determinación de mi elegibilidad para SER. Si esta solicitud es para servicios de entierro, entiendo que deber ser recibida por la oficina de MDHHS en mi área, no más tarde de los 10 días calendario después de que el entierro, cremación o donación sean realizados.

**INFORMACION DE DOMICILIO– Adjunte extra páginas si necesita incluir miembros adicionales.** Anote a **cada una de las personas** que viven en su hogar, incluyendo adultos y niños que están ausentes temporalmente debido a enfermedad o empleo. Una persona se considera miembros de su hogar si duermen y guardan sus pertenencias en su hogar. Asegúrese de incluir la fecha de nacimiento y nacionalidad de cada uno de sus miembros. Si **solicita para entierro solamente**, anote el fallecido primero.

Nombre	Sexo (M/F)	Relación con usted	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano?
		<b>UD MISMO</b>			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
					<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**DIRECCIÓN DOMICILIO**

Dirección (Numero, Calle, Número de Apt., etc.)	Ciudad	Estado	Zona Postal
---	--------	--------	-------------

**DIRECCIÓN POSTAL, si es diferente de la de arriba**

Dirección (Numero, Calle, Numero de Apt., etc.)	Ciudad	Estado	Zona Postal
---	--------	--------	-------------

**INFORMACION DE CONTACTO**

Teléfono donde encontrarla	Número telefónico donde podamos dejarle un mensaje	Dirección de email
----------------------------	--	--------------------

¿ Hay alguien que alguna vez ha sido culpable por un delito mayor con drogas después del 22 de agosto de 1996?  Sí  No

▶ Si 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 sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Hay alguien huyendo de acusación de un delito, huyendo de una orden de arresto pendiente por su detención, o que huya la cárcel?  
 Sí  No

▶ Si sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿COMO CALIENTA SU CASA?  Gas natural  Gas (LP) (propano)  Leña  No hay obligación  
 Aceite combustible  Electricidad  Carbón  Unknown

¿Ya se cortó la electricidad?  No  Sí, La fecha cuando se cortó la electricidad \_\_\_\_\_

¿Se recibió una noticia de cuenta atrasada o de interrupción de la electricidad?  
 No  Sí, ¿Cuádo está previsto el servicio eléctrico que ser apagado? \_\_\_\_\_

¿Ya se cortó la calefacción o se acabó la única fuente de combustible?  
 No  Sí, La fecha cuando se cortó/se acabó el combustible. \_\_\_\_\_

¿Ha recibió un pasado aviso debido o corte para su calor o está en riesgo de quedarse sin el combustible para la calefacción de los hogares?  
 No  Sí, El número de días hasta que el combustible se acabe/la fecha de cortar la calefacción: \_\_\_\_\_

**CRÉDITO DE CALEFACCIÓN – Usted ha recibido el Crédito de calefacción en los últimos 6 meses?**

No  Sí, mes recibido \_\_\_\_\_

**¿USTED HA TENIDO O RECIBE ACTUALMENTE OTROS BENEFICIOS DEL MDHHS?**  Sí  No

**EMERGENCIA QUE NECESITA – Marque el servicio(s) que usted está solicitando y la cantidad que necesita para resolver la emergencia - ADJUNTE COMPROBANTES**

*\*El pago por entrega de combustible no se hará si, en el momento de la entrega se confirma que tiene más de 25 por ciento de combustible restante en su tanque.*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Desalojo/Nueva ubicación \$ _____          | <input type="checkbox"/> Calefacción \$ _____                 |
| <input type="checkbox"/> Depósito de seguridad \$ _____             | *Si es combustible distribuible % restante en el tanque _____ |
| <input type="checkbox"/> Gastos de mudanza \$ _____                 | Si es cuenta pre-pagada cantidad en la cuenta \$ _____        |
| <input type="checkbox"/> Hipoteca \$ _____                          | <input type="checkbox"/> Electricidad \$ _____                |
| <input type="checkbox"/> Seguro de vivienda de propietario \$ _____ | Si es cuenta pre-pagada cantidad en la cuenta \$ _____        |
| <input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad \$ _____            | <input type="checkbox"/> Agua/alcantarillado \$ _____         |
| <input type="checkbox"/> Reparación de calefacción \$ _____         | <input type="checkbox"/> Gas de cocinar \$ _____              |
| <input type="checkbox"/> Reparaciones del hogar \$ _____            | <input type="checkbox"/> Entierro/cremación \$ _____          |
| ¿Tipo de reparación que necesita? _____                             | <input type="checkbox"/> Hospitalization migratoria \$ _____  |

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

**VEHICULO(S) EN SU HOGAR** - ¿Alguien en su hogar posee algun vehículo?  No  Sí → **ADJUNTE COMPROBANTE ACTUAL del valor**

Auto  Camion  Barco  Cámara/tráiler  Motocicleta  RV  Otro vehiculo

Nombre(s) del Título o Registro	Marca y Modelo	Año	Valor del Mercado	Suma Adeudada

**BIENES DEL HOGAR** - ¿Alguien en su hogar posee algunos bienes o cuentas conjunta?  No  Sí → **ADJUNTE COMPROBANTE ACTUAL del valor**

- |   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo   | <input type="checkbox"/> Cuentas de Mercado monetario                         | <input type="checkbox"/> Bonos de ahorro, acciones o fondos mutual     |
| <input type="checkbox"/> Fondo fideicomiso de paciente  | <input type="checkbox"/> Cuentas de cheques                                   | <input type="checkbox"/> Cuentas de Christmas Club                     |
| <input type="checkbox"/> Contrato de tierra, hipoteca u otras notas pagadero a otros miembros del hogar | <input type="checkbox"/> Parcela de entierro(s), ataúd, etc.                  | <input type="checkbox"/> Cuentas de ahorros                            |
| <input type="checkbox"/> Cuenta de unión de crédito   | <input type="checkbox"/> Herencia de propiedad de vida                        | <input type="checkbox"/> Bonos de para entierro/contrato(s) de funeral |
| <input type="checkbox"/> Inmuebles  | <input type="checkbox"/> Seguro de vida                                       | <input type="checkbox"/> Herramientas y equipo, Ganado o cultivos      |
| <input type="checkbox"/> IRA, KEOUGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida                         | <input type="checkbox"/> Certificados de depósito (CD)                        | <input type="checkbox"/> OTRO (ingrese)                                |
|   | <input type="checkbox"/> Espera dinero de una demanda en los próximos 30 días |  |

Bienes del dueño(s)	Tipo(s) de bienes	Cantidad o valor del balance (de no haber, no lo ingrese)	Nombre del banco, compañía, etc.	Número de cuenta o póliza
		\$		
		\$		
		\$		

\*Favor diga si alguien ha cerrado algunas cuentas, vendió o regaló alguna propiedad, un vehículos, acciones, bonos, etc.  
¿Hace cuanto tiempo? \_\_\_\_\_

\*¿Alguien ha puesto una demanda o espera dinero en los próximos 30 días?  No  Sí → Sí, \_\_\_\_\_

**INGRESO DEL HOGAR** - ¿Alguien en su casa recibe algun ingreso?  No  Sí → Total de ingreso mensual del hogar \$ \_\_\_\_\_

Favor, compruebe **todas** las Fuentes de ingresos que su familia espera recibir en los próximos 30 días. **ADJUNTE COMPROBANTES**

- |   |  |   |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Seguro Social  | <input type="checkbox"/> Beneficios de incapacitados           | <input type="checkbox"/> Empleo/ingreso no Ganado                   |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Seguro Social (SSI)   | <input type="checkbox"/> Ingreso por trabajo por cuenta propia | <input type="checkbox"/> Compensación de Trabajadores               |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Jubilación Pensión   | <input type="checkbox"/> Desempleo                             | <input type="checkbox"/> Dinero de la familia/amigos                |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos/Subsidio   | <input type="checkbox"/> Manutención de niños                  | <input type="checkbox"/> Otros, favor anote(ex: Premios de loteria) |
| <input type="checkbox"/> Pagos Triviales (Asistencia de Energia LIHEAP, GA Tribal, casino/ganacias de apuestas, reclamo de tierras, etc.) |  |   |
| <input type="checkbox"/> Ingreso de Rentas o Contrato de tierra, hipoteca u otros pagos pagaderos a un miembro del hogar                  |  |   |

Persona Con Ingreso	Tipo de Ingreso (Si esta empleado, nombre del empleador)	Total de Ingreso Mensual (cantidad antes de egresos o impuestos)	¿Frecuencia con que se recibe?

\*Favor díganos si han habido cambios o si espera cambios en el ingreso del hogar en los próximos 30 días.

¿Cuándo ocurrió o va a ser el cambio? \_\_\_\_\_

**GASTOS CORRIENTES DE LA VIVIENDA**

Marque todos los gastos que debe asumir	Gastos Mensuales	Nombre del proveedor de sus servicios, propietario, hipoteca, etc.	Número de cuenta	¿Es un medidor compartido?	¿Estaba ahí o es uso ilegal?	Nombre y domicilio de la cuenta o del cobro
<input type="checkbox"/> Calefacción	\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Electricidad	\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Agua/Alcantarillado	\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Combustible de cocina	\$			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
<input type="checkbox"/> Renta	\$					
<input type="checkbox"/> Hipoteca	\$					
<input type="checkbox"/> Impuestos de propiedad	\$					
<input type="checkbox"/> Seguro de casa	\$					

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

**INFORMACIÓN SOBRE EL HOGAR DE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES**

Complete la siguiente tabla e indique sus gastos, ingreso y cuantas personas han vivido con usted en los últimos seis (6) meses. Si no tuvo gastos, escriba "NINGUNO" en el cuadro.

Mes	HACE 1 MES	HACE 2 MESES	HACE 3 MESES	HACE 4 MESES	HACE 5 MESES	HACE 6 MESES
# de personas en el hogar						
Total de ingreso mensual	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Cantidad Renta/Hipoteca	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Calefacción	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Electricidad	\$	\$	\$	\$	\$	\$
Agua, Alcantarillado & Combustible de cocina	\$	\$	\$	\$	\$	\$

**INGRESOS GASTOS** - ¿Alguien en su hogar paga cualquiera de lo siguiente?  No  Sí → Marque todo lo que aplique y **ADJUNTE COMPROBANTES.**

<input type="checkbox"/> Prima de Seguro de Médico \$	¿Con que frecuencia paga?	Periodo de tiempo que cubre (1 mes., 3 meses, etc.)
<input type="checkbox"/> Orden de corte de manutención del niño (cantidad de pago por mes) \$		
<input type="checkbox"/> Gastos del cuidado de los niños actuales pagados por la persona emplea, no por MDHHS		
<input type="checkbox"/> Los gastos inusuales relacionados con el empleo \$	Explique gastos	

**ENTIERROS** – Si usted está solicitando servicios para entierro, favor de completar esta sección. Asegúrese de contestar preguntas de ingresos, vehículo y bienes para todas las personas, su esposa(o) o padres del menor. **ADJUNTE COMPROBANTES.**

Nombre del difunto	Fecha de fallecimiento	Es es cremación <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	Fecha de entierro/cremación
Nombre de la funeraria que maneja los servicios	Dirección de la funeraria		# teléfono de la funeraria
Lugar del entierro/nombre del cementerio o cremación	¿Es por separado el pago del cementerio o crematorio del pago de la funeraria? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	¿Hay un servicio conmemorativo? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Firmo una declaración de bienes y servicios con la funeraria? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Hay una contribución de familia y/o amigos? \$	¿Era venerano el difunto <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
¿Cuál es su relación legal con la persona fallecida?	¿Hay una contribución de la familia y/o amigos? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí → Cantidad \$	¿El difunto era el propietario(a) de su casa? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
Indicar cualquier beneficio que aplique en caso de muerte o que esperan recibir y la cantidad.			Dirección del hogar:
<input type="checkbox"/> Accidente/seguros de automóvil \$ _____	<input type="checkbox"/> Acuerdo de funeral prepagado \$ _____	¿Si, sí, hay un co-propietario? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Sí	
<input type="checkbox"/> Beneficio del Seguro Social por muerte \$ _____	<input type="checkbox"/> Beneficio por muerte de veteranos \$ _____	Nombre del co-propietario:	
<input type="checkbox"/> Seguro de vida _____	<input type="checkbox"/> Fondos de asistencia comunitaria/organizaciones fraternales \$ _____		
<input type="checkbox"/> Beneficios de sindicato \$ _____	<input type="checkbox"/> Otros beneficio (especifique otras fuentes) \$ _____		

**SOLICITUD DE FIRMA – Todos adultos deben firmar abajo. De otro modo, esta solicitud estará incompleta.**

Entiendo que falta de proveer la información mencionada arriba puede resultar en la negación de mi solicitud. Entiendo que tengo **ocho días de calendario** para proveer todas las verificaciones solicitadas. Entiendo que el dar información falsa puede resultar en ser dirigido al fiscal para ser procesado por fraude. Entiendo que mi solicitud puede ser una de las que se escogen para una investigación completa. Un representante del departamento puede llamar a mi hogar y puede comunicarse con otras personas para verificar mi elegibilidad para asistencia.

Autorizo el departamento para liberar mi nombre y dirección al operador de la impermeabilización local como parte del sistema de Impermeabilización de Referencia. Autorizo el departamento para liberar el caso e información del pago al Departamento de Salud y Servicios del Humano (Michigan Department of Health and Human Services), sus afiliados y/o agencias contraídas, con el propósito de investigación, estudio y evaluación del Programa de Asistencia de Bajo Ingreso Casa Energía (Low Income Home Energy Assistance Program (LIHEAP)).

Autorizo mi compañía de energía para liberar por teléfono, de fax, correo electrónico o de la computadora en su sitio web toda la información disponible sobre mi cuenta.

**BAJO PENALIDADES DEL PERJURIO, JURO QUE ESTA SOLICITUD HA SIDO EXAMINADA POR O LEIDA A MI, Y, EN MÍ MEJOR CONOCIMIENTO, LOS HECHOS SON VERDADEROS Y COMPLETOS, SI SOY UNA TERCERA PARTE SOLICITANDO SOBRE NOMBRE DE OTRA PERSONA, JURO QUE ESTA SOLICITUD HA SIDO EXAMINADA PO O LEIDA AL SOLICITANTE, Y, EN MI MEJOR Y COMPLETO CONOCIMIENTO.**

Firma del solicitante o representante autorizado	Fecha	Firma de la esposa(o)	Fecha
Dirección actual		Firma del especialista de MDHHS	Fecha
Número de teléfono actual		Identificación de representante solicitante o autorizado	

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

**Notas:**

Si aún no se ha registrado para votar en su dirección actual, ¿desea registrarse para votar?  Sí  No  
**NOTA: Si no marca cualquiera de las casillas, MDHHS asumirá que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento. Marcando "sí" no se registra para votar. Si responde "sí" o no responde una solicitud de registro de votantes se le enviará a usted.**

Aplicando o decidiendo inscribirse para votar no afectará la cantidad de ayuda que este departamento le proporcionará. Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante en privado. Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho a: registrarse para votar, negarse a inscribirse para votar, privacidad en decidir si debe inscribirse o aplicar para registrarse para votar, o elegir a su propio partido político u otra preferencia política, usted puede presentar una queja con la Secretaria del Estado de Michigan (Michigan Secretary of State) PO Box 20126, Lansing, MI 48901-0726.

**AUDIENCIAS:**

Si usted cree cualquier acción del departamento es incorrecto, o si la decisión para aprobar o para negar su solicitud no se toma dentro de 10 (diez) días de la fecha de la solicitud, usted tiene el derecho a una audiencia. Una solicitud de audiencia debe ser por escrito, firmada por usted o su representante autorizado, y recibida por Michigan Department of Health and Human Services dentro de los 90 días después de la fecha de esta forma. Las solicitudes de audiencia deben ser enviadas a su MDHHS local en su área. Usted tiene derecho a la representación por un abogado u otra persona de su opción. Sin embargo, este departamento no paga por ningún costo legal.

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.

**AUTHORITY:** Act 280, P.A. 1939, as amended (sections 400.6, 400.14, 400.24, 400.68 MCL); 45 CFR 283, 120(b); Low Income Home Energy Assistance Act of 1981, as amended; MCL 400.10; Administrative Codes Rules 400.7001-400.7049

**COMPLETION:** Required

**PENALTY:** Denial of SER.