Folleto Informativo

Michigan Department of Health and Human Services

Lea este folleto antes de firmar la Solicitud/Redeterminación de Asistencia.

The Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) does not discriminate against any individual or group on the basis of race, national origin, color, sex, disability, religion, age, height, weight, familial status, partisan considerations, or genetic information. Sex-based discrimination includes, but is not limited to, discrimination based on sexual orientation, gender identity, gender expression, sex characteristics, and pregnancy.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discriminará contra ningún individuo o grupo debido a su raza, origen nacional, color, sexo, discapacidad, religión, edad, altura, peso, estado familiar, consideraciones partidistas, o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

لن تميز إدارة الخدمات الصحية والإنسانية لولاية ميشيغان (MDHHS) ضد أي فرد أو مجموعة على أساس العرق أو الأصل القومي أو اللون أو الجنس أو الإعاقة أو الدين أو العمر أو الطول أو الوزن أو الحالة العائلية أو الاعتبارات الحزبية أو المعلومات الوراثية. يشمل التمييز القائم على اساس الجنس ، على سبيل المثال لا الحصر ، التمييز على اساس التوجه الجنسي ، والهوية الجنسية ، والتعبير الجنسي ، والخصائص الجنسية ، والحمل.

Las pólizas relacionadas con los programas de asistencia pueden cambiar. Puede revisar las pólizas actuales del programa en https://mdhhs-pres-prod.michigan.gov/olmweb/ex/html/ y seleccione Bridges.

Indice

Detalles de Programas

- Cobertura de Salud 4
- Programa de Asistencia Alimentaria 10
- Asistencia en Efectivo 16
- Cuidado y Desarrollo Infantil 22
- Programa Estatal de Ayuda de Emgergencia 26

Sus Responsabilidades 27

Sus Derechos 32

Recursos 38

Detalles de Privacidad 41

Sanciones 44

Cobertura de Salud

Información General

La cobertura de salud brinda cobertura y ayuda a cubrir los costos de quienes la necesitan, incluyendo:

- Planes de seguro médico privado accesible que ofrezcan coberturas amplias.
- Un nuevo crédito fiscal que pueda ayudar a cubrir de inmediato primas por cobertura de salud.
- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid, Healthy Michigan Plan, o MIChild (Programa del Seguro Médico para Niños).

Incluso si cuenta con un seguro, es posible que haya un programa con mejor cobertura o costos inferiores.

¿Alguien en su hogar consumió agua del Sistema de Agua Flint y vivió, trabajó o recibió cuidado infantil o educación en una dirección que fue atendida por el Sistema de Agua Flint desde abril de 2014 hasta el 30 de septiembre de 2025?

Si es así, es posible que desee solicitar la cobertura de salud en www.michigan.gov/mibridges o solicitar una DCH-1426, Solicitud de Cobertura de Salud y Ayuda para Cubrir Costos.

¿Quién es elegible?

En Michigan, existen muchos programas de cobertura de salud disponibles para niños, adultos, y familias.

- Use la solicitud para presentar una solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Presente la solicitud incluso si usted o su niño cuenta con cobertura de salud. Usted podrá ser elegible para una cobertura de bajo costo o gratuita.
- Las familias que incluyen inmigrantes pueden presentar una solicitud. Usted puede presentar una solicitud para su niño, incluso aunque no sea elegible para la misma. La solicitud no afectará su situación de elegibilidad como inmigrante o las posibilidades de convertirse en un residente permanente o ciudadano.

Para ser elegible para la cobertura, los padres que soliciten la cobertura de salud para ellos mismos deberán presentar un comprobante de que los niños cuentan con una cobertura acreditable. Una cobertura acreditable es una cobertura de seguro médico bajo una de las siguientes opciones: un plan de salud grupal; seguro médico individual; seguro de salud estudiantil, Medicare; Medicaid; CHAMPUS y TRICARE; Programa de Beneficios de Salud para Empleados Federales (Federal Employees Health Benefits Program), Servicio de Salud Nativo Americano (Indian Health Service); The Peace Corps; Plan de Salud Pública (Public Health Plan) (cualquier plan establecido o mantenido por un Estado, el gobierno de EE.UU., o un país extranjero); Programa de Seguro Médico para Niños Children's Health Insure Program, (CHIP); o seguro médico estatal para grupos de alto riesgo.

¿A quién debo incluir en la solicitud?

Complete la solicitud por cada miembro de su familia y de su hogar, incluso aunque la persona ya cuente con una cobertura de salud. La información de esta solicitud nos ayuda a asegurarnos de que cada persona acceda a la mejor cobertura posible.

Si un adulto está solicitando la cobertura, incluya a todas estas personas (incluso aunque no estén presentando una solicitud para ellos mismos):

- Un cónyuge.
- Un hijo o hija menor de 21 años con quienes viva, incluyendo hijastros.
- Cualquier otra persona que acceda a la misma devolución de ingresos de impuestos federales (incluyendo niños mayores de 21 años declarados en la devolución de impuestos de uno de los padres). No es necesario presentar declaraciones de impuestos para acceder a la cobertura de salud.

Si un juventud o niño menor de 21 años está solicitando la cobertura, incluya a todas estas personas (incluso aunque no estén presentando una solicitud para una cobertura de salud ellos mismos):

- Un padre (o padrastro) con quien viva.
- Un hermano con quien viva.
- Un hijo o hija con quienes viva, incluyendo hijastros.
- Cualquier otra persona que acceda la misma devolución de impuestos de ingresos federales. Usted no necesita presentar una declaración de impuestos para recibir cobertura de salud.

Para recibir ayuda con su solicitud, visite a nuestro sitio de web en: www.michigan.gov/mibridges o llame a la línea de solicitudes al 855-276-4627. También puede llamar a la Línea de Ayuda para Beneficiarios al 800-642-3195 o por TTY al 866-501-5656.

Para adquirir un seguro a través de Marketplace, visite: www.healthcare.gov.

¿Cómo se calculan los beneficios?

El monto de asistencia o el tipo de programa para el cual usted califique está basado en la cantidad de personas en su familia y sus ingresos. Si usted no incluye a algún integrante, incluso si ya posee cobertura de salud, su elegibilidad podría estar afectada.

¿Qué sucede luego?

Si usted no posee toda la información que le solicitamos, firme y entregue su solicitud de todas maneras. Le haremos un seguimiento dentro de 1 a 2 semanas. Usted recibirá instrucciones sobre los siguientes pasos para completar su cobertura de salud. Si no recibe nuestra notificación, llame a la línea de solicitudes al 855-276-4627 o al 800-642-3195. Completar una solicitud no significa que deba adquirir una cobertura salud.

Políticas Adicionales del Programa

Renovación de cobertura en años futuros

Para determinar de forma más fácil su elegibilidad para recibir ayuda en el pago de una cobertura de salud en años futuros, usted puede estar de acuerdo en permitir que The Marketplace y el state of Michigan utilice datos de ingresos, incluyendo información de devolución de impuestos. The Marketplace y el state of Michigan le enviarán un aviso, le permitirán hacer modificaciones, o puede optar por no participar en cualquier momento.

Individuos elegibles para Medicaid, HMP, o MiChild

Usted le está brindando al MDHHS los derechos para solicitar y recibir dinero de otro seguro médico, establecimientos legales y otras terceras partes. Usted también le está brindando al MDHHS derechos para solicitar y recibir ayuda médica de un cónyuge o padre. **Si cree que recibir ayuda médica de un cónyuge o padre lo dañará a usted o a su niño, indique esto al MDHHS. Usted podrá tener motivo razonable para no ayudar con su caso.**

Si piensa que posee un motivo razonable, comuníquese con MDHHS de inmediato.

Recuperación de patrimonio de Medicaid (MA – Cuidado a Largo Plazo (LTC))

Usted entiende que al fallecer, MDHHS posee el derecho legal de buscar la recuperación, a partir de su patrimonio, por los servicios cubiertos por Medicaid (incluyendo el Healthy Michigan Plan). Esto significa que parte o todo su patrimonio podrá ser recuperado. MDHHS no buscará una recuperación contra el patrimonio mientras que haya un cónyuge legal vivo o un niño con derecho legal vivo menor de 21 años de edad, ciego, o con discapacidad. Un patrimonio consiste en una propiedad real y personal. Si usted recibió una desestimación de activos debido a una política de asociación de cuidado a largo plazo, la suma desestimada será sustraída de la cantidad buscada en la Recuperación de Patrimonio. Si usted recibió una desestimación de activos debido a una política de asociación de cuidado a largo plazo, la Recuperación de Patrimonio se aplica a todos los bienes aunque sean que estén o no sujetos de una administración testamentaria. La Recuperación de Patrimonio sólo se aplica a ciertos receptores de Medicaid y del Healthy Michigan Plan que recibieron servicios luego de la fecha de vigencia del estatuto de recuperación de patrimonio. MDHHS podrá acordar no buscar la recuperación si existiera una dificultad indebida.

Una solicitud debe ser entregada para determinar si el solicitante califique para una exención por dificultades excepcionales. Las exenciones por dificultades excepcionales son temporarias. Para más información relacionada con la Recuperación de Patrimonio o para solicitar una solicitud por dificultades excepcionales, llame al 800-642-3195.

Coordinación de programas y proveedores de cuidado médico (MA)

El programa de asistencia médica del Estado confía en el manejo de una gran cantidad de programas de cuidado médico, programas de salud mental y abuso de sustancias, y proveedores privados para entregar cuidado de calidad a personas como usted. A fin de asegurarnos que reciba un nivel alto de cuidado y que sus beneficios sean coordinados, los proveedores del programa podrán compartir información sobre su cuidado (o de su niño o pupilo) con otros proveedores del programa, cuando dicha información y consulta sean clínicamente necesarias.

Información sobre usted, su hijo o pupilo (MA)

Se podrá compartir información necesaria entre los planes y programas de cuidado médico en los cuales participe. Los planes de salud, programas, y proveedores que le brinden cuidado médico podrán compartir información necesaria, a fin de dirigir y coordinar el cuidado médico y los beneficios. Esta información podrá incluir, cuando corresponda, información relativa VIH/SIDA, complejo relacionado con el SIDA (ARC) u otras enfermedades transmisibles, información sobre servicios de comportamiento o salud mental, y derivaciones o tratamientos por alcoholismo o abuso de drogas, de acuerdo con lo autorizado por 42 CFR Part 2.

Su derecho a apelar

Si cree que el Health Insurance Marketplace o Medicaid, Healthy Michigan Plan, o MIChild cometió un error, puede apelar su decisión. Para apelar significa decirle a alquien del Health Insurance Marketplace, Medicaid, Healthy Michigan Plan, o MIChild que usted piensa que la acción es equivocada, y solicitar una revisión justa de la misma. Para más detalles cómo solicitar una audiencia, llama a Marketplace al 800-318-2596 o consulte la sección de “Recursos”.

Definiciones e Información sobre el Plan de Healthy Michigan

Fragilidad médica – Estoy médicamente frágil, debido a una de las siguientes causas:

- Tengo una afección física, mental, o emocional que limita mis actividades diarias, como bañarme
- Tengo una discapacidad física, intelectual, o de desarrollo, que me complica la realización de actividades de la vida cotidiana
- Tengo una afección física, mental o emocional, que se necesita monitorear a menudo
- Tengo una discapacidad basada en los criterios del Seguro Social (SSDI)
- Tengo un trastorno crónico por abuso de sustancia(s)
- Tengo una afección médica grave y compleja, u otras necesidades médicas
- Me encuentro en un hogar para adultos mayores discapacitados, en un hospicio, o recibo servicios de ayuda en mi casa
- No tengo hogar
- He sido víctima de violencia doméstica

Programa de Asistencia Alimentaria (FAP)

Información General

El FAP brinda beneficios para comprar y cultivar alimentos para su hogar.

¿Quién es elegible?

Puede calificar para el programa de asistencia alimenticia, si tiene bajos ingresos y sus bienes son de $15,000 ó menos.

Asistencia Alimentaria de Manera Expedita: Su hogar podrá estar calificado para el procesamiento de 7 días de su solicitud del FAP si:

- Su ingreso mensual (antes impuestos) es menos de $150 y usted tienes $100 o menos en efectivo/ cuentas en este momento; **o**
- El ingreso mensual combinado de su familia (sin impuestos) y el efectivo/ cuentas son menos a la renta/ hipoteca y los servicios públicos de su hogar; **o**
- Usted es trabajador agrícola migraorio o de temporada cuyo ingreso han parado y tienes $100 o menos en efectivo/ cuentas en este momento.

Si se encuentra calificado para el procesamiento de 7 días, deberá participar en una entrevista; presente un comprobante de identidad, y complete toda la solicitud.

Para continuar recibiendo beneficios de asistencia alimentaria, se le solicitará que brinde prueba de otra información (tal como ingresos, residencia, etc.) dentro de los 30 días. Si brinda la prueba cuando presenta la solicitud, podrá comenzar un período de asistencia alimentaria más prolongado.

La mayoría de las entrevistas del FAP se realizan de forma telefónica. Sin embargo, podrá solicitar una entrevista personalizada. Si también está solicitando asistencia en efectivo, se podrá programar una entrevista personalizada.

*Se realizará una prueba de activos para grupos donde cualquier miembro sea descalificado por haber realizado una violación intencional sobre el programa (intentional program violation, IPV), se haya dado a la fuga, o si el jefe de hogar es descalificado por una actividad relacionada con el empleo. (Bienes por $4,500 o menos para grupos con personas de la tercera edad/discapacitados/veteranos discapacitados (SDV) o por $3,000 o menos para grupos que no sean de SDV (personas de la tercera edad/ discapacitados/veteranos discapacitados).

¿Cómo se calculan los beneficios?

La elegibilidad y la suma de los beneficios son calculadas por la cantidad de personas incluida en el hogar de FAP y de su ingreso familiar (restando algunas deducciones y gastos deducibles).

Las deducciones del ingreso calculable incluyen:

- 20% del ingreso ganado; **y**
- Una deducción estándar basada en la cantidad de personas de su grupo del FAP.

Los gastos deducibles incluyen:

- Los gastos médicos que superen los $35 por mes no pagados por una tercera parte (para personas de 60 años o más, veteranos con una discapacidad o una persona con una discapacidad).
- Algunos costos de vivienda y servicios públicos.
- Servicios de Internet
- Los grupos de personas sin hogar donde todos los miembros sean personas sin hogar podrán recibir una deducción para un refugio para personas sin hogar, en caso de tener un gasto de refugio.
- Algunos costos de cuidado de niños y costos para el cuidado de personas con discapacidades.
- Manutención de hijos ordenado por una corte a un miembro que no viva en el hogar.

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

Díganos en su solicitud si recibió el Crédito de Calefacción del Hogar (HHC) o un Programa de Asistencia Energía de Michigan (MEAP) en una suma superior a $20 durante el último año. Si no nos informa sobre el crédito, supondremos que no desea recibir una deducción por gastos de calefacción.

¿Cuáles son mis responsabilidades en el programa?

1. Decida si la Manutención para Niños es adecuada para su familia

El MDHHS lo podrá referir al programa de manutención para niños y ofrecerle a su hijo servicios de manutención. El programa de manutención para niños ofrece muchos servicios que le podrán ayudar tanto a usted como a su hijo(s). Usted deberá considerar si los servicios de manutención para niños son adecuados para su familia. Si no está interesado en los servicios de manutención para niños, usted podrá solicitar ayuda en cualquier momento en el futuro.

No se le requiere cooperar con el programa de manutención para niños para poder recibir asistencia alimentaria.

Si usted piensa que los servicios de manutención para niños lo dañarán a usted o a su hijo, hable con la Oficina de Manutención para Niños (Office of Child Support) para saber cómo lo pueden ayudar.

Para más información sobre los servicios de manutención para niños, visite https://www.michigan.gov/childsupport o llame a la Oficina de Manutención para Niños (Office of Child Support) al 866-540-0008.

2. Siga las reglas de trabajo

Todos los miembros del grupo que no posean una excepción sobre las reglas de trabajo (ver abajo) serán registrados para trabajar y se les podrá requerir que realicen actividades laborales específicas, incluyendo cooperación con actividades de empleo y capacitación. Los requisitos laborales específicos variarán dependiendo de que reciba asistencia en efectivo (FIP o RCA) o que posea beneficios por tiempo limitado del FAP (si recibe beneficios en efectivo y asistencia almentaria, deberá seguir las reglas laborales del FIP).

Si usted ya está trabajando, no se le permitirá:

- Renunciar a un trabajo de 30 horas o más por semana sin un motivo razonable.
- Reducir de forma voluntaria horas laborales por debajo de las 30 horas semanales sin un motivo razonable.

Si usted no está trabajando, o trabaja menos de los 30 horas por semana, no se le permitirá:

- Rechazar una oferta de trabajo apropiada.
- Negarse a participar en actividades relacionadas con el empleo que deban ser realizadas para recibir el FAP.

¿Qué sucede si infrinjo las reglas laborales?

Si recibe el FAP e infringe las reglas laborales sin un motivo razonable, sus beneficios serán interrumpidos o reducidos durante por lo menos un mes (primera vez) y seis meses (cualquiera de las veces posteriores). Los motivos razonables incluyen:

- Un evento o factor no planificado que no le permita cumplir con las reglas laborales (por ejemplo: violencia doméstica, religión, riesgo sobre su salud o seguridad o estar sin techo).
- Enfermedad o lesión.
- Falta de cuidado de niños.
- Falta de transporte.
- Viaje al trabajo largo (más de dos horas por día o más de tres horas por día con cuidado de niños).
- Renuncia a un trabajo para realizar un trabajo comparable.
- Su trabajo requirió que realizara actividades ilegales
- No es capaz de hacer el trabajo físicamente o mentalmente
- Su empleador lo discriminó en base a su edad, origen racial, religión, origen nacional, color, talla, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad de genero o expresión, creencias políticas o discapacidad.
- Está trabajando durante 40 horas semanales por lo menos gananado el salario mínimo estatal.
- No se brindó una ubicación razonable.
- Fue aplazado.
- Se mudó debido al trabajo o educación/ capacitación de otro miembro familiar.
- Posee un trabajo que requiere que se retire o se una a, que renuncie de, o no pueda unirse a un sindicato u organización.
- Tiene un trabajo que está de paro o en situación de bloqueo.
- Trabaja en condiciones que no son razonables.
- Le ofrecieron un trabajo que supera su experiencia laboral durante los primeros 30 días como participante laboral obligatorio del FAP.
- El empleador no puede mantener la promesa de que continuará trabajando.

Si piensa que posee un motivo razonable, comuníquese con MDHHS de inmediato.

¿Cuáles son las excepciones a las reglas laborales?

Algunas personas que reciben asistencia alimentaria podrán ser excusadas de cumplir con las reglas laborales. Si piensa que debería ser excusado de las reglas laborales, hable con MDHHS.

Podrá ser excusado de las reglas laborales del FAP si:

- Es menor de 16 años.
- Edad de 60 años o mayor.
- Personalmente cuida de un niño menor de 6 años de edad.
- Trabaja 30 horas semanales o gana por lo menos el salario mínimo Federal de 30 horas semanales.
- Asiste a la escuela secundaria, educación para adultos, o a un programa GED.
- No está físicamente o mentalmente capacitado para trabajar.
- Cuida personalmente a una persona incapacitadad.
- Solicita el FAP en una oficina del Seguro Social.
- Está yendo a un programa de tratamiento para el alcohol o las drogas.
- Solicita o recibe beneficios por desempleo.
- Presenta una apelación por negación de los beneficios de desempleo.

Las razones para ser excusado pueden cambiar.

Reglas de asistencia de alimentos por tiempo limitado

Le podrán corresponder límites de tiempo especiales y requisitos laborales si usted es:

- Una persona que no posee una discapacidad;
- Tiene por lo menos 18 años de edad y es menor de 55; **y**
- Vive en un hogar sin niños menores de 18 años de edad (con o sin relación).

No siempre existen límites de tiempo; por lo tanto, consulte a MDHHS.

Asistencia en Efectivo

Información General

La meta principal del programa de asistencia en efectivo es ayudar a las familias a ser económicamente independientes.

- El Programa de Independencia Familiar (FIP) brinda temporaria asistencia en efectivo para mujeres embarazadas o familias con niños menores.
- La Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA) brinda temporaria asistencia en efectivo para personas recientemente admitidas en EE.UU. como refugiados o alguien tratado como un refugiado.
- La Asistencia Estatal por Discapacitadad (SDA) brinda asistencia en efectivo para adultos con discapacidades, cuidadores residentes, personas en un arreglo de vivienda especial, o personas de 65 años o mayores.

¿Quién es elegible?

Puede calificar para programas de asistencia en efectivo, si tiene bajos ingresos, $15,000 ó menos en bienes en efectivo y $200,000 ó menos en bienes inmobiliarios.

FIP: Usted podrá ser elegible para el FIP si es una mujer embarazada o padre, madre, tutor legal o familiar que actúe como padre o madre de un menor de 18 años (o estudiante de preparatoria de 18 años). No puede recibir el FIP por más del límite federal de 60 meses ni del límite estatal de 60 meses de por vida, a menos que califique para una excepción o exención mensual (consulte con el MDHHS para obtener más detalles). Esto incluye cualquier asistencia en efectivo que haya recibido en otro estado.

RCA: Usted podrá ser elegible para el RCA si es un refugiado (o alguien tratado como un refugiado) de acuerdo a lo determinado por los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) dentro de los cuatro meses desde la fecha de entrada a EE.UU., y no es elegible para el FIP.

SDA: Usted podría ser elegible para el SDA si no es elegible para el FIP o RCA y tiene 65 años de edad o más, o está discapacitado de forma permanente o temporaria, o cuidando a una persona con una discapacidad que vive con usted. Un individuo podrá ser considerado discapacitado si:

- Tiene 65 años de edad o más.
- No puede trabajar por 90 días o más debido a un problema médico.
- Recibe el Ingreso del Seguro Suplementario (SSI) o beneficios por discapacidad del Seguro Social.
- Recibe asistencia médica en base a una discapacidad o ceguera.
- Recibe servicios de educación especial.
- Recibe Michigan Rehabiliatation Services.
- Se le diagnosticó SIDA.
- Vive en un hogar de cuidado para adultos, un hogar de ancianos, un hospital del condado, un centro de tratamiento por abuso de sustancias, o un centro de tratamiento posterior por abuso de sustancias.

¿Cómo se calculan los beneficios?

La suma de la subvención del FIP o RCA se basa en:

- La cantidad de personas de su hogar.
- Gastos de manutención de hijos ordenados por la corte, cubiertos por su hogar.
- Ingreso total.

Usted puede excluir del grupo certificado de FIP a un conyuge nuevo, hasta 18 meses después del matrimonio. Si todos los criterios siguientes se cumplen:

- Usted tiene activo un caso de FIP
- Su cónyuge nuevo, no es miembro de un caso de FIP
- El total de los bienes del grupo del programa FIP, es igual o menor al doble del límite de bienes de FIP
- El ingreso neto del grupo del programa FIP, es menos de lo doble del estándar de pago mensual de FIP para el tamaño del grupo.

¿Cuáles son mis responsabilidades en el programa?

1. Coopere con la Manutención de Hijos para brindar información (FIP solo)

MDHHS lo inscribirá en el programa de manutención de hijos si un niño de su hogar recibe el FIP y uno o dos de los padres del niño no vive en el hogar. Los servicios de manutención infantil le ayudarán, si es necesario, a establecer la paternidad y/o obtener una orden de manutención para su hijo. La Oficina de Manutención de Hijos le enviará una carta. Siga usted debe ayudar a su especialista de apoyo al niño con su caso de manutencion hijos 1) brindándoles la información que soliciten, y 2) asistiendo a las citas sobre el caso de manutención de su hijo.

Si usted no ayuda, podrá perder su FIP. Si cree que ayudar con su caso puede causar daños a usted o a su niño, indiquelo MDHHS. **MDHHS determinará si usted posee un motivo razonable para no ayudar con su caso. Algunos ejemplos de motivos razonables son violaciones, incesto, historial de abuso o amenazas de abuso. Existen otros motivos razonables.**

Si posee un motivo razonable, indique esto a MDHHS ahora.

Cada mes que reciba FIP, también podriá recibir parte del beneficio para niños cobrado por el programa de manutencion infantil. Cuando el padre que debe manutención infantil paga en el mes en que se debe, el programa de manutención infantil le envía este dinero a usted en lugar de al MDHHS. Usted podría quedarse con ese dinero y su asistencia en efectivo.

Si el padre paga más de la manutención actual adeudada, el programa de manutencion infantil puede enviar este dinero al MDHHS o a usted. Cuando usted recibe FIP, le está dando al MDHHS el derecho de recibir manutención pagos vencidos para reembolsar la asistencia en efectivo que le brinda a usted.

2. Vacune a sus niños (FIP solo)

Los niños menores de 6 años deberán ser vacunados de acuerdo con lo recomendado por MDHHS. Sus beneficios en efectivo se podrán reducir de a $25 mensuales, hasta que sus niños estén actualizados con sus vacunaciones. Un niño está excusado del requisito de vacunación si tiene menos de dos meses de edad, las vacunaciones son médicamente inapropiadas para el niño, o las vacunaciones están en contra de las creencias religiosas de la familia.

3. Mande a sus niños a la escuela (FIP únicamente)

Los niños entre 6 y 18 años de edad deben asistir a la escuela durante la jornada completa.

4. Acepte Acuerdos de Reembolso (FIP y SDA)

Si recibe el SDA, acepta devolver los pagos al MDHHS si recibe pagos por una suma fija (tales como una herencia, acuerdo de seguro, etc.) o beneficios que son pagados de forma retroactiva (tales como beneficios por desempleo o compensaciones laborales).

Si recibe el SDA o el FIP financiado de forma estatal y recibe un pago del SSI de suma fija, la Administración del Seguro Social (SSA) podrá automáticamente tomar el dinero que recibió mientras su solicitud del SSI estaba a la espera de su primer cheque y reembolsar al MDHHS. Si MDHHS no es reembolsado con el primer cheque que usted recibe, usted acepta volver a pagarle al MDHHS de inmediato.

Si no está de acuerdo con la suma mantenida por MDHHS, consulte la sección de “Recursos” para más detalles cómo solicitar una audiencia.

5. Siga las reglas laborales (FIP y RCA solo)

Reglas laborales del FIP:

- Llene una Herramienta Automatizada de Evaluación Familiar (FAST).
- Desarrolle y cumpla con un Plan de Autosuficiencia de Familia (FSSP): El FSSP detallará las actividades laborales que debe hacer hasta durante 40 horas por semana para recibir el FIP. Debe diseñar este plan con MDHHS y el programa de participación laboral.
- No renuncie, no se niegue a trabajar ni reduzca el horario laboral.
- No sea despedido de un trabajo por mala conducta o trabajo perdido.

Reglas laborales del RCA:

- Desarrolle y cumpla con un Plan de Autosuficiencia para Familias Refugiadas (RFSSP).
- No renuncie, no se niegue a trabajar ni reduzca el horario laboral.
- No sea despedido de un trabajo por mala conducta o trabajo perdido.

¿Qué sucede si infrinjo las reglas laborales?

Si recibe el FIP o RCA e infringe las reglas de trabajo sin un motivo razonable (consulte sobre motivos razonables más abajo), MDHHS:

- Negará su solicitud (podrá volver a presentar su solicitud).
- Interrumpirá el FIP para toda su familia durante tres meses por la primera vez, seis meses en la segunda vez y de forma permanente en la tercera vez.
- Contará todos los meses de sanción hasta el límite de tiempo establecido por el estado de 60 meses (FIP solo).
- Detendrá su RCA durante por lo menos tres meses (pero los demás miembros de su hogar podrán ser elegibles).
- Si recibe tanto el FIP como el FAP, podremos interrumpir o reducir sus beneficios del FAP durante por lo menos un mes si no está exento de las reglas laborales del FAP y cuenta la suma de su subvención del FIP como ingreso.

Motivos razonables

Los motivos razonables incluyen:

- Un evento o factor no planificado que no le permita cumplir con las reglas laborales (por ejemplo: violencia doméstica, religión, riesgo sobre su salud o seguridad o estar sin techo)
- Enfermedad o lesión
- Solicitó un cuidado de niños que no fue provisto
- Solicitó servicios de transporte que no fueron provistos
- Viaje al trabajo largo (más de dos horas por día o más de tres horas por día sin cuidado de niños)
- Renuncia a un trabajo para realizar un trabajo similar
- Su trabajo requirió que realizara actividades ilegales
- No es capaz de hacer el trabajo ya sea físicamente o mentalmente
- Su empleador lo discriminó en base a su edad, origen racial, religión, origen nacional, color, talla, peso, estado civil, sexo, orientación sexual, identidad de gènero o expresión, creencias políticas, o discapacidad.
- Está trabajando durante 40 horas semanales por lo menos ganando el salario mínimo estatal
- No se brindó una ubicación razonable.

Si piensa que posee un motivo razonable, comuníquese con MDHHS de inmediato. Las razones de un motivo razonable pueden cambiar.

¿Cuáles son las excepciones a las reglas laborales?

Algunas personas que reciben asistencia en efectivo podrán ser excusadas de cumplir con las reglas laborales. Si recibe el FIP y está exento de las reglas laborales, es posible que deba hacer otras actividades. Si piensa que debería esta exento de las reglas laborales, hable con MDHHS.

Podrá quedar exento de las reglas laborales del FIP o el RCA si:

- Tiene 65 años de edad o más.
- Es padre de un bebé de menos de 2 meses de edad. Podrá ser asignado a actividades de fortalecimiento familiar cuando el bebé tenga 6 seis semanas de edad.
- Trabaja 40 horas semanales.
- Cuida de un niño o cónyuge con una discapacidad (dependiendo de las necesidades de la persona y de la asistencia escolar del niño).
- Una persona con una discapacidad o limitaciones médicas.
- Está experimentando una situación de violencia doméstica (determinado por MDHHS).

Cuidado y Desarrollo Infantil (CDC)

Información General

El CDC ayuda a cubrir los costos del cuidado de niños para aquellas personas que lo necesitan debido a:

- Trabajo.
- Estudios de la Preparatoria u obtener Desarrollo el Educativo General (GED), educación básica para adultos e inglés como segunda idioma.
- Educación o capacitación aprobada.
- Actividades de tratamientos aprobadas por una condición médica o social.

La Guía del CDC (que contiene todas las reglas del programa para padres y proveedores) puede ser encontrada en: www.michigan.gov/childcare.

¿Quién es elegible?

- Una familia con bajos ingresos.
- Un padre adoptivo con licencia, solicitando cuidado para niños adoptivos.
- Un miembro de un caso de servicios de protección del MDHHS que participa en un plan de tratamiento.
- Alguien que recibe el FIP o el Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI).
- Un solicitante del FIP que realiza una actividad del programa de participación laboral requerida.

Si usted es elegible en la fecha de la solicitud, podrá mantener sus beneficios del CDC durante los siguientes 12 meses. Existen algunas excepciones.

¿Cómo se calculan los beneficios?

La escala de elegibilidad por ingresos y los promedios de reembolso pueden ser encontrados en: www.michigan.gov/childcare.

Es posible que la cantidad del pago del CDC no cubra todos los gastos de cuidado del niño. Usted es responsable por cualquier costo de cuidado de niño no cubierto por el programa CDC.

Usted es responsable por los gastos de cuidado de niño antes de que su caso sea aprobado y que el proveedor de cuidado de niño sea incorporado a su caso.

El departamento le podrá solicitar información en cualquier momento, a fin de verificar la facturación de su proveedor. Si aparecen sobrepagos realizados al proveedor de cuidado de niño por cualquier razón, el proveedor deberá reembolsar los pagos adicionales. El departamento podrá reducir futuros pagos a su proveedor en hasta un 20%.

¿Cómo selecciono a un proveedor de cuidado infantil?

El cuidado infantil que elija deberá ser provisto en Michigan por un:

- Centro de cuidado de niño con licencia.
- Hogar de cuidado grupal de niños con licencia.
- Hogar de cuidado de niño de familia con licencia.
- Proveedor de cuidado de niño exento de licencia del Departamento de Educación, Avance y Potencial a Largo Plazo de Michigan (Michigan Department of Lifelong Education, Advancement, and Potential, MiLEAP) que haya completado la Orientación de Great Start to Quality y brinde cuidado en el hogar del niño o tenga relación de sangre, matrimonio o adopción como abuelo/ bisabuelo, tía/ tía abuela, tío/ tío abuelo, o hermano (solo si el proveedor y el niño, no viven juntos) y brinde cuidado en su propio hogar.

Si necesita ayuda para encontrar un proveedor de cuidado de niño elegible, comuníquese con su Centro de Recursos de Great Start to Quality al 877-614-7328 o visite a www.greatstarttoquality.org.

Si un amigo o miembro familiar es su proveedor, los pagos le serán enviados a usted, y usted será responsable de pagarle al proveedor. Para solicitar ser un proveedor exento de licencia, deben completar la solicitud en www.michigan.gov/childcare y siga las instrucciones en la solicitud.

Usted también será responsable de informar sobre pagos al Servicio de Impuestos Internos (IRS) y emitir el W-2 o el 1099-MISC, si corresponde.

¿Cuáles son mis responsabilidades en el programa?

Decida si la Manutención para Niños es adecuada para su familia

El MDHHS lo podrá referir al programa de manutención para niños y ofrecerle a su hijo servicios de manutención. El programa de manutención para niños ofrece muchos servicios que le podrán ayudar tanto a usted como a su hijo(s). Usted deberá considerar si los servicios de manutención para niños son adecuados para su familia. Si no está interesado en los servicios de manutención para niños, podrá solicitar ayuda en cualquier momento en el futuro.

No se le requiere cooperar con el programa de manutención para niños para poder recibir asistencia en el cuidado de niños.

Si usted piensa que los servicios de manutención para niños lo dañarán a usted o a su hijo, hable con la Oficina de Manutención para Niños (Office of Child Support) para saber cómo lo pueden ayudar.

Para más información sobre los servicios de manutención para niños, visite https://www.michigan.gov/childsupport o llame a la Oficina de Manutención para Niños (Office of Child Support) al 866-540-0008.

Programa Estatal de Ayuda de Emergencia (SER)

Información General

El SER brinda ayuda limitada a familias con bajos ingresos que tienen una emergencia que amenaza su salud o seguridad. Los servicios cubiertos incluyen:

- Pagos de reubicación para evitar o eliminar estado sin techo.
- Hipoteca, seguro y/o pago de impuestos de propiedad a fin de evitar confiscación, ejecución hipotecaria o venta debido a impuestos.
- Reparaciones limitadas en el hogar.
- Cuentas de calefacción, electricidad y servicios públicos.
- Costos de entierro.

¿Quién es elegible?

Usted podrá calificar para el SER si:

- Posee un ingreso bajo y bienes limitados.
- Es probable que la situación de emergencia no vuelva a suceder (por ejemplo: para recibir ayuda con pagos de renta o del hogar, deberá demostrar que cuenta con el ingreso suficiente como para cubrir los costos de su casa en el futuro).
- Hizo ciertos pagos requeridos en las cuentas de su vivienda, calefacción, electricidad y/o servicios públicos.

¿Cómo se calculan los beneficios?

La cantidad de ayuda que podrá recibir depende de la cantidad de personas de su familia, ingresos, bienes y el tipo de servicio solicitado y otros factores.

Al firmar su solicitud, acepta las siguientes responsabilidades.

Sus Responsabilidades

Para acceder a sus beneficios y conservarlos es su responsabilidad...

Para dar información para las necesidades de los programas

Usted da su consentimiento para que MDHHS y terceras partes reúnan, usen y den a conocer su información. Usted entiende que la información es necesaria con el propósito de brindar beneficios o servicios, obteniendo pagos por sus beneficios o servicios, y por el funcionamiento normal de los asuntos del departamento. Usted libera al departamento de toda responsabilidad por compartir esta información con otras agencias con este propósito. Consulte “Detalles de Privacidad” en la página 41 para acceder a ejemplos de información que MDHHS recibirá de otras partes y entregará a otras partes.

Decir la verdad

Usted es responsable de brindar en esta solicitud información que sea verdadera y precisa. Usted podrá ser sancionado si intencionalmente dio información falsa o engañosa, o si ocultó/ retuvo hechos que hacen que reciba asistencia que no debería recibir o más asistencia de la cual debería recibir. Las sanciones podrán incluir acciones administrativas, civiles o delictivas, incluyendo enjuiciamiento. Para más detalles, consulte la sección de “Sanciones” en la página 44.

Usar sus beneficios legalmente

Es ilegal dar sus beneficios del FAP o de su tarjeta Bridge o negociar los beneficios de su tarjeta por asistencia en efectivo, boletos de lotería, armas de fuego, drogas, u otros bienes y servicios. Los beneficios que se vendan o comercien serán tratados como beneficios adicionales y deberán ser reembolsados. Las sanciones incluyen multas, encarcelamiento, y descalificación para futuros beneficios. Si recibe asistencia de efectivo, se prohíbe usar el FIP, RCA o SDA para adquirir boletos de lotería, alcohol, tabaco, o para apuestas, actividades ilegales, salones de masajes, spas, tiendas de tatuajes, actividades de pagos de fianzas, entretenimiento para adultos, cruceros, u otros ítems no esenciales. Para más detalles, consulte la sección de “Sanciones” en la página 44.

Reembolsar cualquier beneficio que no debería haber recibido

Si usted o cualquier miembro de su familia recibe beneficios para los cuales no es elegible, los adultos de su familia deberán devolver los beneficios adicionales. Los beneficios se deberán devolver, incluso aunque no haya habido fraude. Si el departamento comete un error, los adultos (mayores de 18 años) del hogar deben reembolsar los beneficios adicionales. En el caso del FAP, un representante autorizado (que tenga acceso a sus beneficios y pueda comprar por usted) o un patrocinador extranjero también podrían ser responsables del reembolso de cualquier beneficio adicional del FAP. MDHHS podrá conservar parte de sus beneficios futuros como reembolso por beneficios adicionales que haya recibido. Si no está de acuerdo con la suma mantenida por MDHHS, consulte la sección de “Recursos” en la página 39 para más detalles sobre cómo solicitar una audiencia.

Cooperar con la Manutención de Hijos para brindar información

Si recibe asistencia de Medicaid y/o FIP, deberá ayudar a los especialistas de manutención para niños con su caso de manutención para niños 1) brindándoles la información que soliciten, y 2) asistiendo a las citas de su caso de manutención para niños. Si usted no brinda ayuda, podrá perder parte de o todos sus beneficios. **Si cree que ayudar con su caso puede causar daños a usted o a su niño, esto indique a MDHHS. MDHHS determinará si usted posee un motivo razonable para no ayudar con su caso. Algunos ejemplos de motivos razonables son violaciones, incesto, historial de abuso o amenazas de abuso. Existen otros motivos razonables. Si piensa que posee un motivo razonable, comuníquese con MDHHS de inmediato.**

Informar sobre cambios

Usted es responsable de informar al departamento sobre cualquier cambio en la información que brindó. Estos cambios deberán ser informados tan pronto como sucedan, pero no luego de los 10 días desde que se produjo el cambio. Para el FIP solo, usted deberá informar cuando un niño deje su casa dentro de los 5 días (si estará ausente por 30 días o más). Si usted no informa sobre un cambio, podrá ser enjuiciado por fraude o se le podrán negar los beneficios o ambos. Para más detalles sobre cómo informar cambios, consulte la sección de “Recursos”.

Solo para FAP, MDHHS le informará si se aplican diferentes reglas de informes en su caso, como grupos de informes simplificados o de cambio.

Ganancias de Lotería/Apuestas

Para todos en el grupo alimentario(FAP), debe reportar todas las ganancias de loteria o casino de $4,250 o mas para el décimo dia del mes despues del mes en que lo recibio, sin importar si tiene prueba de bienes.

Cooperar con los revisores estatales y federales

Se le podrá solicitar que coopere con los revisores estatales o federales que se estén asegurando de que sus beneficios sean los correctos. Es posible que no sea elegible para recibir los beneficios en caso de no cooperar.

Buscar otros beneficios para los cuales pueda estar calificado

Para la mayoría de los programas, debe solicitar otros beneficios para los cuales pueda calificar, tales como beneficios de desempleo, beneficios del Seguro Social y Seguridad de Ingresos Suplementarios (SSI), beneficios de la Administración de Veteranos. MDHHS le informará si usted debe solicitar beneficios. Si no solicita beneficios cuando se requiera, sus beneficios del MDHHS se podrán reducidos, anulados o negados.

Brindar los números del Seguro Social (SSN)

Para la mayoría de los programas, de acuerdo con la ley federal 42 USC 1320b-7, usted deberá brindar los números del Seguro Social. No es necesario que brinde los números del Seguro Social de miembros de su hogar que no estén presentando una solicitud (con la excepción del SER), adultos que soliciten el cuidado para niños, o receptores del FAP que no puedan brindar u obtener el número del Seguro Social en base a fundamentos religiosos. MDHHS usará los números del Seguro Social para controlar si usted es elegible y está recibiendo los beneficios correctos.

Si solicita un número de Seguro Social, proporciónelo al MDHHS tan pronto como lo reciba. De lo contrario, sus beneficios podrían ser reducidos, denegados o cancelados. Si necesita ayuda para obtener un número de Seguro Social, visite socialsecurity.gov o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY deben llamar al 800-325-0778.

Para la cobertura médica, proporcionar su número de Seguro Social puede ser útil incluso si no desea cobertura médica, ya que puede agilizar el proceso de solicitud. El Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan (MDHHS) utiliza el número de Seguro Social para verificar los ingresos y otra información para determinar quién es elegible para recibir ayuda pagar la cobertura médica.

Presentar comprobantes

Para la mayoría de los programas, usted tendra que entregar papeles que demuestren que aquello que le informó al departamento es cierto. Usted deberá entregarle al departamento todos los papeles y documentos requeridos antes de que sus beneficios de elegibilidad puedan ser determinados. Si no presenta comprobantes, su solicitud podrá ser negada.

Informar sobre cualquier beneficio tribal que reciba

No podrá recibir beneficios de alimentos por parte del programa de distribución de alimentos a tribus y del FAP al mismo tiempo. No podrá recibir el TANF (efectivo) para tribus por parte de una tribu y asistencia en efectivo del FIP del MDHHS al mismo tiempo. Las organizaciones tribales podrán recibir fondos de el Programs de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) del gobierno federal. Los pagos se limitan a la mayor suma disponible ya sea del MDHHS o de la organización tribal. MDHHS le solicitará que presente un comprobante de cualquier pago tribal de LIHEAP que reciba.

Sus Derechos

Su solicitud general hace referencia a esta página al firmar su solicitud de presentación.

Sin importar quien sea, usted tiene derecho a...

Solicitar una audiencia

Usted tiene derecho a solicitar una audiencia si no está de acuerdo con cualquier acción o decisión que el departamento tome (incluyendo no actuar con la puntualidad razonable). Usted puede solicitar una audiencia con el FAP por teléfono. Las audiencias para todos los demás programas deberán ser solicitadas por escrito. En la audiencia, usted puede explicar por qué no está de acuerdo con la acción o decision y presentar pruebas.

Podrá acceder a que se continúe con su asistencia si presenta su solicitud de audiencia dentro de los 10 días del aviso de negación. Se le podrá requerir el reembolso de cualquier asistencia que reciba mientras su apelación está pendiente si 1) la acción propuesta por el departamento es defendida en la decisión de la audiencia, o 2) su solicitud de apelación es retirada, o 3) usted o su representante autorizado no asiste a la audiencia.

Se concederá una audiencia si recibimos su solicitud de apelación dentro de los 90 días desde la fecha en que una acción fue tomada por MDHHS o por la pérdida de sus beneficios. MDHHS deberá recibir su solicitud de apelación dentro de los 10 días de la fecha del envío por correo del aviso para continuar recibiendo sus beneficios.

Usted podrá elegir que cualquier persona lo represente. Si dicha persona no es un abogado o no es indicada por una corte, nos deberá presentar su autorización firmada. Adjunte una copia de la orden de la corte si la persona que le ayudará es indicada por la corte. La Oficina de Audiencias y Regulaciones Administrativas de Michigan (Michigan Office of Administrative Hearings and Rules, MOAHR) negará la solicitud de una audiencia administrativa realizada por el representante si usted no presenta un comprobante de autorización. El representante autorizado para la audiencia deberá ser autorizado antes de presentar la solicitud.

Para más detalles sobre cómo solicitar una audiencia, consulte la sección de “Recursos” en la página 39.

Aplicar sin discriminación (No envie la solicitud aquí)

Con arreglo a lo dispuesto en las leyes federales sobre derechos civiles y en las normativas y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones involucradas o que gestionan los programas del USDA, cometan discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política, y la retaliación orepresalias por acciones previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividadllevada a cabo o financiada por el USDA. También se prohíbe la discriminación en los programas queperciben ayudas económicas federales por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS),como el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), y programas que lleva acabo directamente el HHS en virtud de la legislación federal en materia de derechos civiles y lasnormativas del HHS.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA ofrece ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación en el programa, rellene el formulario de queja por discriminación en el programa, (AD-3027) que se encuentra en línea en el siguiente enlace: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf y en cualquier oficina del USDA o 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 reclamación, llame al (866)632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA a través de los siguientes cauces:

1. correo postal: Food and Nutrition Service
   USDA1320 Braddock Place, Room 334,
   Alexandria, VA 22314; o
2. fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. teléfono: (833) 620-1071; o
4. correo electrónico: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con el SNAP, las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa del SNAP del USDA en el número de teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de la línea directa/de información del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por estado); se encuentra en línea en el siguiente enlace: Línea gratuita de SNAP, https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS ofrece ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS brinda asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a en el portal de quejas de la OCR que encontrará en el siguiente enlace: https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; Fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar las quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR: OCRMail@hhs.gov o ponerse en contacto con la OCR a través del número de teléfono gratuito1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y fuente aumentada), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

(No envie la solicitud aquí)

Informar sobre la etnicidad y el grupo racial es voluntario

Responder preguntas sobre el grupo racial y grupo étnico es voluntario. La información es recolectada a fin de asegurar que los beneficios de los programas sean distribuidos sin relación al grupo racial, color o nacionalidad. Si usted no responde estas preguntas, sus niveles de elegibilidad o beneficios no se verán afectados. Si decide no responder estas preguntas, MDHHS podrá elegir una respuesta por usted. No aplica para FAP o CDC.

Presentar su solicitud como Ciudadano Estadounidense

Para algunos programas, las personas que afirman ser ciudadanos de EE.UU. deberán presentar un comprobante de ciudadanía y de identidad. Un comprobante de ciudadanía aceptable incluye, pero no se limita a, un pasaporte de EE.UU., una certificación de naturalización, o un registro público de nacimiento en EE.UU. donde se muestre que es nacido en EE.UU. o en territorios de EE.UU.

Las personas que reciben el SSI, Seguro Social, Medicare, o asistencia de adopción, niños adoptivos y bebés recién nacidos con “nacimiento sano” no necesitarán presentar comprobantes de ciudadanía de EE.UU.

Presentar una solicitud como inmigrante

Usted podrá ser elegible para recibir beneficios si es un inmigrante calificado, incluyendo:

- Residentes permanentes legales (LPR); (personas con tarjetas verdes).
- Asilos y refugios.
- Personas en libertad condicional por más de un año.
- Ingresantes cubanos y haitianos.
- Ciertos inmigrantes abusados, sus hijos, y/o sus padres.
- Víctimas de tráfico.
- Veteranos y militares activos, y sus coñyuge e niños.

Recibir asistencia alimentaria o ayuda de emergencia no afectará su estatus migratorio. Una remisión a USCIS (servicios de ciudadanía e inmigración de los Estados Unidos) sólo se hará cuando un solicitante/beneficiario de asistencia alimentaria o FIP 1) presenta una orden final de deportación durante el proceso de determinación de elegibilidad, o 2) una determinación de inelegibilidad basada en el estatus migratorio se mantiene en el proceso de audiencia administrativa y está apoyado por una determinación por USCIS o de la corte de inmigración (EOIR), como una orden final de deportación.

Las personas que no soliciten ayuda para ellos mismos y adultos que soliciten asistencia de cuidado infantil no tienen que proporcionar un número de seguro social ni información sobre el estatus migratorio.

Recibir servicios por violencia doméstica

Es posible que podamos eliminar algunos requisitos del programa (tales como trabajar, buscar un trabajo, buscar manutención de hijos o ir a la escuela) si el participar 1) la pusiera a usted o a un miembro de su familia en peligro de daños físicos o emocionales 2) la expusiera al abuso sexual, o 3) fuera de cualquier otra forma injusto con usted. Si alguna de estas cosas se aplica a usted o a su familiar, indique esto a MDHHS ahora. Para más detalles sobre cómo acceder a los servicios de violencia doméstica, consulte la sección de “Recursos” en la página 39.

Recibir ayuda si posee una discapacidad

No es necesario que nos dé explicaciones sobre discapacidades, pero cierta ayuda sólo está disponible para personas que poseen las mismas. Si usted u otra persona de su familia posee una discapacidad, podemos hacer excepciones o brindarle ayuda especial. Si se le niega ayuda especial o una excepción que necesite debido a una discapacidad, y piensa que dicha negación estuvo equivocada, usted podrá presentar una queja por discriminación. Si no nos informa sobre una discapacidad ahora, podrá informarnos sobre la misma más adelante.

Si necesita ayuda, comuníquese con MDHHS.

Registrarse para votar

Solicitar el registro o rechazar el registro para votar no afectará la cantidad de asistencia que se le proporcionará, o su elegibilidad. Su decisión de registrarse o no para votar permanecerá confidencial. Si desea ayuda para completar la solicitud de registro de votantes, lo ayudaremos o puede llamar a la línea gratuita de la Secretaría de Estado al 888-SOS-MICH; 888-767-6424 para obtener ayuda. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. También puede completar la solicitud en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, o con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o no, puede presentar una queja por escrito a:

Departamento de Estado de Michigan: Richard H. Austin Building
430 W. Allegan
Lansing, MI 48918

o llamar sin cargo al 888-SOS-MICH; 888-767-6424

Recursos

Aquí figuran recursos que le podrán ayudar a actuar.

Buscar su oficina local

- Visite a www.michigan.gov/contactmdhhs

Recibir ayuda con su solicitud

Se requiere a su oficina local brindar ayuda con lectura, redacción, práctica auditiva, etc. o a buscar a un intérprete durante el proceso de solicitud. Para recibir ayuda:

- Llame a su oficina local para notificar que necesitará asistencia.

Usted también podrá traer a su propio intérprete.

Informar un cambio

Puede informar cambios 1) llamando a su oficina local del MDHHS (el número aparece en toda la correspondencia que recibió del MDHHS), 2) informando en línea a través de MI Bridges, 3) enviando una declaración por escrito o el formulario MDHHS-2240, Informe de Cambios, a su oficina local.

Cómo solicitar el formulario MDHHS-2240-Bridges: Visite su oficina local y solicite el formulario MDHHS-2240.

Si presenta quiebra, envíe una copia del aviso oficial de la quiebra a:

Michigan Department of Health and Human Services,
Reconciliation and Dispute Unit-Bankruptcy,
PO Box 30820
Lansing, MI 48909.

Informar al fraude
Visite www.michigan.gov/welfarefraud para denunciar las sospechas de fraude a la asistencia social.

Solicitar una audiencia

Las maneras de solicitar una audiencia incluyen:

Por teléfono (FAP solo): Llame a su oficina local del MDHHS (el número de teléfono aparece en cualquier correspondencia que haya recibido del MDHHS y solicite una audiencia; **o**

Personalmente: Visite su oficina local y solicite un formulario de Solicitud de Audiencia (DHS-18); **o**

Por correo: Descargue el formulario DHS-18 en https://www.michigan.gov/mdhhs/doingbusiness/forms, ubicado bajo el subtítulo “Otros”.

- Imprima, complete y firme el formulario.
- Incluya su nombre, domicilio, y número de caso.
- Adjunte una copia del aviso que recibió del MDHHS, si es posible.
- Envíe por correo el formulario firmado y con fecha a su oficina local, dirigido al coordinador de audiencias.
- Guarde una copia de la solicitud y de cualquier otro documento que adjunte.

Una vez solicitada la audiencia, usted recibirá un aviso de la fecha de la audiencia por correo.

Presentar una queja general

- Llame a su oficina local; **o**
- Escriba su queja y envíe la misma por correo a:

  Michigan Department of Health and Human Services,
  Specialized Action Center
  PO Box 30037
  Lansing, MI 48909

Recibir servicios por violencia doméstica

Usted está autorizado a recibir servicios integrales por violencia doméstica.

- Busque información a través de Internet: www.michigan.gov/domesticviolence
- Llame a la Línea de Ayuda de Violencia Doméstica: 800-799-7233.
- Lea el DHS-Pub-859, ¿Alguien lo Está Hiriendo a Usted o a sus Niños? – a través de Internet en: www.michigan.gov/domesticviolence

Recibir ayuda con deudas de MDHHS

Llame gratuitamente a la Unidad de Resolución de Disputas sobre Pagos Excedentes al 800-419-3328 si 1) posee una deuda con MDHHS perteneciente al FAP, Asistencia de Efectivo (Cash Assistance), o reembolso del CDC 2) necesita instrucciones sobre adónde enviar el reembolso 3) necesita consultar sobre el balance de deuda 4) necesita la reemisión de un recibo para un reembolso previo 5) está considerando disputar una acción pendiente de recolección en proceso para los programas anteriores o 6) está buscando aclaraciones u orientación sobre un aviso de recolección del MDHHS que involucre estos programas.

Recibir ayuda de la tarjeta Bridge

Se accede a beneficios de asistencia en efectivo y/o del FAP utilizando una tarjeta de débito. El nombre de esta tarjeta de débito es Bridge card o tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT).

Llame a la línea gratuita del Servicio al Cliente del EBT al 888-678-8914 para 1) informar sobre una tarjeta extraviada, robada o dañada 2) solicitar un reemplazo de tarjeta 3) establecer/modificar su número de identificación personal (PIN), o 4) acceder a su balance. El servicio al cliente está disponible las 24 horas del día, los 7 días de la semana (el servicio está disponible en español y árabe). Si posee una discapacidad auditiva o del habla, llame el Centro de Retransmisión de Michigan (Michigan Relay Center) al 711.

Despues del reemplazo de su primera tarjeta, sus beneficios podrán ser reducidos a fin de cubrir el costo de reemplazo de cualquier tarjeta adicional.

La misma política de reemplazo de tarjetas se aplica si cuenta con alguien con acceso a sus beneficios en efectivo (beneficiario protector), o (para el FAP) alguien a quien usted haya aprobado para comprar comida para su hogar (representante autorizado).

Contactar otros programas

Si tiene preguntas sobre cualquiera de los siguientes programas, llame:

- MIChild MDHHS: 888-988-6300
- Medicare: 800-633-4227
- Recursos Comunitarios y Derivaciones: 2-1-1
- División de Servicios de Extensión para Campesinos del MDHHS (Farmworker Outreach Services Division MDHHS): 833-SIAYUDA (833-742-9832)

Detalles de Privacidad

Información que MDHHS recibirá de otras partes

- **Información de la Administración del Seguro Social (todos los programas)** - Usted acuerda que la Administración del Seguro Social podrá brindar a MDHHS toda la información necesaria para determinar si es elegible.
- **Control de Calidad (QC), Seccion de Investigación y Verificación de Sobrepagos (ORVS) y/o Investigaciones de la Oficina del Inspector General (OIG)** - MDHHS podrá elegir su caso para una revisión de control de calidad o para una investigación completa. Si su caso es elegido, MDHHS se comunicará con usted, con otras personas, empleadores y/o agencias para comprobar la veracidad de la información provista en su solicitud de asistencia.
- **Control de cumplimiento de la ley (FAP, FIP, SER)** - MDHHS podrá brindar o recibir información de oficiales de cumplimiento de la ley con el propósito de arrestar a personas que intenten evadir la ley.
- **Información de facturación para cuidado de niños (CDC)** - La información entregada por su proveedor de cuidado de niños será usada para determinar las sumas de los pagos.
- **Comprobación por computadora (todos los programas)** - MDHHS verificará con sistemas de ingresos y de elegibilidad y con agencias federales, estatales y privadas a fin de asegurar que la información que brinde en este formulario de asistencia sea correcta. Si la información no coincide, le podremos solicitar que nos envíe un comprobante. La verificación de la información que brinde podrá afectar la elegibilidad de su hogar y el nivel de beneficios. MDHHS podrá verificar salarios, ingresos, bienes, beneficios de desempleo, reembolsos de impuestos beneficios y números del Seguro Social, manutención de hijos, estado de inmigración, etc.
- **Otros estados** - MDHHS verificará los registros de otros estados. Se le podrán negar beneficios en Michigan si usted u otros miembros familiares fueron descalificados en otros estados.

- **Para la Cobertura de Salud** - Usted podrá dar su consentimiento para la recolección y uso de datos de ingresos, incluyendo información de reembolsos de impuestos, para determinar su elegibilidad para recibir ayuda para pagar su cobertura de salud en años futuros (hasta durante 5 años). Usted recibirá un aviso cuando esto ocurra, podrá hacer cambios, y podrá optar no paticipar en cualquier momento. Si brinda cierta información que no coincide, MDHHS podrá solicitarle que nos envíe un comprobante para averiguar qué es correcto. Se le podrá solicitar autorización para comunicarnos con empleadores, bancos u otras personas.
- **Intercambio de información (SER) -** MDHHS puede trabajar directamente con la empresa de servicios públicos proveedores, compartir información del cliente para emitir pagos directos de energía o servicios públicos. Este proceso sigue el Programa Energy Direct requisitos entre MDHHS y el proveedor/compañía de servicios públicos.

Información que MDHHS le dará a otros

- **Autorización para revelar la información requerida por los programas** - MDHHS podrá revelar información para propósitos directamente relacionados con la administración de ciertos programas de asistencia. La información limitada, también podrá ser revelada, en caso de ser solicitada por organizaciones de caridad o por oficiales del gobierno, actuando en sus deberes oficiales. MDHHS podrá revelar su nombre y el monto de los beneficio(s) al public en general, si usted firmo un concentimiento o si la corte lo ordena.
- **Información de elegibilidad (FAP)** - MDHHS envía a las escuelas información de elegibilidad para el programa de asistencia alimentaria (FAP). Esta información le permite a su niño(s) recibir comidas gratis o a costos reducidos.
- **CDC** - Se enviará un aviso a su proveedor de cuidado de niños cuando su CDC haya sido aprobado y autorizado, se produzcan cambios que impacten en su elegibilidad para el CDC, o su elegibilidad para el CDC haya concluido.
- **Extranjeros sin documentos** - MDHHS podrá enviar información sobre ciertos extranjeros indocumentados al Departamento de Seguridad Nacional.
- **Intercambio de información (SER)** - la información compartida puede incluir, pero no se limita a números de cuentas, dirección de servicio, numero del caso de MDHHS, atraso/saldo de cuenta o pago emitido. Información compartida es para el uso de la emisión de pagos directos de energía/servicios públicos y/o para obtener la verificación necesaria para procesar las solicitudes de SER.

- **Información de encuesta** - Usted podrá ser contactado para brindar información en una encuesta a fin de ayudar a evaluar la calidad de los programas y del servicio al cliente de MDHHS.

Declaración de privacidad (FAP)

- La colección de esta información, incluido el número de seguro social (SSN) de cada miembro del hogar, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, con sus modificaciones, 7 U.S.C. 2011-2036. La información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o sigue siendo elegible para participar en FAP. Verificaremos esta información a través de programas informáticos. Esta información también se utilizará para monitorear el cumplimiento de las regulaciones del programa y para la gestión del programa.
- Esta información se puede divulgar a otras agencias federales y estatales para su examen oficial, y a los agentes del orden público encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar la ley.
- Si surge un reclamo de FAP contra su hogar, la información de esta solicitud, incluidos todos los números de seguro social, puede remitirse a agencias federales y estatales, y a agencias privadas de cobranza de reclamos, para acción de cobro de reclamos.
- Proporcionar la información solicitada, incluyendo el SSN de cada miembro del hogar, es un acto voluntario. Sin embargo, el hecho de no proporcionar un SSN resultará en la denegación de los beneficios de FAP a cada persona que no proporcione un SSN. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y divulgará de la misma manera que los SSN de los miembros elegibles del hogar.

Sanciones

Estas políticas de sanciones se aplican al FAP, FIP, SDA, y CDC.

Una Violación Intencional del Programa (IPV) se produce cuando se hace una afirmación falsa o engañosa, cuando se esconde, se hace una mala representación o se retiene hechos a propósito a fin de recibir o continuar recibiendo beneficios adicionales. Si creemos que usted cometió un fraude/ IPV, podremos realizar una audiencia administrativa, presentar delitos penales, o solicitarle que de forma voluntaria firme un acuerdo de inhabilitación.

Tráfico del FAP

Usted también podrá ser culpable de fraude/ IPV si comercia, intenta comerciar o vende sus beneficios de FAP o tarjeta Bridge a través de Internet o personalmente. Usted no deberá usar ni intentar usar para su familia los beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenezcan a otra familia. No podrá usar beneficios de FAP o tarjetas Bridge para adquirir o intentar adquirir cualquier otra cosa que no sea comida, semillas y plantas para cultivar su propia comida para su familia.

Si se prueba en la corte que usted es culpable de fraude:

- Estará sujeto a sanciones penales (por ejemplo: multas de hasta $250,000, cárcel hasta durante 20 años o ambas). Es posible que otras leyes federales y una corte le cobre y le impeda recibir beneficios durante 18 meses adicionales; **y**
- Deberá reembolsar cualquier beneficio adicional que haya recibido debido al fraude/ IPV; **y**
- Será descalificado de recibir beneficios de FIP/ SDA y/o de FAP – lea la tabla en la siguiente página.

Si se prueba que usted es culpable de IPV en una audiencia administrativa, o en forma voluntaria al haber firmado una descalificación:

- Usted será descalificado para recibir beneficios de FIP/ SDA y/o de FAP – lea la tabla en la siguiente página; **y**
- Usted deberá reembolsar beneficios adicionales que recibió a causa del fraude/ IPV.

Estas políticas se aplican a otros miembros de su hogar y a representantes autorizados también. Para más detalles sobre como reportar posibles fraudes de asistencia pública, consulte la sección de “Recursos” en la página 38.

Si realiza una de las siguientes acciones:	**Usted perderá sus beneficios de FIP/ SDA y/o de FAP por:**
• Hace una declaración falsa o engañosa. • Esconde, representa de mala manera o retiene hechos para recibir o continuar recibiendo beneficios. • Comercia, intenta comerciar o vende menos de $500 en beneficios de FAP o tarjetas Bridge a través de Internet o personalmente. • Usa beneficios de FAP para comprar ítems no aptos tales como bebidas alcohólicas o tabaco. • Compra bebidas con los beneficios de FAP, y de inmediato vacía los contenidos y devuelve el envase a cambio de dinero. • Usa o intenta usar beneficios de FAP o tarjetas Bridge que pertenecen a otra persona para su hogar.	• Un año por la primera violación • Dos años por la segunda violación • De por vida por la tercera violación
Si usted es: • Condenado por una corte por mentir sobre su identidad o domicilio para recibir beneficios en dos o más estados al mismo tiempo. Los beneficios incluyen programas financiados por el Títutlo IV-A de la Ley de Seguridad, Medicaid y el Ingreso de Seguro Suplementario.	**Usted perderá los beneficios de FIP por:** • 10 años
Si un miembro de su familia es encontrado culpable por una corte de: • Comerciar los beneficios de FAP por drogas.	**Usted perderá los beneficios de FAP por:** • Dos años por el primer delito • De por vida por el segundo delito
Si un miembro de su familia es encontrado culpable por una corte de: • Comerciar o intentar comerciar beneficios de FAP por armas de fuego, municiones, o explosivos. • Comerciar, comprar o vender o intentar comerciar, comprar o vender beneficios de FAP por $500 o más por otra cosa que no sea comida, a través de Internet o personalmente. • Pagar o intentar pagar por comida comprada a crédito con el FAP	**Usted perderá los beneficios de FAP por:** • De por vida

Sanciones de CDC

La violación de las reglas del programa podrán resultar en una descalificación por 6 meses, 12 meses, o de por vida.

Huir de la descalificación del delincuente
Una persona que está evadiendo un proceso por un delito grave y está siendo activamente perseguido por las autoridades federales, estatales o locales no es elegible para recibir beneficios FIP, SDA y/o FAP. Es posible que otros miembros del grupo aún sean elegibles para los beneficios FIP, SDA y/o FAP.

Vista Rápida al Presentar su Comprobante

Después de presentar su solicitud, MDHHS le enviará una lista de los documentos que usted necesita presentar según su caso específico. Estos son ejemplos de tipos de documentos de comprobación que le puedan pedir que presente. Para la programa de alimientos (FAP), la mayoria de los comprobantes deben ser dentro de los ultimos 30 dias.

Hogar

- Identificación: Licencia de conducir, identidad del estado o pasaporte.
- Su Tarjeta del Seguro Social y los números de todos los miembros del hogar que estén aplicando.
- Prueba de estatus extranjero (tarjeta verde o tarjeta de extranjero residente).

Bienes

- Declaraciones de cuentas (cheques, ahorros, 401ks, etc.).
- Escrituras de propiedades que posea (casas, edificios, tierra/ lote, otra propiedad).

Ingreso

- Talones de pago.
- Recibo por beneficios de compensación por desempleo (UCB).
- Avisos de concesión (para SSI, RSDI, compensaciones a trabajadores, etc).

Gastos

- Recibos de cuidado de niños o cuidado para adultos con discapacidad.
- Recibos médicos por gastos mensuales recurrentes (tales como diálisis, medicaciones mensuales, etc.) o cuentas por gastos únicos.
- Comprobante de renta o de hipoteca.

Al entregar documentos brinde copias – **no podemos devolver documentos originales.** Las copias pueden ser realizadas sin costo en su oficina local.

Si necesita ayuda para obtener el comprobante, consulte a MDHHS.