

# Folleto Informativo

Michigan Department of Health and Human Services

Lea este folleto antes de firmar la Solicitud de Asistencia.



## Cobertura de Salud

*Procesamiento estándar: Entre 45 y 90 días*



## Programa de Asistencia Alimentaria (FAP)

Brinda beneficios para comprar o cultivar alimentos.

*Procesamiento de envío: dentro de los 7 días*

*Procesamiento estándar: dentro de los 30 días*



## Asistencia en Efectivo

### Programa de Independencia Familiar (FIP)

Para mujeres embarazadas o familias con niños.

*Procesamiento estándar: dentro de los 45 días*

### Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)

Para personas admitidas en EE.UU. como refugiados o alguien tratado como un refugiado.

*Procesamiento estándar: dentro de los 30 días*

### Asistencia Estatal por Discapacidad (SDA)

Para adultos con discapacidades, cuidadores residentes, o personas en un arreglo de vivienda especial.

*Procesamiento estándar: dentro de los 60 días*



## Cuidado y Desarrollo Infantil (CDC)

Ayuda a cubrir los costos del cuidado de niños.

*Procesamiento estándar: dentro de los 30 días*



## Programa Estatal de Ayuda de Emergencia (SER)

Brinda ayuda o asistencia para situaciones de emergencia.

*Procesamiento estándar: dentro de los 10 días*

---

The Michigan Department of Health and Human Services will not exclude from participation in, deny benefits of, or discriminate against any individual or group because of race, sex, religion, age, national origin, color, height, weight, marital status, gender identification or expression, sexual orientation, partisan considerations, or a disability or genetic information that is unrelated to the person's eligibility.






El Michigan Department of Health and Human Services no excluirá de la participación, no negará beneficios, ni discriminará a ningún individuo o grupo debido a su raza, sexo, religión, edad, nacionalidad, color, altura, peso, estado civil, identificación o expresión de género, orientación sexual, consideraciones partidarias, o incapacidad o información genética no relacionada con la elegibilidad de la persona.

لن تستثنى ادارة الخدمات الصحية والانسانية لولاية ميشيغان أي فرد أو مجموعة من المشاركة فيبرامجها، رفض المخصصات ، أو بالتمييز ضدهم بسبب العرق أو الجنس أو الدين أو السن أو الأصل القومي أو اللون أو الطول أو الوزن أو الحالة الاجتماعية أو تحديد الجنس أو التعبير أو التوجه الجنسي أو الاعترافات الحزبية أو الإعاقة أو المعلومات الوراثية التي لا علاقة لها بأهلية الشخص.

# Indice

---

## Detalles de Programas

 Cobertura de Salud _____	4
 Programa de Asistencia Alimentaria _____	12
 Asistencia en Efectivo _____	18
 Cuidado y Desarrollo Infantil _____	24
 Programa Estatal de Ayuda de Emergencia _____	28

<b>Sus Responsabilidades</b> _____	30
------------------------------------	----

<b>Sus Derechos</b> _____	34
---------------------------	----

<b>Recursos</b> _____	38
-----------------------	----

<b>Detalles de Privacidad</b> _____	41
-------------------------------------	----

<b>Sanciones</b> _____	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.

¿Usted consumió agua del Sistema de Agua en Flint y vive, trabaja o recibe cuidado de niños o educación en una dirección atendida por el Sistema de Agua de Flint desde Abril 2014 hasta la día de hoy? Si es así, es posible que desee solicitar la cobertura de salud en [www.michigan.gov/mibridges](http://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 por sus siglas en inglés); 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](http://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](http://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 usen 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.

### **Si alguien en esta solicitud es elegible para Medicaid, Health Michigan Plan o MICHild**

Usted 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 especialista del MDHHS. Usted podrá tener motivo razonable para no ayudar con su caso.

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

### **Recuperación de patrimonio de Medicaid (MA – Cuidado a Largo Plazo (LTC por sus siglas en inglés))**

Usted entiende que al fallecer, el 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. El 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. El 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 por sus siglas en inglés)**

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 niño, o pupilo (MA por sus siglas en inglés)**

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 a HIV/AIDS, complejo relacionado con el SIDA (ARC por sus siglas en inglés) 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 alguien 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 Healthy Michigan Plan**

**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



---

**Esta página se dejó intencionalmente en blanco**

# 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 migratorio 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.



## ¿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.
- Las familias sin hogar quien no reciben refugio gratuito durante el mes y que no reclaman una deducción por exceso de refugio, pueden ser elegibles para una deducción de refugio para personas sin hogar.
- 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 por sus siglas en inglés) o un Programa de Asistencia Energía de Michigan (MEAP por sus siglas en inglés) 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. Cooperar con la Manutención de Hijos a fin de brindar información

El MDHHS lo inscribirá en el programa de manutención de hijos si un niño de su hogar recibe asistencia alimentaria y uno o dos de los padres del niño no vive en el hogar. Los servicios de Manutención de hijos le ayudarán, si sea necesario, a establecer un padre legal y/o a recibir una orden de manutención para su niño. La Oficina de Manutención de Hijos le enviará una carta. Siga las instrucciones de la carta. Usted debe ayudar a los trabajadores que brindan ayuda para niños en el caso de manutención de su hijo 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 parte de su asistencia alimentaria. Si cree que ayudar con su caso puede causar daños a usted o a su niño, indíquelo a su especialista del MDHHS. Su especialista del 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 su especialista del MDHHS ahora.

### 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 por sus siglas en inglés) o que posea beneficios por tiempo limitado del FAP (si recibe beneficios en efectivo y asistencia alimentaria, 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 género 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.
- 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 su especialista del 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 su especialista del 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 incapacitada.
- 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 50; 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 su especialista del 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 por sus siglas en inglés) brinda temporaria asistencia en efectivo para mujeres embarazadas o familias con niños menores.
- La Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA por sus siglas en inglés) brinda temporaria asistencia en efectivo para personas recientemente admitidas en EE.UU. como refugiados o alguien tratado como un refugiado.
- La Asistencia Estatal por Discapacidad (SDA por sus siglas en inglés) 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 un padre, tutor legal o pariente que actúa como padre de un niño menor de 18 años de edad (o un estudiante de la escuela secundaria de 18 años de edad). Usted no podrá recibir el FIP durante más del tiempo límite federal de 60 meses o el límite estatal de 48 meses de duración, a menos que califique para una excepción o el mes de exención (para más detalles, consulte al especialista del MDHHS). Esto incluye cualquier asistencia en efectivo que haya podido recibir 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 por sus siglas en inglés) dentro de los ocho meses desde la fecha de entrada a EE.UU., y no es elegible para el FIP.



**SDA:** Usted podrá ser elegible para el SDA si no sea elegible para el FIP 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 los Michigan Rehabilitation 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 grupo familiar.
- Gastos de manutención de hijos ordenados por la corte, cubiertos por su familia.
- Ingreso total.

El cliente tiene la opción de excluir al nuevo cónyuge, del Grupo Certificado FIP, 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 activos 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 únicamente)

El 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 de hijos le ayudarán, si es necesario, a establecer un padre legal y/o a recibir una orden de manutención para su niño. La Oficina de Manutención de Hijos le enviará una carta. Siga las instrucciones de la carta. Usted debe ayudar a los trabajadores que brindan ayuda para niños en el caso de manutención de su hijo 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, se lo indique a su especialista del MDHHS. Su especialista del 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 su especialista del MDHHS ahora.

Cada mes que recibe un beneficio de FIP, también puede recibir una parte de la manutención infantil recaudada por MDHHS. La manutención recaudada se utiliza para reembolsar a MDHHS por el efectivo que le brinda.

Si la manutención que MDHHS recauda es mayor que su subsidio FIP durante al menos 2 meses, MDHHS puede cerrar su caso FIP para que pueda recibir los pagos de manutención infantil directamente.

### 2. Vacune a sus niños (FIP únicamente)

Los niños menores de 6 años deberán ser vacunados de acuerdo con lo recomendado por el MDHHS. Sus beneficios en efectivo se podrán reducir por \$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. Envíe 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 por sus siglas en inglés) 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 el 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 el MDHHS, consulte la sección de “Recursos” para más detalles cómo solicitar una audiencia.

#### **5. Siga las reglas laborales (FIP y RCA únicamente)**

##### **Reglas laborales del FIP:**

- Llene una Herramienta Automatizada de Evaluación Familiar (FAST por sus siglas en inglés).
- Desarrolle y cumpla con un Plan de Autosuficiencia de Familia (FSSP por sus siglas en inglés): El FSSP detallará las actividades laborales que debe hacer hasta durante 40 horas por semana para recibir el FIP. Debe diseñar este plan con su especialista del 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 por sus siglas en inglés).
- 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), el 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 48 meses (FIP únicamente).
- 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 género 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.

## ¿Cuáles son las excepciones a las reglas laborales?

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



---

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 su especialista del 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 el 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](http://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 Seguro de Ingreso Suplementario (SSI por sus siglas en inglés).
- 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](http://www.michigan.gov/childcare).

Es posible que la cantidad del pago del CDC no cubra todos los gastos 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 Michigan Department of Education (MDE por sus siglas en inglés) 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](http://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](http://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 por sus siglas en inglés) y emitir el W-2 o el 1099-MISC, si corresponde.



---

## ¿Cuáles son mis responsabilidades en el programa?

### **Cooperar con la Manutención de Hijos a fin de brindar información**

El MDHHS lo inscribirá en el programa de manutención de hijos si un niño de su hogar recibe asistencia del CDC y uno o dos de los padres del niño no vive en el hogar. Los servicios de manutención de hijos le ayudarán, si es necesario, a establecer un padre legal y/o a recibir una orden de manutención para su niño. La Oficina de Manutención de Hijos le enviará una carta. Siga las instrucciones de la carta. Usted debe ayudar a los trabajadores que brindan ayuda para niños en el caso de manutención de su hijo 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 parte o toda la asistencia del CDC. **Si cree que ayudar con su caso puede causar daños a usted o a su niño, se lo indique a su especialista del MDHHS. Su especialista del 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 su especialista del MDHHS ahora.**

# 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.

# Sus Responsabilidades

---

Al firmar su solicitud, acepta las siguientes 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 el 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 el 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 43.

## **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 43.



## **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 del hogar deberán reembolsar los beneficios adicionales. Para el FAP, un representante autorizado (con acceso a sus beneficios y que pueda hacer compras por usted) podrá ser también responsable por el reembolso de cualquier beneficio adicional del FAP. El 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 el 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, FAP, FIP y/o CDC, debe ayudar a los trabajadores de manutención de hijos con su caso de manutención de hijos 1) brindándoles la información que soliciten y 2) asistiendo a las citas de su caso de manutención de hijos. Si usted no ayuda, podrá perder parte o todos sus beneficios. Si cree que ayudar con su caso puede causar daños a usted o a su niño, se lo indique a su especialista del MDHHS. Su especialista del 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 su especialista del MDHHS ahora.

## **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 únicamente, 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. Para más detalles sobre cómo informar cambios, consulte la sección de “Recursos”.

**Su especialista del MDHHS le informará si le corresponden reglas de informes diferentes, tales como informes simplificados.**

### **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 10º 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 por sus siglas en inglés), beneficios de la Administración de Veteranos. El MDHHS le informará si usted debe solicitar beneficios. Si no solicita beneficios cuando se requiera, sus beneficios del MDHHS se podrán reducir, anulados o negados.

### **Brindar los números del Seguro Social (SSN por sus siglas en inglés)**

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. El MDHHS usará los números del Seguro Social para controlar si usted es elegible y está recibiendo los beneficios correctos. Si usted está solicitando un número del Seguro Social, brinde al MDHHS el número del Seguro Social tan pronto como lo reciba. Si usted no lo hace, sus beneficios podrán ser reducidos o ser negados. Para la cobertura de salud, brindar su SSN puede ser útil, incluso si no desea una cobertura de salud, ya que esto puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos los SSN para verificar ingresos y otra información, a fin de saber quién se encuentra apto para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Si necesita ayuda para acceder a un SSN, visite a [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov), o llame al Seguro Social al 800-772-1213. Los usuarios de TTY se deberán llamar al 800-325-0778.





---

Para la mayoría de los programas, deberá 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 programa de asistencia alimentaria 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 por sus siglas en inglés) del gobierno federal. Los pagos se limitan a la mayor suma disponible ya sea del MDHHS o de la organización tribal. El 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 decisión 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 el MDHHS o por la pérdida de sus beneficios. El 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. El Michigan Administrative Hearing System (MAHS) 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.



## Presente su solicitud sin discriminación

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 Departamento de Agricultura de los EE. UU. 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 [Servicio Federal de Retransmisión] al 800-877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](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, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, (2) fax: 202-690-7442, o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa 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](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 Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 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.

### **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, su especialista del MDHHS podrá elegir una respuesta por usted.

### **Presentar una solicitud como inmigrante**

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

- Residentes permanentes legales o LPR (personas con tarjetas verdes).
- Asilos y refugios.
- En libertad condicional por más de 1 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.

### **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.

### **Recibir servicios por violencia doméstica**

Nosotros podremos aplicar excepciones sobre algunos requisitos de programas (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 su especialista del 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 su especialista del MDHHS.](#)

### **Registrarse para votar**

Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que se le brindará ni 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 de registrarse para votar o de negarse a hacerlo, o con su derecho a la privacidad al decidir registrarse, puede presentar una denuncia en el:

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](http://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 sobre cambios 1) llamando a su especialista del MDHHS (su nombre y número figura en cualquier correspondencia que haya recibido del MDHHS) 2) informando a través de Internet por medio de MI Bridges 3) entregando una declaración escrita o el DHS-2240, formulario de Informe de Cambios (Change Report) form en su oficina local.

Formas de solicitar el formulario DHS-2240:

**Personalmente:** Visite su oficina local y solicite el formulario DHS-2240 o;

**Imprimir desde su hogar:** Descargue el formulario DHS-2240 a través de Internet

- Complete y firme el formulario.
- Incluya su nombre y número de ID al enviar cualquier documento.
- Envíe por correo el formulario completo a su oficina local.

Si presenta quiebra, envíe una copia del aviso oficial de la quiebra a: MDHHS, Overpayment Research and Verification Section, PO Box 30820, Lansing, MI 48909.

## Informar al fraude

Visite [www.michigan.gov/welfarefraud](http://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 únicamente):** Llame a su especialista (su nombre y número figuran 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 a través de Internet

- 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](http://www.michigan.gov/domesticviolence).
- Llame a la Línea de Ayuda por 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](http://www.michigan.gov/domesticviolence).

## **Recibir ayuda con deudas de el MDHHS**

Llame a la línea gratuita de Overpayment Dispute Resolution Unit al 800-419-3328 si 1) posee una deuda con el 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 Michigan Relay Center al 800-649-3777.

Después 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**

Ante cualquier consulta sobre uno de los siguientes programas, llame a:

- MICHild MDHHS: 888-988-6300
- Medicare: 888-633-4227
- Recursos Comunitarios y Derivaciones: 2-1-1



# Detalles de Privacidad

---



## Información que el 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 al MDHHS toda la información necesaria para determinar si es elegible.
- **Control de Calidad (QC), Overpayment Research and Verification Section (ORVS) y/o Investigaciones de la Oficina del Inspector General (OIG)** - El MDHHS podrá elegir su caso para una revisión de control de calidad o para una investigación completa. Si su caso es elegido, el 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 aplicación de la ley (FAP, FIP, SER)** - El MDHHS podrá brindar o recibir información de oficiales de aplicación 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)** - El 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. El MDHHS podrá verificar salarios, ingresos, bienes, beneficios de desempleo, reembolsos de impuestos sobre la renta, beneficios y números del Seguro Social, manutención de hijos, situación como inmigrante, etc.
- **Otros estados** - El MDHHS controlará 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 ayudarlo a 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 por su exclusión en cualquier momento. Si brinda cierta información que no coincide, el 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.

## Información que el MDHHS le brindará a otras partes

- **Autorización para revelar la información requerida por los programas** - El 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. El MDHHS podrá revelar su nombre y el monto de el o los beneficio(s) al public en general, si usted díó un concentimiento firmado o si la corte lo ordena.
- **Información de elegibilidad (FAP)** - El 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** - El MDHHS podrá enviar información sobre ciertos extranjeros indocumentados al Department of Homeland Security (DHS sus siglas en inglés).
- **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 del MDHHS.

### Declaración de privacidad (FAP, por sus siglas en inglés)

- La recopilación de esta información, incluido el número de seguro social (SSN, por sus siglas en inglés) 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, así como a de cobranza de reclamos, para acciones de cobranza 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 del FAP o Tarjeta Bridge a través de Internet o personalmente. Usted no deberá usar ni intentar usar para su familia los beneficios del FAP o Tarjetas Bridge que pertenezcan a otra familia. No podrá usar beneficios del 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 delictivas (por ejemplo: multas de hasta \$250,000, cárcel hasta durante 20 años o ambas). Podrá ser cargado bajo otras leyes federales y una corte le podrá prohibir que reciba beneficios durante 18 meses adicionales; **y**
- Deberá reembolsar cualquier beneficio adicional que haya recibido debido al fraude/ IPV; **y**
- Será inhabilitado de recibir beneficios del FIP/ SDA y/o del 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 que ha firmado una inhabilitación:**

- Usted será inhabilitado para recibir beneficios del FIP/ SDA y/o del 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 cómo informar sobre fraudes posibles de asistencia pública, consulte la sección de “Recursos” en la página 38.](#)

<p><b>Si realiza una de las siguientes acciones:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hace una declaración falsa o engañosa.</li> <li>• Esconde, representa de mala manera o retiene hechos para recibir o continuar recibiendo beneficios.</li> <li>• Comercia, intenta comerciar o vende menos de \$500 en beneficios del FAP o Tarjetas Bride a través de Internet o personalmente.</li> <li>• Usa beneficios del FAP para comprar ítems no aptos tales como bebidas alcohólicas o tabaco.</li> <li>• Compra bebidas con los beneficios del FAP, y de inmediato vacía los contenidos y devuelve el envase a cambio de dinero.</li> <li>• Usa o intenta usar beneficios del FAP o Tarjetas Bridge que pertenecen a otra persona para su hogar.</li> </ul>	<p><b>Usted perderá sus beneficios del FIP/ SDA y/o FAP por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Un año por la primera violación</li> <li>• Dos años por la segunda violación</li> <li>• De por vida por la tercera violación</li> </ul>
<p><b>Si usted es:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encontrado culpable por una audiencia administrativa por haber mentido sobre su identidad o su domicilio para recibir beneficios en dos o más estados al mismo tiempo.</li> </ul>	<p><b>Usted perderá los beneficios del FAP por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años</li> </ul>
<p><b>Si usted es:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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 Título IV-A de la Ley de Seguridad, Medicaid y el Ingreso de Seguro Suplementario.</li> </ul>	<p><b>Usted perderá los beneficios del FIP por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 10 años</li> </ul>
<p><b>Si un miembro de su familia es encontrado culpable por una corte de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comerciar los beneficios del FAP por drogas.</li> </ul>	<p><b>Usted perderá los beneficios del FAP por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos años por el primer delito</li> <li>• De por vida por el segundo delito</li> </ul>
<p><b>Si un miembro de su familia es encontrado culpable por una corte de:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Comerciar o intentar comerciar beneficios del FAP por armas de fuego, municiones, o explosivos.</li> <li>• Comerciar, comprar o vender o intentar comerciar, comprar o vender beneficios del FAP por \$500 o más por otra cosa que no sea comida, a través de Internet o personalmente.</li> <li>• Pagar o intentar pagar por comida comprada a crédito con el FAP</li> </ul>	<p><b>Usted perderá los beneficios del FAP por:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• De por vida</li> </ul>



---

## **Sanciones del CDC**

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

# Vista Rápida al Presentar su Comprobante



Después de presentar su solicitud, su especialista del MDHHS le enviará una lista de los documentos que usted necesite presentar según su caso específico. Estos son ejemplos de tipos de documentos de comprobación que se le podrá solicitar que presente. Para la programa de alimentos (FAP), la mayoría de los comprobantes deben ser dentro de 30 días.

## Hogar

- Identificación: Licencia de conducir, documento de identidad del estado o pasaporte.
- Su Tarjeta del Seguro Social y los números de todos los integrantes del hogar que estén presentando su solicitud.
- Comprobante de situación como extranjero (tarjeta verde o tarjeta de extranjero residente).

## Bienes

- Declaraciones de cuenta (cuentas corriente, tarjeta de nómina/beneficios, cajas de ahorro, y 401ks).
- 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 su especialista del MDHHS.](#)