APPLICATION FOR STATE EMERGENCY RELIEF
SOLICITUD DE AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO

Michigan Department of Health and Human Services

Nombre del Caso	Número de Caso	Fecha
Oficina del MDHHS	Especialista	
Número Telefónico	Numero de Fax	ID. del Especialista

Por la presente, solicito la Ayuda de Emergencia del Estado (State Emergency Relief, SER). Entiendo que la siguiente información será usada para determinar mi elegibilidad para el SER. También entiendo que podrá haber un retraso en el procesamiento en caso de que haya información faltante. Si esta solicitud es para servicios de entierro, entiendo que deberá ser recibida por la oficina del MDHHS de mi área no luego de los 20 días laborales después de haber tomado lugar el entierro, cremación o donación.

INFORMACIÓN DEL HOGAR (Adjunte páginas extras si necesita incluir a miembros adicionales)

Haga una lista de los miembros de su hogar; incluyendo adultos y niños ausentes temporariamente debido a enfermedad o empleo. Se considera que una persona es miembro de su hogar si duerme y mantiene sus pertenencias en su hogar. Asegúrese de incluir la fecha de nacimiento y estado de ciudadanía de cada miembro. Si solicita **sólo asistencia para entierro**, indique a la persona fallecida primero.

Nombre	Sexo (M/F)	Relación con usted	Número del Seguro Social	Fecha de Nacimiento	¿Ciudadano?
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No
					☐ Sí ☐ No

DIRECCIÓN DEL HOGAR

Dirección (Número y nombre de la calle, Apt., etc.)	Ciudad	Estado	Código Postal

DIRECCIÓN DE CORREO (si es diferente a la anterior)

Dirección (Número y nombre de la calle, Apt., etc.)	Ciudad	Estado	Código Postal

al reverso

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

INFORMACIÓN DE CONTACTO

Número telefónico para hablar con usted	Nombre y número de contacto para mensajes	Dirección de correo electrónico

¿Cómo calefacciona su hogar?

☐ Gas Natural ☐ Propano ☐ Madera ☐ Sin obligación de calefacción
☐ Fuelóleo ☐ Electricidad ☐ Carbón ☐ Desconocido

¿Fue desconectado el servicio de electricidad?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿cuál es la fecha de desconexión?		
¿Recibió un aviso de vencimiento o corte de electricidad?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿para cuándo se programó el corte del servicio?		
¿Se cortó la calefacción o se le acabó su única fuente de calefacción?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿cuál es la fecha del corte de la calefacción o en que se acabo el combustible?		
¿Recibió un aviso de vencimiento o corte de la calefacción o se le puede acabar el combustible para calefaccionar su hogar?	☐ Sí	☐ No

CRÉDITO PARA LA CALEFACCIÓN DEL HOGAR

¿Recibió el Crédito para la Calefacción de su Hogar en los últimos 6 meses?	☐ Sí	☐ No
Si es así, ¿en qué mes lo recibió?		
¿Recibió o recibe actualmente otros beneficios del MDHHS?	☐ Sí	☐ No

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

NECESIDAD DE EMERGENCIA – Marque el servicio(s) que solicita y la cantidad para resolver la emergencia – Adjunte el comprobante *El pago por combustible a entregado no será realizado si en el momento de la entrega se confirma que tiene más de un 25 por ciento de combustible restante en el tanque.

☐ Desalojo/Reubicación ☐ Depósito de Seguridad	$ $	☐ Calefacción * Si combustible entregrado, % restante en tanque	$ $
☐ Gastos de Mudanza ☐ Hipoteca	$ $	Si es una cuenta prepaga, cantidad en la cuenta ☐ Electricidad	$ $
☐ Seguro del Propietario ☐ Impuestos sobre la Propiedad	$ $	Si es una cuenta prepaga, cantidad en la cuenta ☐ Agua/drenaje	$ $
☐ Reparación de la del Calefacción ☐ Reparaciones del Hogar	$ $	☐ Gas para cocinar ☐ Servicios de entierro/cremación	$ $
¿Tipo de arreglo necesario?	$	☐ Hospitalización de migrantes	$

VEHÍCULO(S) DEL HOGAR

¿Hay algún vehículo en su hogar? Si es así, adjunte un comprobante del valor actual. ☐ Sí ☐ No

Marque todas las opciones que correspondan.

☐ Auto ☐ Camión ☐ Bote ☐ Casa rodante/trailer ☐ Motocicleta ☐ Vehículo Recreativo ☐ Otro vehículo

Nombre(s) en el Título o Registro	Marca y Modelo	Año	Valor Justo de Mercado	Cantidad Adeudada

al reverso

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

ACTIVOS DEL HOGAR

Para servicios del SER no funerarios, ¿poseen en su hogar activos disponibles que superen los $15,000?	☐ Sí	☐ No
¿Poseen en su hogar activos o cuentas conjuntas? Si es así, adjunte un comprobante del valor actual.	☐ Sí	☐ No

☐ Efectivo ☐ Cuenta corriente ☐ Caja de ahorro ☐ Cuenta del Credit Union ☐ Bienes raíces ☐ IRA, KEOUGH, 401K o cuenta(s) de compensación diferida ☐ Cuentas money market ☐ Cuentas Christmas club ☐ Propiedad Vitalicia ☐ Seguro de vida ☐ Certificado de Depósito (CD)	☐ Bonos de ahorro, acciones o fondos mutuos ☐ Contrato de tierra, hipoteca u otra nota pagadera a un miembro del hogar ☐ Herramientas y equipamiento, ganado o plantaciones ☐ Otro (indicar) ☐ Espera dinero de una demanda en los próximos 30 días ☐ Fondo fiduciario del paciente ☐ Parcela(s) de entierro, ataúd, etc. ☐ Fideicomiso de entierro/contrato(s) funerario

Dueño(s) de los Activo(s)	**Tipo(s) de activo(s)**	**Cantidad o valor del Balance**	**Nombre del banco, compañía de seguros, etc.**	**Número de cuenta/póliza**
		$		
		$		
		$		
		$		

*Por favor indíquenos si alguien cerró alguna cuenta, vendió o donó una propiedad, vehículo, acciones, bonos, etc. ¿Hace cuánto tiempo?

*¿Presentó alguien una demanda o espera alguien dinero en los próximos 30 días?	☐ Sí	☐ No

Si es así, explique.

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

INGRESO EN DEL HOGAR

¿Hay algún tipo de ingreso en su hogar? ☐ Sí ☐ No	
Ingreso mensual total en el hogar	
Marque todas las fuentes de ingreso que se esperan recibir en su hogar en los próximos 30 días. **ADJUNTE COMPROBANTE.**	
☐ Beneficios del Seguro Social ☐ Ingreso del Seguro Complementario (SSI) ☐ Beneficios de pensión/jubilación ☐ Beneficios para veteranos/Asignaciones militares ☐ Pagos tribales (Asistencia Energética/LIHEAP, GA tribal, reclamos de tierras, ganancias compartidas de casino/apuestas, reclamos de tierras, etc.) ☐ Ingreso de rentas o un contrato de tierra, hipoteca u otro pago pagadero a un miembro del hogar	☐ Beneficios por discapacidad ☐ Ingreso de empleo independiente ☐ Desempleo ☐ Manutención de niños ☐ Empleo/ingreso ganado ☐ Compensación para trabajadores ☐ Dinero de familia/amigos ☐ Dinero de familia/amigos ☐ Otro, indique (por ej.: ganancias de lotería)

Persona con Ingreso	**Tipo de Ingreso (si está empleado, nombre del empleador)**	**Ingreso Mensual Bruto (antes de gastos o impuestos)**	**¿Con qué frecuencia se recibieron?**

*Por favor indíquenos si hubo algún cambio o si espera un cambio en los ingresos de su hogar en los próximos 30 días. ☐ Sí ☐ No
¿Cuándo se produjo o se producirá este cambio?

al reverso

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

GASTOS ACTUALES DEL HOGAR

Marque todos los gastos que debe asumir	Gasto Mensual	Nombre de su proveedor de servicios, propietario, compañía de hipoteca, etc.	Número de cuenta	¿Se trata de un medidor compartido?	¿Hay abandono o uso ilegal?	Nombre y dirección en la factura o cuenta
☐ Calefacción	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Electricidad	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Agua/Drenaje	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Combustible para cocinar	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Renta	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Hipoteca	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Impuestos de Propiedad	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	
☐ Seguro del Hogar	$			☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No	

INFORMACIÓN DEL HOGAR DURANTE LOS ÚLTIMOS SEIS MESES (Complete el siguiente cuadro para indicarnos cuáles son sus gastos, ingresos y cuántas personas vivieron con usted durante los últimos seis (6) meses. Si usted no tuvo dicho gasto, escriba “NINGUNO” en la caja).

	Hace 1 Mes	Hace 2 Meses	Hace 3 Meses	Hace 4 Meses	Hace 5 Meses	Hace 6 Meses
Mes						
Nº de personas en el hogar						
Ingreso mensual total						
Cantidad de la renta/hipoteca						
Calefacción						
Electricidad						
Agua, Drenaje, Gas para cocinar						

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

GASTOS DE INGRESOS

¿Se hace en su hogar alguno de los siguientes pagos? ☐ Sí ☐ No		
Marque todas las opciones que correspondan y **ADJUNTE COMPROBANTE.**		
☐ Seguro de salud premium	¿Cuál es la frecuencia de pago?	Qué período de tiempo cubre (1 mes, 3 meses, etc.)
☐ Manutención de niños por orden de la corte (cantidad pagada por mes)		
☐ Costos de cuidado de niños actual por parte de la persona empleada, no del MDHHS		
☐ Gastos atípicos relacionados con el empleo	Explique dicho gasto	

ENTIERRO (Si solicita los servicios de empleo, por favor complete esta sección. Asegúrese de responder las preguntas sobre ingreso, vehículo y activos del individuo, su cónyuge o padre(s) de un niño menor). **ADJUNTE COMPROBANTE.**

Nombre del Fallecido	Fecha de Fallecimiento	¿Es una cremación? ☐ Sí ☐ No	Fecha de Entierro/ Cremación
Nombre de la Casa Funeraria que Brinda los Servicios	Dirección de la Casa Funeraria	Número Telefónico de la Casa Funeraria	
Lugar de Entierro/Nombre del Cementerio o Crematorio	¿Se hace el pago al cementerio o crematorio de forma separada al pago a la casa funeraria? ☐ Sí ☐ No	¿Hay un Servicio Conmemorativo? ☐ Sí ☐ No	
¿Firmó usted una declaración de Bienes y Servicios con la casa funeraria? ☐ Sí ☐ No	¿Cuál es el costo total del entierro/ cremación?	¿Es el fallecido un veterano? ☐ Sí ☐ No	
¿Cuál es su relación legal con el fallecido?	¿Existe una contribución de la familia y/o amigos? ☐ Sí ☐ No Suma $		
¿Poseía el fallecido su propia casa? ☐ Sí ☐ No	Dirección del Hogar		
Si es así, ¿existe un co-dueño? ☐ Sí ☐ No	Nombre del Co-dueño		
☐ Seguro de accidente/automóvil	☐ Acuerdo de funeral prepagado	☐ Beneficios por fallecimiento del seguro social	☐ Beneficios por fallecimiento de un veterano

al reverso

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista

☐ Seguro de Vida	☐ Un fondo de asistencia comunitaria/organizaciones fraternales	☐ Beneficios de la unión de trabajadores	☐ Otro beneficio (especificar origen)

REQUISITO DE FIRMA

Entiendo que no brindar la información anterior podrá resultar en la negación de mi solicitud. Entiendo que tengo **ocho días corridos** para entregar todas las verificaciones requeridas. Entiendo que dar información falsa podrá resultar en una derivación al procurador por fraude. Entiendo que mi solicitud podrá ser una de aquellas elegidas para una investigación completa. Un representante del departamento podrá llamar a mi casa y se podrá comunicar con otras personas para verificar mi elegibilidad para la asistencia.

Autorizo al departamento a divulgar mi nombre y dirección al operador de climatización local, como parte del sistema de Derivación al Programa de Climatización (Weatherization Referral Program). Autorizo al departamento a divulgar información del caso y pagos al Michigan Department of Health and Human Services, sus afiliados y/o agencias contratadas, con el propósito de investigar, estudiar y evaluar el Programa de Asistencia Energética en Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Energy Assistance Program, LIHEAP).

Autorizo a mi compañía energética a divulgar por teléfono, fax, email o su sitio web toda la información disponible en relación a mi cuenta.

BAJO PENA DE PERJUICIO, JURO O AFIRMO QUE EXAMINÉ ESTA SOLICITUD O QUE ME FUE LEÍDA. SI SOY UN TERCERO QUE PRESENTA UNA SOLICITUD EN NOMBRE DE OTRA PERSONA, JURO QUE ESTA SOLICITUD FUE EXAMINADA POR O LEÍA AL SOLICITANTE, A MENOS QUE SE TRATE DE UNA SOLICITUD PARA UNA PERSONA FALLECIDA. HASTA DONDE ES DE MI CONOCIMIENTO, LOS HECHOS SON VERDADEROS Y COMPLETOS.

Firma del solicitante o representante autorizado	Fecha	Firma del Cónyuge	Fecha
Dirección Actual		Firma del Especialista del MDHHS	Fecha
Número Telefónico Actual		Identificación del solicitante o del representante autorizado	

Notas

Nombre del Caso	Número de Caso	Especialista
Si aún no está registrado para votar en su dirección actual, ¿desea registrarse para votar? ☐ Sí ☐ No		

NOTA: Si no marca una de las dos cajas, el MDHHS considerará que decidió no registrarse para votar en esta oportunidad. Marcar "sí" no lo registra para votar. Si marcó "sí" o no respondió, se le enviará una solicitud de registro para votar.

Solicitar o decidir registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que le brindará el departamento. Si necesita ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión sobre si buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud de registro del votante en forma privada. Si cree que alguien interfirió con su derecho a: registrarse para votar, declinar su registro para votar, su privacidad para decidir si registrarse o presentar una solicitud para registrarse para votar, o elegir su propio partido político u otra preferencia política, usted podrá presentar una queja ante Michigan Secretary of State, PO Box 20126, Lansing, MI 48901-0726.

AUDIENCIAS

Si cree que alguna acción del departamento es incorrecta, o si la decisión de aprobar o rechazar su solicitud no se realiza dentro de los 10 (diez) días desde la fecha de solicitud, usted tiene derecho a una audiencia. Una solicitud para una audiencia se deberá hacer por escrito, estar firmada por usted o su representante autorizado, y ser recibida por el Michigan Department of Health and Human Services dentro de los 90 días siguiendo la fecha que aparece en este formulario. Las solicitudes de audiencia se deberán enviar a la oficina del MDHHS local de su área. Usted está autorizado a contar con la representación de un abogado u otra persona que elija. Sin embargo, el departamento no cubre ningun gasto local.

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

AUTORIDAD: Ley 280, P.A. 1939, según su reforma (secciones 400.6, 400.14, 400.24, 400.68 MCL); 45 CFR 283, 120(b); Ley de Asistencia para Hogares de Bajos Ingresos de 1981, según su reforma; MCL 400.10; Reglas de Códigos Administrativos 400.7001-400.7049

COMPLETAR: Requerido **PENALIDAD:** Rechazo del SER