Solicitud de Asistencia

Envíe este formulario por correo, fax, o entréguelo en una oficina del MDHHS. Si se determina que usted es elegible, los beneficios del SNAP se emitirán desde la fecha de presentación de la solicitud.

Encuentre su ubicación más cercana en **www.michigan.gov/ContactMDHHS.**

Presente su solicitud en línea: www.michigan.gov/mibridges.

Consulte el Cuadernillo Informativo para conocer más detalles sobre cada programa.

¡Bienvenido!

Complete la Solicitud de Asistencia
Responda las preguntas sobre usted y su hogar.

Complete los Detalles del Programa:

Cobertura de Atención Médica

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Asistencia en Efectivo

- Programa de Independencia Familiar (FIP)
- Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)
- Asistencia Estatal por Incapacidad (SDA)

Desarrollo + Cuidado de Niños (CDC)

Ayuda de Emergencia del Estado (SER)

Entregue su solicitud para uno o más programas
Usted **deberá** tener una entrevista con un especialista del MDHHS, a menos que sólo solicite cobertura de atención médica.

Reciba los resultados

Solicitud de Asistencia

¿Qué idioma prefiere? Idioma Hablado Idioma Escrito

If you do not speak English, have a hearing impairment, or have a disability, let us know how we can help you (an interpreter, sign language, TDD/TTY phone number we should call, assistance listening device, etc.)

Si no habla inglés, tiene una discapacidad auditiva o alguna otra discapacidad, hagános saber cómo podemos ayudarlo (un intérprete, un lenguaje de señas, un número de teléfono TDD / TTY al que debemos llamar, un dispositivo de asistencia auditiva, etc.)

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية أو تعاني من ضعف في السمع، أو لديك إعاقة، فأخبرنا كيف يمكننا مساعدتك (مترجم فوري، لغة الإشارة، رقم هاتف TDD/TTY الذي يجب أن نتصل به، جهاز الاستماع للمساعدة، وما الى ذلك .....)

Registro de Solicitud

Si usted no puede finalizar toda la solicitud hoy, podrá completar esta página y entregarla al MDHHS para registrar su fecha de solicitud. El MDHHS aún necesitará recibir su solicitud completa para que cualquiera de los beneficios pueda ser aprobado. La fecha en que el MDHHS reciba su solicitud de asistencia o formulario completado podrá afectar la fecha de inicio de sus beneficios. Si se determina que usted es elegible, los beneficios del SNAP se emitirán desde la fecha de presentación de la solicitud.

Para el SNAP, sólo se requiere que complete su nombre, domicilio (a menos que no posea un hogar), y firma. Para el resto de los programas, incluya su fecha de nacimiento.

Necesitamos el Número del Seguro Social (SSN) de aquellas personas que solicitan asistencia y que tienen un SSN o que pueden recibir uno. Para más detalles, consulte el Cuadernillo Informativo (Pág. 38).

Nombre Legal (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido) ☐ Sin hogar

Domicilio del Hogar – el lugar donde usted vive actualmente | Apt./Lote nº

Ciudad | Condado | Estado | Código Postal

Dirección de Correo – si es diferente a la anterior (Calle, Ciudad, Condado, Estado, Código Postal)

/ / Fecha de Nacimiento

- - Número del Seguro Social

( ) - Nº de Teléfono Celular

( ) - Nº de Teléfono del Hogar

@ Correo Electrónico

Registro de Solicitud

¿Recibió usted asistencia en Michigan en el pasado (o actualmente)? ☐ Sí ☐ No

¿Para qué programa(s) presenta su hogar una solicitud hoy?

☐ Asistencia Médica ☐ Comida ☐ Dinero en Efectivo ☐ Cuidado de Niños ☐ Ayuda de Emergencia del Estado

Marque todas las opciones que correspondan: (Usted puede calificar para que el procesamiento de su asistencia de comida se realice en 7 días). Para el SNAP únicamente.

☐ Mi ingreso mensual es inferior a $150 y poseo $100 o menos en efectivo/cuentas en este momento.

☐ La combinación de mi ingreso mensual y el dinero en efectivo/ cuentas de mi hogar es inferior a la combinación de la renta/hipoteca y los servicios públicos de mi hogar.

☐ Soy un migrante o trabajador agricola de temporada cuyo ingreso se interrumpió y poseo $100 o menos en efectivo/cuentas en este momento.

Firme Aquí

Bajo pena de perjurio, declaro que revisé esta solicitud y que hasta donde es de mi conocimiento y creencia, las respuestas que brindo en la misma son verdaderas. Si estoy declarando a un Representante Autorizado, al firmar debajo autorizo a esta persona a firmar mi solicitud y a recibir información oficial sobre esta solicitud (si usted está declarando a un representante autorizado, complete la sección del Representante Autorizado en la página 12). Para asistencia médica únicamente, autorizo a mi Representante Autorizado a actuar por mí en todos los asuntos futuros.

Firma del Solicitante	Firma del Representante	Fecha

Miembros del Hogar

Nombre a todas las personas que viven en su hogar, incluyéndose usted y a cualquier persona que no esté allí todo el tiempo. Si presenta una solicitud de cobertura de atención médica, nombre a todas las personas que serán incluidas en su declaración federal de impuestos este año (nota: no es necesaria la presentación de impuestos para recibir asistencia).

El SSN y ser Ciudadano/Nacional de EE.UU. son opcionales para quienes no soliciten asistencia. Para más detalles, consulte el Cuadernillo Informativo (Pág. 38).

El Origen Étnico/Raza es opcional y no afectará su elegibilidad o beneficios. Para más detalles, consulte el Cuadernillo Informativo (Pág. 44).

1

Relación con usted	Nombre Legal Completo	Sexo	Fecha de Nacimiento	Nº del Seguro Social
self		M F	/ /	- -

está requiriendo: **ASISTENCIA MÉDICA COMIDA EFECTIVO CUIDADO DE NIÑOS AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO NINGUNO**

Origen Étnico (opci.): Hispano/Latino | No Hispano/Latino
Raza (opcional): Afroamericano/Negro | Aborigen Americano/Nativo de Alaska
Asiático | Medio Oriente/Africano del Norte
Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico | Blanco

2

Ciudadano/Nacional de EE.UU.	Casado		¿En el Hogar?	
Sí No	Sí No	**Sexo**	Sí No	
		M F	/ /	- -

está requiriendo: **ASISTENCIA MÉDICA COMIDA EFECTIVO CUIDADO DE NIÑOS AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO NINGUNO**

Origen Étnico (opci.): Hispano/Latino | No Hispano/Latino
Raza (opcional): Afroamericano/Negro | Aborigen Americano/Nativo de Alaska
Asiático | Medio Oriente/Africano del Norte
Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico | Blanco

Miembros del Hogar

Ciudadano/Nacional de EE.UU. Sí | No

Casado Sí | No

Sexo M | F

¿En el Hogar? Sí | No

3

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Número de Seguro Social: - -

está requiriendo: **ASISTENCIA MÉDICA COMIDA EFECTIVO CUIDADO DE NIÑOS AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO NINGUNO**

Origen Étnico (opci.): Hispano/Latino | No Hispano/Latino

Raza (opcional): Afroamericano/Negro | Aborigen Americano/Nativo de Alaska | Asiático | Medio Oriente/Africano del Norte | Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico | Blanco

Ciudadano/Nacional de EE.UU. Sí | No

Casado Sí | No

Sexo M | F

¿En el Hogar? Sí | No

4

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Número de Seguro Social: - -

está requiriendo: **ASISTENCIA MÉDICA COMIDA EFECTIVO CUIDADO DE NIÑOS AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO NINGUNO**

Origen Étnico (opci.): Hispano/Latino | No Hispano/Latino

Raza (opcional): Afroamericano/Negro | Aborigen Americano/Nativo de Alaska | Asiático | Medio Oriente/Africano del Norte | Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico | Blanco

Ciudadano/Nacional de EE.UU. Sí | No

Casado Sí | No

Sexo M | F

¿En el Hogar? Sí | No

5

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: / / Número de Seguro Social: - -

está requiriendo: **ASISTENCIA MÉDICA COMIDA EFECTIVO CUIDADO DE NIÑOS AYUDA DE EMERGENCIA DEL ESTADO NINGUNO**

Origen Étnico (opci.): Hispano/Latino | No Hispano/Latino

Raza (opcional): Afroamericano/Negro | Aborigen Americano/Nativo de Alaska | Asiático | Medio Oriente/Africano del Norte | Nativo de Hawái/Otra Isla del Pacífico | Blanco

Ciudadano/Nacional de EE.UU. Sí | No

Casado Sí | No

¿En el Hogar? Sí | No

¿Necesitas más espacio para escribir? Ve a la sección de notas en la última página para responder a estas preguntas.

☐ **Sí, he añadido más notas.**

Detalles del Hogar

5

Esta página no es necesaria para el SER.

¿Está alguna integrante de su hogar embarazada ahora o lo estuvo en los últimos 2 meses?
No requerido para el SNAP.

☐ **Si es así, ¿quién?** Nombre(s) ☐ **No**

Nº Esperado ____ Fin / Fecha Límite / /

¿Tiene algún integrante de su hogar una discapacidad o una condición de salud física/emocional/mental? Para el cuidado médico, sólo se requiere para los solicitantes.

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

¿Tiene algún niño (menor de 20 años) un padre que vive fuera del hogar?

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

¿Está algún integrante de su hogar actualmente inscripto en una escuela universitaria/vocacional?

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

¿Está alguien ausente de forma temporaria del hogar (trabajo, fuerzas militares, hospital, etc.)?

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

¿Es algún integrante de su hogar un Veterano o sirvió en las fuerzas militares o fuerzas armadas? No requerido para la elegibilidad.

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

¿Es algún integrante de su hogar un niño bajo cuidado adoptivo temporal, padre adoptivo temporal, hijo adoptivo, o cuidador no parental? (Haga un círculo donde corresponda)

☐ **Si es así, ¿quién?** ____ ☐ **No**

Niño Adoptivo Temporal
Niño Adoptado
Padre Adoptivo Temporal
Cuidado no Parental

Detalles del **Hogar** 6

¿Es algún integrante de su hogar víctima de violencia doméstica o víctima de tráfico actualmente?

☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Es usted un trabajador agrícola migrante, refugiado o asilado?
(Haga un círculo donde corresponda)

☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

Trabajador Agrícola Migrante Refugiado o Asilado

¿Cree usted que tramitar la manutención para niños podría dañarlo a usted o a su hijo (ejemplos incluyen amenazas de abuso, historial de abuso, incesto, violación)? No aplicable al CDC o SNAP.

☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

Si usted no es un Ciudadano / Nacional de EE.UU., ¿posee alguien un estatus migratorio calificado?
Consulte el Cuadernillo Informativo (Pág. 45) para acceder a ejemplos de estatus calificado. Los no solicitantes deberán saltear esta pregunta.

☐ **Si es así, indíquelo debajo.**

¿Quién?	Tipo de Documento	Número de Documento	Fecha de Ingreso en EE.UU.
	Tarjeta verde, etc.	#	/ /
		#	/ /
		#	/ /

¿Necesita más espacio para escribir? Vaya a las notas de la última página.

☐ **Sí, agregué más notas.**

Bienes

Dinero + Bienes

Esta sección de bienes no es necesaria para el CDC.
Quienes sólo soliciten cuidado médico deberán saltear la sección de bienes (a menos que posean discapacidad o necesiten servicios de cuidado a largo plazo).

¿Tiene alguien que vive en su hogar dinero o cuentas? Incluya cuentas y/o bienes que sean compartidos.

☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

☐ **Cuenta corriente** ☐ **Cuenta de ahorros**

☐ **Otro:** 401K Planes de Retiro Seguro de Vida Acciones Fondos Mutuos
IRAs CDs Fondos Funerarios Ganancias de Lotería / Apuestas
Fideicomisos/Rentas Vitalicias Tarjeta de Nómina/Beneficios Otro

¿Quién?	Tipo de Cuenta	Nombre del Banco/ Institución	Suma
			$
			$
			$

Vehículos

No aplicable al CDC o SNAP.

¿Posee vehículos alguien que vive en su hogar?

☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

☐ **Auto** ☐ **Camión** ☐ **Motocicleta** ☐ **Embarcación** ☐ **Otro**

Incluya sólo vehículos que se encuentran registrados a nombre de un miembro del hogar.

¿Quién?	Año, Marca, + Modelo	Millaje Estimado

Bienes + Ingreso

Propiedad

¿Posee propiedades alguien que vive en su hogar?

☐ Si es así, indíquelo debajo. ☐ No

☐ Casa(s) ☐ Edificaciones ☐ Propiedad en Renta

☐ Tierra/Parcela ☐ Parcela de Cementerio ☐ Otro

Ventas + Transferencias

¿Vendió, transfirió o donó alguien bienes en los últimos 5 años? En los últimos 90 días para el SNAP y SER.

☐ Si es así, indíquelo debajo. ☐ No

Persona a Quien se le Vendió/ Entregó	Tipo de Bien	Fecha	Suma
		/ /	$
		/ /	$

INGRESO

Cambio en el Ingreso

¿Tuvo algún integrante de su hogar un cambio de empleo durante los últimos 30 días?

☐ Si es así, explíquelo. ☐ No

☐ Cesante ☐ Renunció ☐ Despedido ☐ De huelga

☐ Reducción voluntaria de horas ☐ Trabajo rechazado ☐ Otro

Explique

Ingreso (continúa)

Empleador (Incluye Trabajos Temporarios/Bajo Contrato)

Incluye a cualquier persona que trabajó en los últimos 30 días o que espera trabajar el próximo mes.

¿Es algún integrante de su hogar un empleado? ___ **Si es así, indíquelo debajo.** ___ **No**

¿Quién?	Nombre del Empleador	¿Frec. de pago?	Prom. de Hrs./ Sem.	Salarios/Propinas (Sin Impuestos)
				$ por Hr Sm 2Sm 2x/ Ms Ms Año
				$ por Hr Sm 2Sm 2x/ Ms Ms Año

Autoempleado (Incluye Trabajos Eventuales)

¿Es algún integrante de su hogar autoempleado? ___ **Si es así, indíquelo debajo.** ___ **No**

¿Quién?	Tipo de Trabajo	Ingreso (Sin Impuestos)	Gastos
		$ Mensual	$ Mensual
		$	$

Adicional

¿Posee algún integrante de su hogar un ingreso adicional? Para el cuidado médico, sólo incluya ingresos imponibles (desempleo, pensiones, seguridad social, pensión alimentaria, etc.). ___ **Si es así, indíquelo debajo.** ___ **No**

___ **Desempleo** ___ **Discapacidad (SSI)** ___ **Pensión Alimentaria/ Manutención Conyugal** ___ **Compensación para Trabajadores**

___ **Manutención para Niños** ___ **Seguridad Social (RSDI)** ___ **Pensión/Retiro**

___ **Otro:** Ingreso de Rentas Cuidado Adoptivo Temporal Subsidio por Adopción Préstamos /Donaciones Intereses/Dividendos Ingreso/Beneficios Tribales Agricultura/ Pesca Neta Beneficios para Veteranos/Asignaciones Militares Reubicación de Refugiados Subvención de Contrapartida para Refugiados Discapacidad de Corto Plazo/Largo Plazo

¿Quién?	Tipo de Ingreso	Suma Recibida
		$ por Hr Sm 2Sm 2x/ Ms Ms Año
		$ por Hr Sm 2Sm 2x/ Ms Ms Año

Gastos

Esta sección de gastos no es necesaria para el CDC.

Cuidado de Personas a Cargo

Para todos los gastos, sólo incluya la suma por la cual usted es responsable de pagar.

¿Paga algún integrante de su hogar por los gastos de cuidado de dependientes?

☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

☐ **Cuidado de niños (cuidado diurno, programas extraescolares, etc.)**

☐ **Cuidado de un niño o miembro familiar con una discapacidad. No requerido para el cuidado médico.**

¿Quién paga?	¿Para quién es?	Suma	Frecuencia de Pago
		$	
		$	

Médico

¿Paga algún integrante de su hogar por los gastos médicos?

☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

☐ **Seguro Médico** ☐ **Prescripciones** ☐ **Cuidado en el Hogar** ☐ **Cuentas de Hospital**

☐ **Otro** ☐ **Copagos** ☐ **Servicio Odontológico**

☐ **Transporte para Cuidados** ☐ **Gastos del Tutor/Administrador de Bienes**

¿Quién paga?	Tipo de Gasto	Suma	Frecuencia de Pago
		$	
		$	

Gastos + Detalles Finales 11

Ordenado por la Corte

¿Paga algún integrante de su hogar por los gastos ordenados por la corte? Incluyendo deudas vencidas. No requerido para el cuidado médico.

☐ Si es así, indíquelo debajo. ☐ No

☐ Manutención para Niños

☐ Pensión Alimentaria/ Pensión Conyugal Pagada

¿Quién paga?	¿Para quién es?	Suma	Frecuencia de Pago
		$	
		$	

Intereses de Préstamos Estudiantiles + Deducciones

Sólo para Atención Médica.

¿Paga alguien por intereses de préstamos estudiantiles u otros gastos deducibles de impuestos?

☐ Si es así, indíquelo debajo. ☐ No

¿Quién paga?	Tipo de Gasto	Suma	Frecuencia de Pago
		$	

DETALLES FINALES

Verificación de Hechos

No requerida para el cuidado médico.

¿Fue algún integrante alguna vez descalificado de la asistencia pública debido a un fraude a la asistencia social o una violación intencional del programa en cualquier estado, incluyendo Michigan?

☐ Si es así, ¿quién? Nombre(s) ☐ No

¿Se declaró alguna vez a alguien como culpable de recibir asistencia en efectivo o alimentaria a través de dos o más estados durante el mismo período?

☐ Si es así, ¿quién? ☐ No

Detalles Finales (continúa) 12

Representante Autorizado

Si usted nombra a un Representante Autorizado, le estará dando autorización a una persona para firmar su solicitud y recibir información del MDHHS. Para asistencia médica únicamente, autorizo a mi Representante Autorizado a actuar por mí en todos los asuntos futuros. Esta información también puede ser recolectada más adelante en el proceso.

¿Desea que otra persona actúe por usted o lo represente en este caso? ☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

Nombre del Representante Autorizado (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Domicilio del Representante (Calle, Ciudad, Estado, Código Postal)

( ) -

Nº Teléfonico del Representante

@

Correo Electrónico del Representante

Si presenta una solicitud para asistencia alimentaria, ¿desea que otra persona tenga su tarjeta Bridge y acceda a sus beneficios para hacer compras en su lugar? (Esta persona deberá ser alguien de su confianza) ☐ **Si es así, ¿quién?** Full Name ☐ **No**

Registro del Votante

Si usted no está registrado para votar en el lugar donde vive ahora, ¿desea presentar hoy una solicitud para registrarse para votar aquí? ☐ **Sí** ☐ **No**

Si usted no marca ninguna casilla, se considerará que decidió no registrarse para votar en esta oportunidad, **pero se le enviará por correo una solicitud para el registro para votar en caso de que decida registrarse o actualizar su registro.**

Presentar una solicitud de registro o negarse a registrarse para votar no afectará la suma por asistencia que se le otorgará ni su elegibilidad. Su decisión de registrarse o no para votar se mantendrá confidencial. Si desea ayuda para completar la solicitud de registro para votar, le ayudaremos o puede comunicarse a la Secretaría de Estado de forma gratuita al 888-SOS-MICH; 888-767-6424 para solicitar asistencia. La decisión sobre buscar o aceptar ayuda es suya. Usted también puede completar esta solicitud de forma privada.

Si cree que alguien interfirió con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, o con su derecho a la privacidad para decidir si registrarse, usted podrá presentar un reclamo por escrito a:

Michigan Department of State: Richard H. Austin Building
430 W. Allegan, Lansing, MI 48918
toll-free at 888-SOS-MICH; 888-767-6424

Su Firma

¿Algo Más?

Firme la siguiente página para completar su solicitud.

¿Hay algo más que quisiera que sepamos sobre su situación? ☐ **Si es así, escríbalo más abajo.** ☐ **No**

Sus Responsabilidades

Al finar esta solicitud, usted está aceptando cumplir con estas responsabilidades. Consulte su Cuadernillo Informativo para acceder a una descripción completa de sus derechos y responsabilidades.

He dicho la verdad; entiendo que podré tener responsabilidad delictiva por brindar información falsa en esta solicitud.

Se me podrá solicitar la presentación de documentos que demuestren que aquello que le dije al departamento es verdadero.

Yo y cualquier adulto(s) miembro integrante del programa (18 años o mayor) deberemos devolver cualquier beneficio que yo/nosotros no debiéramos haber recibido, incluso aunque se trate de un error del departamento.

Deberé informar al departamento sobre cualquier cambio en la información que brindé en mi solicitud.

Acepto cooperar para una auditoria con revisores estatales o federales.

Acepto que se dé a conocer mi información para las necesidades del programa.

Usaré mis beneficios de forma legal y no venderé, comerciaré, ni donaré mis beneficios en línea o de forma presencial.

Entiendo que, en el caso de mi fallecimiento, el MDHHS tendrá el derecho legal a reclamar un resarcimiento de una parte o de la totalidad de mi patrimonio por servicios pagados por Medicaid. Todos los servicios pagados por Medicaid están sujetos a la recuperación de patrimonio.

Recibí, revisé y acepté la información que se brinda en el Cuadernillo Informativo.

Su Firma (continúa)

Las Responsabilidades del Departamento

Si cree que nosotros, el departamento, cometimos un error, usted puede solicitar una audiencia.

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, condición 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.

Firme Aquí

Bajo la penalidad de perjurio, declaro que revisé esta solicitud y que, hasta donde es de mi conocimiento y creencia, las respuestas que doy en la solicitud son verdaderas, incluyendo la información concerniente a hogar, ciudadanía y no ciudadanía, y que nombré todas las sumas y fuentes de ingreso y de propiedad que recibo / poseo. En el caso de declarar a un Representante Autorizado, al firmar debajo autorizo a esta persona a firmar mi solicitud y a recibir información oficial sobre esta solicitud. Para asistencia médica únicamente, autorizo a mi Representante Autorizado a actuar por mí en todos los asuntos futuros. En caso de firmar como Representante Autorizado para asistencia médica, doy fe de mi acuerdo para cumplir con la confidencialidad y actuar en el mejor interés del beneficiario.

Firma del Solicitante	Firma del Representante	Fecha

Una vez completada la entrevista de forma presencial:

Firma del Solicitante	Firma del Testigo del Departamento	Fecha

Notas

Use esta página para añadir cualquier información / notas adicionales.

Notas

Use esta página para añadir cualquier información / notas adicionales.

Notas

Use esta página para añadir cualquier información / notas adicionales.

Notas

Use esta página para añadir cualquier información / notas adicionales.

Cobertura de Salud

Por favor, llene los siguientes requisitos junto con la Solicitud de Asistencia, si busca Cobertura de Salud.

Especificaciones Adicionales del Grupo

¿Usted o alguien de su hogar, cría un niño (menor de 19 años) en su hogar?
☐ Si es así, ¿quién? Cuidador ☐ No

¿Tiene usted una afección física, mental, emocional, o médica, que cause limitaciones en actividades (como bañarse, vestirse, tareas cotidianas, etc.), vive en una institución médica, en un hogar para adultos mayores discapacitados, o está médicamente frágil?
☐ Si es así, ¿quién? Niño ☐ No

¿Alguien de su hogar estuvo adoptado temporalmente en Michigan al cumplir los 18 años?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No ← Solo para solicitantes de la Cobertura.

¿Habia alguien en cuidado de crianza en Michigan cuando cumplieron 18 años a partir del 1 de enero de 2023?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No
State

¿Alguno de los solicitantes del seguro de salud se encuentra detenido o encarcelado?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No

Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska

← Los miembros de la familias de Indígenas y/o Nativos de Alaska, tienen la posibilidad de no pagar el costo compartido y pueden obtener períodos especiales de inscripción mensual.

¿Usted o alguien de su familia es un Indígena Americano o Nativo de Alaska?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No

Si es así, ¿es miembro de una tribu reconocida por el gobierno federal?
☐ Si es así, Tribu ☐ No

¿Alguna vez usted o alguien de su hogar, recibió un servicio o referencia del Servicio de Salud Nativo Americano, o de un programa de salud urbana o tribal Indígena?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No

Si no es así, ¿usted o alguien de su hogar califica para obtener estos servicios?
☐ Si es así, ¿quién? ☐ No

Sistema de Agua en Flint

¿Usted o alguien de su hogar, ha consumido 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 en Flint desde Abril de 2014 hasta el 30 de Septiembre de 2025?
☐ Si es así, escríbalo(s) abajo. ☐ No ← Para menores de 21 años o mujeres embarazadas. Al marcar "sí" está solicitando Cobertura.

Nombre(s)	Dirección Servida por el Sistema de Agua de Flint (Calle, Ciudad, Código Postal)	Fechas
		Mes/Año - Mes/Año

☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Centro de Cuidado de niños

☐ Hogar ☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ Centro de Cuidado de niños

Su Nombre:
Identificación Individual #:

Cobertura de Salud

Por favor, llene los siguientes requisitos junto con la Solicitud de Asistencia, si busca Cobertura de Salud.

Declarantes de Impuestos

¿Alguno de los solicitantes planea declarar impuestos federales el próximo año? ☐ **Si es así, ¿quién?** ☐ **No**

← No necesita presentar una declaración de impuestos para recibir Cobertura de Salud.

Nombre del Principal Declarante de Impuestos

¿Están presentando una declaración conjunta con su cónyuge? ☐ **Si es así, ¿quién?** Nombre del Cónyuge ☐ **No**

¿Están reclamando dependientes? ☐ **Si es así, ¿quién?** Nombre de Dependiente(s) ☐ **No**

¿Están presentando una declaración conjunta con un cónyuge? ☐ **Si es así, ¿quién?** ☐ **No**

¿Están reclamando dependientes? ☐ **Si es así, ¿quién?** ☐ **No**

Dependientes

¿Alguno de los solicitantes será reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **No**

Dependiente	Declarante de Impuestos	Parentesco con el Declarante de Impuestos
Nombre	Nombre	

Ingresos Anuales

¿El ingreso de alguien de su hogar cambia de un mes a otro? ☐ **Si es así, ¿quién?** ☐ **No**

¿Quién?	Estimado de Ingresos este Año	Estimado de Ingresos del Próximo Año
Nombre		

← Si piensa que será diferente.

Cobertura de Salud

Por favor, llene los siguientes requisitos junto con la Solicitud de Asistencia, si busca Cobertura de Salud.

Información de Cobertura de Salud

¿Usted o alguien de su hogar necesita ayuda para pagar las facturas médicas de los últimos 3 meses?

☐ **Si es así, ¿quién?** Nombre(s) ☐ **No**

¿Cuáles son los meses?

ENE FEB MAR ABR MAY JUN
JUL AGO SEP OCT NOV DIC

¿Usted o alguien de su hogar tenía seguro de salud a través de su trabajo y lo perdió en los últimos tres meses? ☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **No**

¿Quién perdió la cobertura?	**Fecha de Terminación**	**Motivo de Terminación del Seguro**
Nombre(s)	Mes/Año	

¿Usted o alguien de su hogar tiene cobertura de salud (incluya los que no están solicitando beneficios)? ☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **No**

← Incluyendo Medicaid, CHIP o MIChild, Medicare, Programas de atención médica de VA, Peace Corps, Seguro del Empleador, TRICARE (a menos que tenga atención directa o este en Acto de Servicio) u Otros.

Tipo y Nombre de la Cobertura	**Persona Cubierta**	**Número de la Póliza**
	Nombre	

Si es Medicare, ¿Necesita ayuda para pagar las primas de Medicare? Si No

Si es un seguro del empleador: ¿Es una cobertura COBRA? Si No

¿Es un plan de salud para retirados? Si No

¿Es un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares)? Si No

Para que sea más fácil determinar su elegibilidad para la cobertura de salud en años futuros, ¿está de acuerdo con el uso de los datos del IRS para las renovaciones automáticas? ☐ **Si** ☐ **No**

← Esto permite que Marketplace y el Estado de Michigan utilicen datos de ingresos (incluyendo información de las declaraciones de impuestos). Para más información lea el Folleto Informativo (Pg 8).

Si está de acuerdo, ¿durante cuántos años? 5 4 3 2 1

Su Nombre:

Identificación Individual #:

Cobertura de Salud

Si necesita ayuda, lleve una copia de esta página a su empleador y pídale que le ayude a llenarla.

La información en esta página no afectará su aplicación. Se transferirá al gobierno federal para determinar su elegibilidad para APTC (Créditos Fiscales de Primas Avanzadas).

Cobertura de Salud por el Empleo

Complete esta página si alguien de su hogar es elegible para cobertura por medio del empleo. Adjunte una copia de esta página para cada trabajo que ofrece cobertura.

¿Usted o alguien de su hogar tiene cobertura por el empleo?
Esto incluye la cobertura por el empleo de otra persona, por ejemplo: padres o cónyuge

☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **Si no, omita esta página.**

Nombre	- -
Empleado	Número de Seguro Social del Empleado

Nombre		
Empleador	Nº de Identificación del Empleador (EIN)	Dirección del Empleador

Nombre	( ) -	@
Persona de Contacto del Empleo	Teléfono de Contacto del Empleo	Correo Electrónico de Contacto del Empleo

Esta es la persona o el departamento que administra los beneficios de los empleados

¿El empleado puede obtener cobertura ahora o dentro de los próximos 3 meses? ☐ **Si es así, ¿cuándo?** Mes / Dia / Año ☐ **No**

Indique todos los que son elegibles para la cobertura de éste empleo — Nombre(s)

¿Ofrece el empleador un plan de salud que paga al menos el 60% del costo total de los beneficios (nivel de cobertura mínima para los planes de salud)? ☐ **Si** ☐ **No**

Si es así, ¿cuánto tendría que pagar el empleado por el plan más económico que cumpla con el nivel de cobertura mínima?

$ por Sem 2Sem 2x/Mes Mes Año

← No incluya planes familiares. Si el empleador ofrece programas de bienestar, mencione la prima que pagaría el empleado, si obtuviera el descuento máximo, por un programa para dejar de fumar.

Para el empleador ¿habrá algún cambio para el nuevo ciclo del seguro (si lo sabe)? ☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **No**

☐ **El empleador no ofrecerá cobertura de salud**

Fecha de cambio / /

☐ **El monto de la prima cambiará para el plan de menor costo que cumpla con el nivel de cobertura mínima para los planes de salud**

Fecha de cambio / / El empleado pagaría ésta prima $ por Sem 2Sem 2x/Mes Mes Año

Su Nombre:
Identificación Individual #:

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Detalles del Hogar

Complete los siguientes detalles junto con la Solicitud de Asistencia en caso de solicitar el SNAP.

¿Compra y prepara comida algún integrante de forma separada del resto de las personas del hogar? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Es alguien de su hogar un inquilino? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Vive alguien en una instalación o alojamiento con adaptaciones especiales (actualmente o durante los 3 meses anteriores)? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Asiste alguien de su hogar a un programa de tratamiento de problemas con el alcohol o drogas? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Recibe alguien de su hogar beneficios de la distribución tribal de alimentos? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Es alguien miembro de una tribu? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Recibió algún integrante el SNAP desde otro estado? ¿Cuándo? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

☐ **Estado** _____

Gastos Hogareños

Sólo indique la cantidad que paga, no el Vale de Elección de Vivienda (Housing Choice Voucher) (Sección 8), HUD, MSHDA, etc.

Sólo indique el Seguro / Impuesto de la Propiedad si no se incluye en la hipoteca.

¿Paga algún integrante de su hogar por los gastos hogareños? ☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

☐ **Renta** ☐ **Renta con comidas (alojamiento/manutención)** ☐ **Comidas únicamente (manutención)** ☐ **Contrato de Tierras**

☐ **Hipoteca** ☐ **Renta del Lote para Casa Móvil** ☐ **Impuestos de la Propiedad** ☐ **Seguro de Hogar** ☐ **Otro**

¿Quién paga?	Tipo de Gasto	Cantidad	Frecuencia de Pago
		$	
		$	

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

Servicios Públicos

¿Paga alguien de su hogar los servicios públicos (no incluidos en la renta)?

☐ **Si es así, indíquelo debajo** ☐ **No**

Los tipos de calefacción incluyen gas, calefacción eléctrica, propano, madera, etc.

La electricidad no incluye calefacción o acondicionador de aire.

☐ **Calefacción** ☐ **Electricidad** ☐ **Retiro de la Basura** ☐ **Combustible para Cocinar**

☐ **Acondicionador de Aire** ☐ **Agua/ Alcantarillado** ☐ **Teléfono**

¿Paga alguien de su hogar con quien usted no comparte la comida una parte de los gastos o servicios públicos del hogar? Sí | No

¿Recibió alguien que solicita el SNAP más de $20 en pagos de energía del Alivio de Emergencia Estatal (State Emergency Relief, SER) o pagos del Programa de Asistencia Energética de Michigan (Michigan Energy Assistance Program, MEAP) en los últimos 12 meses? Sí | No

Si los servicios públicos se incluyen en su renta, ¿paga alguien de su hogar una tarifa adicional por el acondicionar de aire? Sí | No

¿Recibió alguien que solicita el SNAP más de $20 en el Crédito de Calefacción Hogareña (Home Heating Credit, HHC) en los últimos 12 meses? Sí | No

Asistencia en Efectivo

¿Hay alguien del hogar que...

Complete los siguientes detalles junto con la Solicitud de Asistencia en caso de solicitar Asistencia en Efectivo.

¿Viva o haya vivido en una instalación o alojamiento con adaptaciones especiales actualmente o durante los 3 meses pasados?	☐ Si es así, ¿quién?	Name(s)	☐ No
¿Asista a un programa de tratamiento por problemas con el alcohol o drogas?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Asista a clases de educación especial?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Reciba los Servicios de Rehabilitación de Michigan?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Reciba asistencia médica en base a una incapacidad o ceguera?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Actualmente solicite (o planee solicitar) beneficios por discapacidad ante la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration, SSA)?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Tenga o espere tener una cobertura médica (incluyendo seguro por accidente, compensación laboral, cuenta de ahorros para gastos médicos, seguro médico/ hospitalización u otra opción)?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Esté en violación de la libertad condicional o bajo palabra?	☐ Si es así, ¿quién?		☐ No
¿Haya recibido Dinero en Efectivo (Cash Assistance) de otro estado desde agosto de 1996?	☐ Si es así, ¿quién? Estado		☐ No

Asistencia en Efectivo

Para niños en el hogar

¿Hay niños menores de 6 años cuyas inmunizaciones (vacunas) no estén actualizadas)? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Hay algún niño (de 6 a 18 años) en la escuela ahora? ☐ **Si es así, indíquelo debajo.** ☐ **No**

Nombre(s)

Desarrollo + Cuidado de Niños (CDC)

Complete los siguientes detalles junto con la Solicitud de Asistencia en caso de solicitar Asistencia para el CDC.

¿Vive usted actualmente en una vivienda temporaria o de emergencia? Sí | No

Usted necesita cuidado de niños para poder participar en (marque todas las opciones que correspondan):

- ☐ **Trabajo**
- ☐ **Finalización de la Escuela Secundaria o GED/Colegio Universitario**
- ☐ **Capacitación/Preparación para el Empleo**
- ☐ **Programa PATH u otra actividad aprobada**
- ☐ **Actividad requerida por los Servicios de Protección de Niños del MDHHS**
- ☐ **Tratamiento para una condición de Salud o Social (explique):**

Si usted está en la escuela, ¿necesita tiempo para estudiar? Sí | No

¿Cuántas horas de cuidado de niños necesita usted cada dos semanas? _____

¿Está usted trabajando en un centro de cuidado de niños matriculado al cual su hijo asiste? Sí | No

Si es así, el MDHHS deberá confirmar que su hijo no está bajo su cuidado durante el trabajo. Brinde el nombre del dueño/director y el número telefónico:

Desarrollo + Cuidado de Niños (CDC)

Entiendo que deberé entregar un formulario de Verificación del Proveedor MDHHS-4025 (MDHHS-4025 Provider Verification) para asignar y pagarle a mi proveedor de CDC: Sí | No

Nota: Si el proveedor de cuidado de mi hijo no posee licencia (por ej.: familia o amigo), deberá estar inscripto como proveedor exento de licencia. Es posible acceder a la Solicitud de Proveedor Exento de Licencia (License Exempt Provider Application) en www.michigan.gov/childcare.

¿Alguno de los padres presta servicio activo, o sirve como reservista o en la Guardia Nacional de las Fuerzas Armadas de los EE. UU.? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Posee el hogar una suma total de bienes que supera el millón de dólares? Esta es una pregunta real; es requerida a nivel federal. Sí | No

Niños (de 18 Años o Menos) en el Hogar

Nombre Legal del Niño (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	Nombres Legales de los Padres (Primer Nombre, Segundo Nombre, Apellido)	¿Vive en el Hogar con el Niño?	¿Tiene el Niño las inmunizaciones (vacunaciones) al Día)?
	Padre 1	Sí | No	Sí | No
	Padre 2	Sí | No	
		Sí | No	Sí | No
		Sí | No	
		Sí | No	Sí | No
		Sí | No	

¿Necesita más espacio para escribir? Vaya a las notas en la última página. ☐ **Sí, agregué más notas.**

Ayuda Estatal de Emergencia

Necesidad de Emergencia

¿Qué servicios está solicitando? Marque los servicios que está solicitando y ponga la cantidad que necesita.

- ☐ **Calefacción** (vea los detalles abajo)
- ☐ **Electricidad** (vea los detalles abajo)
- ☐ **Agua/Drenaje** $ _____
- ☐ **Gas para Cocinar** $ _____
- ☐ **Desalojo/Reubicación** $ _____
- ☐ **Impuestos de Propiedad** $ _____
- ☐ **Seguro de Casa** $ _____
- ☐ **Hipoteca** $ _____
- ☐ **Reparaciones de la Casa** $ _____
- ☐ **Reparación del Calentador** $ _____
- ☐ **Entierro o Cremación** $ _____
- ☐ **Hospitalización de Migrantes** $ _____
- ☐ **Depósito de Garantía** $ _____
- ☐ **Gastos de Mudanza** $ _____

Para servicios SER no relacionados con el entierro, ¿tiene el hogar activos en efectivo que excedan los $15,000? Si | No

Detalles de la Solicitud de Calefacción

¿Cómo calienta su casa?

- ☐ **Gas Natural**
- ☐ **Electricidad**
- ☐ **Propano**
- ☐ **Carbón**
- ☐ **Leña**
- ☐ **Gasolina**
- ☐ **Otro:** _____

Describa su situación actual:

- ☐ **La calefacción de mi casa está apagada/estoy sin una fuente de combustible para calentar mi casa.**
- ☐ **Recibí un aviso de cuenta atrasada/un aviso de corte de servicios o estoy a punto de quedarme sin una fuente de combustible para calentar mi casa.**

Fecha programada del corte de servicios: / /

Saldó actual: (para cuentas pre pagadas) $ _____

% que queda en el tanque: _____ %

← Para calificar, el tanque no puede tener más del 25%.

Detalles de la Solicitud de Electricidad

Describa su situación actual:

- ☐ **Me apagaron la electricidad**
- ☐ **Recibí un aviso de cuenta atrasada o corte de servicios**

Fecha programada del corte de servicios: / /

Saldo actual: (para cuentas pre pagadas) $ _____

Su Nombre:

Identificación Individual #:

Ayuda Estatal de Emergencia

Gastos Actuales de la Vivienda

¿Usted paga algún gasto de vivienda? ☐ **Si es así, escríbalo(s) abajo.** ☐ **No**

	Nombre del Proveedor de Servicios	Nombre de Cuenta	Nº de Cuenta	¿Es un Medidor Compartido?		¿Hay Robo o Uso Ilegal?	
☐ **Calefacción**				Si	No	Si	No
☐ **Electricidad**				Si	No	Si	No
☐ **Agua/Drenaje**				Si	No	Si	No
☐ **Gas para Cocinar**				Si	No	Si	No
☐ **Renta/ Hipoteca**							
☐ **Impuestos de Propiedad**							
☐ **Seguro de Casa**							

Información del Hogar

Cuéntenos sobre sus gastos, ingresos y las personas que han vivido con usted durante los últimos 6 meses.

	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						
Total de Ingreso Mensual (Antes de Impuestos)	$	$	$	$	$	$
Renta o Hipoteca	$	$	$	$	$	$
Calefacción	$	$	$	$	$	$
Electricidad	$	$	$	$	$	$
Agua/Drenaje/ Gas para Cocinar	$	$	$	$	$	$

¿Alguien en el hogar está huyendo de enjuiciamiento por una felonia, un delito grave pendiente, orden de aresto, o cárcel? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

¿Alguien en el hogar está en violación de libertad condicional o provisional? ☐ **Si es así, ¿quién?** _____ ☐ **No**

Su Nombre:

Identificación Individual #:

Ayuda Estatal de Emergencia

Si esta solicitud es para servicios funerarios, debe ser recibida por MDHHS a más tardar 10 días hábiles después del entierro, cremación, o del día en que se llevaron a cabo las donaciones.

Detalles de la Solicitud de Entierro

Si está solicitando servicios de entierro, llene esta sección. Asegúrese de responder a las preguntas en la Solicitud de Asistencia sobre el fallecido, su cónyuge, y sus padres (en caso de que el fallecido era menor de edad).

Nombre del Fallecido (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) | Fecha de Fallecimiento | Su Relación Legal con el Fallecido

Nombre de la Funeraria | Dirección de la Funeraria | ( ) - Teléfono de la Funeraria

¿Es esto una cremación? Si | No

Lugar de Entierro o Cremación | / / Fecha de Entierro o Cremación

¿El pago al cementerio o crematorio es aparte del pago a la funeraria? Si | No

¿Usted firmó alguna declaración de bienes y servicios con la funeraria? Si | No

¿Hay un servicio memorial? Si | No

¿El fallecido era un veterano? Si | No

¿El fallecido era dueño de su casa? **Si es así, ¿cuál es la dirección?** **No**

¿Hay un copropietario de esta casa? **Si es así, ¿quién?** **No**

Costo del Entierro o Cremación $

¿Hay alguna contribución de familiares/amigos? **Si es así, ¿cuánto?** $ **No**

¿Hay algún beneficio por fallecimiento, que usted ha solicitado o espera recibir? **Si es así, escríbalo(s) abajo.** **No**

- **Seguro de Accidente/Automóvil**
- **Acuerdo de Funeral Prepagado**
- **Beneficios del Seguro Social por Fallecimiento**
- **Beneficios de Veteranos por Muerte**
- **Beneficios del Sindicato**
- **Un Fondo de Asistencia Comunitaria y/o Organizaciones Fraternales**
- **Seguro de Vida**
- **Otros (escríbalos abajo)**

Tipo de Beneficios por Fallecimiento | **Cantidad** $

Su Nombre:

Identificación Individual #: