

Solicitud de Asistencia

Envíe esta solicitud por correo postal, fax o en persona a la oficina local de MDHHS

Encuentre una oficina cerca de usted
www.michigan.gov/ContactMDHHS

Solicitar en línea:
www.michigan.gov/mibridges

¡Bienvenido!

Llene la Solicitud de Asistencia
Conteste las preguntas sobre usted y los miembros de su hogar.

Llene los requisitos para los siguientes programas:



Cobertura de Salud

← Lea el Folleto Informativo para obtener detalles sobre cada programa



Programa de Asistencia Alimentaria
(FAP por sus siglas en inglés)



Asistencia en Efectivo

Programa de Independencia Familiar (FIP por sus siglas en inglés)
Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA por sus siglas en inglés)
Asistencia Estatal por Discapacidad (SDA por sus siglas en inglés)



Cuidado y Desarrollo Infantil
(CDC por sus siglas en inglés)



Programa Estatal de Ayuda de Emergencia
(SER por sus siglas en inglés)

Entregue su solicitud para uno o más de los programas de asistencia
Usted **deberá** ser entrevistado por un especialista de MDHHS, a menos que usted este solicitando únicamente cobertura de salud.

Reciba sus resultados

¿Qué idioma prefiere?

Lengua Hablada

Lenguaje Escrito

Si no habla inglés, tiene una discapacidad auditiva u otro tipo de discapacidad, díganos cómo podemos ayudarlo (un intérprete, lenguaje de signos, número de teléfono TDD / TTY al que debemos llamar, un dispositivo de asistencia auditiva, etc.) o puede traer su propio apoyo.

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.) or bring your own support.

إذا كنت لا تتحدث اللغة الإنجليزية، تعاني من إعاقة سمعية، أو لديك إعاقة، أخبرنا كيف يمكننا مساعدتك (مترجم فوري، لغة الإشارة، رقم هاتف TDD/TTY يجب أن نتصل عليه، جهاز الاستماع للمساعدة، إلخ.....) أو أحضر أجهزة المساعدة الخاصة بك.

Michigan Department of Health and Human Services

Case #:

ID #:

MDHHS-1171-SP (Rev. 10-24) Previous edition obsolete.

Registro de Cuenta

1

Nombre Legal (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

Persona sin hogar

Dirección de la casa - el lugar donde vive

Apt/Lote N°

Ciudad

Condado

Estado

Código Postal

Si usted no puede completar la solicitud hoy, puede completar esta pagina y devolverla a MDHHS para guardar su fecha de solicitud. Usted, aún deberá entregar completa, a MDHHS su Solicitud de Asistencia, antes de poder ser aprobado para los beneficios. La fecha que MDHHS recibe su solicitud de asistencia o registracion de cuenta puede afectar la fecha en que comienzan sus beneficios.

Para Asistencia Alimentaria (FAP), solo tiene que poner su nombre, dirección (a menos que este sin hogar) y firma. Para todos los demás programas, debe incluir fecha de nacimiento

Dirección de Correspondencias - si es diferente de la anterior (calle, ciudad, condado, estado, código postal)

/ /

Fecha de Nacimiento

- -

Número de Seguro Social

← Necesitamos un Número de Seguro Social (SSN) para las personas que están solicitando asistencia y tienen o pueden obtener un SSN. Lea el Folleto Informativo (Pg 32) para más detalles

() -

Teléfono Celular

() -

Teléfono de Casa

@

Correo Electrónico

¿Alguna vez recibió asistencia en Michigan (o la está recibiendo actualmente)?

Sí No

¿Cuáles son los programas de asistencia que está solicitando hoy para su hogar?

Cobertura de Salud Alimento Efectivo Cuidado Infantil Ayuda Estatal de Emergencia

Marque todas las que apliquen: (Usted podría calificar para que el trámite de su asistencia alimentaria ocurra en de 7 días)

Mi ingreso mensual es menos de \$150 y ahora tengo \$100 o menos en efectivo y/o cuentas.

Soy un trabajador agrícola migratorio o estacional cuyos ingresos se han detenido y tengo \$100 o menos en efectivo/cuentas en este momento.

El ingreso mensual de todos los miembros de mi hogar incluyendo efectivo y/o cuentas es menor que los gastos mensuales de renta o hipoteca y servicios públicos.

← Solo para Asistencia Alimentaria

Firme aquí

Bajo pena de perjurio. Declaro que he revisado esta aplicación, y según mi leal saber y entender, las respuestas que doy en esta aplicación son verdaderas. Si declaro un Representante Autorizado, al firmar abajo, permito que esta persona firme mi solicitud y obtenga información oficial. Solo para la Cobertura de Salud, autorizo a mi Representante Autorizado que actúe por mí en todos los asuntos futuros.

Firma del Solicitante

Firma del Representante

Fecha

Miembros del Hogar

2

Haga una lista de todas las personas que viven en su hogar, incluyendo usted y cualquier persona que no esté presente todo el tiempo. Si está solicitando cobertura de salud, haga una lista de todas las personas que va incluir en su declaración federal de impuestos este año. (Nota: la declaración de impuestos no es necesaria para recibir asistencia).

Ciudadanía y Número de Seguro Social es opcional para las personas que no están solicitando asistencia. Para más información lea el Folleto Informativo (Pg 32)

Origen étnico y racial es opcional. No afectará la elegibilidad ni los beneficios. Para más información lea el Folleto Informativo (Pg 36)

| Parentesco | Nombre Legal Completo | Sexo | Fecha de Nacimiento | Número de Seguro Social | Ciudadano Americano o Nacional | | Casado(a) | | ¿Vive en casa? | |
|---|-----------------------|--------------------------|---------------------|------------------------------|--|----|-----------|----|----------------|----|
| | | | | | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| 1 Yo | | M F | / / | - - | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| estoy solicitando: COBERTURA DE SALUD ALIMENTO EFECTIVO CUIDADO INFANTIL AYUDA ESTATAL DE EMERGENCIA NINGUNO | | | | | | | | | | |
| Origen Étnico (opcional): | | Grupo Racial (opcional): | | Afro Americano | Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Asiático | | | |
| Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino | | | | Medio Oriente/Norte Africano | Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | | Blanco | | | |
| 2 | | M F | / / | - - | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| estoy solicitando: COBERTURA DE SALUD ALIMENTO EFECTIVO CUIDADO INFANTIL AYUDA ESTATAL DE EMERGENCIA NINGUNO | | | | | | | | | | |
| Origen Étnico (opcional): | | Grupo Racial (opcional): | | Afro Americano | Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Asiático | | | |
| Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino | | | | Medio Oriente/Norte Africano | Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | | Blanco | | | |
| 3 | | M F | / / | - - | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| estoy solicitando: COBERTURA DE SALUD ALIMENTO EFECTIVO CUIDADO INFANTIL AYUDA ESTATAL DE EMERGENCIA NINGUNO | | | | | | | | | | |
| Origen Étnico (opcional): | | Grupo Racial (opcional): | | Afro Americano | Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Asiático | | | |
| Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino | | | | Medio Oriente/Norte Africano | Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | | Blanco | | | |
| 4 | | M F | / / | - - | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| estoy solicitando: COBERTURA DE SALUD ALIMENTO EFECTIVO CUIDADO INFANTIL AYUDA ESTATAL DE EMERGENCIA NINGUNO | | | | | | | | | | |
| Origen Étnico (opcional): | | Grupo Racial (opcional): | | Afro Americano | Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Asiático | | | |
| Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino | | | | Medio Oriente/Norte Africano | Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | | Blanco | | | |
| 5 | | M F | / / | - - | Sí | No | Sí | No | Sí | No |
| estoy solicitando: COBERTURA DE SALUD ALIMENTO EFECTIVO CUIDADO INFANTIL AYUDA ESTATAL DE EMERGENCIA NINGUNO | | | | | | | | | | |
| Origen Étnico (opcional): | | Grupo Racial (opcional): | | Afro Americano | Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska | | Asiático | | | |
| Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino | | | | Medio Oriente/Norte Africano | Nativo de Hawái o Islas del Pacífico | | Blanco | | | |

¿Necesita más espacio para escribir? Consulte la última página.

Detalles del Hogar

No es necesario completar esta página para solicitar Ayuda de Emergencia

¿Usted o alguien en su hogar está embarazada o lo estaba en los últimos 3 meses?

Si es así, ¿quién?

No

Número de Niños Esperados / /

← No se necesita para Alimento

¿Usted o alguien en su hogar tiene una discapacidad o una condición de salud física y/o emocional y/o mental?

Si es así, ¿quién?

No

← Debe completar si está solicitando Cobertura de Salud

¿Alguno de los niños (menores de 20 años) tiene uno de sus padres viviendo fuera del hogar?

Si es así, ¿quién?

No

¿Usted o alguien en su hogar está inscrito en la universidad y/o escuela vocacional?

Si es así, ¿quién?

No

¿Hay alguien en su hogar que está ausente temporalmente (militar, hospital, etc.)?

Si es así, ¿quién?

No

¿Usted o alguien en su hogar sirvió en el ejército o las fuerzas armadas?

Si es así, ¿quién?

No

← No es requisito para ser elegible

¿Usted o alguien en su hogar es un niño adoptado temporal o permanente, padre adoptivo temporal, o tutor?
(Encierre en un círculo todas las que corresponden)

Si es así, ¿quién?

No

Niño Adoptado Temporal Niño Adoptado Padre Adoptivo Temporal Tutor

¿Alguien en su hogar es actualmente víctima de violencia doméstica o víctima de trata?

Si es así, ¿quién?

No

¿Es usted un trabajador agrícola migrante, refugiado o asilado?
(Encierre en un círculo todas las que corresponden)

Si es así, ¿quién?

No

Trabajador agrícola migrante Refugiado o asilado

¿Cree usted que solicitar manutención de niño sería perjudicial para usted o su hijo (por ejemplo amenazas de abuso, antecedentes de abuso, incesto, violacion)?

Si es así, ¿quién?

No

← No es necesario para CDC o FAP

Si usted no es un Ciudadano Americano o Nacional ¿alguien tiene un estatus migratorio que cualifica?

Si es así, escríbalo(s) abajo.

← Lea el Folleto Informativo (Pg 35) para ejemplos de estatus cualificados. Quienes no están solicitando asistencia, omitan esta pregunta

| ¿Quién? | Tipo de Documento | Número del Documento | Fecha de Entrada en los Estados Unidos |
|---------|-----------------------|----------------------|--|
| | Residencia Permanente | # | / / |
| | | # | / / |
| | | # | / / |

¿Necesita más espacio para escribir? Consulte la última página.

Agregué más notas.

Bienes

4

No es necesario completar esta página para solicitar Cuidado Infantil.

Dinero y Cuentas Bancarias

¿Usted o alguien en su hogar tiene dinero o cuentas bancarias? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Corriente Ahorros

Otro: 401K Plan de Retiro Seguro de Vida Acciones de Inversión Fondos de Inversión
Certificados de Depósitos (CD) Fondos Para Gastos Funerales Ganancias de Lotería y/o de Juegos de Azar
Cuenta de Retiro Individual Fondos Fiduciarios y/o Anualidades Tarjeta de Nómina y/o Beneficios

Quienes solicitan únicamente Cobertura de Salud, omitan esta página (a menos que estén con discapacidad o en necesidad de servicios de cuidado a largo plazo).

Incluya cuentas y/o bienes de propiedades conjuntas.

| ¿Quién? | Tipo de Cuenta | Nombre del Banco o Institución | Cantidad |
|---------|----------------|--------------------------------|----------|
| | | | \$ |
| | | | \$ |
| | | | \$ |

Vehículos

¿Usted o alguien en su hogar es dueño de algun(os) vehículo(s)? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

← No es necesario para CDC o FAP

Coche Camión Motocicleta Barco Otro

| ¿Quién? | Año, Marca, y Modelo | Millas Aproximadas |
|---------|----------------------|--------------------|
| | | |
| | | |

← Mencione sólo los vehículos que están registrados a su nombre o de algún miembro del hogar.

Propiedad

¿Usted o alguien en su hogar tiene propiedades? Si es así, marquelos abajo. No

Casas Edificios Propiedades para Rentar Terreno y/o Lote Lotes de Entierro Otro

Ventas y Transferencias

¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, transferido o regalado bienes en los últimos 5 años? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

← En los últimos 90 días para Asistencia Alimentaria y Ayuda de Emergencia

| Persona a la que se le Vendió/Otorgó | Tipo de Activo | Fecha | Cantidad |
|--------------------------------------|----------------|-------|----------|
| | | / / | \$ |
| | | / / | \$ |

Ingresos

5

Cambio en los Ingresos

¿Usted o alguien en su hogar tuvo un cambio de empleo en los últimos 30 días? Si es así, explique. No

Despedido Renuncia Huelga Horas voluntariamente reducidas Rechazó trabajo Otro

Explique

Empleo (Esto Incluye Trabajos Temporales y por Contrato)

Incluya a cualquier miembro de su hogar que trabajó en los últimos 30 días o espera trabajar el próximo mes

¿Usted o alguien en su hogar tiene trabajo? Si es así, escríbalo(s) abajo. No ← ¿Con qué frecuencia recibe su pago?

| ¿Quién? | Nombre del Empleador | Promedio de Horas/Semana | Salario y/o Propinas (antes de impuestos) | ¿Con qué frecuencia recibe su pago? |
|---------|----------------------|--------------------------|---|-------------------------------------|
| | | | \$ por Hra Sem 2Sem 2xMes Mes Año | |
| | | | \$ por Hra Sem 2Sem 2xMes Mes Año | |

Empleo por Cuenta Propia (Esto Incluye Trabajos Ocasionales)

¿Usted o alguien en su hogar trabaja por cuenta propia? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

| ¿Quién? | Tipo de Trabajo | Ingresos (antes de gastos) | Gastos |
|---------|-----------------|----------------------------|-----------------|
| | | \$ Mensualmente | \$ Mensualmente |
| | | \$ | \$ |

Ingresos Adicionales

Para la Cobertura de Salud, solo incluya los ingresos sujetos a impuestos (desempleo, pensiones, seguro social, pensión alimenticia, etc.)

¿Usted o alguien en su hogar tiene ingresos adicionales? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Desempleo Discapacidad Manutención Conyugal y/o Ayuda Conyugal

Manutención de Hijos Seguro Social Pensión y/o Retiro Indemnización por Accidente Laboral

Otro: Ingresos de Propiedades por Renta Subsidio por Adopción Temporal Subsidio de Adopción Pesca
Préstamos y/o Regalos Interés y/o Dividendos Ingresos y/o Beneficios Tribales Discapacidad a Corto y/o Largo Plazo
Reubicación de Refugiados Beca Equivalente de Refugiados Beneficios para Veteranos y/o Asignaciones Militares

| ¿Quién? | Tipo de Ingreso | Cantidad Recibida |
|---------|-----------------|-----------------------------------|
| | | \$ por Hra Sem 2Sem 2xMes Mes Año |
| | | \$ por Hra Sem 2Sem 2xMes Mes Año |

Gastos

6

No es necesario completar esta página para solicitar Cuidado Infantil

Para todos los gastos, solo incluya la cantidad que debe pagar.

Cuidados de Dependientes

¿Usted o alguien en su hogar paga por los gastos de cuidado de dependientes?

Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Cuidado infantil (guardería, programas después de la escuela)

Cuidado de un niño o alguien de su familia con alguna discapacidad

← No es necesario para Cobertura de Salud.

| ¿Quién paga? | ¿Para quién es? | Cantidad | Frecuencia de Pago |
|--------------|-----------------|----------|--------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Médicos

¿Usted o alguien en su hogar paga por gastos médicos?

Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Seguro de Salud

Recetas Médicas

Cuidado en el Hogar

Cuentas del Hospital

Dental

Copagos

Transporte para Cuidados de la Salud

Gastos de Tutor y/o Guardian Legal

Otro

| ¿Quién paga? | Tipo de Gasto | Cantidad | Frecuencia de Pago |
|--------------|---------------|----------|--------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Ordenados por la Corte

¿Usted o alguien en su hogar paga por gastos ordenados por la corte?

Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Manutención de Hijos

Pensión o Manutención Conyugal Pagada

← Incluye atrasos.

No es necesario para Cobertura de Salud.

| ¿Quién paga? | ¿Para quién es? | Cantidad | Frecuencia de Pago |
|--------------|-----------------|----------|--------------------|
| | | \$ | |
| | | \$ | |

Intereses de Préstamos Estudiantiles y Deducciones

¿Usted o alguien en su hogar paga intereses de préstamos estudiantiles u otros gastos deducibles de impuestos?

Si es así, escríbalo(s) abajo. No

← Solamente para Cobertura de Salud.

| ¿Quién paga? | Tipo de Gasto | Cantidad | Frecuencia de Pago |
|--------------|---------------|----------|--------------------|
| | | \$ | |

Últimos Detalles

7

Verificación de Datos

← No es necesario para Cobertura de Salud.

¿Usted o alguien en su hogar ha sido descalificado para recibir asistencia pública debido a fraude de asistencia social o a la violación intencional de un programa en algún estado, incluyendo Michigan?

Si es así, ¿quién? No

¿Alguna vez usted o alguien en su hogar ha sido condenado por recibir efectivo o asistencia alimentaria de dos o más estados durante el mismo período de tiempo?

Si es así, ¿quién? No

Representante Autorizado

¿Quiere que alguien más actúe o lo represente en este caso?

Si es así, escríbalo(s) abajo. No

← Si nombra un Representante Autorizado, otorgará permiso a una persona de confianza para que firme su solicitud y obtenga información de MDHHS. Solo para la Cobertura de Salud, autorizo a mi Representante Autorizado que actúe por mí en todos los asuntos futuros. MDHHS podrá obtener esta información más tarde en el proceso.

Nombre de su Representante Autorizado (Nombre, Segundo Nombre, Apellido)

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

() -

Número de Teléfono del Representante

@

Correo Electrónico del Representante

Si solicita asistencia alimentaria, ¿quiere que otra persona tenga una tarjeta Bridge y acceso a sus beneficios para poder hacerle las compras?

Si es así, ¿quién? No

(Esta deberá ser alguien de confianza)

Registro Electoral

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría aplicar para votar aquí hoy?

Sí No

Si no selecciona una de las cajas arriba, se considerará que usted ha decidido no registrarse para votar en este momento, pero una aplicación de registro de votante en papel será mandada a usted por correo en caso decida registrarse o actualizar su aplicación.

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

Michigan Department of Health and Human Services

7

Su Firma



Firme la parte inferior de esta página para completar su solicitud.

¿Hay Algo Más?

¿Hay algo más que deberíamos saber sobre su situación? Si es así, escríbalo(s) abajo. No

Sus Responsabilidades

He dicho la verdad; entiendo que puedo ser considerado penalmente responsable por mentir en esta aplicación.

Tendré que proporcionar documentos que demuestren que lo que dije al departamento es verdad.

Tendré que devolver los beneficios que no debería haber recibido, incluso si es un error del departamento.

Tendré que informar al departamento sobre cualquier cambio en la información que proporcione en mi solicitud.

Acepto cooperar con los revisores estatales o federales para una auditoría.

Acepto divulgar mi información para las necesidades del programa.

Usaré mis beneficios legalmente y no venderé, intercambiaré o regalaré mis beneficios en línea o en persona.

Yo entiendo que en el momento de mi muerte MDHHS tiene el derecho legal recuperar fondos de parte o todos mis bienes para servicios pagados por Medicaid. Todos los servicios pagados por Medicaid son sujetos a recuperación de bienes.

He recibido, revisado y acepto la información que se encuentra en el Folleto Informativo.

← Al firmar esta solicitud, acepta las siguientes responsabilidades.

Lea el Folleto Informativo para una descripción completa de sus derechos y responsabilidades.

La Responsabilidad del Departamento

Si cree que nosotros, el departamento, cometimos un error, 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, estado familiar, consideraciones partidistas, o información genética. Discriminación basada en sexo incluye, pero no se limita a, discriminación basada en orientación sexual, identidad de género, expresión de género, características sexuales, y embarazo.

Firme aquí

Bajo pena de perjurio. Declaro que he revisado esta aplicación, y según mi leal saber y entender, las respuestas que doy en esta aplicación son verdaderas, esto incluye información sobre el hogar, ciudadanía y estatus migratorio. He declarado la cantidad y fuentes de ingresos y bienes que recibo/poseo. Si declaro un Representante Autorizado, al firmar a continuación, permito que esta persona firme mi solicitud y obtenga información oficial sobre esta solicitud. Solo para la Cobertura de Salud, autorizo a mi Representante Autorizado que actúe por mí en todos los asuntos futuros. Si firmo como Representante Autorizado de la Cobertura de Salud doy fe de mi acuerdo de cumplir con la confidencialidad y actuar en el mejor interés del beneficiario.

| | | |
|-----------------------|-------------------------|-------|
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| Firma del Solicitante | Firma del Representante | Fecha |

Fecha que fue llevada a cabo la entrevista en persona:

| | | |
|-----------------------|---------------------------------|-------|
| <hr/> | <hr/> | <hr/> |
| Firma del Solicitante | Firma del Testigo Departamental | Fecha |

Anotaciones



Use esta página para anotaciones
y/o información adicional

Area with 18 horizontal light blue lines for notes.



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? No

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? 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.

¿Había alguien en cuidado de crianza en Michigan cuando cumplieron 18 años a partir del 1 de enero de 2023?

Si es así, ¿quién? No

¿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, 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 día de hoy?

Si es así, No ← Para menores de 21 años o mujeres embarazadas. Al marcar "sí" está solicitando Cobertura.

escribalo(s) abajo.

| Nombre(s) | Dirección Servida por el Sistema de Agua de Flint (Calle, Ciudad, Código Postal) | | | | Fechas | |
|----------------------|--|----------------------------------|----------------------------------|---|-------------------|--|
| | | | | | Mes/Año - Mes/Año | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de niños | | |
| <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Hogar | <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Escuela | <input type="checkbox"/> Centro de Cuidado de niños | | |

Michigan Department of Health and Human Services

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

← Si piensa que será diferente.

| | | |
|--------|--|--|
| Nombre | | |
| | | |

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #:

MDHHS-1171-HC-SP (Rev. 10-24) Previous edition obsolete.

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?
 ¿Cuáles son los meses?

Nombre(s)

No

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

Michigan Department of Health and Human Services

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.

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.

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).

¿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.

| | | |
|---|---|--|
| <input type="text" value="Nombre"/> | <input type="text" value="-"/> | <input type="text" value="-"/> |
| Empleado | Número de Seguro Social del Empleado | |
| <input type="text" value="Nombre"/> | <input type="text" value="Nº de Identificación del Empleador (EIN)"/> | <input type="text" value="Dirección del Empleador"/> |
| Empleador | | |
| <input type="text" value="Nombre"/> | <input type="text" value="() -"/> | <input type="text" value="@"/> |
| 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?

No

Indique todos los que son elegibles para la cobertura de éste empleo

¿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

← 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

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #:



Asistencia Alimentaria

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

Usted o alguien de su hogar...

¿Compra y prepara comida por separado del resto de su hogar?

Si es así, ¿quién? No

¿Alguien en su hogar es huésped?

Si es así, ¿quién? No

¿Está viviendo en una instalación o en un arreglo de vivienda especial (ahora o dentro de los últimos 3 meses)?

Si es así, ¿quién? No

¿Está asistiendo a un programa de tratamiento para alcohol o drogas?

Si es así, ¿quién? No

¿Recibe beneficios de distribución de alimentos tribales?

Si es así, ¿quién? No

¿Había alguien en cuidado de crianza (foster care) en Michigan cuando cumplieron 18?

Si es así, ¿quién? No

¿Recibió Asistencia Alimentaria de otro estado en los últimos 30 días?

Si es así, ¿quién? No
Estado

Gastos de Vivienda

¿Usted o alguien de su hogar paga por gastos de la vivienda? Si es así, escríbalo(s) abajo. No ← Solo escriba el monto que paga, sin incluir los vales de vivienda (Sección 8), HUD, MSHDA, etc.

Renta Alquiler con comida (alojamiento/comida) Solo comida (comida) Contrato de Compraventa de Terreno
 Hipoteca Renta del Lote de una Casa Móvil Impuestos de Propiedad Seguro de Casa Otro ← Solo escriba el Seguro o el Impuesto a la propiedad si no está incluido en la hipoteca

| ¿Quién paga? | Tipo de Gasto | Cantidad | Frecuencia de pago |
|----------------------|----------------------|-------------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> | <input type="text"/> |

Servicios Públicos

¿Usted o algún miembro de su hogar paga por servicios públicos (que no están incluidos en la renta)? Si es así, marquelos abajo. No ← Los tipos de calefacción incluyen gas, calefacción eléctrica, propano, leña, etc.

Calefacción Electricidad Servicio de Basura Teléfono
 Aire Acondicionado Agua y/o Alcantarillado Combustible para Cocinar Internet ← Electricidad no incluye calefacción o aire acondicionado

¿Alguien con quien no compartes la comida paga alguna parte de los gastos de la vivienda o de los servicios públicos? Si | No

¿Usted o alguien de su hogar recibió más de \$20 en pagos del Programa Estatal de Ayuda de Emergencia o del Programa de Asistencia de Energía de Michigan (MEAP por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses? Si | No

Si los servicios públicos están incluidos en su renta, ¿usted o alguien de su hogar paga un costo adicional por el aire acondicionado? Si | No

¿Usted o alguien de su hogar recibió más de \$20 del Crédito de Calefacción del Hogar (HHC por sus siglas en inglés) en los últimos 12 meses? Si | No

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #:

Asistencia en Efectivo



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

Usted o alguien de su hogar...

¿Está en una instalación o en un arreglo de vivienda especial (ahora o dentro de los últimos 3 meses)?

Si es así, ¿quién? No

¿Está asistiendo a un programa de tratamiento para alcohol o drogas?

Si es así, ¿quién? No

¿Asiste a clases de educación especial?

Si es así, ¿quién? No

¿Recibe Servicios de Rehabilitación de Michigan?

Si es así, ¿quién? No

¿Recibe asistencia médica por una discapacidad o ceguera?

Si es así, ¿quién? No

¿Está solicitando (o está planeando solicitar beneficios de discapacidad con la Administración del Seguro Social (SSA)?

Si es así, ¿quién? No

¿Tiene o espera tener cobertura médica? Por ejemplo: seguro de accidentes, compensación laboral, ahorros para la salud, seguro de salud, seguro de hospital o otros.

Si es así, ¿quién? No

¿Está en violación de libertad condicional o provisional?

Si es así, ¿quién? No

¿Recibió Asistencia en Efectivo de otro estado a partir de Agosto de 1996?

Si es así, ¿quién? No
 Estado

Niños dentro del hogar

¿Tiene niños menores de 6 años que no están al día con sus vacunas?

Si es así, ¿quién? No

¿Tiene niños en el hogar (de 6 a 18 años) que están en la escuela?

Si es así, escriba la lista abajo. No

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #:

Cuidado y Desarrollo Infantil



Por favor, llene los siguientes requisitos junto con la Solicitud de Asistencia, si busca Asistencia para el Cuidado Infantil.

¿Esta viviendo en un lugar temporal o de emergencia? Sí No

Necesita ayuda en el cuidado de niños para realizar las siguientes actividades (marque las que correspondan):

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Trabajo | <input type="checkbox"/> Actividad requerida por los Servicios de Protección al Menor de MDHHS |
| <input type="checkbox"/> Preparatoria u obtener el GED y/o Universidad | <input type="checkbox"/> Tratamiento para la Salud o una Condición Social (explique): |
| <input type="checkbox"/> Capacitación y/o Preparación laboral | |
| <input type="checkbox"/> Programa PATH u otra actividad aprobada | |

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

¿Cuántas horas de cuidado infantil requiere cada dos semanas?

¿Está trabajando en el centro de cuidado infantil con licencia que su hijo asiste? Sí No

Si es sí, MDHHS debe confirmar que su hijo no está bajo su cuidado mientras está en el trabajo. Proporcione el nombre del propietario/director:

Yo entiendo que se debe presentar un DHS-4025 Formulario de Verificación de Proveedores para asignar y pagar a mi proveedor de Cuidado y Desarrollo Infantil:

Sí No

Nota: Si mi proveedor de cuidado de niños no tiene licencia (ej. familia o amigo); debe estar inscrito como Proveedor Exento de Licencia. La solicitud para Proveedor Exento de Licencia se puede encontrar en www.michigan.gov/childcare.

¿Alguno de los padres es miembro de la Guardia Nacional o una Unidad de Reserva Militar?

Sí, ¿quién?

No

¿El total de los bienes del hogar superan un millón de dólares? Sí No

← Esta es una pregunta verdadera y obligatoria a nivel federal.

Niños (18 años o menos de edad) en el Hogar

| Nombre Legal del Niño (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) | Nombre Legal de los Padres (Nombre, Segundo Nombre, Apellido) | ¿Vive en la casa con el niño? | ¿Esta el niño al día con sus vacunas? |
|---|--|---|---|
| <input type="text"/> | Padre 1 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | Padre 2 | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| | <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |

¿Necesita más espacio para escribir? Consulte la última página.

Agregué más notas.

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #:

Ayuda Estatal de Emergencia



Necesidad de Emergencia

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

| | | |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> Calefacción (vea los detalles abajo) | <input type="checkbox"/> Impuestos de Propiedad \$ _____ | <input type="checkbox"/> Entierro o Cremación \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Electricidad (vea los detalles abajo) | <input type="checkbox"/> Seguro de Casa \$ _____ | <input type="checkbox"/> Hospitalización de Migrantes \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Agua/Drenaje \$ _____ | <input type="checkbox"/> Hipoteca \$ _____ | <input type="checkbox"/> Depósito de Garantía \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Gas para Cocinar \$ _____ | <input type="checkbox"/> Reparaciones de la Casa \$ _____ | <input type="checkbox"/> Gastos de Mudanza \$ _____ |
| <input type="checkbox"/> Desalojo/Reubicación \$ _____ | <input type="checkbox"/> Reparación del Calentador \$ _____ | |

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?

| | | | |
|--|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Gas Natural | <input type="checkbox"/> Propano | <input type="checkbox"/> Leña | <input type="checkbox"/> Otro: <input type="text"/> |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Carbón | <input type="checkbox"/> Gasolina | <input type="text"/> |

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) \$ _____

Michigan Department of Health and Human Services

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? |
|---|-----------------------------------|------------------|--------------|----------------------------|-------------------------|
| <input type="checkbox"/> Calefacción | | | | Si No | Si No |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | | | | Si No | Si No |
| <input type="checkbox"/> Agua/Drenaje | | | | Si No | Si No |
| <input type="checkbox"/> Gas para Cocinar | | | | Si No | Si No |
| <input type="checkbox"/> Renta/ Hipoteca | | | | | |
| <input type="checkbox"/> Impuestos de Propiedad | | | | | |
| <input type="checkbox"/> 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 felonía, un delito grave pendiente, orden de arresto, o cárcel?

Si es así, ¿quién? No

¿Alguien en el hogar está en violación de libertad condicional o provisional?

Si es así, ¿quién? No

Michigan Department of Health and Human Services

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).

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

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

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

Nombre de la Funeraria Dirección de la Funeraria Teléfono de la Funeraria

| | | |
|----------------------|----------------------|----------------------|
| <input type="text"/> | <input type="text"/> | <input type="text"/> |
|----------------------|----------------------|----------------------|

¿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

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Seguro de Accidente/Automóvil | <input type="checkbox"/> Acuerdo de Funeral Prepagado | <input type="checkbox"/> Beneficios del Seguro Social por Fallecimiento |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de Veteranos por Muerte | <input type="checkbox"/> Beneficios del Sindicato | <input type="checkbox"/> Un Fondo de Asistencia Comunitaria y/o Organizaciones Fraternalas |
| <input type="checkbox"/> Seguro de Vida | <input type="checkbox"/> Otros (escríbalos abajo) | |

Tipo de Beneficios por Fallecimiento

Cantidad

| | |
|----------------------|-------------------------|
| <input type="text"/> | \$ <input type="text"/> |
|----------------------|-------------------------|

Michigan Department of Health and Human Services

Su Nombre:
Identificación Individual #: