



# 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](http://www.michigan.gov/ContactMDHHS)

Solicitar en línea: [www.michigan.gov/mibridges](http://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. 10-22) 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 de temporada. Mis ingresos han parado y tengo \$100 o menos en efectivo y/o 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): Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Grupo Racial (opcional): Afro Americano Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático 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): Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Grupo Racial (opcional): Afro Americano Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático 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): Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Grupo Racial (opcional): Afro Americano Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático 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): Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Grupo Racial (opcional): Afro Americano Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático 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): Hispano o Latino No soy Hispano ni Latino Grupo Racial (opcional): Afro Americano Indígena Nativo Americano o Nativo de Alaska Asiático Nativo de Hawái o Islas del Pacífico Blanco										

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

[Agregué más notas.](#)

# Especificaciones del Hogar 3

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  Fecha de Nacimiento o Prevista

← 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

¿Usted o alguien en su hogar es víctima de violencia doméstica, víctima de tráfico humano, trabajador agrícola migratorio, trabajador agrícola de temporada, o refugiado o asilado?

(Encierre en un círculo todas las que corresponden)

**Si es así, ¿quién?**   **No**

Víctima de Violencia Doméstica  Víctima de Tráfico Humano  
 Trabajador Agrícola Migratorio  Trabajador Agrícola de Temporada  
 Refugiado o Asilado

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

**Si es así, ¿quién?**   **No**

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 36) 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

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

## 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

¿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

MDHHS-1171-SP (Rev. 10-22) Previous edition obsolete.

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

## 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 for handwritten notes and additional information, consisting of 18 horizontal light blue lines.



# Anotaciones



Use esta página para anotaciones  
y/o información adicional

---

Area for handwritten notes and additional information, consisting of 18 horizontal light blue lines.



# Anotaciones



Use esta página para anotaciones  
y/o información adicional

---

18 horizontal lines for notes, each consisting of a light blue shaded area and a thin blue line.

