NOTICE: Solicitud de Asistencia

Usted tiene el derecho a solicitar la ayuda hoy. La fecha en que presentó determina cuándo beneficios pueden comenzar.

Obtener su Aplicación

Usted tiene dos opciones para solicitar asistencia.

En línea michigan.gov/mibridges

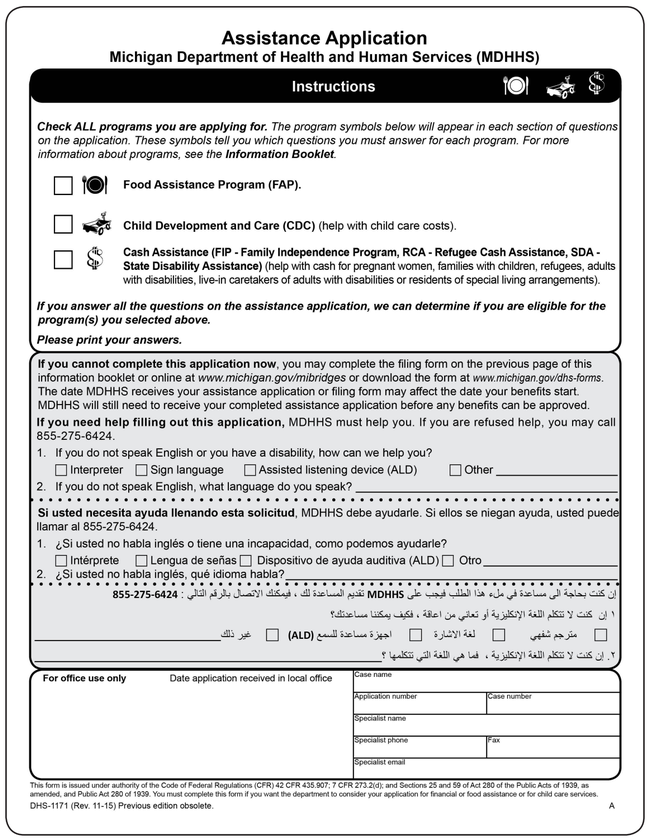
Pídanos un documento
Solicitud de Assistance, DHS-1171.

Complete su Solicitud

Debe completar toda la Solicitud de Asistencia - DHS-1171, antes que los beneficios pueden ser aprobados.

Si no puede llenar toda la aplicación, puede llenar el Formulario de Archivo - DHS-1171-F hoy, para podamos comenzar las cosas para usted.

MI BRIDGES



Assistance Application
Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS)

Instructions

Check ALL programs you are applying for. *The program symbols below will appear in each section of questions on the application. These symbols tell you which questions you must answer for each program. For more information about programs, see the* ***Information Booklet****.*

- ☐ **Food Assistance Program (FAP).**
- ☐ **Child Development and Care (CDC)** (help with child care costs).
- ☐ **Cash Assistance (FIP - Family Independence Program, RCA - Refugee Cash Assistance, SDA - State Disability Assistance)** (help with cash for pregnant women, families with children, refugees, adults with disabilities, live-in caretakers of adults with disabilities or residents of special living arrangements).

If you answer all the questions on the assistance application, we can determine if you are eligible for the program(s) you selected above.

Please print your answers.

If you cannot complete this application now, you may complete the filing form on the previous page of this information booklet or online at *www.michigan.gov/mibridges* or download the form at *www.michigan.gov/dhs-forms*. The date MDHHS receives your assistance application or filing form may affect the date your benefits start. MDHHS will still need to receive your completed assistance application before any benefits can be approved.

If you need help filling out this application, MDHHS must help you. If you are refused help, you may call 855-275-6424.

1. If you do not speak English or you have a disability, how can we help you?
   ☐ Interpreter ☐ Sign language ☐ Assisted listening device (ALD) ☐ Other _____
2. If you do not speak English, what language do you speak? _____

Si usted necesita ayuda llenando esta solicitud, MDHHS debe ayudarle. Si ellos se niegan ayuda, usted puede llamar al 855-275-6424.

1. ¿Si usted no habla inglés o tiene una incapacidad, como podemos ayudarle?
   ☐ Intérprete ☐ Lengua de señas ☐ Dispositivo de ayuda auditiva (ALD) ☐ Otro _____
2. ¿Si usted no habla inglés, qué idioma habla? _____

إن كنت بحاجة الى مساعدة في ملء هذا الطلب فيجب على **MDHHS** تقديم المساعدة لك ، فيمكنك الاتصال بالرقم التالي : **855-275-6424**

١ إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية أو تعاني من اعاقة ، فكيف يمكننا مساعدتك؟
☐ مترجم شفهي ☐ لغة الاشارة ☐ اجهزة مساعدة للسمع **(ALD)** ☐ غير ذلك _____

٢. إن كنت لا تتكلم اللغة الإنكليزية ، فما هي اللغة التي تتكلمها ؟ _____

For office use only	Date application received in local office	Case name	
		Application number	Case number
		Specialist name	
		Specialist phone	Fax
		Specialist email	

This form is issued under authority of the Code of Federal Regulations (CFR) 42 CFR 435.907; 7 CFR 273.2(d); and Sections 25 and 59 of Act 280 of the Public Acts of 1939, as amended, and Public Act 280 of 1939. You must complete this form if you want the department to consider your application for financial or food assistance or for child care services.

DHS-1171 (Rev. 11-15) Previous edition obsolete. A

Hay ayuda disponible

Si usted necesita ayuda con la aplicación, por favor avísenos.

Si necesita un intérprete, puede utilizar uno de su elección o que le proporcionará uno.

Si ellos le niegan la ayuda, usted puede llamar al 855-275-6424.

Condado: _____
Michigan Department of Health and Human Services

Horas de oficina: _____ hasta _____

Nombre del Director: _____

Número de teléfono: _____

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

El Michigan Department of Health and Human Services (MDHHS) no discrimina contra ningún individuo o grupo a causa de su raza, religión, edad, origen nacional, color de piel, estatura, peso, estado matrimonial, información genética, sexo, orientación sexual, identidad de sexo o expresión, creencias políticas o incapacidad.

DHS-PUB-765 (Rev. 7-16) Previous edition obsolete.