Southwest Michigan Community Action Agency
SERVING BERRIEN, CASS, AND VAN BUREN COUNTIES
Helping People. Changing Lives.

185 E. Main St., Suite 303
Benton Harbor, MI 49022

Tel: (269) 925-9077
Fax: (269) 934-8242
contact@smcaa.com
www.smcaa.com

Documentos de solicitud requeridos

Los siguientes son documentos que debe incluir con su solicitud para cualquier servicio de SMCAA. Por favor lea la lista cuidadosamente. Si no incluye todos los documentos requeridos, su solicitud no será procesada. Por favor envíe copias y no documentos originales.

1. **Prueba de identificación:** Tarjetas de Seguro Social para todos los miembros del hogar y: Actas de nacimiento para bebés menores de 12 meses. Documento para todos los niños de crianza en el hogar. (Una copia de la carta del MDHHS u otra agencia de Servicios Sociales). Copia de D.N.I. del jefe de hogar y una foto del jefe de hogar con su DNI.
2. **Comprobante de ingresos:** Toda la información sobre los ingresos del trabajo de todas las personas mayores de 18 años que residen en el hogar. (Incluya toda la documentación que corresponda a los miembros de su hogar) Toda la documentación a continuación, si corresponde. Los ingresos no derivados del trabajo se cuentan para cada miembro del hogar.

   Ejemplos de ingresos devengados y no devengados:
   a. Si se le paga semanalmente, envíe los talones de pago de las últimas 4 semanas consecutivas. Si paga dos veces al mes o cada dos semanas, incluya 2 talones de pago consecutivos.
   b. Si trabaja por cuenta propia, una copia de la última declaración de impuestos federales sobre la renta o los últimos 4 talones de pago consecutivos.
   c. Pensión, veterano e invalidez, Soc. Segundo. o Carta de otorgamiento de beneficios de SSI.
   d. Beneficios de desempleo: Copia de la declaración de adjudicación.
   e. Manutención de menores/ Pensión alimenticia: Estado de la manutención mensual total.
   f. Carta de adjudicación de TANF o Asistencia General o copia impresa.
   g. Los miembros del hogar desempleados mayores de 18 años deben tener la siguiente documentación. Cero Declaración de Renta no notariada. Si es estudiante de tiempo completo, una carta que debe estar en papel membretado de la escuela.

3. **Prueba de emergencia:**
   a. Asistencia de servicios públicos: copia de la factura de servicios públicos
   b. Alquiler/hipoteca: copia del contrato de arrendamiento actual y carta del arrendador con el monto total atrasado en el alquiler.

Puede enviar la solicitud completa y los documentos de respaldo a los siguientes:

Email:	lmills@smcaa.com
Fax:	269-934-8242 Att: L-Mills
Address:	185 E. Main St. Ste. 303 Attn: L- Mills Benton Harbor, MI 49022

Información de Solicitante			
Apellido	Primer Nombre		Inicial
Dirección		# Apt	
Ciudad		Estado MI	Código Postal
Número de Teléfono	Correo Electrónico		

Tipo de Hogar

Marque la casilla que aplique a su hogar

- ☐ Persona Soltera
- ☐ Adultos Sin Niños
- ☐ Madre Soltera
- ☐ Padre Soltero
- ☐ Ambos Padres
- ☐ Sin Relación con Niños
- ☐ Multigeneracion
- ☐ Otro

Vivienda

Marque la casilla que aplique a su vivienda

- ☐ Propia
- ☐ Alquilada
- ☐ Otra vivienda permanente
- ☐ Sin Hogar
- ☐ Otro

Información del Hogar

	Nombres	H/M	Fecha de Nacimiento	Relación	# Seguro Social	Raza	Etnicidad
1				Solicitante			
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Información del Hogar Continuado

	Nombres	Nivel de Educación	Seguro de Salud	Situación Laboral	Militar?	Incapacitado?	Ciudadano EU?
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							

Idioma principal en el hogar:

La Agencia Comunitaria del Suroeste de Michigan (SMCAA) está dedicada a empoderara diversas personas necesitadas y apoyar su viaje hacia le economía segura.

Asegúrese de completar todos los capos para todos los miembros del hogar. La información incorrecta o incompleta podría resultar en la denegación de su solicitud.

SouthwestMichigan community Action agency

Información del Solicitante

Apellido	Primer Nombre	Inicial
SAME AS ABOVE		

Dirección	# Apt

Ciudad	Estado	Código Postal
	MI	

Numero de Teléfono	Correo Electrónico

Solo para uso de la oficina

Date Application was Received	Certification	Contributions
	☐ Approved	☐ Utility Funds $
	☐ Denied	☐ DHHS $
Interviewer	☐ Income Eligible	☐ Other $
	☐ Not Income Eligible	Comments

Adjusted Application Date	
Caseworker	Date

Ingresos del Hogar – Indique los ingresos de TODOS los miembros del hogar

	Nombres	Ciclo de Pago	Monto	Fuentes de ingresos (Si o No) Empleo?	Otra fuente?	Beneficios no monetarios?
1						
2						
3						
4						
5						
6						
7						
8						
9						
10						

Ingresos del hogar
Otras fuentes y beneficios no monetarios

Marque TODOS los ingresos de otras fuentes correspondientes a su hogar

- ☐ TANF
- ☐ Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)
- ☐ Ingreso por discapacidad del Seguro Social (SSDI)
- ☐ Pensión por discapacidad relacionada con el servicio de VA
- ☐ Pensión por discapacidad no relacionada con el servicio de VA
- ☐ Seguro Privado de Discapacidad
- ☐ Compensación de trabajadores
- ☐ Ingresos de jubilación del Seguro Social
- ☐ Pensión
- ☐ Manutención de los hijos
- ☐ Pensión alimenticia u otra manutención conyugal
- ☐ Seguro de desempleo
- ☐ EITC
- ☐ Otro

Marque TODAS las fuentes de beneficios no monetarios que aplique a su hogar

- ☐ SNAP
- ☐ WIC
- ☐ LIHEAP
- ☐ Cupón de Elección de Vivienda
- ☐ Vivienda Publica
- ☐ Vivienda de Apoyo Permanente
- ☐ HUD-VASH
- ☐ Cupón de cuidado de niños
- ☐ Subsidio de la Ley del Cuidado de Salud a Bajo Precio
- ☐ Otro

Ingreso mensual total del hogar	Fuentes de ingresos totales

Página de firma de solicitud de servicio de emergencia de SMCAA

Certifico que la información proporcionada en esta solicitud es verdadera, completa y correcta a mi saber y entender. Entiendo que debo presentar verificación o comprobante de ingresos. También doy mi consentimiento para verificar mis ingresos de cualquier otra fuente. Entiendo que mi Número de Seguro Social se utilizará para solicitar e intercambiar información con otras agencias y empresas autorizadas como parte del proceso de verificación de elegibilidad. La Agencia de Acción Comunitaria del Suroeste de Michigan (SMCAA, por sus siglas en inglés) puede usar mi información para obtener datos sobre salarios, cantidad de ingresos ganados, ingresos de interés, beneficios del Seguro Social, pensiones o beneficios para veteranos. Entiendo que puedo solicitar una revisión y/o una audiencia imparcial si no estoy satisfecho con alguna acción tomada como resultado de esta solicitud. Estoy consciente de que puedo ser sancionado con una multa y/o prisión por hacer declaraciones falsas en esta solicitud y se me puede exigir que reembolse los beneficios recibidos como resultado de declaraciones falsas.

Al firmar a continuación, reconozco que puede ser necesaria información o documentación adicional para determinar o confirmar la elegibilidad de mi hogar para recibir asistencia. Acepto cooperar en cualquier solicitud razonable para proporcionar información y entiendo que mi falta de cooperación puede resultar en la terminación, suspensión o reembolso de la asistencia.

FIRME NOMBRE COMPLETO ABAJO

_____ _____

Firma del solicitante FECHA

185 E Main, Suite 303
Benton Harbor, MI
49022-4432

Tel: (269) 925-9077

Fax: (269) 934-8242
contact@smcaa.com

Southwest Michigan Community Action Agency

HELPING PEOPLE. CHANGING LIVES
Serving Berrien, Cass, and Van Buren Counties

Hoja de Trabajo de Ingresos

CAA Name: Southwest Michigan Community Action Agency **CAA Phone:** 269-925-9077 **CAA Website:** www.smcaa.com

Apellido, Primer Numbre, Inicial:_____ **Fecha:**_____
Dirección:_____ **Ciudad, Estado, Código Postal:**_____

Período de Verificación de Ingresos: _____ para _____

1. INGRESO NO GANADO *(TANF bruto, VA, SS, SSI, Pensión, Anualidad, Desempleo)*

Miembro del hogar	Fuente	Cantidad	Frecuencia	1 Mes	3 Meses	12 Meses
		$		$	$	$
		$		$	$	$
		$		$	$	$
		$		$	$	$

2. INGRESO GANADO *(Salario Bruto, Trabajo por Cuenta Propia, Ingresos por Renta, Ingresos por Trabajos Extraordinarios)*

Miembro del hogar	Empleador	Fechas de empleo	1 Mes	3 Meses	12 Meses
			$	$	$
			$	$	$
			$	$	$
			$	$	$

3. INGRESOS DIVERSOS *(Interés bruto, dividendos, pensión alimenticia, pensión alimenticia, indemnización laboral, otros)*

Miembro del hogar	Fuente	Cantidad	Frecuencia	1 Mes	3 Meses	12 Meses
		$		$	$	$
		$		$	$	$
		$		$	$	$

4. INGRESOS CERO *(Los siguientes miembros adultos del hogar que viven en la residencia no tuvieron ingresos durante uno o más de los meses del período de verificación de ingresos especificado anteriormente.)*

Miembro del hogar	Fecha/lugar del ultimo empleo	Fecha de desempleo recibido por última vez	O estudiante de tiempo completo en

4a. Si el hogar tiene ingresos cero, ¿cómo se pagan los gastos básicos de subsistencia? *(por ejemplo, vivienda, alimentación, transporte, etc.) (Ejemplos de fuentes: obsequios, préstamos, trabajo por cuenta propia, etc.)*

Fuente	Frecuencia	1 Mes	3 Meses	12 Meses
		$	$	$
		$	$	$
		$	$	$

5. DEDUCCIÓN DE MANUTENCIÓN DE NIÑOS *(La manutención de niños bruta ordenada por el tribunal pagada por un miembro del hogar puede deducirse de los ingresos)*

Miembro del hogar	Frecuencia	1 Mes	3 Meses	12 Meses
		$	$	$
		$	$	$

6. NOTAS *(Si necesita espacio adicional, adjunte una hoja aparte)*

Bajo pena de perjurio, certifico que la información que proporcioné es verdadera, correcta y completa a mi leal saber y entender. Si a sabiendas proporcioné información falsa, engañosa o incompleta, entiendo que puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal, responsable ante la Agencia de Acción Comunitaria del Suroeste de Michigan por el reembolso de los beneficios recibidos y/o arriesgar mi elegibilidad futura para los beneficios.

_____ _____
Firma/fecha del solicitante principal Firma del certificador/fecha

La Agencia de Acción Comunitaria del Suroeste de Michigan (SMCAA) se dedica a empoderar a diversas personas necesitadas y apoyar su viaje hacia la seguridad económica.

EQUAL HOUSING OPPORTUNITY

Southwest Michigan Community Action Agency

SERVING BERRIEN, CASS, AND VAN BUREN COUNTIES

Helping People. Changing Lives.

185 E. Main St., Suite 303
Benton Harbor, MI 49022

Tel: (269) 925-9077
Fax: (269) 934-8242
contact@smcaa.com
www.smcaa.com

Formulario de divulgación de información

Nombre del solicitante:		**Fecha:**	
Dirección:			
Ciudad/Estado/ Código postal:			

Todos los miembros del hogar mayores de 18 años DEBEN firmar el formulario de divulgación de información.

Doy permiso a la Agencia de Acción Comunitaria del Suroeste de Michigan (SMCAA):

- Proporcionar mi número de seguro social y otra información personal a las agencias estatales y federales con el fin de determinar y confirmar mi elegibilidad para los programas SMCAA y los programas administrados por CAA;
- Proporcionar mi información de contacto a otras entidades gubernamentales estatales, federales y locales y agencias sin fines de lucro con el fin de notificarme sobre otros programas administrados por dichas entidades gubernamentales y agencias sin fines de lucro;
- Proporcionar información y obtener información de las agencias enumeradas anteriormente u otras según sea necesario para determinar y confirmar la elegibilidad para los programas SMCAA y los programas administrados por la CAA; y
- Divulgar mi información personal para la determinación de elegibilidad para programas administrados por agencias estatales, federales y locales.

También otorgo permiso a las agencias estatales y federales para compartir mi información personal relevante para la solicitud de programas SMCAA. Entiendo que esta información puede incluir los beneficios que recibí.

Específicamente otorgo permiso al Departamento de Salud y Servicios Humanos de Michigan, al Departamento de Trabajo de Michigan y a la Administración del Seguro Social, y sus agencias sucesoras, para compartir mi información personal, incluidos los beneficios recibidos, relevante para la solicitud del programa SMCAA y otros SMCAA programas.

Nombre Impreso	**Número de seguridad social**
Firma	**Fecha**
Nombre Impreso	**Número de seguridad social**
Firma	**Fecha**
Nombre Impreso	**Número de seguridad social**
Firma	**Fecha**
Nombre Impreso	**Número de seguridad social**
Firma	**Fecha**

Doy mi consentimiento por un (1) año para que el personal de la SMCAA remita mi nombre a otros programas de la SMCAA oa otras agencias para servicios a los que pueda ser elegible. Además, acepto permitir que el personal de SMCAA verifique cualquier información vital para determinar la elegibilidad y la prestación de servicios.

_____ _____

Firma del solicitante primario Fecha

Southwest Michigan Community Action Agency
SERVING BERRIEN, CASS, AND VAN BUREN COUNTIES
Helping People. Changing Lives.

185 E. Main St., Suite 303
Benton Harbor, MI 49022

Tel: (269) 925-9077
Fax: (269) 934-8242
contact@smcaa.com
www.smcaa.com

Procedimientos de quejas/apelaciones

Es la intención de SMCAA proporcionar a todos los participantes, sub-beneficiarios, subcontratistas y otras partes interesadas un proceso para resolver quejas o reclamos sobre los programas y actividades administrados por SMCAA. El procedimiento incluirá un proceso de información y notificación a todos los interesados, que incluye una resolución informal y apelación.

Todas las quejas o quejas sobre programas y servicios, excepto aquellas que aleguen fraude o actividad delictiva, deben presentarse dentro de los 30 días posteriores a la fecha de la supuesta ocurrencia. En cualquier momento durante el proceso de queja/queja, puede comunicarse con la agencia con respecto a los procedimientos para abordar adecuadamente sus inquietudes en cada nivel del proceso.

El proceso incluye tres componentes o niveles como sigue:

1. Resolución Informal: Se le brindará la oportunidad y se le alentará a discutir su inquietud con los administradores del programa para resolver el asunto a satisfacción mutua de las partes involucradas. Se puede desestimar una queja si no indica un curso de acción para el cual se puede otorgar una reparación. Recibirá una notificación por escrito indicando por qué se desestimó su queja y un formulario de solicitud de audiencia.

2. Solicitud de audiencia: Si recibe un formulario de solicitud de audiencia, deberá completarlo de inmediato y enviarlo a la agencia. Este formulario debe llegar a nosotros dentro de los 30 días posteriores a la denegación. SMCAA investigará la queja y programará una reunión en persona o por teléfono con el Director Ejecutivo para que pueda discutir su problema. Si no está satisfecho con el resultado, puede pasar al nivel 3.

3. Revisión a nivel del otorgante: Deberá presentar una solicitud de revisión de su queja o queja por escrito dentro de los 15 días posteriores a la recepción de la decisión adversa o 15 días a partir de la fecha en que debería haber recibido una decisión a una de las agencias beneficiarias en la hoja adjunta. Dado que la SMCAA recibe fondos de subvenciones de muchas agencias estatales, federales y de otro tipo, su solicitud de revisión debe dirigirse a la organización correspondiente.

TODAS LAS DECISIONES EN LA REVISIÓN A NIVEL DEL OTORGANTE SON FINALES

LISTA DE CONCESIONARIOS

Homeownership Counseling/Homeless Housing Assistance
MSHDA
735 E. Michigan Ave.
PO Box 30044
Lansing, MI 48909

Family Emergency Shelter / Emergency Housing
Takisha Jones, Region 8 and 9 Director
The Salvation Army
6130 Northland Dr.
Southfield, MI 48075

MPSC, LCA, Weatherization, CSBG, Emergency Housing
MDHHS Bureau of Community Action and Economic Opportunity (BCAEO)
Administrative Hearings
235 South Grand Ave.
PO Box 30037
Lansing, MI 48909

Permanent Supportive Housing, Rapid Rehousing
MDHHS Housing and Homeless Division
235 East Grand Ave.
Suite 1110
Lansing, MI 48933

Civil Rights Complaints on ANY PROGRAM
Michigan Department of Civil Rights
Victor Center, Suite 700
201 North Washington Squ.
Lansing, MI 48913

EFSP – Berrien County
Anna Murphy, Executive Director
United Way of SWMI
2015 Lakeview Ave.
St. Joseph, MI 49085

Food Programs
Michigan Department of Education
PO Box 30008
Lansing, MI 48909

Emergency Solutions Grant
MSHDA
735 E. Michigan Ave.
PO Box 30044
Lansing, MI 48909

EFSP – Van Buren County
VB FEMA Board
81611 White Oak Dr.
Decatur, MI 49045

SOUTHWEST MICHIGAN COMMUNITY ACTION AGENCY
Serving Berrien, Cass and Van Buren Counties
185 E. Main, Suite 303
Benton Harbor, MI 49022
269.925.9077
800.334.7670

PROCEDIMIENTO DE RECIBO DE QUEJAS/APELACIONES

Este documento certifica que he recibido una copia de los Procedimientos programáticos/quejas/apelaciones del cliente de la Agencia de Acción Comunitaria del Suroeste de Michigan (SMCAA).

El personal de la agencia me ha informado de mi derecho a solicitar una revisión formal de la determinación de elegibilidad realizada en respuesta a mi solicitud formal y solicitud de asistencia en virtud de:

_____	_____
Programa	Año fiscal de la subvención
_____	_____
Firma del solicitante	Fecha