

## Solicitação para Assistência Financeira e Alimentar

Se precisar de ajuda para ler ou preencher este formulário, entre em contato conosco.  
Guarde esta página para seu registro.

### Como posso solicitar assistência alimentar ou financeira?

É possível **iniciar** o processo imediatamente entregando pessoalmente esta solicitação para o escritório de serviços comunitários. A solicitação deve ter o seu nome, o seu endereço e a sua assinatura, ou a assinatura do seu representante autorizado. Você pode dar entrada em sua solicitação imediatamente, mesmo que apenas com esses três itens preenchidos.

- Você pode receber mais benefícios ou receber mais rapidamente, se responder todas as perguntas no formulário, assinar a última página e entregar sua solicitação, juntamente com quaisquer informações adicionais requeridas, o mais rapidamente possível.
- Você pode entregar sua solicitação em um escritório local. Consulte os locais em [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov).
- Entregue sua solicitação por fax para 1-888-338-7410
- Entregue sua solicitação pelo correio para o endereço: DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699
- Você também pode preencher on-line em [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- Para cobertura de saúde, você deve solicitar on-line em [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), ou ligando para 1-855-923-4633, ou por meio do HCA Application for Health Care Coverage (Solicitação de Cobertura de Saúde) (HCA 18-001).

### Quando posso começar a receber minha ajuda alimentar e financeira?

Se precisar de assistência alimentar imediatamente, preencha as perguntas 1 a 14 e entregue este formulário a um escritório local.

A decisão sobre seu direito à assistência alimentar sairá *dentro de 7 dias*, se você apresentar comprovação de sua identidade e atender a um dos critérios abaixo:

- Seu domicílio apresentar, neste mês, uma renda bruta menor do que US\$150 e recursos líquidos menores do que US\$100.
- A renda e os recursos em seu domicílio são menores do que os custos mensais com aluguel e serviços essenciais.
- O seu domicílio inclui um migrante indigente ou um trabalhador agrícola sazonal.

**Os benefícios são liberados no dia seguinte à decisão sobre sua elegibilidade.** Temos o prazo de 30 dias a partir da data de entrega da sua solicitação para decidir sobre sua elegibilidade para Assistência Alimentar. A assistência alimentar geralmente começa no dia do recebimento de sua solicitação. Se estiver entregando sua solicitação a partir de uma instituição, a data de início é contada da sua liberação ou dispensa. A assistência financeira geralmente começa no dia em que forem reunidas todas as informações para a decisão de sua elegibilidade.

### Direitos Civis e Não Discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e com os regulamentos e políticas de direitos civis do U.S. Department of Agriculture (Departamento de Agricultura dos EUA, USDA), esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas, ou aplicar represália ou retaliação por atos prévios relacionados a direitos civis.

As informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês. Pessoas com deficiência que necessitem de meios alternativos de comunicação para obter informações sobre o programa (por exemplo: braile, letras grandes, gravação de áudio, linguagem americana de sinais) devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) em que os benefícios foram solicitados. Pessoas surdas, com deficiência auditiva ou de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço de Transmissão Federal) pelo telefone (800) 877-8339.

Para registrar uma reclamação de discriminação do programa, o Reclamante deve preencher o Formulário AD-3027, Formulário de Reclamação do Programa de Discriminação do USDA, o qual pode ser obtido on-line em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, ou em qualquer escritório do USDA, ou ligando para (833) 620-1071, ou escrevendo uma carta endereçada ao USDA. A carta deve conter o nome, o endereço, o número de telefone do reclamante e uma descrição da ação discriminatória alegada, com detalhes suficientes para informar o Assistant Secretary for Civil Rights (Secretário Assistente de Direitos Civis, ASCR) sobre a natureza e a data da violação dos direitos civis sendo alegada. O formulário AD-3027 preenchido ou a carta devem ser enviados para:

1. **correio:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria, VA 22314; ou
2. **fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **e-mail:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta instituição é uma provedora de oportunidades iguais.

## Status de Imigração e Números da Seguridade Social

É possível obter assistência para pessoas que moram com você, mesmo que algumas não possam obter ajuda por motivo do status de imigração. Você deve informar o status de imigração de qualquer pessoa solicitando assistência. O status de pessoa estrangeira dos membros do domicílio solicitante pode estar sujeito a verificação pelo USCIS (anteriormente conhecido como INS) por meio da entrega de informações na solicitação ao USCIS. As informações recebidas pelo USCIS, com base nessa solicitação, podem afetar a elegibilidade e os valores dos benefícios.

De acordo com a Lei Federal (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), você deve fornecer o Social Security Number (Número da Seguridade Social, SSN) de qualquer pessoa morando em seu domicílio inscrita para TANF ou assistência alimentar. Também podemos precisar dos SSNs de pais e cônjuges que morem com você, mas que não estão inscritos.

## Se estiver solicitando Assistência Alimentar e outros programas

Devemos seguir as regras do SNAP para processar sua solicitação. Isso inclui o processamento da solicitação dentro dos prazos, a emissão de avisos adequados e a apresentação de informações sobre seus direitos administrativos. Não podemos negar a Assistência Alimentar somente com base na recusa de sua solicitação em outros programas de assistência.

## Privacidade e Sua Assistência Financeira e Alimentar

Segundo a Lei de Nutrição e Alimentos de 2008, em sua emenda, temos permissão para coletar as informações requeridas em sua solicitação, incluindo o SSN de cada membro do domicílio. Usamos os SSNs para verificar identidade, elegibilidade, evitar fraudes e coletar reclamações. Trocamos informações com outras agências para gerenciar nossos programas e em cumprimento da legislação. Fornecer as informações solicitadas é um ato voluntário. No entanto, o não fornecimento do SSN, ou de um comprovante de solicitação a um SSN, sem um motivo razoável, pode resultar na recusa da assistência a Alimentação Básica para cada indivíduo ao qual um SSN não tiver sido fornecido. Algumas informações são verificadas por computador, por meio de programas de buscas, incluindo o Income and Eligibility Verification System (Sistema de Verificação de Renda e Elegibilidade, IEVS) federal.

**As informações comunicadas ao Department of Social and Health Services (Departamento de Serviços Sociais e de Saúde, DSHS) podem afetar a elegibilidade para a cobertura de saúde administrada pela Health Care Authority (Autoridade de Saúde) e pelo Health Benefit Exchange (Mercado de Benefícios de Saúde).**

Usamos as informações para:	Podemos fornecer essas informações para:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Decidir quem é elegível para nossos programas.</li><li>• Cobrar pagamentos indevidos.</li><li>• Gerenciar nossos programas.</li><li>• Garantir o cumprimento da lei.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agências federais e estaduais para uso oficial.</li><li>• Agências policiais em busca de fugitivos.</li><li>• Agências de cobrança privadas para cobrar pagamentos indevidos de assistência alimentar.</li></ul>

## Aviso de Penalidade da Assistência Alimentar

**Verificamos com outras agências a veracidade das informações.** No caso de informações incorretas, os solicitantes podem ter a Assistência Alimentar recusada.

**Qualquer pessoa que for encontrada violando intencionalmente as regras pode:**

- Estar sujeita a processo sob quaisquer leis federais e estaduais aplicáveis.
- Ser impedida de receber SNAP por um ano ou permanentemente.
- Receber multa de até US\$ 250,000.
- Ser presa por até 20 anos.
- Ser impedida de receber SNAP por mais 18 meses, se assim for decidido em juízo.

**No caso de condenação por:**

**Recebimento de benefícios em uma transação envolvendo:**

**Você pode:**

- A venda de uma substância controlada.....Receber desqualificação de dois anos a permanente.
- A venda de armas de fogo, munição ou explosivos .....Receber desqualificação permanente.
- Tráfico de benefício superando um total de US\$500 .....Receber desqualificação permanente.
- Fraude de residência ou identidade .....Receber desqualificação de 10 anos.

## Solicitação de Assistência Alimentar e Financeira

Entre em contato se precisar de ajuda para preencher este formulário.

Se não conseguir preencher este formulário hoje, inicie o processo enviando seu **nome, endereço e assinatura**. Será necessário terminar de preencher a solicitação antes que os benefícios possam ser aprovados. **É preciso inserir sua assinatura na página seis para terminar a solicitação.**

1. NOME INICIAIS DO NOME DO MEIO SOBRENOME	ASSINATURA DO SOLICITANTE OU DO REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE (SE CONHECIDO)
3. ENDEREÇO DA RESIDÊNCIA POSTAL	CIDADE ESTADO CÓDIGO	4. NÚMERO DE TELEFONE PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> RECADO
5. ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA (SE DIFERENTE)	CIDADE ESTADO CÓDIGO POSTAL	6. OUTROS NÚMEROS DE TELEFONE <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> RECADO

8. Estou solicitando assistência (marque todas aplicáveis):

Financeira  Alimentar  Família

9. Eu ou alguém em meu domicílio (marque todas aplicáveis):

Está em situação de violência doméstica  Tem uma deficiência

Não pode trabalhar por problemas de saúde  Está grávida; nome: \_\_\_\_\_ data do parto: \_\_\_\_\_

10. Qual o rendimento esperado, somando todos em seu domicílio, para esse mês? US\$ \_\_\_\_\_

11. Somando todos em seu domicílio, qual o valor guardado em dinheiro ou em conta bancária? US\$ \_\_\_\_\_

12. Qual o valor gasto com aluguel ou hipoteca em seu domicílio? US\$ \_\_\_\_\_

13. Quais serviços essenciais são pagos em seu domicílio?  Aquecimento/refrigeração  Telefone  Outros: \_\_\_\_\_

14. Alguém no seu domicílio é trabalhador agrícola sazonal ou migrante?  Sim  Não

15. Se estiver solicitando assistência alimentar, para quantas pessoas em seu domicílio você compra e prepara alimentação? \_\_\_\_\_

16. Se estiver solicitando assistência família, para quais atividades você precisa de ajuda (marque todas aplicáveis)?

Trabalho  Escola  WorkFirst  Basic Food Employment and Training (Emprego e Treinamento para Alimentação Básica, BFET)

**SOMENTE PARA USO INTERNO - Domicílio elegível para serviço rápido:**  Sim  Não Iniciais do avaliador: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_

17.  Preciso de intérprete: Eu falo: \_\_\_\_\_ ou  linguagem de sinais; traduzir minhas cartas para: \_\_\_\_\_

18. Liste todos os membros do seu domicílio, mesmo que não esteja solicitando por essa pessoa (anexe folhas adicionais, se necessário).

NOME (PRIMEIRO, NOME DO MEIO, SOBRENOME)	GÊNERO	QUAL O SEU RELACIONAMENTO COM ESSA PESSOA?	DATA DE NASCIMENTO	MARQUE SE ESTIVER SOLICITANDO BENEFÍCIOS PARA ESSA PESSOA	OPCIONAL PARA NÃO SOLICITANTES			
					NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	MARQUE SE FOR CIDADÃO AMERICANO	RAÇA (EXEMPLOS ABAIXO)	NOME DA TRIBO (Para indígenas norte-americanos, nativos do Alasca)
		Eu		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Minha origem étnica é hispânica ou latina:  Sim  Não

As informações sobre origem racial e étnica são voluntárias e não afetarão a elegibilidade ou os valores dos benefícios. Elas são usadas para garantir que os benefícios do programa sejam distribuídos independentemente de raça, cor ou nacionalidade. Para a Assistência Alimentar, o USDA exige que respondamos por você se nenhuma informação for fornecida. Selecionaremos "não relatado" na ausência de uma resposta. **Exemplos de raças:** branca, afro-descendente ou afro-americana, asiática, nativa do Havai, nativa das ilhas do Pacífico, indígena norte-americana, nativa do Alasca ou qualquer combinação de raças.

NOME DO SOLICITANTE		NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL		NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE	
<b>I. Informações Gerais</b>					
<p>1. Nos últimos 30 dias, eu recebi dinheiro ou alimentos de outro estado, tribo, ou outra fonte. <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>2. A pessoa para quem estou solicitando mora fora do estado de Washington: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem: _____</p> <p>3. Eu, ou alguém em meu domicílio, é uma pessoa estrangeira apoiada <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem: _____</p> <p>4. Eu, ou alguém em meu domicílio, com 16 anos ou mais, está em (marque todas aplicáveis): <input type="checkbox"/> Ensino Médio  <input type="checkbox"/> Programa de equivalência ao Ensino Médio <input type="checkbox"/> Ensino Superior <input type="checkbox"/> Escola Técnica Quem: _____</p> <p>5. Há uma pessoa temporariamente fora de minha casa: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Quem: _____</p> <p>6. Eu, ou alguém em minha casa, já serviu nas Forças Armadas, na Guarda Nacional ou nos Reservistas dos EUA ou é dependente ou cônjuge de alguém que já serviu: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, quem: _____</p> <p>7. Eu, ou alguém para quem estou solicitando, está na situação de fugitivo para evitar julgamento ou prisão por um crime: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>8. Estou morando em: <input type="checkbox"/> Casa ou apartamento próprios <input type="checkbox"/> Residência coletiva <input type="checkbox"/> Outro: _____  <input type="checkbox"/> Residência (liste o tipo): _____ Data de entrada: _____</p> <p>9. Eu sou: <input type="checkbox"/> Solteiro(a) <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Separado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) <input type="checkbox"/> União Estável</p> <p>10. Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por trocar Assistência Alimentar por drogas após Setembro 22, 1996: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>11. Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por comprar ou vender Assistência Alimentar por valor superior a US\$ 500, após Setembro 22, 1996: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>12. Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por trocar Assistência Alimentar por armas, munições e explosivos após Setembro 22, 1996: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>13. Eu, ou alguém em minha casa, foi condenado por receber Assistência Alimentar em mais de um estado após Setembro 22, 1996: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>14. Eu ou alguém em minha casa é ou está: a. Em greve: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não b. Pensionista: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>					
<b>II. Recursos (anexar comprovante; apenas para Assistência Financeira)</b>					
<p>Um recurso é qualquer coisa que você possua ou compre e que possa ser vendida, negociada ou convertida em dinheiro ou valor em posse de outras pessoas. Não são considerados como recursos bens pessoais como móveis ou roupas. Exemplos de recursos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dinheiro em espécie</li> <li>• Fundos fiduciários</li> <li>• CDs</li> <li>• Fundos de sepultamento, planos pré-pagos</li> <li>• Contas corrente</li> <li>• IRA / 401k</li> <li>• Conta do mercado monetário</li> <li>• Equipamento comercial</li> <li>• Contas de poupança</li> <li>• Casas, terrenos ou prédios</li> <li>• Títulos</li> <li>• Gado</li> <li>• Fundos para faculdade</li> <li>• Fundo de aposentadoria</li> <li>• Seguro de vida</li> </ul>					
1. Liste os recursos que você, seu cônjuge ou qualquer pessoa para quem você esteja solicitando, possui ou esteja comprando:					
RECURSO		PROPRIETÁRIO		LOCALIZAÇÃO	
				US\$	
				US\$	
				US\$	
				US\$	
2. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, possui carros, caminhões, vans, barcos, trailers, ou outros tipos veículos motorizados:					
ANO (por exemplo, 1980)	FABRICANTE (por exemplo, FORD)	MODELO (por exemplo, ESCORT)	MARQUE SE ALUGADO	MARQUE SE O VEÍCULO É USADO PARA FINS MÉDICOS	MONTANTE DEVIDO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	US\$
3. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, vendeu, negociou, doou ou transferiu um recurso nos últimos dois anos (incluindo fundos, veículos ou patrimônios vitalícios): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim, o quê: _____ quando: _____					
<b>III. Anuidades (investimentos feitos por qualquer membro do domicílio em troca de pagamentos regulares agora ou no futuro).</b>					
QUEM É O PROPRIETÁRIO DA ANUIDADE?	EMPRESA OU INSTITUIÇÃO?	MONTANTE OU VALOR	RENDA MENSAL	DATA DA COMPRA	
		US\$	US\$		
		US\$	US\$		
		US\$	US\$		

NOME DO SOLICITANTE	NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
---------------------	-----------------------------	------------------------------------

#### IV. Renda auferida (anexar comprovante)

1. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, teve um emprego que terminou nos últimos 30 dias:  
 Sim  Não
2. Eu, meu cônjuge, ou alguém para quem estou solicitando, tem renda de trabalho:  Sim  Não
- Se sim, preencher esta seção:

RECIPIENTE DA RENDA _____ NOME E TELEFONE DO EMPREGADOR _____ DATA DE INÍCIO _____ O trabalho é autônomo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Valor mensal das despesas com o trabalho autônomo: US\$ _____	VALOR BRUTO RECEBIDO (VALOR EM DÓLARES ANTES DAS DEDUÇÕES) US\$ _____: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Duas vezes ao mês <input type="checkbox"/> Mensal Horas por semana: _____ Dias de pagamento (por exemplo, 1° e 15°, ou toda sexta-feira): _____
RECIPIENTE DA RENDA _____ NOME E TELEFONE DO EMPREGADOR _____ DATA DE INÍCIO _____ O trabalho é autônomo? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Valor mensal das despesas com o trabalho autônomo: US\$ _____	VALOR BRUTO RECEBIDO (VALOR EM DÓLARES ANTES DAS DEDUÇÕES) US\$ _____: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bissemanal <input type="checkbox"/> Duas vezes ao mês <input type="checkbox"/> Mensal Horas por semana: _____ Dias de pagamento (por exemplo, 1° e 15°, ou toda sexta-feira): _____

#### V. Outra Renda (Anexar comprovante; Relate para todos os membros do domicílio)

- Auxílios desemprego
- Renda da Seguridade Social
- Renda tribal
- Renda de apostas
- Benefícios educacionais (empréstimos estudantis, subsídios, trabalho - estudo)
- Supplemental Security income (renda da Seguridade Suplementar, SSI)
- Pensão alimentícia para menor ou para cônjuge
- Benefícios ferroviários
- Renda de aluguel
- Aposentadoria ou pensão
- Veteran Administration (Administração de Veteranos, VA) ou benefícios militares
- Labor and Industries (Trabalho e Indústrias, L&I)
- Fundos fiduciários
- Participações / Dividendos

TIPO DE RENDIMENTO NÃO SALARIAL	RECIPIENTE DO RENDIMENTO?	VALOR MENSAL BRUTO
		US\$
		US\$
		US\$
		US\$
		US\$

#### VI. Despesas mensais

ALUGUEL US\$	HIPOTECA US\$	ALUGUEL DE ESPAÇO US\$	SEGURO DE PROPRIETÁRIO US\$	IMPOSTOS IMOBILIÁRIOS US\$	OUTRAS TAXAS US\$
-----------------	------------------	---------------------------	--------------------------------	-------------------------------	----------------------

Em seu domicílio, quais serviços essenciais são pagos separadamente do aluguel ou da hipoteca?

- Aquecimento (Elétrico/A gás)  Eletricidade (sem aquecimento)  Água  Telefone residencial/celular  Esgoto  Lixo

Outra pessoa ou agência, como moradia subsidiada, contribui para o pagamento total ou parcial dessas despesas:

- Sim  Não Se sim, quem: \_\_\_\_\_ Qual despesa: \_\_\_\_\_ Valor pago: US\$ \_\_\_\_\_

Recebi um pagamento da Low Income Home Energy Assistance Act (Lei de Assistência à Energia Elétrica para Residências de Baixa Renda, LIHEAA) nos últimos 12 meses.

Eu, meu cônjuge, ou alguém de meu domicílio, paga ou deveria pagar (marque todos aplicáveis):

<input type="checkbox"/> Cuidados com crianças ou adultos dependentes (incluindo custos com transporte)	Valor mensal: US\$	Quem paga:
<input type="checkbox"/> Contas médicas para pessoas com deficiência ou com mais de 60 anos (incluindo custos com transporte e prêmios de seguro saúde)	Valor mensal: US\$	Quem paga:
<input type="checkbox"/> Pensão alimentícia para menor (anexar comprovante)	Valor mensal: US\$	Quem paga:

Se nenhuma das despesas listadas acima for informada, consideraremos como uma declaração de que o domicílio não deseja receber uma dedução pela despesa.

NOME DO SOLICITANTE		NÚMERO DA SEGURIDADE SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICAÇÃO DO CLIENTE
<b>VII. Representante Autorizado</b>			
Um Representante Autorizado é alguém que você autoriza a conversar com o DSHS sobre os seus benefícios. Você pode indicar alguém, mas não é obrigatório. Você tem um Representante Autorizado? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Essa pessoa é sua guardiã legal? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Talvez seja necessário preencher o formulário de Representante Autorizado (DSHS 14-532).			
NOME		RELACIONAMENTO	NÚMERO DE TELEFONE
ENDEREÇO DE CORRESPONDÊNCIA		CIDADE	ESTADO CÓDIGO POSTAL
<b>Registro de Eleitor</b>			
O Departamento oferece serviços de registro de eleitor, incluindo o registro automático de eleitor. <b>Solicitar ou recusar o registro de eleitor não afetará os serviços ou a quantidade de benefícios que você pode receber desta agência.</b> Entre em contato se precisar de ajuda para preencher o registro de eleitor. Você é livre para decidir se quer buscar ou aceitar ajuda. Você pode preencher o formulário de registro de eleitor em sua casa. Se acredita que alguém interferiu em seu direito de solicitar ou recusar o registro de eleitor, no seu direito à privacidade para decidir se registrar ou solicitar o registro de eleitor, ou no direito de escolher um partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma reclamação pelo: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).			
<b>Deseja se registrar para votar ou atualizar seu registro de eleitor?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Se não assinalar nenhuma caixa, consideraremos que decidiu não se registrar para votar neste momento,</b> a menos que seja elegível e não recuse o registro automático de eleitor.			
A menos que tenha marcado "Não" acima, você pode estar qualificado para o registro automático de eleitor. Você é elegível para registro automático de eleitor se tiver 18 anos ou mais na próxima eleição, for cidadão dos Estados Unidos da América e o DSHS tiver seu nome, endereço residencial e postal, data de nascimento, comprovante de cidadania e sua assinatura atestando a veracidade das informações fornecidas neste requerimento.			
<b>Quer ser registrado automaticamente para votar?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
<b>Se assinalou a caixa "Sim", ou não tenha assinalado nenhuma caixa e atenda aos requisitos de elegibilidade para o registro automático de eleitor, o DSHS enviará suas informações ao Office of the Secretary of State (Escritório do Secretário de Estado) e você será automaticamente registrado para votar.</b>			
<b>Declaração e Assinaturas (Assine abaixo para concluir sua solicitação.)</b>			
Entendo que devo: <ul style="list-style-type: none"> <li>Fornecer informações verídicas e da maneira solicitadas.</li> <li>Fornecer comprovantes de minha elegibilidade.</li> <li>Ceder alguns direitos sobre pensão alimentícia de menor ao Estado de Washington, quando eu for recipiente da Temporary Assistance for Needy Families (Assistência Temporária para Famílias Carentes, TANF). Entretanto, posso solicitar ao DSHS para abrir mão da pensão alimentícia de menor se isso colocar em risco a mim ou a meus filhos.</li> <li>Cooperar com os requisitos de trabalho da assistência alimentar.</li> </ul>			
Se eu não seguir as medidas acima, meus benefícios podem ser negados ou ser exigido seu reembolso.			
Entendo que posso ser alvo de processo criminal se eu intencionalmente apresentar uma informação falsa ou omitir algo necessário.			
Autorizo o DSHS a entrar em contato com outras pessoas ou agências quando necessário, para me ajudar a obter provas de minha elegibilidade.			
Li ou me explicaram sobre meus direitos e responsabilidades, e recebi uma cópia dos Direitos e Responsabilidades do Cliente, DSHS 14-113. <b>Certifico ou declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com as leis do Estado de Washington, que as informações que forneci nesta solicitação, incluindo as informações relativas à cidadania e status de pessoa estrangeira dos membros que solicitantes, são verdadeiras e corretas.</b>			
<b>Para assistência financeira, todos os adultos (ou representantes autorizados) do domicílio devem assinar. Para assistência alimentar, tanto o solicitante quanto o representante autorizado devem assinar, a menos se já houver um documento de representante autorizado encaminhado.</b>			
ASSINATURA DO SOLICITANTE (OBRIGATÓRIA)	DATA	NOME LEGÍVEL DO SOLICITANTE	CIDADE E ESTADO ASSINADO
ASSINATURA DE OUTRO SOLICITANTE ADULTO	DATA	NOME LEGÍVEL DO OUTRO ADULTO	CIDADE E ESTADO ASSINADO
ASSINATURA DO ACOMPANHANTE OU REPRESENTANTE REPRESENTANTE	DATA	CIDADE E ESTADO ASSINADO	NOME LEGÍVEL DO
ASSINATURA DE TESTEMUNHA SE ASSINADO COM UM "X" TESTEMUNHA	DATA		NOME LEGÍVEL DA