

# Solicitud de asistencia alimenticia o de dinero en efectivo

## Application for Cash or Food Assistance

En caso que necesite ayuda para completar o leer el presente formulario, sírvase solicitarnos la ayuda respectiva. Conserve esta página para sus registros.

### ¿Cómo puedo solicitar asistencia alimenticia o de dinero en efectivo?

Puede **iniciar** el proceso ahora presentando esta revisión en una oficina de servicios comunitarios local. Esta debe contener su nombre, dirección y firma o la firma de su representante autorizado. Puede presentar su revisión ya, incluso si sólo contiene esos tres datos.

- Puede obtener una mayor cantidad de beneficios u obtenerlos más pronto si inicia, completa y nos entrega lo más pronto posible su solicitud y cualquier otra información que solicitemos.
- Puede llevar su solicitud a una oficina local. Visite [www.dshs.wa.gov](http://www.dshs.wa.gov) para ver las ubicaciones.
- Envíe su solicitud por fax al 1-888-338-7410
- Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:  
DSHS  
CSD-Customer Service Center  
PO Box 11699  
Tacoma, WA 98411-6699
- También puede llenar su solicitud en línea al [www.washingtonconnection.org](http://www.washingtonconnection.org)
- **Para la cobertura de atención médica, puede solicitar tanto en línea en [www.wahealthplanfinder.org](http://www.wahealthplanfinder.org), llamando al 1-855-923-4633, o usando la solicitud de Cobertura de Atención Médica HCA (HCA 18-001).**

### ¿Qué tan pronto puedo recibir ayuda con alimentos y dinero en efectivo?

Si necesita asistencia alimenticia de inmediato, complete de la pregunta 1 hasta la 14 y entregue el presente formulario a su oficina local.

Nosotros decidimos si usted es elegible para la asistencia alimenticia *dentro de 7 días* si prueba su identidad y cumple con uno de los siguientes:

- Este mes su familia recibirá menos de \$150 en ingreso bruto y menos de \$100 en recursos líquidos.
- Los recursos e ingresos de su familia son menores que el alquiler y los servicios públicos mensuales.
- Su familia incluye un trabajador agrícola estacional o un trabajador migratorio indigente.

**Los beneficios son emitidos el día posterior a la decisión de su elegibilidad.** Debemos decidir si usted es elegible para ayuda con alimentos dentro de un plazo de 30 días desde la fecha en que entregue su solicitud. Generalmente, la asistencia alimenticia se inicia el día en el que recibimos su solicitud. Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha en que sea liberado o dado de alta. Generalmente, la asistencia de dinero en efectivo comienza el día en el que tenemos toda la información para decidir que usted es elegible.

### Derechos Civiles

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar con base en la raza, color, nacionalidad, religión, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar y de paternidad, porque los ingresos del individuo se deriven de algún programa de asistencia pública, por creencias políticas o como represalia por actividades previas de derechos civiles.

La información de los programas puede ponerse disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para información sobre los programas (por ejemplo, Braille, tipografía grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia responsable (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación, el quejoso debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja del programa de discriminación del USDA, que se encuentra disponible en línea en

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1701 o escribiendo una carta dirigida al USDA.

La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del quejoso, así como una descripción escrita del presunto acto discriminatorio con suficientes detalles para informar al secretario adjunto para derechos humanos (ASCR, por sus siglas en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de la presunta violación de derechos civiles. Debe enviar el formulario AD-3027 contestado o la carta a:

1. Correo: Food and Nutrition Services, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334  
Alexandria VA 22314; o
2. Fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. Correo electrónico: [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

## Números del Seguro Social y Condición Migratoria

Puede recibir asistencia para algunas personas que viven con usted incluso si otras personas que viven con usted no pueden obtener ayuda debido a su condición migratoria. Debe informarnos sobre la condición migratoria de cualquier persona que solicita asistencia. La condición de extranjeros de los miembros del hogar del solicitante puede ser sujeta a verificación por USCIS (antes conocido como INS) a través del envío de la información de la solicitud a USCIS. La información recibida de USCIS, basada en este envío, puede afectar su elegibilidad y los montos de sus beneficios

De acuerdo a la Ley Federal (45 CFR § 205.52, 7 CFR §273.6), debe brindarnos el Número de Seguro Social (SSN) de cualquier persona que vive con usted y que ha presentado su solicitud para TANF o asistencia alimenticia. También necesitamos los números de seguro social de padres y cónyuges que viven con usted pero no han presentado ninguna solicitud.

## Si solicita ayuda con alimentos y otros programas

Debemos seguir las reglas de SNAP para procesar su solicitud. Esto incluye procesar la solicitud dentro de los plazos; emitir las notificaciones apropiadas, e informarle sobre sus derechos administrativos. No podemos negarle ayuda con alimentos solamente porque su solicitud para otros programas de asistencia fue denegada.

## Privacidad y su Asistencia de dinero en efectivo y alimentos

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, según su enmienda, permite que el departamento recopile la información que pedimos en la solicitud, incluyendo el Número de Seguro Social (SSN) de cada miembro del hogar. Utilizamos el SSN para revisar identidades, verificar elegibilidad, prevenir fraudes y recopilar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para administrar nuestros programas y cumplir con la ley. Proporcionar la información solicitada es un acto voluntario. Sin embargo, no brindar un SSN o prueba de solicitud de un SSN sin una buena razón tendrá como resultado el rechazo de la asistencia alimenticia básica para cada persona que no proporcione un SSN. Nosotros verificamos algo de información con programas de coincidencias por computadora, incluyendo el Sistema de Verificación de Ingresos Federales y Elegibilidad (IEVS).

**La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede afectar la elegibilidad para la cobertura de atención médica administrada por la Autoridad de Atención Médica y el Intercambio de Beneficios de Salud.**

Utilizamos esta información para:	Podemos brindar esta información para:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Decidir quién es elegible para nuestros programas.</li><li>• Cobrar pagos excesivos.</li><li>• Administrar nuestros programas.</li><li>• Asegurar que cumplimos con la ley.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Uso oficial de agencias estatales y federales.</li><li>• Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley.</li><li>• Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos adicionales de asistencia alimenticia.</li></ul>

## Advertencia de Penalidad de Asistencia Alimenticia

**Verificamos con otras agencias que su información sea correcta.** Si hay alguna información incorrecta, las personas solicitantes podrían no recibir asistencia alimenticia.

**Todos los miembros que infrinjan voluntariamente alguna de las reglas pueden ser:**

- Sujetos a proceso bajo cualquier otra ley federal o estatal aplicable.
- Suspendidos de SNAP por un período que puede ser desde un año hasta permanente.
- Multados hasta con \$250,000.
- Encarcelados hasta por 20 años.
- Suspendidos de SNAP por 18 meses adicionales si lo ordena un tribunal.

**Si un tribunal lo declara culpable de:**

**Recibir beneficios de una transacción que involucre: Usted podría ser:**

- La venta de una sustancia controlada .....Descalificado por un período de 2 años a permanente.
- La venta de armas de fuego, municiones o explosivos .....Descalificado permanentemente.
- Tráfico de beneficios por un total superior a \$500 .....Descalificado permanentemente.
- Fraude de residencia o identidad .....Descalificado por 10 años

# Solicitud de Asistencia alimenticia y de dinero en efectivo

## Application for Food and Cash Assistance

Pídanos ayuda si la necesita para llenar este formulario.

1. PRIMER NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO (REQUERIDO)	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		4. TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
5. DIRECCIÓN DE CORREO (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		6. TELÉFONO SECUNDARIO <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
8. Solicito lo siguiente (marque todo lo que corresponda): <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Alimentos <input type="checkbox"/> Guardería		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO
9. Yo o alguien más en mi hogar (verifique todo lo que solicita): <input type="checkbox"/> nos encontramos en una situación de violencia doméstica <input type="checkbox"/> tengo/tiene una discapacidad <input type="checkbox"/> no puedo/puede trabajar debido a problemas de salud <input type="checkbox"/> estoy/está embarazada; nombre _____ fecha de parto: _____		

10. ¿Cuánto dinero espera recibir su familia este mes? \$ \_\_\_\_\_
11. ¿Cuánto dinero tiene su familia en efectivo y en cuentas bancarias? \$ \_\_\_\_\_
12. ¿Cuánto paga su familia por alquiler o hipoteca? \$ \_\_\_\_\_
13. ¿Qué servicios públicos paga su familia?  Calefacción/aire acondicionado  Teléfono  Otro: \_\_\_\_\_
14. ¿Algún miembro de su familia es un trabajador agrícola migratorio o estacional?  Sí  No
15. En caso que solicite asistencia alimenticia, ¿para cuántos miembros de su familia usted compra y prepara alimentos? \_\_\_\_\_
16. Si solicita guardería, ¿para qué actividad la requiere (check all that apply)?  
 Trabajo  Escuela  WorkFirst  Alimentación Básica para Empleo y Capacitación (BFET)

**FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service:**  Yes  No Screener's Initials: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_

17.  Necesito un intérprete. Hablo: \_\_\_\_\_ o  lenguaje de señas; traducir mis cartas al: \_\_\_\_\_
18. Enumere a todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si fuese necesario)

NOMBRE (PRIMER NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	SEXO	¿CÓMO SE ENCUENTRA RELACIONAD A ESTA PERSONA A USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	OPCIONAL PARA NO-SOLICITANTES			NOMBRE DE TRIBU (Para Indios Americanos, Nativos de Alaska)
					NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES CIUDADANA NO DE LOS EE.UU.	RAZA (VEA EJEMPLOS A CONTINUACIÓN)	
		Yo		<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. Mi antecedente étnico es Hispano o Latino:  Sí  No
- La información de antecedentes étnicos y raza es voluntaria y no afectará la elegibilidad ni los montos de los beneficios. Esta información se usa para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin importar la raza, el color o la nacionalidad. Para Asistencia Alimenticia, la USDA requiere que respondamos por usted en caso que no proporcione la información respectiva. **Ejemplos de raza:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawái, Isleño del Pacífico, Indio Americano, Nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.



NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
------------------------	-------------------------	--------------------------------------

**I. Información general**

- En los últimos 30 días, recibí asistencia alimenticia o de dinero en efectivo por parte de otro estado, tribu u otra fuente.  Sí  No
- Alguna persona por la que estoy presentando una solicitud habita fuera del Estado de Washington:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o algún miembro de mi familia es un extranjero patrocinado:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguien de mi hogar con 16 años o más se encuentra en (marque todas las aplicables):  Preparatoria  Un programa de equivalencia de preparatoria  Universidad  Escuela de oficios Quién: \_\_\_\_\_
- Algún miembro se encuentra temporalmente fuera de casa:  Sí  No Quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguien de mi hogar alguna vez sirvió en las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de Estados Unidos o ha sido dependiente o cónyuge de alguien que haya servido:  Sí  No Si respondió sí, quién: \_\_\_\_\_
- Yo o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave.  Sí  No.
- Vivo en:  Mi propia casa o departamento  Hogar de crianza en grupo  Otro: \_\_\_\_\_  
 Centro (especifique el tipo): \_\_\_\_\_ Fecha de ingreso: \_\_\_\_\_
- Yo soy:  Soltero  Casado  Divorciado  Separado  Viudo  En una Sociedad Doméstica Registrada
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia con alimentos por drogas después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por comprar o vender asistencia con alimentos por un valor superior a \$500 después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia con alimentos por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar fue condenado por obtener asistencia con alimentos en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996:  Sí  No
- Yo o alguien de mi hogar es o está: a. En huelga:  Sí  No b. Un huésped que paga alojamiento:  Sí  No

**II. Recursos (Adjunte comprobante; sólo para asistencia en efectivo)**

Un recurso es cualquier cosa que posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros. Un recurso no incluye propiedad personal tales como: mobiliario o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorro
- Fondos Universitarios
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Hogares, terrenos o edificios
- Certificados de depósito
- Cuenta del mercado financiero
- Bonos
- Fondo de Retiro
- Fondos funerarios, planes prepago
- Equipo de negocios
- Ganado
- Seguro de Vida

Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que está presentando una solicitud posee o compra:

RECURSOS	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR
			\$
			\$
			\$
			\$

- Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee autos, camiones, furgonetas, botes, vehículos de recreación (RV), remolques u otros vehículos motorizados:

AÑO (ej.:1980)	MARCA (Ej., FORD)	MODELO (Ej., ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO ES UTILIZADO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comercializado, donado o transferido un recurso en los últimos dos años (incluye fideicomisos, vehículos o propiedades de vida):  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, cuál: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

**III. Pensiones (Inversiones realizadas por cualquier miembro de la familia para recibir pagos regulares en la actualidad o en un futuro.)**

¿A QUIÉN PERTENECE LA PENSIÓN?	¿COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE ADQUISICIÓN
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
------------------------	-------------------------	--------------------------------------

#### IV. Ingresos Ganados (Adjunte comprobante)

- Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha tenido un trabajo que terminó en los últimos 30 días:  Sí  No
- Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo:  Sí  No Si la respuesta es afirmativa, por favor complete esta sección:

¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO?  NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR _____  FECHA DE INICIO _____  ¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto de los gastos mensuales por empleo independiente: \$ _____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ej.: 1 <sup>o</sup> y 15 <sup>o</sup> o cada viernes): _____
---	---

¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO?  NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR _____  FECHA DE INICIO _____  ¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto de los gastos mensuales por empleo independiente: \$ _____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE IMPUESTOS) \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ej.: 1 <sup>o</sup> y 15 <sup>o</sup> o cada viernes): _____
---	---

#### V. Otros Ingresos (Adjunte comprobante; reporte para todos los miembros de la familia)

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Beneficios de desempleo</li> <li>• Ingreso del Seguro Social</li> <li>• Ingreso tribal</li> <li>• Ingreso de juegos</li> <li>• Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo de prácticas)</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI)</li> <li>• Manutención a menores o cónyuges</li> <li>• Beneficios del ferrocarril</li> <li>• Ingresos por rentas</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Retiro o pensión</li> <li>• Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA)</li> <li>• Trabajo e industrias (L&amp;I)</li> <li>• Fideicomisos</li> <li>• Intereses / Dividendos</li> </ul> |
|---|---|---|

TIPO DE INGRESO NO GANADO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

#### VI. Gastos Mensuales

ALQUILER: \$	HIPOTECA \$	ALQUILER DE ESPACIO \$	SEGURO DE PROPIETARIO \$	IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES \$	OTRAS TARIFAS \$
-----------------	----------------	---------------------------	-----------------------------	---------------------------------	---------------------

¿Qué servicios paga en su hogar de manera independiente de la renta o hipoteca?  
 Calefacción (Eléctrica/Gas)  Electricidad (No calefacción)  Agua  Teléfono de casa o celular  Drenaje  Basura  
 Otra persona o agencia, tal como una casa subvencionada me ayuda a pagar todo o una parte de estos gastos:  Sí  No  
 Si la respuesta es afirmativa, quién: \_\_\_\_\_ Qué gastos: \_\_\_\_\_ Monto que pagan: \$ \_\_\_\_\_  
 Recibí un pago de la Ley de Asistencia para Energía Doméstica para Bajos Ingresos (por sus siglas en ingles, "LIHEAA") en los últimos 12 meses.

Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o debe pagar (marque todo lo que corresponda):

<input type="checkbox"/> Cuidado de niños o adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)	Monto mensual: \$	Quién paga:
<input type="checkbox"/> Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad a más (incluye costos de transporte y primas de seguro médico)	Monto mensual: \$	Quién paga:
<input type="checkbox"/> Manutención para niños (Adjunte comprobante)	Monto mensual: \$	Quién paga:

En caso que no informe acerca de alguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que no desea recibir una reducción para este gasto.

NOMBRE DEL SOLICITANTE		NÚMERO DE SEGURO SOCIAL		NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE	
<b>VII. Representante Autorizado</b>					
<p>Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Usted puede nombrar a alguna persona, pero no está obligado a hacerlo.</p> <p style="text-align: center;">¿Tiene usted un representante autorizado?    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p style="text-align: center;">¿Esta persona es su tutor legal?                <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>Puede necesitar completar el formulario del Representante Autorizado (DSHS 14-532).</p>					
NOMBRE		PARENTESCO		NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL		CIUDAD		ESTADO	
<b>Registro para votar</b>					
<p>El Departamento ofrece servicios para registrarse para votar, incluyendo el registro automático de votantes. <b>Solicitar su registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que usted pueda recibir de esta agencia.</b> Si desea ayuda para llenar el formulario de registro como votante, le ayudaremos. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante la Oficina de Elecciones del Estado de Washington, PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).</p> <p><b>¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro como votante?</b>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si no marca ninguna de las casillas, se considerara que ha decidido no registrarse para votar en esta ocasión, a menos que sea elegible para registro automático de votante y no lo rechace.</p> <p>A menos que haya marcado "No" en la casilla anterior, usted podría ser elegible para el registro automático de votante. Usted es elegible para el registro automático de votante si tendrá al menos 18 años de edad en la fecha de la próxima elección, es ciudadano de los Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, domicilio residencial y postal, fecha de nacimiento, comprobantes de información de ciudadanía y su firma con la que declara la verdad de la información provista en esta solicitud. <b>¿Desea ser registrado automáticamente para votar?</b>    <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No</p> <p><b>Si marcó la casilla "SI" o no marca ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votantes, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y usted será registrado automáticamente para votar.</b></p>					
<b>Declaración y Firmas</b>					
<p><b>Si aplica para asistencia de dinero en efectivo, todos los adultos (o representantes autorizados) en el hogar deben firmar.</b></p> <p><b>Si aplica para asistencia alimenticia, el solicitante (o representante autorizado) debe firmar.</b></p>					
<p>Entiendo que debo:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Brindar información correcta y cumplir con los requerimientos de información.</li> <li>• Otorgar comprobantes de mi elegibilidad.</li> <li>• Asignar ciertos derechos para la manutención de menores, al Estado de Washington cuando reciba Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Sin embargo, puedo solicitar a DSHS no obtener la manutención para menores si eso pone en peligro a mis hijos o a mi persona.</li> <li>• Cooperar con los requisitos de trabajo de la asistencia alimenticia.</li> </ul> <p>En caso de no cumplir estos requisitos, probablemente me nieguen los beneficios o tenga que pagar por ellos. Entiendo que puedo ser procesado criminalmente si voluntariamente realizo una declaración falsa o no informo algo que debería informar.</p> <p>Autorizo a DSHS para que contacte otras personas o agencias cuando sea necesario para ayudarme a obtener comprobantes de mi elegibilidad.</p> <p>He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113. <b>Yo certifico o declaro bajo pena de perjurio bajo las leyes del Estado de Washington que la información que he dado en esta solicitud, incluyendo la información relativa a la ciudadanía y la condición de inmigrante de los miembros que solicitan beneficios, es verdadera y correcta.</b></p>					
FIRMA DEL SOLICITANTE		FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DEL SOLICITANTE		CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE		FECHA	NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA DE OTRO ADULTO		CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE		FECHA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL REPRESENTANTE		CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO SI FIRMA CON UNA "X"		FECHA	NOMBRE EN LETRA IMPRENTA DEL TESTIGO		