

Solicitud de asistencia financiera o alimentaria

Si necesita ayuda para leer o completar este formulario, no dude en consultarnos.
Guarde esta página para sus archivos.

¿Cómo se solicita la asistencia financiera o alimentaria?

Puede **comenzar** el proceso ahora enviando esta solicitud personalmente a una community services office (oficina de servicios comunitarios). La solicitud debe incluir su nombre, dirección, y firma o firma de un representante autorizado. Puede presentar su solicitud inmediatamente incluso si solo contiene estos tres elementos.

- Puede obtener más beneficios o conseguirlos antes si completa el formulario respondiendo las preguntas, firmando la página seis y entregándonos su solicitud y cualquier otra información que le pidamos lo antes posible.
- Puede llevar su solicitud a una oficina local. Consulte www.dshs.wa.gov para conocer las ubicaciones.
- Envíe su solicitud por fax al 1-888-338-7410
- Envíe su solicitud a la siguiente dirección: DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- También puede presentar su solicitud en línea en www.washingtonconnection.org
- **Para obtener cobertura de atención médica debe solicitarla en línea en www.wahealthplanfinder.org, llamando al 1-855-923-4633 o utilizando la solicitud para cobertura de atención médica de la HCA (Autoridad del cuidado de la salud) (HCA 18-001).**

¿En cuánto tiempo puedo recibir asistencia alimentaria y financiera?

Si necesita asistencia alimentaria de inmediato, rellene las preguntas 1 a 14 y lleve este formulario a su oficina local.

Decidimos si es elegible para obtener la asistencia alimentaria *en un plazo de 7 días* si presenta una prueba de su identidad y cumple uno de los siguientes requisitos:

- Este mes su hogar tendrá menos de \$150 de ingresos brutos y menos de \$100 de recursos líquidos.
- Los ingresos y recursos de su hogar son inferiores al alquiler y los servicios públicos mensuales.
- En su hogar, hay un trabajador agrícola temporal o migrante desamparado.

Los beneficios se emiten al día siguiente de que decidamos que usted es elegible. Debemos decidir si es elegible para obtener la asistencia alimentaria en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que presente su solicitud. La asistencia alimentaria normalmente comienza el día en que recibimos su solicitud. Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha de su libertad o alta. La asistencia financiera normalmente comienza el día en que disponemos de toda la información para decidir si usted es elegible.

Derechos civiles y no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del US Department of Agriculture (Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés. Las personas con alguna discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) en 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 Federal Relay Service (Servicio Federal de Retransmisión) llamando al (800) 877-8339.

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

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>. También puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA llamando al (833) 620-1071 o enviando una carta dirigida al USDA. En la carta, debe proporcionar el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, junto con una descripción por escrito de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informarle al Assistant Secretary for Civil Rights (Subsecretario de los derechos civiles, ASCR) la naturaleza y la fecha de la presunta violación de los derechos civiles.

Debe enviar el formulario AD-3027 completo o la carta a las siguientes direcciones:

1. **correo:** Food and Nutrition Service, 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

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Estatus migratorio y Social Security Numbers (Números de Seguro Social)

Es posible que pueda obtener ayuda para algunas personas con las que vive aunque otras no puedan obtenerla debido a su estatus migratorio. Debe comunicarnos el estatus migratorio de toda persona que presente una solicitud. El estatus de extranjero de los miembros del hogar del solicitante puede estar sujeto a verificación por parte de USCIS (Servicios de ciudadanía e inmigración de los EE. UU., anteriormente conocido como INS) mediante el envío de información de la solicitud a USCIS. La información recibida de USCIS, basada en este envío, puede afectar la elegibilidad y la cantidad de beneficios.

De acuerdo con la ley federal (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe facilitarnos el Social Security Number (Número de Seguro Social, SSN) de cualquier persona con la que viva y que solicite TANF (Asistencia temporal para familias necesitadas) o asistencia alimentaria. Es posible que también necesitemos los SSN de los padres y cónyuges que vivan con usted pero no presenten la solicitud.

Si solicita asistencia alimentaria y otros programas

Debemos seguir las reglas del SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria) para procesar su solicitud. Esto incluye el procesamiento de la solicitud dentro de los plazos, la emisión de notificaciones adecuadas y el asesoramiento sobre sus derechos administrativos. No podemos rechazar su asistencia alimentaria solo porque le hayan rechazado la solicitud de otros programas de asistencia.

Privacidad y su asistencia financiera y alimentaria

La Ley de Alimentación y Nutrición de 2008, en su versión modificada, le permite al departamento recopilar la información que pedimos en la solicitud, incluido el SSN de cada miembro del hogar. Utilizamos los SSN para comprobar la identidad, verificar la elegibilidad, prevenir el fraude y recopilar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para gestionar nuestros programas y cumplir con la ley. Proporcionar la información solicitada es voluntario. No obstante, no proporcionar un SSN o la prueba de la solicitud de un SSN sin una buena razón dará lugar a la denegación de la asistencia alimentaria básica a cada persona que no proporcione un SSN. Verificamos parte de la información con programas informáticos de comparación, incluido el Income and Eligibility Verification System (Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad, IEVS) federal.

La información reportada al Department of Social and Health Services (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) podría interferir con la elegibilidad para cobertura médica suministrada por la Health Care Authority (Autoridad Sanitaria) e Intercambio de Beneficio de Salud.

Usamos esta información para:	Podemos proporcionarle esta información a:
<ul style="list-style-type: none"> • Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas. • Reclamar sobrepagos. • Gestionar nuestros programas. • Asegurarnos de cumplir con la ley. 	<ul style="list-style-type: none"> • Agencias estatales y federales, para uso oficial. • Agencias a cargo del orden público que buscan a quienes escapan para evadir la ley. • Agencias privadas de colección que reclaman los sobrepagos de la asistencia alimentaria.

Precaución de sanción de asistencia alimentaria

Confirmamos con otras agencias si su información es correcta. Si alguna parte de la información es incorrecta, puede que quienes presentaron la solicitud para la asistencia alimentaria no la reciban.

Si algún miembro infringe las reglas deliberadamente, puede que ocurra lo siguiente:

- Esté sujeto a un proceso penal conforme a otras leyes federales y estatales pertinentes.
- Quede excluido del SNAP durante al menos un año o incluso de manera permanente.
- Reciba una multa de hasta \$250,000.
- Sea condenado a hasta 20 años de prisión.
- Quede excluido del SNAP durante 18 meses más, si el tribunal lo ordena.

Si un tribunal lo declara culpable de:

Recibir beneficios en una transacción que involucra:	Puede que:
• La venta de una sustancia controlada.....	Lo descalifiquen durante al menos dos años y hasta de manera permanente.
• La venta de armas de fuego, municiones o explosivos	Lo descalifiquen de manera permanente.
• El tráfico de beneficios combinados por más de \$500	Lo descalifiquen de manera permanente.
• Un fraude de identidad o residencia	Lo descalifiquen durante 10 años.

Solicitud de asistencia alimentaria o financiera

Consúltenos si necesita ayuda para rellenar este formulario.

Si no puede completar este formulario hoy, comience el proceso enviando su **nombre, dirección y firma**. Igual deberá completar la solicitud antes de que se aprueben los beneficios. **Se requiere firmar la página seis para completar su solicitud.**

1. NOMBRE SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN EN DONDE VIVE	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	4. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
5. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE)	CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL	6. NÚMERO(S) DE TELÉFONO SECUNDARIO(S) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
8. Solicito (marque todas las que correspondan): <input type="checkbox"/> Dinero en efectivo <input type="checkbox"/> Alimento <input type="checkbox"/> Cuidado infantil		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

9. Yo o alguien en mi hogar (marque todas las que correspondan):
 Sufrimos violencia doméstica Tenemos una discapacidad
 No podemos trabajar por problemas de salud Cursamos un embarazo; nombre: _____ fecha prevista de parto: _____

10. ¿Cuánto dinero tiene previsto recibir su hogar este mes? \$ _____

11. ¿Cuánto dinero tiene su hogar en efectivo y en cuentas bancarias? \$ _____

12. ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? \$ _____

13. ¿Qué servicios públicos paga su hogar? Calefacción/refrigeración Teléfono Otro: _____

14. ¿Hay algún trabajador agrícola temporal o migrante en su hogar? Sí No

15. Si solicita asistencia alimentaria, ¿para cuántas personas compra y prepara alimentos en su hogar? _____

16. Si solicita cuidado infantil, ¿para qué actividad necesita cuidado (marque todas las que correspondan)?
 Trabajo Escuela WorkFirst Basic Food Employment and Training (Empleo y capacitación para las personas que reciben alimentos básicos, BFET)

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA: hogar elegible para servicio agilizado: Sí No **Iniciales del evaluador:** _____ **Fecha:** _____

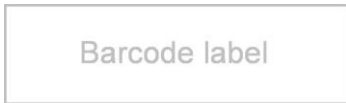
17. Necesito un intérprete. Hablo: _____ o señas; traducir mis cartas al: _____

18. Enumere a todos los miembros de su hogar incluso si no solicita para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario).

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	GÉNERO	¿QUÉ RELACIÓN TIENE ESTA PERSONA CON USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI QUIERE BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	MARQUE SI ES CIUDADANO DE EE. UU.	RAZA (VER MUESTRAS A CONTINUACIÓN)	NOMBRE DE LA TRIBU (Para indios americanos, nativos de Alaska)
		Yo mismo		<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 origen étnico es hispano o latino: Sí No

La información sobre la raza y el origen étnico es voluntaria y no afectará la elegibilidad ni la cantidad de beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios del programa se distribuyen sin distinción de raza, color o nacionalidad. Para la asistencia alimentaria, USDA nos obliga a responder por usted si no se proporciona ninguna información. Marcaremos "no informado" si no quiere responder. **Ejemplos de razas:** blanco, negro o afroamericano, asiático, nativo de Hawái, isleño del Pacífico, indio americano, nativo de Alaska o cualquier combinación de razas.



NOMBRE DE SOLICITANTE	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
-----------------------	---	---

I. Información general

- En los últimos 30 días, he recibido dinero en efectivo o alimentos de otro estado, tribu u otra fuente. Sí No
- Alguien para quien estoy solicitando vive fuera del estado de Washington: Sí No Quién: _____
- Yo o alguien de mi hogar somos extranjeros patrocinados: Sí No Quién: _____
- Yo o alguien en mi hogar mayor de 16 años está en (marque todas las que correspondan): La escuela secundaria Un programa de equivalencia de escuela secundaria La universidad Una escuela de comercio Quién: _____
- Alguien está temporalmente fuera de mi hogar: Sí No Quién: _____
- Yo o alguien de mi casa hemos servido en las Fuerzas Armadas, la Guardia Nacional o la Reserva de los EE. UU. o hemos sido dependientes o cónyuges de alguien que ha servido: Sí No Si contestó que sí, quién: _____
- Yo o alguien para quien estoy solicitando estamos huyendo de la ley para evitar presentarnos ante un Tribunal de Primera Instancia o ir a la cárcel por un delito mayor: Sí No
- Vivo en: Mi propia casa o apartamento Hogar de cuidado grupal Otro: _____
 Centro (indique tipo): _____ Fecha de ingreso: _____
- Soy: Soltero Casado Divorciado Separado Viudo
 Tengo una pareja doméstica registrada
- Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por intercambiar asistencia alimentaria por drogas después del 22 de septiembre de 1996: Sí No
- Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por comprar o vender asistencia alimentaria por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996: Sí No
- Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por intercambiar asistencia alimentaria por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996: Sí No
- Yo o alguien de mi casa hemos sido condenados por recibir asistencia alimentaria en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996: Sí No
- Yo o alguien en mi casa estamos: a. En huelga: Sí No b. En un internado: Sí No

II. Recursos (adjunte pruebas, solo para asistencia financiera)

Un recurso es cualquier cosa que posee o adquiere que puede venderse, intercambiarse o convertirse en efectivo o dinero en poder de otros. Un recurso no incluye bienes personales como muebles o ropa. Algunos ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cajas de ahorro
- Fondos universitarios
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Casas, terrenos o inmuebles
- Certificados de depósitos
- Cuenta del mercado monetario
- Garantías
- Fondos de jubilación
- Fondos para entierros, planes de prepago
- Equipos para empresas
- Ganado
- Seguro de vida

- Enumere los recursos que usted, su cónyuge o la persona para la que está solicitando poseen o están adquiriendo:

RECURSO	QUIÉN LO POSEE	UBICACIÓN	VALOR
			\$
			\$
			\$
			\$

- Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tenemos automóviles, camiones, furgonetas, embarcaciones, vehículos recreativos, remolques u otros vehículos de motor:

AÑO (POR EJEMPLO, 1980)	MARCA (POR EJEMPLO, FORD)	MODELO (POR EJEMPLO, ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO SE UTILIZA PARA FINES MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando hemos vendido, intercambiado, regalado o transferido un recurso en los últimos dos años (incluidos fideicomisos, vehículos o propiedades vitalicias): Sí No Si contestó que sí, qué: _____ cuándo: _____

III. Anualidades (Inversiones realizadas por cualquier miembro del hogar para recibir pagos regulares ahora o en el futuro).

¿A QUIÉN PERTENECE LA ANUALIDAD?	¿EMPRESA O INSTITUCIÓN?	CANTIDAD O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE COMPRA
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

NOMBRE DE SOLICITANTE	SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
-----------------------	---	---

IV. Ingresos salariales (adjunte prueba)

1. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tuvimos un trabajo que terminó en los últimos 30 días: Sí No
 2. Yo, mi cónyuge o alguien para quien estoy solicitando tenemos ingresos laborales: Sí No
 Si contestó que sí, complete esta sección:

QUIÉN OBTIENE ESTOS INGRESOS _____ NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE INICIO _____ ¿Este trabajo es autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto mensual de gastos de autónomos: \$ _____	CANTIDAD BRUTA PERCIBIDA (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) \$ _____ por: <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 ejemplo, el 1.º y 15.º día, o cada viernes): _____
QUIÉN OBTIENE ESTOS INGRESOS _____ NOMBRE Y NÚMERO DE TELÉFONO DEL EMPLEADOR _____ FECHA DE INICIO _____ ¿Este trabajo es autónomo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Monto mensual de gastos de autónomos: \$ _____	CANTIDAD BRUTA PERCIBIDA (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) \$ _____ por: <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 ejemplo, el 1.º y 15.º día, o cada viernes): _____

V. Otros ingresos (adjunte pruebas; informe de todos los miembros del hogar)

- | | | |
|---|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Prestaciones de desempleo Ingresos del seguro social Ingresos tribales Ingresos por juego Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, becas, trabajo-estudio) | <ul style="list-style-type: none"> Supplemental Security Income (Seguridad de Ingreso Suplementario, SSI) Manutención de menores o manutención conyugal Beneficios ferroviarios Ingresos de alquiler | <ul style="list-style-type: none"> Jubilación o pensión Veteran Administration (Administración de Veteranos, VA) o beneficios militares Labor and Industries (Labor e Industrias, L&I) Fideicomisos Intereses/Dividendos |
|---|--|---|

TIPO DE INGRESO NO SALARIAL	¿QUIÉN OBTIENE LOS INGRESOS?	CANTIDAD BRUTA MENSUAL
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. Gastos mensuales

ALQUILER \$	HIPOTECA \$	RENTA DEL LUGAR \$	SEGURO DE PROPIETARIO DE VIVIENDA \$	IMPUESTOS SOBRE BIENES INMUEBLES \$	OTRAS TARIFAS \$
----------------	----------------	-----------------------	---	--	---------------------

¿Qué servicios públicos paga su grupo familiar aparte de la renta o la hipoteca?
 Calefacción (eléctrica/gas) Electricidad (no calefacción) Agua Teléfono particular/celular Alcantarillado Basura

Otra persona o agencia, como una vivienda subsidiada, me ayuda a pagar la totalidad o parte de estos gastos:
 Sí No Si contestó que sí, quién: _____ Qué gasto: _____ Monto que paga: \$ _____

He recibido una ayuda conforme a la Low Income Home Energy Assistance Act (Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos, LIHEAA) en los últimos 12 meses.

Yo, mi cónyuge o alguien de mi hogar pagamos o debemos pagar (marque todas las que correspondan):

<input type="checkbox"/> Cuidado infantil o cuidado de adulto dependiente (incluye costos de transporte)	Monto mensual: \$ _____	Quién paga: _____
<input type="checkbox"/> Facturas médicas de personas con discapacidad o mayores de 60 años (incluso costos de transporte y primas de seguro médico)	Monto mensual: \$ _____	Quién paga: _____
<input type="checkbox"/> Manutención de menores (adjunte prueba)	Monto mensual: \$ _____	Quién paga: _____

Si no declara alguno de los gastos arriba indicados, consideraremos que es una declaración de su hogar de que no desea recibir una deducción por ese gasto.

NOMBRE DE SOLICITANTE		SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE SEGURO SOCIAL)	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
VII. Representante autorizado			
Un representante autorizado es una persona con la que usted permite que el DSHS (Departamento de Servicios Sociales y de Salud) hable sobre sus beneficios. Puede nombrar a alguien, pero no es obligatorio.			
¿Tiene un representante autorizado?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Esta persona es su tutor legal?		<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Es posible que tenga que completar el formulario de representante autorizado (DSHS 14-532).			
NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO	
DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL
Registro de votantes			
El Departamento ofrece servicios de registro de votantes, incluido el registro automático. Solicitar o rechazar el registro para votar no afectará los servicios ni la cantidad de beneficios que puede recibir de esta agencia. Si quiere ayuda para rellenar el formulario de registro de votantes, se la brindaremos. Usted es quien decide si pedir o aceptar ayuda. Puede rellenar el formulario de registro de votantes en privado. Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse para votar o a negarse a hacerlo, su derecho de privacidad al decidir si registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).			
¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro de votantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si no marca ninguna de las casillas, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, a menos que sea elegible para el registro automático de votantes y no lo rechace.			
Si no marcó la casilla "No", puede ser elegible para el registro automático de votantes. Se considera que alguien es elegible para el registro automático de votantes si tiene al menos 18 años en las próximas elecciones, es ciudadano de los Estados Unidos y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, verificación de información de ciudadanía y firma que avala la veracidad de la información proporcionada en esta solicitud.			
¿Quiere estar registrado para votar automáticamente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Si marcó la casilla "Sí" o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votantes, el DSHS enviará su información a la Office of the Secretary of State (Oficina del Secretario de Estado) y quedará registrado para votar automáticamente.			
Declaración y firmas (firme a continuación para completar su solicitud).			
Entiendo que debo:			
<ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar información correcta y seguir los requisitos de informes. • Proveer una prueba de que soy elegible. • Asignar ciertos derechos de manutención de menores al estado de Washington cuando reciba Temporary Assistance for Needy Families (Asistencia temporal para familias necesitadas, TANF). Sin embargo, puedo pedir al DSHS no reclamar la manutención de menores si ello pudiera ponerme en peligro a mí o a mis hijos. • Cooperar con los requisitos de trabajo relacionados con el programa de asistencia alimentaria. 			
Si no hago estas cosas, es posible que se me rechacen los beneficios o que tenga que devolverlos.			
Entiendo que puedo ser procesado penalmente si de manera intencional hago una declaración falsa o no reporto algo que debo informar.			
Autorizo al DSHS a comunicarse con otras personas o agencias cuando sea necesario para obtener las pruebas de que soy elegible.			
He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia de los Derechos y Responsabilidades del Cliente, DSHS 14-113. Declaro bajo sanción de perjurio según las leyes del estado de Washington, que la información que me han proporcionado en esta solicitud, incluida aquella relativa a la ciudadanía y la situación de extranjero de los miembros que solicitan los beneficios, es verdadera y correcta. Si solicita asistencia financiera, deben firmar todos los adultos (o representantes autorizados) del hogar. Para asistencia alimentaria, tanto el solicitante como el representante autorizado deben firmar, a menos que haya un documento de representante autorizado actual archivado.			
FIRMA DEL SOLICITANTE (OBLIGATORIO)	FECHA	NOMBRE DEL SOLICITANTE EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL OTRO ADULTO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE DEL OTRO ADULTO EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE DEL REPRESENTANTE EN LETRA DE IMPRENTA	CIUDAD Y ESTADO DE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO SI ESTÁ FIRMADO CON UNA "X"	FECHA	FIRMA DEL TESTIGO EN LETRA DE IMPRENTA	