

Solicitud

WASHCAP es un programa de asistencia alimentaria para personas que cumplen con los siguientes requisitos:

- Recibir la Supplemental Security Income (seguridad de ingreso suplementario, SSI).
- Cumplir con la definición del Seguro Social de situación de vida "A"
- Tener dieciocho años o más.
- No tener ingresos.
- Encontrarse en una situación de vida que cumpla con las siguientes condiciones:
 - No vivir en una institución;
 - Vivir solo o vivir con otras personas que compran y cocinan sus alimentos por separado;
 - No estar casado o estar casado y no vivir con su cónyuge.
- Tener entre 18 y 21 años y cumplir con las siguientes condiciones:
 - No vivir con sus padres y que ellos reciban Basic Food (Alimentos Básicos) o
 - Vivir con sus padres, que ellos no reciban Basic Food y los compren por separado.
- No vivir con hijos menores de 22 años.

Para obtener más información sobre este programa, consulte el capítulo 388-492 del WAC, que incluye desde la sección 388-492-0020 hasta la 388-492-0120.

Si tiene preguntas sobre el WASHCAP, llame al número gratuito 1 (877) 380-5784.

Declaro que:

- Vivo solo o, por lo general, compro y preparo mi comida separado de las otras personas que viven conmigo.
Pago \$ _____ de alquiler/hipoteca por mes.

MI PARTE

Al firmar a continuación, declaro que:

- Me han hablado sobre el WASHCAP.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades en el WASHCAP.
- Entiendo que recibiré mis beneficios alimentarios a través del WASHCAP.

Declaro bajo pena de perjurio, de acuerdo con las leyes del Estado de Washington, que la información que proporcioné en esta solicitud es verdadera y correcta.

FIRMA Y FECHA

NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL
(XXX) XXX-XXXX
 CELULAR CASA MENSAJES

NÚMERO DE TELÉFONO SECUNDARIO ((XXX)
XXX-XXXX)
 CELULAR CASA MENSAJES

SOCIAL SECURITY NUMBER (NÚMERO DE
SEGURO SOCIAL) O NÚMERO DE
IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

Usamos esta información para:

- Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas.
- Reclamar sobrepagos.
- Gestionar nuestros programas.
- Asegurarnos de cumplir con la ley.

Podemos proporcionarle esta información a:

- 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.

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 el monto de beneficios que puede recibir de esta agencia.** Si quiere ayuda para completar el formulario de registro de votantes, se la brindaremos. Usted es quien decide si pedir o aceptar ayuda. Puede llenar 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).



Registro de votantes (continuación)

¿Quiere registrarse para votar o actualizar su registro de votantes? Sí 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? Sí 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.

Advertencia 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.

Declaración de 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, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye identidad de género y orientación sexual), creencias religiosas, 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 discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas estadounidense, 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 al programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form (Formulario de queja por discriminación del programa del USDA), que se encuentra en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>. También puede hacerlo desde cualquier oficina del USDA, si llama al (833) 620-1071 o escribe 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) Por correo postal: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314 | (2) Por fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442 | (3) Por correo electrónico:
FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov |
|---|--|---|

Declaración de no discriminación (continuación)

Para obtener más información sobre los problemas del Supplemental Nutrition Assistance Program (Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria, SNAP), debe comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA llamando al (800) 221-5689, que también ofrece servicios en español, o llamar a los [números de información estatal o línea directa](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de líneas directas según el estado). Puede encontrarla en línea en: [Línea directa del SNAP](#).

Para presentar una queja por discriminación de usted u otra persona con respecto a que un programa recibe asistencia financiera federal a través del HHS, complete el formulario en línea que aparece en el Portal de Quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services (Operaciones de Gestión de Casos Centralizados, Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos), 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Si desea que el proceso sea más rápido, le recomendamos que use el portal en línea de la OCR para presentar quejas, en lugar de hacerlo por correo. Quienes necesiten asistencia para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar a la OCR al número gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 7-1-1 para tener acceso a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También contamos con formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística gratuitos para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.