



Solicitud de Asistencia de Cuidado Infantil



Este sobre significa que debe enviarnos pruebas para la pregunta que está respondiendo en este momento. Lea el cuadro que se encuentra al lado del sobre para saber qué debe enviarnos.

Si necesita ayuda para completar este formulario, llame al 401-462-5300. Al completar esta solicitud, puede usar las secciones tituladas "Hoja de trabajo" que se encuentran en la página 12 de 13 si necesita más espacio.

1.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (Jefe de familia)			Nº de Seguro Social		
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre			
NÚMERO DE TELÉFONO DONDE PUEDE SER LOCALIZADO ENTRE LAS 8:30 a. m. Y LAS 4:00 p. m.		<input type="checkbox"/> Casado/a <input type="checkbox"/> Separado/a	<input type="checkbox"/> Divorciado/a <input type="checkbox"/> Soltero/a	<input type="checkbox"/> Viudo/a	
DIRECCIÓN	N.º	Calle	Ciudad/Localidad	Estado	Código postal
DIRECCIÓN POSTAL (en caso de ser diferente)					



Incluya pruebas de su residencia, por ejemplo, un recibo de alquiler o arrendamiento, factura de algún servicio, factura de hipoteca u otra documentación de gasto de refugio.

2. ¿Usted o algún adulto de la familia habla inglés?

Sí No

Si la respuesta es no, ¿qué idiomas se hablan en su hogar? _____

3. ¿Se mudó a Rhode Island en los últimos tres (3) meses? Sí No

Si la respuesta es SÍ, fecha: _____ ¿Desde dónde?

**SOLO PARA USO DE
LA OFICINA**
Fecha de recepción

DHS se encargará de que un intérprete o miembro del personal bilingüe lo ayude a leer las notificaciones, cartas u otros tipos de información escrita de DHS que estén en inglés. Si tiene problemas para obtener servicios de un intérprete o de personal bilingüe en una oficina del DHS, comuníquese con el Coordinador de Competencia Limitada en Inglés al (401) 462-2130 (marque 711 para sordos o personas con problemas de audición).

4. SU FAMILIA: Nombre a cada persona que viva en su hogar ahora, tanto si solicita cuidado infantil para esa persona como si no lo hace.

NOMBRE	RELACIÓN CON USTED	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL (si tiene uno)	¿SOLICITA CUIDADO INFANTIL?	¿ESTE NIÑO ESTÁ EN JARDÍN DE INFANTES?	CONDICIÓN DE CIUDADANÍA	RAZA* (Ver abajo) opcional	¿La etnia de esta persona es latina/hispana? (opcional)
Apellido 1er nombre Inicial 2do.nom.	YO/Jefe de familia	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE. UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
		<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino			<input type="checkbox"/> Sí -----> <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> N <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> NH <input type="checkbox"/> I	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



Presente copias de los certificados de nacimiento o comprobante de condición de inmigración del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS) para todos los niños para los que está solicitando asistencia de cuidado infantil. Si alguno de los niños para los que solicita cuidado infantil no tiene un número de seguro social, debe pedir uno en la Oficina del Seguro Social y presentarnos un comprobante de que ha solicitado el número. Si ya ha presentado comprobante de esta información porque recibe RIW, SNAP o Asistencia Médica a través del DHS, no es necesario que presente documentación de esta información otra vez.

***Raza**

Ponga una marca en los cuadros que se encuentran arriba. Puede marcar más de un cuadro para cada persona.

- B = Blanco
- N = Negro o afroamericano
- A = Asiático
- NH = Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico
- I = Indio americano o nativo de Alaska

5. CONDICIÓN INMIGRATORIA: Escriba el nombre y la condición migratoria de cada hijo que solicite Cuidado Infantil y que no sea ciudadano estadounidense.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	CONDICIÓN INMIGRATORIA

CONDICIÓN INMIGRATORIA

- | | |
|--|---|
| 1. Residente legal permanente | 5. Se le concedió entrada condicional |
| 2. Admitido como refugiado | 6. Bajo libertad condicional en los Estados Unidos durante al menos 1 año |
| 3. Se le concedió asilo | 7. Ingresante cubano/haitiano |
| 4. Se le concedió suspensión de la deportación | 8. Indocumentado |



Si la condición migratoria del niño es N.º 1 a 7 (ver arriba), debe presentar prueba de la condición migratoria.

6. PADRE(S) AUSENTE(S): ¿Hay niños en la familia quienes no tengan a ninguno de sus padres (naturales o adoptivos) viviendo con ellos? Sí No

Nombrar como Padre ausente o ex esposo para hijos nacidos durante tal matrimonio o dentro de un plazo de 10 meses de una sentencia de divorcio final de dicho esposo. Si la sentencia de divorcio u orden judicial excluye a su marido o ex marido como padre de cualquiera de los hijos listados en la solicitud, usted debe nombrar al padre biológico de los hijos y proporcionar copias de la sentencia u orden junto con esta solicitud. Si hay más de un padre ausente o si tiene más de tres hijos con este padre ausente, copie la tabla de abajo y adjunte, en una hoja separada, la información de los otros padres ausentes.

Sobre el padre ausente:		Sexo	Nº. de Seguro Social del padre ausente	Fecha de nacimiento del padre ausente
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	_____ / _____ / _____	____/____/____
Dirección actual o última dirección conocida del padre ausente			Número de teléfono del padre ausente	
¿Este padre ha fallecido? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre y dirección del empleador		¿Es este padre ausente una persona discapacitada o un veterano? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Si la respuesta es sí, fecha de defunción: ____/____/____				
¿Los padres de los hijos estaban casados entre sí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es sí, fecha de matrimonio ____/____/____			
¿Los padres de los hijos se encuentran actualmente casados entre sí? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Si la respuesta es no, fecha de divorcio ____/____/____			
Hijos del padre ausente que viven en esta familia. Sobre los hijos:		Estado donde se produjo el nacimiento	¿Hay una orden judicial de manutención, cobertura de salud o prueba de paternidad para los hijos? (Si la respuesta es sí, indique la fecha).	
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre		
1.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención <input type="checkbox"/> Fecha _____ Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Fecha _____ Prueba de paternidad <input type="checkbox"/> Fecha _____
2.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención <input type="checkbox"/> Fecha _____ Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Fecha _____ Prueba de paternidad <input type="checkbox"/> Fecha _____
3.			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Manutención <input type="checkbox"/> Fecha _____ Cobertura de salud <input type="checkbox"/> Fecha _____ Prueba de paternidad <input type="checkbox"/> Fecha _____
¿Tiene motivos para temer que este padre ausente le cause daño a usted o a sus hijos?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
En este momento, ¿desea que un asistente social la remita a Servicios legales contra violencia familiar?		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
¿Alguna vez ha hecho una denuncia policial sobre algún incidente con el padre ausente o ha pedido una orden de prohibición? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No				
Si la respuesta es sí, presente una copia de la orden de prohibición a su asistente social o llame al 415-8200 y pida un trabajador social para cuidado infantil. Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, complete el AP-35-CCAP que se incluye con las portadas de este paquete y preséntelo junto con esta solicitud.				

7. INGRESOS DE TRABAJO: ¿Usted o alguien de la familia tiene o espera tener ingresos de un trabajo este mes?

Sí No

Infórmenos acerca de ingresos de trabajo independiente en la Pregunta 8.

Si la respuesta es sí, complete los cuadros que siguen acerca del trabajo. Utilice una página nueva para un segundo trabajo o un segundo padre con trabajo.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	FRECUENCIA DE PAGO <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> otra: _____	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL PAGO: (marque una) Irreg L M M J V S D
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:			TELÉFONO DEL EMPLEADOR:	TÍTULO DEL TRABAJO:
			FECHA DE CONTRATACIÓN/RECONTRATACIÓN	

CON LA INFORMACIÓN DE SUS RECIBOS DE PAGO DE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, COMPLETE LOS CUADROS QUE SIGUEN:

COMPR. DE PAGO N°.	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL PAGO	HORAS REGULARES	HORAS EXTRA	INGRESOS BRUTOS ANTES DE LOS IMPUESTOS	PROPINAS/COMISIONES	OTROS
1				\$	\$	\$
2				\$	\$	\$
3				\$	\$	\$
4				\$	\$	\$



Incluya copias de los comprobantes de pago de las últimas cuatro (4) semanas. O, si este es un trabajo nuevo, o ha regresado al mismo trabajo después de una ausencia de tres (3) semanas o más y no tiene cuatro (4) comprobantes de pago, debe presentar una carta de su empleador en la que se indique el primer día de trabajo, el salario por hora/por semana, horarios/días de trabajo y el total de horas de trabajo por semana. Por ejemplo: "Trabaja desde las 9:00 A. M. hasta las 3:00 P. M., de lunes a viernes".

Horas de actividad laboral			Marque lo que corresponda a su trabajo <input type="checkbox"/> Si se trata de un trabajo nuevo, fecha de inicio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Este ingreso dejará de existir el (fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Trabajo los mismos días de la semana todas las semanas. <input type="checkbox"/> Generalmente trabajo la misma cantidad de horas cada semana. <input type="checkbox"/> Mis días de trabajo cambian cada: semana / mes (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Hago rotación de turnos cada: semana / mes / otro _____ (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Trabajo horas extras: ocasionalmente / cada vez que me ofrecen/otro _____ (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Dependo del transporte público para ir a trabajar. <input type="checkbox"/> Este trabajo es temporario y mis horas caerán por debajo de las 20 hs./semana. <input type="checkbox"/> My trabajo es durante el año escolar y no se trabaja durante el verano. <input type="checkbox"/> Vuelvo al mismo trabajo después de una ausencia de tres (3) semanas o más y regresaré el (fecha) ____/____/____
Cronograma de trabajo	Horario de inicio	Horario de finalización	
Domingo			
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

Si el segundo padre de su familia o su cónyuge también tiene trabajo o si usted tiene un segundo trabajo, utilice esta página nueva para agregar información laboral adicional.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	FRECUENCIA DE PAGO <input type="checkbox"/> semanalmente <input type="checkbox"/> cada 2 semanas <input type="checkbox"/> dos veces al mes <input type="checkbox"/> otra: _____	FECHA EN QUE RECIBIÓ EL PAGO: (marque una) Irreg L M M J V S D
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR:			TELÉFONO DEL EMPLEADOR:	
			FECHA DE CONTRATACIÓN/RECONTRATACIÓN	CARGO DEL TRABAJO:

CON LA INFORMACIÓN DE SUS RECIBOS DE PAGO DE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS, COMPLETE LOS CUADROS QUE SIGUEN:

COMP ROBA NTE DE PAGO N°.	FECHA EN LA QUE RECIBIÓ EL PAGO	HORAS REGULARES	HORAS EXTRA	INGRESOS BRUTOS ANTES DE LOS IMPUESTOS	PROPINAS/COMISIONES	OTROS
1				\$	\$	\$
2				\$	\$	\$
3				\$	\$	\$
4				\$	\$	\$



Incluya copias de los comprobantes de pago de las últimas cuatro (4) semanas. O, si este es un trabajo nuevo, o ha regresado al mismo trabajo después de una ausencia de tres (3) semanas o más y no tiene cuatro (4) comprobantes de pago, debe presentar una carta de su empleador en la que se indique el primer día de trabajo, el salario por hora/por semana, horarios/días de trabajo y el total de horas de trabajo por semana. Por ejemplo: "Trabaja desde las 9:00 A. M. hasta las 3:00 P. M., de lunes a viernes".

Horas de actividad laboral			Marque lo que corresponda a su trabajo
Cronograma de trabajo	Horario de inicio	Horario de finalización	
Domingo			<input type="checkbox"/> Si se trata de un trabajo nuevo, fecha de inicio ____/____/____ <input type="checkbox"/> Este ingreso dejará de existir el (fecha) ____/____/____ <input type="checkbox"/> Trabajo los mismos días de la semana todas las semanas. <input type="checkbox"/> Generalmente trabajo la misma cantidad de horas cada semana. <input type="checkbox"/> Mis días de trabajo cambian cada: semana/mes (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Hago rotación de turnos cada: semana/mes/otro _____ (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Trabajo horas extras: ocasionalmente/cada vez que me ofrecen/otro _____ (marque con un círculo) <input type="checkbox"/> Dependo del transporte público para ir a trabajar. <input type="checkbox"/> Este trabajo es temporario y mis horas caerán por debajo de las 20 hs./semana. <input type="checkbox"/> My trabajo es durante el año escolar y no se trabaja durante el verano. <input type="checkbox"/> Vuelvo al mismo trabajo después de una ausencia de tres (3) semanas o más y regresaré el (fecha) ____/____/____
Lunes			
Martes			
Miércoles			
Jueves			
Viernes			
Sábado			

8. INGRESOS DE TRABAJO INDEPENDIENTE: ¿Usted o alguien de su familia percibe ingresos provenientes de un negocio que sea suyo? Sí No

Infórmenos acerca de todo ingreso proveniente de ofrecer cuidado de niños en la Pregunta 9.

Tipo de ingreso	Ingresos brutos	Frecuencia	Gastos	¿Continuarán estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
TRABAJO INDEPENDIENTE ¿Tipo de trabajo? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	

Complete la siguiente información acerca de los días y horas que pasa trabajando en un negocio propio.

Día	Horario de inicio	Horario de finalización	Horario de inicio	Horario de finalización	Horario de inicio	Horario de finalización
Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						

Enumere todos los ingresos y los gastos del negocio:

Tipo de ingreso	Monto del ingreso	Frecuencia*	Tipo de gasto	Monto del gasto	Frecuencia*
1.			\$		
2.			\$		
3.			\$		
4.			\$		
5.			\$		
6.			\$		
7.			\$		

- * Frecuencia (semanalmente, cada dos semanas, cada dos meses, mensualmente, cada tres meses, etc.)?
- Todos los gastos deben estar documentados con recibos u otros comprobantes.
- Los gastos de negocios permitidos son aquellos que son esenciales para producir u ofrecer los bienes y servicios.
- Entre los gastos se pueden encontrar trabajo, materiales, insumos, impuestos, gastos generales, gastos de viajes, intereses sobre préstamos para adquirir equipos y otro tipo de bienes que produzcan ingresos.
- Cuando el negocio se lleva a cabo en un hogar, no se consideran los gastos generales un gasto del negocio.
- Elementos tales como la depreciación, los gastos de negocio y entretenimiento personales, transporte personal, impuestos a los ingresos personales o planes de retiro, contribuciones por caridad, compras de bienes de capital y pagos del capital de préstamos por bienes de capital o bienes duraderos no se consideran gastos del negocio.



Para cada tipo de ingreso mencionado más arriba, incluya comprobantes de los ingresos brutos ganados y gastos relacionados, si hubiere. Si su negocio es una empresa constituida en sociedad, debe indicarse esto en su documentación. También aceptaremos una copia de sus últimos formularios de impuestos federales sobre los ingresos, que incluyen un estado de ingresos y egresos o un estado de ingresos y egresos de su contador para los últimos tres (3) meses si sus formularios de impuestos federales sobre

9. INGRESOS POR CUIDADO DE NIÑOS: ¿Usted o alguien de su familia percibe ingresos provenientes de ofrecer cuidado de otros niños? Sí No

Si usted es un proveedor de cuidado infantil independiente, no se autorizará ningún pago por el cuidado ofrecido a sus hijos durante las horas en las que usted está trabajando como proveedor.

Tipo de ingreso	Ingresos brutos	Frecuencia	Gastos	¿Continuarán estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
INGRESOS POR CUIDADO DE NIÑOS ¿Cuántos niños? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	

Complete la siguiente información acerca de los días y horas que pasa trabajando para obtener estos ingresos.

Día	Horario de inicio	Horario de finalización	Horario de inicio	Horario de finalización
Domingo				
Lunes				
Martes				
Miércoles				
Jueves				
Viernes				
Sábado				

Enumere todos los gastos del negocio:

Tipo de gasto:	Monto del gasto:	Frecuencia*
1.	\$	
2.	\$	
3.	\$	
4.	\$	
5.	\$	
6.	\$	
7.	\$	

* Frecuencia (semanalmente, cada dos semanas, cada dos meses, mensualmente, cada tres meses, etc.)?

- Todos los gastos deben estar documentados con recibos u otros comprobantes.
- Los gastos del negocio incluyen elementos del hogar, desgaste de muebles del hogar, el aumento de los costos de los servicios, equipos especiales suministrados por el proveedor para uso expreso de los niños durante el cuidado de estos, etc.
- Cuando el negocio se lleva a cabo en un hogar, no se consideran los gastos generales un gasto del negocio.
- Se permite una deducción estándar de \$32/semana por niño como gasto deducible del negocio de cuidado de niños. Los proveedores pueden deducir esta suma semanal por cada niño inscrito del que se disponga comprobante de pago por servicios de cuidado infantil. No se necesitan recibos u otros comprobantes para la deducción estándar. Los proveedores no pueden hacer una deducción por sus propios niños.
- Para los proveedores que puedan documentar gastos que superen la deducción estándar de \$32/semana por niño, se considerarán gastos permitidos reales. El proveedor que elija enumerar los gastos reales debe proporcionar una lista detallada de los gastos permitidos para el período de un mes más reciente y los recibos para cada gasto permitido que figure en la lista.



Para cada tipo de ingreso mencionado más arriba, incluya comprobantes de los ingresos brutos ganados y gastos relacionados, si hubiere.

10. INGRESOS NO SALARIALES: ¿Usted o algún miembro de su familia tiene otro ingreso? Sí No

Indique abajo los otros ingresos. Estos son algunos ejemplos de tipos de ingresos. Use la categoría "Otro" para tipos de ingreso que no estén en la lista. La categoría "Otro" puede incluir subsidios por adopción, regalos/premios/herencia/lotería, beneficios por retiro, fondos fiduciarios, beneficios de VA, etc.

TIPO DE INGRESOS	SUMA	FRECUENCIA	¿CONTINUARÁ ESTE TIPO DE INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE ESTE DINERO
BENEFICIOS POR DESEMPLEO	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
DISCAPACIDAD TEMPORARIA (TDI)	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
MANUTENCIÓN DE HIJOS	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
PENSIÓN ALIMENTICIA	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
INDEMNIZACIÓN LABORAL	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
BENEFICIOS DE VETERANOS	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
SSI	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
RSDI	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
PATROCINIO EXTRANJERO	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	Nombre y dirección del patrocinador:
INTERÉS/DIVIDENDOS	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
OTRO: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
OTRO: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	
OTRO: _____	\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	



Envíe una copia de comprobantes de los ingresos que recibe (por ejemplo, cheque o carta de asignación).

11. RECURSOS: ¿Usted, su cónyuge o cualquier otra persona de su hogar tiene algún recurso como los que se indican a continuación? Sí No

Los recursos disponibles se definen como cualquier interés sobre la propiedad en forma de dinero en efectivo u otro instrumento financiero o cuenta, que sea directamente convertible a dinero en efectivo o equivalente en efectivo. Entre ellos se incluyen, por ejemplo: dinero en efectivo, cuentas bancarias, de cooperativas de crédito u otra institución financiera, cuentas de cheques, ahorros y cuentas de mercado monetario, certificados de depósito u otros depósitos, acciones, bonos, fondos mutuos y otras cuentas o instrumentos financieros similares.

No incluyen cajas de ahorro, planes o programas para educación, cuentas, planes o programas de retiro, ni cuentas cuya titularidad esté compartida con otro adulto, sin incluir un cónyuge, que viva fuera de la familia pero solo en la medida en que la familia solicitante/beneficiaria documente los fondos de otras fuentes cuya titularidad sea del otro adulto que vive fuera de la familia, más la parte proporcional de todo interés, dividendo o ganancia de capital de estas.

Si se necesita más de una línea para una de las categorías de abajo, utilice los espacios que dicen 'Otro', para esas cuentas adicionales. En caso de ser necesario, copie la tabla de abajo y adjúntela en una página separada.

TIPO DE RECURSO	SUMA/VALOR	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE Y DIRECCIÓN DE LA INSTITUCIÓN FINANCIERA	NOMBRE DE LA PERSONA TITULAR DE ESTE RECURSO
EFFECTIVO	\$			
CUENTAS BANCARIAS O DE COOPERATIVAS	\$	_____ <input type="checkbox"/> Cta. de ahorros <input type="checkbox"/> Cta. de cheques		
CUENTAS BANCARIAS O DE COOPERATIVAS	\$	_____ <input type="checkbox"/> Cta. de ahorros <input type="checkbox"/> Cta. de cheques		
CUENTAS BANCARIAS O DE COOPERATIVAS	\$	_____ <input type="checkbox"/> Cta. de ahorros <input type="checkbox"/> Cta. de cheques		
CUENTA DE MERCADO MONETARIO O CERTIFICADO DE DEPÓSITO	\$	_____ <input type="checkbox"/> Cta. Mercado Monetario. <input type="checkbox"/> Cert. de Depósito		
ACCIONES/BONOS	\$			
FONDOS MUTUOS	\$			
OTROS	\$			
OTROS	\$			



Para cada recurso indicado arriba, incluya comprobante del valor de tal recurso, como por ejemplo resúmenes de cuenta bancarios, etc. Si tiene preguntas sobre cómo ofrecer pruebas de sus recursos, llame al Asistente social de cuidado infantil al 415-8200.

12. INGRESOS POR ALQUILER: ¿Usted o alguien de su familia percibe ingresos provenientes del alquiler de una propiedad? Sí No

Tipo de ingreso	Ingresos brutos	Frecuencia	Gastos	¿Continuarán estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
INGRESOS POR ALQUILER ¿Cuántas unidades? _____	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	



Para cada tipo de ingreso mencionado más arriba, incluya comprobantes de los ingresos brutos ganados y gastos relacionados, si hubiere.

13. INGRESOS POR ALQUILER DE HABITACIÓN/POR COMIDAS: ¿Usted o alguien de su familia tiene ingresos por alquilar una habitación y/o por ofrecer comidas en su hogar? Sí No

Tipo de ingreso	Ingresos brutos	Frecuencia	Gastos	¿Continuarán estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
INQUILINO/RESIDENTE ¿Cuántas comidas al día? __ ¿Solo habitación? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	\$		\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Desconocido	



Para cada tipo de ingreso mencionado más arriba, incluya comprobantes de los ingresos brutos ganados

14. DISCAPACIDAD DE PADRE O MADRE: ¿El padre o la madre que no trabaja tiene una discapacidad que le impide cuidar a los hijos? Sí No

Si la respuesta es sí, complete los cuadros para cada persona.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Problema médico (describir)
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Problema médico (describir)



Se exigirá corroboración de esta enfermedad. DHS le entregará un formulario que debe ser completado y firmado por un médico de familia y enviado a la oficina.

15. DISCAPACIDAD DEL HIJO: ¿Solicita cuidado infantil para un hijo que tiene una discapacidad? Sí No
Si la respuesta es sí, complete los cuadros para cada hijo.

Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Problema médico (describir)
Apellido	Primer nombre	Inicial segundo nombre	Problema médico (describir)



Se exigirá corroboración de esta enfermedad. DHS le entregará un formulario que debe ser completado y firmado por un médico de familia y enviado a la oficina.

16. SERVICIOS PARA LOS JÓVENES/PROGRAMA DE VISITAS EN EL HOGAR: ¿Tiene menos de 20 años y no tiene un diploma de escuela secundaria? Si esto es así, ¿está participando en un Programa de visitas en el hogar para jóvenes? Sí No

Si su respuesta es sí, ¿qué programa? _____



Incluya una carta de su programa que indique que usted está actualmente activo.

17. SOLICITUD DE HORAS PARA CUIDADO INFANTIL:

Indique en la tabla de abajo cuándo necesita servicios de cuidado infantil. Si ambos padres están involucrados en actividades, debe solicitar cuidado para las horas en las que ninguno de los dos padres se encuentre disponible para cuidar a los hijos. Luego, responda las preguntas que se encuentran al final para que podamos comprender mejor su necesidad de cuidado infantil.

Indique la cantidad de horas al día para cada hijo que necesite cuidado (las horas en la escuela no se pueden considerar horas de cuidado)	DOMINGO	LUNES	MARTES	MIÉRCOLES	JUEVES	VIERNES	SÁBADO
	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:	De: A:
Nombre del niño/a: _____							
Nombre del niño/a: _____							
Nombre del niño/a: _____							
Nombre del niño/a: _____							

¿Cambiarán las horas que solicitó más arriba de manera regular debido a cambios u horarios variables en su cronograma de actividades? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la cantidad aproximada de horas que usted participa en sus actividades por semana? _____

¿Cuánto tiempo viaja desde su proveedor de cuidado infantil hasta su actividad? _____

¿Necesita cuidado antes de la escuela (antes de las 9:00 a. m.) para alguno de sus hijos en edad escolar? Sí No

¿Las horas solicitadas arriba requieren el uso de más de un proveedor? (por ejemplo, un proveedor diferente los fines de semana o por la noche) Sí No

NOTIFICACIÓN DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el Título IX de las Enmiendas a la Ley de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Cupones para Alimentos y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones reguladoras del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las reglamentaciones reguladoras del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y los Servicios de Alimentación y Nutrición del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos (Department of Human Services, DHS) de Rhode Island no discrimina por raza, color, nacionalidad (personas que tienen limitado dominio de inglés), edad, discapacidad, religión, creencias políticas o sexo para aceptar o para ofrecer servicios, empleo o tratamiento en sus programas y actividades educativos y de otro tipo. Según otras disposiciones de leyes vigentes, DHS no discrimina por orientación sexual, identidad o expresión de género.

Para obtener información adicional acerca de estas leyes, reglamentaciones y procedimientos de quejas por discriminación de DHS para la resolución de quejas sobre discriminación, comuníquese con DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, teléfono: 462-2130 (marque 711 para personas sordas o que tengan problemas de audición). El Funcionario de Enlace de Relaciones Comunitarias es el coordinador de la implementación del Título VI; el Administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (Office of Rehabilitative Services, ORS) o la persona que este designe es el coordinador de la implementación del Título IX, Sección 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El Director del DHS o la persona que este designe tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles por parte del DHS.

**HOJA DE TRABAJO DE
INFORMACIÓN ADICIONAL**

Use esta hoja de trabajo para incluir cualquier miembro o información adicional. Para asegurarse de la precisión del procesamiento, escriba el número de pregunta y el número de página de la solicitud a la que pertenece su pregunta en el espacio proporcionado.

Nombre: _____ Últimos 4 dígitos de su N° de Seguro Social: _____

Dirección: _____ Teléfono: _____

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

Pregunta N°.	N°. de página de la solicitud
---------------------	--------------------------------------

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES de los solicitantes/beneficiarios del Programa de Asistencia para Cuidado Infantil

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de solicitar y, si reúne las condiciones, de recibir Asistencia para Cuidado Infantil, de acuerdo con las políticas y normas establecidas según las leyes estatales.

Tiene el derecho de que se le proporcione información en un formato que pueda entender y de ser tratado con cortesía, consideración y respeto.

Usted tiene el DERECHO de apelar y de que se le conceda, a la brevedad, una Audiencia ante un Funcionario de Apelaciones del DHS si no está satisfecho con cualquier decisión del Departamento o si este se demora para tomar una decisión. Puede representarlo un abogado o cualquier otra persona que usted elija para que se presente en su nombre. Los formularios para solicitar audiencias, en los que puede presentar su queja, están disponibles en todas las oficinas locales y estatales. Debe solicitar una audiencia en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en la que reciba una notificación por escrito acerca de Asistencia para Cuidado Infantil.

Tiene el DERECHO de negarse a proporcionar información sobre su herencia racial/étnica.

Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza información acerca de usted y de otros miembros de su familia solamente a los fines directamente relacionados con la administración de los programas y en cumplimiento con las normas de la Ley de Responsabilidad y Transferencia de Seguros Médicos (HIPAA), en lo que respecta a Información de Salud de Carácter Personal. El Departamento no divulga información sobre usted u otros miembros de su familia sin su consentimiento, excepto según las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 y 40-6-12.1 y las reglamentaciones publicadas en los Manuales de Política de Asistencia para cuidado Infantil. Toda persona que sea declarada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 se considerará culpable de un delito menor. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos (\$200) dólares o hasta seis (6) meses de encarcelamiento, o ambos.

RESPONSABILIDADES

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de otorgar al Departamento información precisa de sus ingresos, recursos y tipo de vivienda.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos inmediatamente, en un plazo de diez (10) días, cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición de la familia o cualquier otro cambio que afecte a su familia.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de otorgar los números del Seguro Social de usted y de su familia o solicitarlos, si así se le exige, como condición de elegibilidad. Su número de Seguro Social, además de los números de Seguro Social de todos los miembros de su familia por los que usted recibe asistencia, se utilizarán para relacionarlos por computadora con el Departamento de Trabajo y Capacitación (Department of Labor and Training), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Servicio de Rentas Internas (Internal Revenue Service, IRS), el Servicio de Alimentación y Nutrición (Food and Nutrition Service) y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por ley, reglamentación o contrato, y estas estarán sujetas a verificación por funcionarios locales, estatales y federales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estas oficinas se utilizará para asegurarse de que su familia sea elegible y reciba la cantidad correcta de

Asistencia para Cuidado Infantil. Los números del Seguro Social también se usan para evitar que una persona o familia reciba beneficios duplicados de cualquier programa, para que el hacer cambios masivos en beneficios federales sea más fácil de implementar y para determinar la precisión y veracidad de la información que los solicitantes y beneficiarios de asistencia presentan al Departamento.

Tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar completamente con el personal Estatal y Federal que esté llevando a cabo los controles de calidad.

Tiene la RESPONSABILIDAD de consentir y cooperar con el Departamento en el establecimiento de la paternidad y en el establecimiento o la imposición órdenes de manutención de hijos y de asistencia médica para todos los hijos de la familia, de acuerdo con las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-5.1-17, y de acuerdo con el Título 15 de las Leyes Generales, y sus enmiendas, a menos que se encuentre una buena razón para negarse a cumplir con las exigencias de esta ley. Si no coopera con la Oficina de Servicios de Manutención de Hijos, respecto de cualquier hijo de su familia, se rechazará o finalizará la Asistencia para Cuidado Infantil para todos los niños de su familia.

Entiendo que, conforme a las leyes generales de Rhode Island, Secciones 40-6-9, 40-6-10 o 40-8-15, sin la necesidad de firmar ningún documento:

Entiendo y acepto que la oficina del DHS puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de beneficios.

Entiendo que esta solicitud servirá como autorización para que el Departamento de Servicios Humanos obtenga información de los proveedores médicos que sea pertinente para mí o para cualquier persona incluida en esta solicitud en tanto el caso permanezca abierto. DHS tiene mi autorización para utilizar o revelar información de salud protegida para tratamientos, pagos y operaciones de atención de la salud, de acuerdo con la notificación de prácticas de privacidad del DHS.

DHS puede usar o compartir la información de esta solicitud para la administración de los programas de DHS, así como para la administración de otros programas que cuentan con financiación federal, de acuerdo con las leyes, los contratos y las reglamentaciones estatales y federales.

DHS puede publicar información que no sea de identificación personal con fines de investigación. Toda divulgación de información de identificación personal debe hacerse de acuerdo con las leyes estatales y federales.

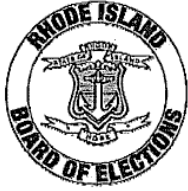
Entiendo las preguntas de esta solicitud y la sanción por ocultar la información o por dar información falsa o por infringir cualquiera de las reglas que figuran en esta Advertencia de Sanciones.

SANCIONES POR PERJURIO:

Certifico bajo pena de perjurio que mis respuestas son correctas, incluida la información acerca de ciudadanía y condición de extranjero, y completas a mi leal saber y entender. Sé que, según las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-6-15, se pueden imponer una multa máxima de \$1,000 o encarcelamiento por hasta cinco (5) años o ambos castigos a una persona que obtenga, intente obtener o ayude o induzca a cualquier persona a obtener asistencia pública para la que no tiene derecho, o que intencionalmente no informe ingresos, recursos o circunstancias personales o aumentos de estos que superen la suma informada anteriormente.

CERTIFICO, bajo pena de perjurio, que toda la información contenida en esta solicitud es verdadera.

Firma del solicitante o del beneficiario	Fecha	Firma del tutor, custodio o titular del poder	Fecha
Firma del cónyuge u otro padre del niño o de los niños	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha



Notificación para el solicitante Inscripción para votar en Rhode Island

El Consejo Estatal de elecciones insta a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto lo beneficiará a usted y a su familia.

Se incluye un formulario de inscripción del votante en este paquete de formularios. Si quiere inscribirse para votar, complete y firme el formulario y envíelo por correo a su Junta de agentes electorales (Board of Canvassers) local (el directorio se encuentra en el reverso del formulario)

Inscríbase para votar

- Si no está inscrito para votar donde vive ahora, complete el formulario adjunto.
- El hecho de que solicite o rechace la inscripción para votar no afectará la cantidad de asistencia que esta agencia proporciona.
- Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción del votante, puede llevarlo con usted cuando devuelva los otros formularios completados del paquete, o puede ir a la Junta de agentes electorales local en la ciudad/localidad en la que viva. (El directorio de ciudades/localidades se encuentra en el reverso del formulario de inscripción del votante).
- La decisión sobre si debe buscar o aceptar ayuda es suya.
- Si cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o rechazar inscribirse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si debe inscribirse o al solicitar inscribirse para votar o su derecho de elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el Coordinador de Inscripción de Votantes, 50 Brand Avenue, Providence, RI 02904 o (401) 222-22345.



RHODE ISLAND FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.

A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.
(Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirse para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

Casilla 3: Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en <http://www.elections.ri.gov> puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

Casilla 5: Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

Casilla 9: Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

Casilla 10: Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Casilla 11: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

Casilla 12: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en <http://www.elections.ri.gov> o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

1. Marque lo que corresponda: Inscripción votante nuevo Cambio dirección Cambio partido Cambio nombre

2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island Sí No
Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones) Sí No

Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.

3. No. de licencia de conductor de RI
No. de tarjeta de identidad de RI:

Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social:

Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.

4. Apellido Nombre 2º nombre (o la inicial)

5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal) Apto. Ciudad/Pueblo Estado Código ZIP

RI

6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5) Apto. Ciudad/Pueblo Estado Código ZIP

7. Fecha de nacimiento 8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo) 9. Selleccione su partido: Demócrata Moderado

Mes Día Año

Republicano Sin afiliación Otro

10. Juro o afirmo que:

- No estoy recluso ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor.
- No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado.
- A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos.

Uso oficial para código de barras

Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.

Fecha de la firma MM/DD/AAAA

¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla)

Advertencia: Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.

11. Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4)

12. Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)



Requiere franqueo. La Oficina Postal no hará entrega si no tiene el debido franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

Three horizontal lines for address information.

*****Plegar aquí y pegar arriba con cinta*****

INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

- Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:
1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de "Remitir a: BOARD OF CANVASSERS" en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Table listing local election boards across Rhode Island, including locations like Barrington, Bristol, Burrillville, Central Falls, Charlestown, Coventry, Cranston, Cumberland, East Greenwich, East Providence, Exeter, Foster, Gloucester, Hopkinton, Jamestown, Johnston, Lincoln, Little Compton, Middletown, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, North Providence, North Smithfield, Pawtucket, Portsmouth, Providence, Richmond, Scituate, Smithfield, So. Kingstown, Tiverton, Warren, West Warwick, and Westerly.

Toda consulta sobre la inscripción de votantes puede dirigirse a:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov