



**DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND
SOLICITUD PARA OBTENER EL SERVICIO DEL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL
SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM, SNAP)
PARA MIEMBROS ANCIANOS DE LA FAMILIA**

Spanish Version

For Office use only: Screener's Name: _____	Date Screened: _____	Intake: _____
--	----------------------	---------------

¿Habla inglés? Sí No Si la respuesta es no, ¿cuál es su idioma principal? _____

¿Puede leer y escribir en inglés? Sí No

Si no habla inglés, ¿hay algún miembro adulto de la familia que hable inglés? Sí No

Apellido: _____ Fecha de nacimiento: _____ / _____ / _____
mes día año

Nombre: _____ N.º de seguro social _____

Inicial del segundo nombre: _____ Nombre de soltera/otros nombres: _____

Dirección (dónde vive): _____ Departamento/piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Dirección postal (si es diferente): _____ Departamento/piso: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Número de teléfono (particular): _____ Otro: _____

¿Necesita ayuda para completar esta solicitud? Sí No

Si desea autorizar a **otra persona** para que presente una solicitud en su nombre, indíquelo a continuación:

Nombre: _____ Fecha de nacimiento: _____ Número de teléfono : _____
MMDD AAAA

Calle/ruta	Dpto./piso	Ciudad	Estado	Código postal
------------	------------	--------	--------	---------------

Si tiene una discapacidad o enfermedad que le dificulta entender o responder las preguntas de esta solicitud, podemos ofrecerle ayuda. Por ejemplo, podemos leer el formulario con usted y escribir las respuestas por usted. Podemos hacer otros arreglos, según qué tipo de ayuda necesite. Háganoslo saber.

PUEDE OBTENER LOS BENEFICIOS DEL SNAP DENTRO DE SIETE DÍAS SI REÚNE TODOS LOS SIGUIENTES REQUISITOS DE ELEGIBILIDAD:

1. Si el ingreso bruto mensual de su hogar no supera los \$150 y los recursos de los miembros de su familia como, por ejemplo, dinero en efectivo, cuentas corrientes o de ahorro es de \$100 o menor a dicha suma,
2. Si la renta o la hipoteca y los servicios públicos superan la suma del ingreso bruto mensual y de los recursos líquidos de su hogar, o
3. Si es trabajador agrícola inmigrante o temporal.

Si reúne los requisitos para obtener este servicio, tenemos la obligación de brindarle los beneficios del SNAP dentro de los siete (7) días a partir del momento en que presenta este formulario durante el horario de trabajo habitual y la fecha de sellado.

CERTIFICO QUE LA INFORMACIÓN QUE CONTIENE *ESTA* PÁGINA ES CORRECTA SEGÚN MI LEAL SABER Y ENTENDER, Y QUE EXISTEN SANCIONES POR NO DECIR LA VERDAD SOBRE MÍ Y SOBRE MI FAMILIA.

Firme a continuación y continúe con las siguientes páginas.

_____ Firma del solicitante

_____ Fecha

Mencione a TODOS los miembros de su hogar en ESTA COLUMNA 						Mencione información en ESTA COLUMNA únicamente si la persona solicita los beneficios del SNAP.
Apellido	Nombre, inicial del segundo nombre	Sexo	Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	Relación con usted	N. ° de seguro social	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? (SI LA RESPUESTA ES NO, deberá presentar la documentación para extranjeros correspondiente**)
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>		Usted		SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
		M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>				SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>

*La condición de extranjero de los miembros solicitantes de la familia puede estar sujeta a verificación por parte de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (United States Citizen and Immigration Services, USCIS) a través de la presentación de información de la solicitud a USCIS y la información presentada recibida por USCIS puede afectar la elegibilidad y nivel de beneficios de la familia.

**La documentación para extranjeros incluye: número de extranjero, país de origen, condición de extranjero, fecha de ingreso: fecha de la condición, información del patrocinador.

MI vivienda es (marque una opción):

<input type="checkbox"/> 01 Vivienda para personas ancianas o discapacitadas	<input type="checkbox"/> 06 Hogar propio/casa rodante	<input type="checkbox"/> 11 No tradicional: vestíbulo, calle, auto
<input type="checkbox"/> 02 Centro de rehabilitación de drogas/alcohol	<input type="checkbox"/> 07 Casa/dpto./casa rodante alquilado	<input type="checkbox"/> 12 Geriátrico y residencia asistida
<input type="checkbox"/> 03 Hogar para grupos de personas discapacitadas/ciegas	<input type="checkbox"/> 08 Vivo en la casa/el dpto. de otra persona.	<input type="checkbox"/> 13 Centro de cuidados a largo plazo
<input type="checkbox"/> 04 Albergue para mujeres maltratadas	<input type="checkbox"/> 09 Sin dirección permanente	<input type="checkbox"/> 99 Otro (especifique):__
<input type="checkbox"/> 05 Refugio	<input type="checkbox"/> 10 Casa de rehabilitación	

¿Se mudó a Rhode Island dentro de los últimos tres (3) meses? Sí No Si la respuesta es SÍ, indique la fecha: _____

Si la respuesta es sí, indique el motivo por el cual se mudó aquí: (marque una opción)

- L Busca empleo W Desea obtener dinero en efectivo, los beneficios del SNAP y/o servicios médicos
 D Violencia doméstica R Cercanía a un pariente O Otro _____
(especifique))

De dónde proviene? _____

¿Recibe algún tipo de ayuda ahora? Sí No

¿Presentó anteriormente una solicitud o recibió algún tipo de pagos de asistencia, beneficios o SNAP en Rhode Island o en algún otro estado? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿bajo qué nombre? _____ ¿Dónde? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Tipo? _____

¿Hay alguien en el hogar que se esté escapando de la ley para evitar procesos legales, que esté en custodia o que vaya a prisión por un delito grave según las leyes del lugar de donde se esté escapando, esté acusado de intento de cometer un delito o haya cometido un delito según las leyes del lugar de donde se esté escapando o, en el caso de Nueva Jersey, sea un delito grave según el estado de Nueva Jersey o por violación de la libertad condicional o de un período de prueba impuesto según una ley federal o estatal? Sí No

Si la respuesta es sí, mencione el nombre de los miembros del hogar _____ Fecha _____ Estado _____

¿Hay alguien en el hogar que haya sido declarado por el Departamento a través del proceso de Audiencia administrativa de haber cometido o haya sido condenado en un tribunal federal o del estado de haber realizado una declaración fraudulenta con respecto a su identidad o lugar de residencia para recibir varios beneficios

simultáneamente según la ayuda de algún programa de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), del programa Cupones para Alimentos (SNAP) o del Programa de Asistencia de Medicaid? Sí No

Si la respuesta es sí, mencione el nombre de los miembros del hogar _____ Fecha _____ Estado _____

¿Hay alguien en el hogar que haya recibido ingresos de alguna fuente hasta ahora este mes? Sí No
 SI LA RESPUESTA ES SÍ, ¿cuál es el monto del ingreso bruto?

TIPO DE INGRESO	\$ DEL MONTO BRUTO	FRECUENCIA (por semana, por mes, etc.)	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL INGRESO
RSDI (Seguro por Jubilación, Supervivencia y Discapacidad) (SEGURO SOCIAL)			
Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI)			
JUBILACIÓN			
BENEFICIOS PARA VETERANOS (Veteran Benefits, VA)			
INDEMNIZACIÓN LABORAL			
SALARIO			
OTRO (ESPECIFIQUE)			
OTRO (ESPECIFIQUE)			

¿Hace poco que dejaron de percibir el único ingreso del hogar? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿cuándo? _____ ¿Por qué? _____

¿Hay alguien en el hogar que espera recibir *otro* ingreso más adelante este mes? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿cuál es la suma? _____ ¿cuándo? _____

¿Cuántas personas viven en su hogar y comen con usted? (incluido usted) _____

¿Cuál es la suma mensual de la **renta** o de la **hipoteca**? _____

Servicios públicos mensuales: Calefacción: _____ Aire acondicionado: _____ Otros servicios públicos: _____

¿Posee algún **gasto médico** como, por ejemplo, recetas, medicamentos de venta libre, suministros para la diabetes, gafas, gastos odontológicos, audifono, etc.? \$ _____ por mes

Certifico bajo pena de perjurio, que he leído (o he hecho que me lean) y entiendo la Notificación de Derechos, Responsabilidades y Sanciones y que mis respuestas son correctas y completas, incluida la información sobre la ciudadanía y el estado de extranjero, y que la he completado según mi leal saber y entender. Sé que, según las Leyes Generales de Rhode Island, Sección 40-6-15, se puede imponer una multa máxima de \$1,000 o encarcelamiento por hasta 95 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.

¿Prefiere una entrevista **TELEFÓNICA** o una entrevista **EN LA OFICINA** ?

FECHA _____

FIRMA DEL SOLICITANTE _____

FIRMA DEL CÓNYUGE DEL SOLICITANTE U OTRO ADULTO SOLICITANTE QUE VIVA EN EL HOGAR _____

PARA USO EXCLUSIVO DE LA OFICINA

AUTORIZACIÓN PARA UTILIZAR EL EXPEDIENTE
POR BÚSQUEDA

EXPEDIENTE ANTERIOR	ESTADO	UBICACIÓN DEL EXPEDIENTE	FECHA DE SOLICITUD
RIW/DINERO EN EFECTIVO <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
SNAP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asistencia Médica (MA) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
RITE CARE <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Asistencia Pública General (GPA) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
CCAP <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			

DISPOSICIÓN:

Fecha de admisión del solicitante de SNAP _____

Fecha de envío de la admisión del solicitante de SNAP _____

Comentarios:

Firma de la persona que selecciona

Fecha

IMPORTANTE:

[Este aviso es únicamente informativo.](#)

[No debe firmar ni devolver esta página de la solicitud para recibir los beneficios del Departamento de Servicios Humanos \(Department of Human Services\)](#)

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES de los solicitantes o beneficiarios del SNAP

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de apelar y de que se le conceda una Audiencia ante un Funcionario del Departamento a cargo de la Audiencia si no está satisfecho con la decisión del Departamento o si este se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, se dará lugar a su apelación con prontitud. 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 del Departamento de Estado y localidades. Si no está satisfecho con alguna decisión que haya tomado el Departamento respecto de su solicitud, tiene el derecho de solicitar una audiencia. Debe solicitarla en un plazo de 90 días a partir de la fecha en la que reciba una notificación por escrito acerca de sus beneficios del SNAP.

Usted tiene el DERECHO de recibir un trato no discriminatorio. 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 Alimentación y Nutrición de 2008 (anteriormente conocida como 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 el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos y los Servicios de Alimentos y Nutrición (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, discapacidad, creencias políticas, edad, religión 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, el DHS no discrimina por orientación sexual. 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 el DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, Rhode Island 02920, número de Teléfono 462-2130 (los individuos que sean sordos o tengan dificultades auditivas pueden llamar al 462-6239 o 711). 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 Rehabilitation 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.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos prohíbe la discriminación hacia sus clientes, empleados y solicitantes de trabajo por cuestiones de raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, debido a que el total o parte de los ingresos de un individuo proceden de un programa de asistencia pública, o bien debido a que su información genética se encuentra protegida en su empleo o en algún programa o actividad dirigida o financiada por el Departamento (no toda la información prohibida se aplicará a todos los programas o actividades relacionadas con el empleo). Si desea presentar una queja por discriminación, complete el Formulario de quejas por discriminación del Programa USDA, que podrá encontrar en línea en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o bien llame a cualquier oficina del USDA o al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También podrá escribir una carta que contenga toda la información que se solicita en el formulario. Envíe la carta o el formulario de queja completo por correo al Departamento de Agricultura de los Estados Unidos, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, envíe un fax al (202) 690-7442 o envíe un correo electrónico a program.intake@usda.gov. Los individuos que sean sordos, tenga dificultades auditivas o tengan problemas en

el habla se podrán comunicar con el USDA al Servicio Federal de Transmisiones al (800) 877-8339, o bien al (800) 845-6136 (español).

Para obtener información adicional sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con el número de la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, en la que también se brinda asistencia en español o llamar a los números de línea directa/información estatal que podrá encontrar http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. El USDA es un proveedor y empleador que ofrece igualdad de oportunidades.

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 Transferibilidad y Responsabilidad del Seguro de Salud (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) en lo que respecta a Información médica que lo identifica individualmente.

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 del DHS y del SNAP. 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 dólares (\$200) o hasta seis (6) meses de encarcelamiento, o ambos castigos.

RESPONSABILIDADES

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

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos inmediatamente, en un plazo de diez (10) días, sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición de familia o cualquier otro cambio que afecte su familia. Para SNAP, si usted es un informante simple, debe informar cuando sus ingresos superen el 130 % del Nivel Federal de Pobreza (Federal Poverty Level, FPL).

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de otorgar los números de seguridad social de usted y de su familia o solicitarlos, si así se le exige, como condición de elegibilidad. La compilación del número de seguro social,

así como del Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de cada miembro de la familia, está autorizada por la Ley de Cupones para Alimentos de 1977, con sus enmiendas 7 U.S.C. 2011-2036.

Se utilizará esta información para determinar si su familiar reúne las condiciones o si todavía las reúne para participar en el SNAP. El Departamento corroborará esta información a través de programas de coincidencias por computadora. También se utilizará esta información para controlar el cumplimiento con las reglamentaciones del programa y para la administración de este. Podrá divulgarse esta información a otras oficinas estatales y federales para que la examinen a nivel oficial y a funcionarios del cumplimiento de las leyes, con el objetivo de detener a las personas que están prófugas para evadir la ley. Si surge un reclamo de SNAP en contra de su familia, podrá entregarse la información de esta solicitud, incluidos todos los SSN, a oficinas estatales y federales, además de oficinas privadas de cobro de reclamos, para proceder con el cobro de los reclamos. La entrega de la información solicitada, incluidos los SSN de cada miembro de la familia, es voluntaria. Sin embargo, si no se otorga un SSN, se le negarán los beneficios de SNAP a cada persona que no haya entregado un SSN. Todo SSN otorgado se utilizará y publicará de la misma manera que los SSN de los miembros de la familia que reúnan las condiciones para los beneficios del plan.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informar y ofrecer comprobantes de sus gastos para recibir la mayor cantidad de beneficios de SNAP permitidos. Si no lo hace, se considerará que usted no quiere recibir una deducción para los gastos no informados o cuyos comprobantes no se hayan presentado.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar completamente con el personal estatal y federal que esté llevando a cabo los controles de calidad.

DECLARACIÓN DE ADVERTENCIAS DE SANCIONES DE SNAP PARA SOLICITANTES/BENEFICIARIOS

Entiendo que:

1. Cualquier miembro de mi familia que intencionalmente infrinja una regla del SNAP puede ser excluido del Programa SNAP:

*durante un (1) año por la primera infracción, con las excepciones que se mencionan en el punto 2 y 3 a continuación;

*durante un período de dos (2) años por la segunda infracción, con las excepciones que se mencionan en el punto 3 a continuación; y,

*de forma permanente por tercera vez de alguna infracción voluntaria al programa.

2. En el caso de que los tribunales locales, estatales o federales descubran que una persona usó o recibió beneficios del SNAP en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no podrán ser elegidos para el programa SNAP a partir de la primera vez que ocurra tal violación.

3. Una persona condenada por haber traficado beneficios del SNAP por un monto total de quinientos dólares (\$500) o más será descalificada del programa SNAP.

4. Las personas que el Departamento haya hallado culpables, o que tribunales estatales o federales hayan hallado culpables, de hacer una declaración fraudulenta para recibir múltiples beneficios simultáneamente según el programa SNAP, podrían no tener derecho a participar en el programa por un período de diez (10) años.

NO proporcione información falsa ni oculte información para recibir o seguir recibiendo beneficios de SNAP.

NO canjee ni venda tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (Electronic Benefit Transfer, EBT).

NO use los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean elegibles, como bebidas alcohólicas y tabaco.

NO use la tarjeta de EBT de otra persona para su familia.

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

El DHS puede publicar información que no sea de identificación personal a los 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.

FIRME LA SOLICITUD en la página 3



Notificación al solicitante que se inscribe para votar en Rhode Island

La Junta de Elecciones del estado anima a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto le beneficiará a usted y a su familia.

Este paquete de formularios incluye un formulario de inscripción para votantes. Si desea inscribirse para votar, complete y firme el formulario y remítalo a su junta de elecciones local (el directorio está al dorso del formulario).

Inscríbase para votar.

- Si no está inscrito/a para votar en el lugar donde vive actualmente, complete el formulario adjunto.
- El que solicite o no la inscripción como votante no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.
- Si desea que alguien le ayude a completar el formulario de inscripción para votar, puede traerlo cuando venga a devolver los otros formularios completados de este paquete o puede llevarlo a la Junta de Elecciones de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos está al dorso del formulario de inscripción para votantes) La decisión en cuanto a pedir o aceptar esta ayuda le corresponde a usted.
- Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a renunciar al mismo, o con su derecho a tomar la decisión sobre si inscribirse o solicitar la inscripción para votar en privado, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede interponer una queja ante el Voter Registration Coordinator, Rhode Island Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, R.I. 02904 o llamando al (401) 222-2345.



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: <input type="checkbox"/> Inscripción votante nuevo <input type="checkbox"/> Cambio dirección <input type="checkbox"/> Cambio partido <input type="checkbox"/> Cambio nombre				
2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciones) <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.		3. No. de licencia de conductor de RI <input type="text"/> No. de tarjeta de identidad de RI: <input type="text"/> Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social: <input type="text"/> 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 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: <input type="checkbox"/> Demócrata <input type="checkbox"/> Moderado
Mes Día Año				<input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> 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.		<i>Uso oficial para código de barras</i>		
Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.		¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla) <input type="checkbox"/>		
<input type="text"/>		Fecha de la firma MM/DD/AAAA		
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**

*****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

Barrington Town Hall 283 County Rd. Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall 675 Ten Rod Rd. Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall PO Drawer 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall 64 Farnum Pike Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall 10 Court St. Bristol, RI 02809	Foster Town Hall 181 Howard Hill Rd. Foster, RI 02825	Newport City Hall 43 Broadway Newport, RI 02840	So. Kingstown Town Hall 180 High St Wakefield, RI 02879.
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	No. Kingstown Town Hall 80 Boston Neck Rd. North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall 343 Highland Rd. Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall 580 Broad St. Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall One Town House Rd. Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall 2000 Smith St. North Providence, RI 02911	Warren Town Hall 514 Main St. Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 So. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall 93 Narragansett Ave. Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex 575 Smithfield Rd, North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall 3275 Post Rd. Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall 1670 Flat River Rd. Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall 1385 Hartford Ave Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall 137 Roosevelt Ave. Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall 869 Park Ave. Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall 100 Old River Rd. PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall 2200 East Main Rd Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall 1170 Main St. West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall 45 Broad St. Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall PO Box 226 Little Compton, RI 02837	Providence City Hall 25 Dorrance St. Providence, RI 02903	Westerly Town Hall 45 Broad St. Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall PO Box 111 East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall 350 East Main Rd. Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall 5 Richmond Townhouse Rd. Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall P.O. Box B, 169 Main St. Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall 145 Taunton Ave. East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall 25 Fifth Ave. Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall PO Box 328 North Scituate, RI 02857	

**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