



**ESTADO DE RHODE ISLAND Y PLANTACIONES DE PROVIDENCE
DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS**

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA
ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA (SNAP, SUPPLEMENTAL
NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM)**

Anteriormente conocido como el Programa de cupones para alimentos

ESTA SOLICITUD ESTÁ DESTINADA SOLAMENTE PARA LA AYUDA ALIMENTARIA DEL SNAP.

PARA OBTENER INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA MÉDICA, MONETARIA Y/O DE CUIDADO DE NIÑOS, COMUNIQUESE CON UN CENTRO FAMILIAR DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS (DHS) DE RI.

**WOONSOCKET
REGIONAL
FAMILY CENTER**

450 Clinton Street
Woonsocket, RI 02895
Teléfono: (401) 235-6200
o 1-800-510-6988
Fax: (401) 235-6237

Atiende a las siguientes ciudades:

Burrillville
Cumberland
Foster
Glocester
Lincoln
North Providence
North Smithfield
Smithfield
Woonsocket

**PROVIDENCE REGIONAL
FAMILY CENTER**

206 Elmwood Avenue
Providence, RI 02907
Teléfono: (401) 415-8200
Fax: (401) 415-8349

Atiende a las siguientes ciudades:

Cranston
Johnston
Providence
Scituate

**NEWPORT REGIONAL
FAMILY CENTER**

272 Valley Road
Middletown, RI 02842
Teléfono: (401) 851-2100
o 1-800-675-9397
Fax: (401) 851-2105

Atiende a las siguientes ciudades:

Jamestown
Little Compton
Middletown
Newport
Portsmouth
Tiverton



**PAWTUCKET
REGIONAL
FAMILY CENTER**

249 Roosevelt Avenue
Pawtucket, RI 02860
Teléfono: (401) 721-6600
o 1-800-984-8989
Fax: (401) 721-6659

Atiende a las siguientes ciudades:

Barrington
Bristol
Central Falls
East Providence
Pawtucket
Warren

**WARWICK REGIONAL
FAMILY CENTER**

195 Buttonwoods Avenue
Warwick, RI 02886
Teléfono: (401) 736-1400
o 1-800-282-7021
Fax: (401) 736-1443

Atiende a las siguientes ciudades:

Warwick
West Warwick

**SOUTH COUNTY
REGIONAL
FAMILY CENTER
(OLIVER STEDMAN
CENTER)**

4808 Tower Hill Road
Wakefield, RI 02879
Teléfono: (401) 782-4300
o 1-800-862-0222
Fax: (401) 782-4316

Atiende a las siguientes ciudades:

Charlestown
Coventry
East Greenwich
Exeter
Hopkinton
Narragansett
New Shoreham
North Kingstown
Richmond
South Kingstown
West Greenwich
Westerly

¿SOY ELEGIBLE? ¿CÓMO PRESENTO LA SOLICITUD? ¿DÓNDE PUEDO OBTENER AYUDA CON LA SOLICITUD?

Arriba se enumeran las oficinas del SNAP del DHS de RI.

En Internet en WWW.FOODSTAMPS.RI.GOV o WWW.DHS.RI.GOV

Línea de información del DHS de RI: 401-462-5300

Asistencia para la solicitud de servicios sociales del SNAP: 1-866-306-0270

PASOS A SEGUIR

PASO 1: ENVÍE LA SOLICITUD EN LÍNEA O COMPLETE, FIRME Y FECHE ESTA SOLICITUD. Firme cada recuadro que indique “Firma obligatoria”. Estos recuadros de la firma se encuentran en la página 2 de 4, la página 4 de 14 y la página 14 de 14. Cuando llene esta solicitud, puede utilizar las secciones “Hoja de trabajo” si necesita espacio adicional. Si necesita ayuda, comuníquese con su oficina local del SNAP o llame al número de Asistencia para la solicitud de servicios sociales del SNAP que se encuentra en la portada, o visite su organismo local de Acción Comunitaria enumerado en el reverso de la solicitud.}

Si usted o todos los miembros del hogar son personas mayores (60 años o más), solo debe completar las preguntas marcadas con un “*”, a menos que su trabajador del DHS durante su entrevista le indique lo contrario.

NO MARQUE LAS ÁREAS A LA DERECHA DE LAS PREGUNTAS (es decir, MEMB VER) NI NINGUNA DE LAS ÁREAS QUE INDIQUEN “Solo para el uso de la agencia”.

PASO 2: ENVÍE POR CORREO, FAX O PERSONALMENTE su solicitud a una oficina del SNAP para su procesamiento oportuno. Debemos tener una solicitud FIRMADA EN LA OFICINA DEL DHS para estampar la fecha y procesar su solicitud. **Puede presentar esta solicitud de inmediato, siempre que el anverso y el reverso de la Parte 1 – Solicitud, número de página 1 de 14, cuente con su nombre, dirección, número de teléfono y la firma de un miembro responsable del hogar o representante autorizado.**

PASO 3: SE REQUIERE UNA ENTREVISTA. Para determinar si usted es o no elegible, es necesario realizar una entrevista. La información provista en la solicitud para los beneficios del SNAP está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es correcta; si alguna parte de dicha información es incorrecta, es posible que se denieguen los beneficios del SNAP, y el solicitante puede estar sujeto a acciones penales por proporcionar a sabiendas información incorrecta o falsa. Debemos verificar dicha información y determinar la elegibilidad en el plazo de treinta (30) días a partir de la fecha en que se reciba su solicitud, a menos que tenga derecho a beneficios acelerados en el plazo de siete (7) días (consulte la siguiente página). Los beneficios se proporcionan a partir de la fecha de la solicitud. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes preautorizados es la fecha de autorización de la institución.

Consulte la portada interior, Pautas del SNAP - Ficha de recursos, para obtener las Pautas de elegibilidad para los beneficios del SNAP.

SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA: Autorización de la persona para la participación

Registro anterior	Estado	RL	Fecha de solicitud	Número del seguro social
SNAP	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO			

DISPOSICIÓN:

MEM VER

SOLICITUD RECERTIFICACIÓN FECHA DE ENTREVISTA _____

NIVEL DE EDUCACIÓN: DIPLOMA DE EDUCACIÓN GENERAL (GED) ESCUELA SECUNDARIA CERTIFICADO TÍTULO OTRO

Comentarios _____

Firma del evaluador/entrevistador _____

Fecha _____

Solo para el uso de la agencia:
Sello con fecha

Acelerado SÍ NO

Si tiene una discapacidad o afección que le dificulte comprender o responder las preguntas de esta solicitud, podemos ayudarlo. Por ejemplo, podemos leer el formulario con usted y escribir las respuestas en su nombre. Podemos disponer adaptaciones en función de la asistencia que necesite. Infórmenos.

***1. ¿Necesita un intérprete?** SÍ NO Si es necesario, se proporcionan servicios de interpretación sin cargo.

* Responda las siguientes preguntas:

a. ¿Habla inglés? SÍ NO Si la respuesta es "no", ¿cuál es el idioma principal que habla? _____

b. ¿Algún miembro adulto del hogar habla inglés? SÍ NO

c. ¿Puede leer y escribir en inglés? SÍ NO

* ¿Cómo le gustaría que lo entrevisten? MARQUE UNO DE LOS RECUADROS: ENTREVISTA TELEFÓNICA
(El DHS lo llamará) (o) ENTREVISTA EN LA OFICINA IMPORTANTE: Si no marca uno de los recuadros anteriores, se programará una entrevista telefónica para usted.

DEBE PROPORCIONAR UN NÚMERO DE TELÉFONO AL QUE PODAMOS LLAMARLO: _____
Día Noche

Nombre _____ Inicial del segundo nombre _____ Apellido _____ Apellido de soltera _____
Número del seguro social _____ - _____ - _____ Fecha de nacimiento ____ - ____ - ____

Estado civil: Soltero Casado Divorciado Otro Sexo: Masculino Femenino

Dirección _____ Depto. n.o _____ Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____
Dirección de correo postal _____ (si es diferente) _____ Depto. n.o _____ Ciudad/pueblo _____ Estado _____ Código postal _____

***2. ¿Es elegible para el servicio acelerado?**

PUEDA OBTENER LOS BENEFICIOS DEL SNAP, SI ES ELEGIBLE, EN EL PLAZO DE 7 DÍAS SI: el total de la suma de sus ingresos, dinero en efectivo y dinero en el banco es inferior a sus gastos mensuales de vivienda; o sus ingresos mensuales son inferiores a \$150 y su dinero en el banco y recursos líquidos son inferiores a \$100; o es un trabajador agrícola migrante o temporal.

a. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo o en el banco? \$ _____

b. ¿Cuál es el monto total de ingresos de cualquier fuente (incluidos los ingresos no derivados del trabajo, como manutención infantil, ingresos del seguro social (SSI), seguro por incapacidad temporaria (TDI), desempleo o seguro por discapacidad del seguro social (SSDI), etc.) que prevé recibir este mes en su hogar? \$ _____

c. ¿Cuál es su pago mensual actual de alquiler o hipoteca? \$ _____ ¿Servicios públicos? \$ _____

d. ¿Alguna persona de su hogar es un trabajador agrícola migrante o temporal? SÍ NO

Si tiene hijos, es posible que reúna los requisitos para otros servicios. Llame o visite su oficina local del DHS.

***3. Vivo en (marque una opción):**

- | | | |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> 01 Vivienda para ancianos/personas discapacitadas | <input type="checkbox"/> 06 Vivienda/tráiler propio | <input type="checkbox"/> 11 No tradicional: vestíbulo, calle, automóvil |
| <input type="checkbox"/> 02 Centro de rehabilitación de drogas/alcohol | <input type="checkbox"/> 07 Casa/depto./tráiler alquilado | <input type="checkbox"/> 12 Centro residencial de vida asistida |
| <input type="checkbox"/> 03 Hogar comunitario para personas discapacitadas o ciegas | <input type="checkbox"/> 08 En la casa/depto. de otra persona | <input type="checkbox"/> 13 Institución para atención a largo plazo |
| <input type="checkbox"/> 04 Refugio para mujeres maltratadas | <input type="checkbox"/> 09 No tengo residencia permanente | <input type="checkbox"/> 11 No tradicional: vestíbulo, calle, automóvil |
| <input type="checkbox"/> 05 Albergue | <input type="checkbox"/> 10 Residencia de transición | <input type="checkbox"/> 99 Otro (especifique) _____ |

***4. ¿Alguna persona del hogar se esconde o es un fugitivo de la ley para evitar un proceso judicial, una detención o un arresto debido a un delito, un intento de delito o por violación de la libertad condicional o bajo palabra?** SÍ NO

Si la respuesta es "sí", enumere los nombres de los miembros del hogar:
 NOMBRE: _____ FECHA: _____ ESTADO: _____

***5. ¿Usted o una persona que presenta la solicitud con usted han recibido anteriormente beneficios del SNAP/cupones para alimentos, asistencia monetaria (TANF, Asistencia temporal para familias necesitadas) o asistencia médica de otro estado?** SÍ NO

Si la respuesta es "sí", enumere los nombres de los miembros del hogar _____ ESTADO: _____
 FECHA DE INICIO _____ FECHA DE FINALIZACIÓN _____

***6. ¿Usted o una persona que presenta la solicitud con usted han sido condenados por comercializar los beneficios del SNAP/cupones para alimentos por armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?** SÍ NO

Si la respuesta es "sí", enumere los nombres de los miembros del hogar _____

***7. ¿Quisiera autorizar a otra persona para que presente la solicitud en su nombre?** SÍ NO

Si la respuesta es "sí", especifique el nombre del representante autorizado: _____
 Número de teléfono de día: _____ Número de teléfono de noche: _____

****Firma obligatoria****

Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que he leído (o me han leído) y comprendo el Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones, y que mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que en virtud de las Leyes Generales del Estado de RI, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de \$1,000 o una condena a prisión de hasta 5 años, o ambas, a una persona que obtiene, intenta obtener, o ayuda o induce a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho o que no informa premeditadamente los ingresos, recursos o circunstancias personales, o estos superan el monto informado anteriormente.

Firma del solicitante o destinatario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge u otro padre del niño	Fecha	Firma de la persona que lo ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor legal, curador o apoderado	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha

*** Al presentar SOLAMENTE el anverso y el reverso de esta página con nombre, dirección, número de teléfono y firma, nos permite fechar e iniciar únicamente esta solicitud. Usted debe ser entrevistado para determinar la elegibilidad en los casos de procesamiento acelerado y regular. Los beneficios acelerados solo tienen una vigencia de dos meses. Para determinar la elegibilidad actual de los beneficios, debe firmar y completar la PARTE I y la PARTE II de esta solicitud. Traiga o envíe la documentación obligatoria para determinar los beneficios actuales.**

RENUNCIA A LA SOLICITUD *****SOLO PARA EL USO DE LA AGENCIA*****
 Tras participar en la entrevista de selección, no deseo presentar una solicitud en este momento. Comprendo que puedo presentar la solicitud nuevamente en cualquier momento. Comprendo que se rechazará esta solicitud y se me enviará un aviso de rechazo. Especifique el motivo de su renuncia a la solicitud: _____

Firma del solicitante _____ Fecha _____

SOLICITUD DEL SNAP - PARTE II

***1. ¿Necesita que otra persona presente la solicitud en su nombre?**

SÍ NO

Puede elegir a un representante autorizado para que complete su solicitud, proporcione la información en su entrevista y hable con su trabajador del DHS sobre su caso. Si desea tener un representante autorizado, complete la siguiente información sobre esta persona:

NOMBRE: _____ NÚMERO DE TELÉFONO: _____
 DIRECCIÓN: _____

***2. ¿Quién vive en su hogar? Inclúyase como miembro 1.**

MEMBERO

* Códigos de estado civil: C - Casado S - Separado D - Divorciado V - Viudo N – Nunca casado ** Códigos raciales: B - Blanco I – Indio americano/nativo de Alaska
 N – Negro o afroamericano NA - Nativo de Hawái o de otras islas del Pacífico A – Asiático

Complete la siguiente información para todas las personas que viven en su hogar. Asegúrese de enumerar a todos, incluso si no saben si desean asistencia.				Enumere la información solo en este lado si la persona solicita beneficios. (La sección sobre la raza es opcional, no afectará su elegibilidad ni el nivel de beneficios; el motivo de la información es garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color o nacionalidad).					
Nombre	Parentesco con usted (cónyuge, hijo/a, hermano/a, amigo/a, etc.)	Solicita beneficios (Encierre una respuesta en un círculo)	Fecha de nacimiento	Número del seguro social	Sexo (Encierre una respuesta en un círculo)	Estado Civil	Raza	Hispano o latino (Encierre una respuesta en un círculo)	Ciudadano estadounidense (Encierre una respuesta en un círculo)
Apellido: Nombre e inicial del segundo nombre:	Propio	SÍ NO		____/____/____	M F			SÍ NO	SÍ NO
Apellido: Nombre e inicial del segundo nombre:		SÍ NO		____/____/____	M F			SÍ NO	SÍ NO
Apellido: Nombre e inicial del segundo nombre:		SÍ NO		____/____/____	M F			SÍ NO	SÍ NO
Apellido: Nombre e inicial del segundo nombre:		SÍ NO		____/____/____	M F			SÍ NO	SÍ NO
Apellido: Nombre e inicial del segundo nombre:		SÍ NO		____/____/____	M F			SÍ NO	SÍ NO

Utilice la hoja de trabajo adjunta para registrar a miembros adicionales o información sobre cualquier pregunta sobre esta solicitud. Para garantizar la precisión del procesamiento, escriba la pregunta correspondiente y el número de página de la solicitud en la hoja de trabajo provista en la página 13.

3. Si vive en una vivienda con un menor (menos de 18 años), ¿hay más de un padre adulto u otro adulto que comparte el control/derechos parentales del niño? SÍ NO

Si vive en dicha vivienda, designe a un padre adulto o adulto que tiene control parental sobre los niños como el jefe del hogar aquí:

PARE
VER

NOMBRE: _____

***4. Si usted o cualquier persona que solicita beneficios no es un ciudadano estadounidense, proporcione información sobre la condición actual de cada miembro del hogar solicitante en los Estados Unidos completando la siguiente información.**

AL
VER

NOMBRE: _____ País de origen: _____

Número de registro de extranjero: _____ Número de inmigración: _____

Fecha en que ingresó en los Estados Unidos: _____ Nombre del patrocinador: _____

Dirección del patrocinador: _____

Condición de extranjero: Refugiado Residente permanente Otro Fecha de ingreso: _____ Fecha de la condición de residente permanente legal (LPR): _____

NOMBRE: _____ País de origen: _____

Número de registro de extranjero: _____ Número de inmigración: _____

Fecha en que ingresó en los Estados Unidos: _____ Nombre del patrocinador: _____

Dirección del patrocinador: _____

Condición de extranjero: Refugiado Residente permanente Otro Fecha de ingreso: _____ Fecha de la condición de residente permanente legal (LPR): _____

SAV-1 VER

Firma obligatoria

**** Todos los solicitantes deben firmar aquí independientemente de la condición de ciudadanía ****

CERTIFICACIÓN DE CIUDADANÍA/EXTRANJERÍA

Certifico bajo pena de perjurio, al firmar a continuación, que la información que he provisto en la pregunta NÚMERO 2 y la pregunta NÚMERO 4 es correcta y completa en relación con la condición de ciudadanía/extranjería de CADA solicitante según mi leal saber y entender.

NOMBRE: _____

FECHA: _____

FIRMA: _____

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

***5. ¿Usted o cualquier miembro de su hogar viven en una institución de vida comunitaria, como las que se enumeran a continuación?** SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la información a continuación para cada miembro del hogar:

**GRO
VER**

Refugio para indigentes, centro de tratamiento para drogas/alcohol, hospital, institución de vida asistida, residencia estudiantil, instituto correccional, hogar comunitario, refugio para mujeres maltratadas)

Nombre del miembro del hogar que vive en la institución de vida comunitaria

Nombre de la institución

6. ¿Usted o cualquier persona del hogar que tenga dieciséis (16) años o más van a la escuela secundaria, universidad, escuela o un programa de capacitación para el trabajo? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la información a continuación para cada persona:

**SCHL
VER**
FORM-CIA

Nombre: _____ Marque una opción: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Escuela o programa de capacitación: _____ Fecha de finalización: _____

Nombre: _____ Marque una opción: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Escuela o programa de capacitación: _____ Fecha de finalización: _____

Nombre: _____ Marque una opción: Tiempo completo Medio tiempo Menos de medio tiempo

Escuela o programa de capacitación: _____ Fecha de finalización: _____

***7. ¿Hay una persona en su hogar que no compra ni prepara las comidas con usted?** SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la información a continuación para cada persona:

EATS

Nombre: _____ Nombre: _____

Nombre: _____ Nombre: _____

***8. ¿Usted, su cónyuge o cualquier persona del hogar tiene una enfermedad mental o física, incapacidad, discapacidad o ceguera?** SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

**DISA
VER**

Nombre: _____ Problema médico (describalo): _____ ¿Fue provocado por un accidente?

SÍ NO

¿Esta persona ha solicitado SSI o beneficios del seguro social (RSDI, seguro de jubilación, supervivencia y discapacidad)? SÍ NO

¿Esta persona ha solicitado beneficios de veteranos de guerra (VA)? SÍ NO

Nombre: _____ Problema médico (describalo): _____ ¿Fue provocado por un accidente?

SÍ NO

¿Esta persona ha solicitado SSI o beneficios del seguro social (RSDI, seguro de jubilación, supervivencia y discapacidad)? SÍ NO

¿Esta persona ha solicitado beneficios de veteranos de guerra (VA)? SÍ NO

***9. ¿El trabajo de alguna persona del hogar ha finalizado en los últimos 60 días?**

SÍ NO

¿Alguno está en huelga?

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la información a continuación para cada persona:

**QUIT/STRK
VER**

Nombre	Motivo por el cual dejó el trabajo	Empleador	Último día trabajo/ Fecha en que comenzó la huelga	Fecha del pago final
_____	_____	_____	_____	_____

***10. ¿Alguna persona del hogar, incluidos los niños, obtiene o espera obtener ingresos por empleo?**

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, enumere todos los ingresos por empleo a continuación:

JINC VER

Nombre	Empleador	Ingresos brutos de este mes (incluidas propinas y comisiones)	Horas trabajadas por semana	Sueldo/salario por hora	Frecuencia del pago (mensual, semanal, quincenal, etc.)	Fecha del siguiente pago
Apellido Nombre e inicial del segundo nombre		\$		\$		
Apellido Nombre e inicial del segundo nombre		\$		\$		
Apellido Nombre e inicial del segundo nombre		\$		\$		

La información disponible a través del sistema de verificación de ingresos y elegibilidad (IEVS) se solicitará, se utilizará y puede ser verificada a través de contactos colaterales. Cuando se hallen discrepancias, dicha información puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.

***11. ¿Usted, su cónyuge u otra persona del hogar reciben ingresos por alquileres?**

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

**RINC
VER**

Nombre del dueño de la propiedad	Total recibido/ frecuencia de los alquileres	Horas trabajadas por mes para mantener la propiedad	Número de unidades
_____	\$ _____ Por _____	_____	_____
_____	\$ _____ Por _____	_____	_____

¿Las personas enumeradas anteriormente viven en la propiedad alquilada? SÍ NO

Capital de la hipoteca	\$ _____ Por _____	Impuestos	\$ _____ Por _____	Seguro	\$ _____ Por _____
Intereses de la hipoteca	\$ _____ Por _____	Gas/ combustible	\$ _____ Por _____	Agua	\$ _____ Por _____
Seguro	\$ _____ Por _____	Cloacas	\$ _____ Por _____	Reparaciones	\$ _____ Por _____
Basura	\$ _____ Por _____	Electricidad	\$ _____ Por _____	Otro	\$ _____ Por _____

***12. ¿Usted u otra persona del hogar reciben pagos por alojamiento o alimentación/comidas? SÍ NO**

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

**RBIN
VER**

Nombre de la persona que recibe el pago: _____ Monto pagado/frecuencia \$ _____ Por _____ ¿Este ingreso se recibirá en los meses siguientes? SÍ NO

Nombre de la persona que realiza el pago: _____

¿Qué cubre este pago?

Alojamiento solamente _____	Alojamiento/ alimentación (1 o 2 comidas) _____	Alojamiento/alimentación (3 comidas) o más por día _____
1 o 2 comidas solamente _____	3 o más comidas solamente _____	Cuidado temporal (alojamiento y 3 comidas o más por día) _____

***13. ¿Usted, su cónyuge u otra persona del hogar reciben ingresos por empleo por cuenta propia? SÍ NO**

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información para cada miembro del hogar que recibe ingresos por cuenta propia:

**BUSI
VER**

Algunos ejemplos incluyen, entre otros: cuidado del césped, peluquería, reparaciones del hogar, pesca, guardería, venta puerta a puerta, ventas en reuniones en casas o alquiler de propiedades.

NOMBRE: _____ INGRESOS BRUTOS _____ POR: _____

PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____ FECHA DE COMIENZO DEL NEGOCIO: _____

¿SE RECIBIRÁ ESTE INGRESO EN EL MES SIGUIENTE? _____

ENUMERE TODOS LOS INGRESOS COMERCIALES:

TIPO DE INGRESO/TRABAJO	CANT. DE INGRESOS	GASTOS	FRECUENCIA	
			Mensualmente	Anualmente

NOMBRE: _____ INGRESOS BRUTOS _____ POR: _____

GASTOS: \$ _____ PROMEDIO DE HORAS TRABAJADAS POR SEMANA _____

NOMBRE DEL NEGOCIO: _____ FECHA DE COMIENZO DEL NEGOCIO: _____

¿SE RECIBIRÁ ESTE INGRESO EN EL MES SIGUIENTE? _____

ENUMERE TODOS LOS INGRESOS COMERCIALES:

TIPO DE INGRESO/TRABAJO	CANTIDAD DE INGRESOS	FRECUENCIA
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	
	\$	

14. ¿Usted u otra persona del hogar reciben ingresos de programas de estudio y trabajo, subvenciones estudiantiles, becas, préstamos educativos o beneficios educativos de VA? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

STIN
VERR

NOMBRE _____ TIPO DE PRÉSTAMO/SUBVENCIÓN _____ PERÍODO CUBIERTO _____ HASTA _____ MONTO \$ _____

***15. ¿Alguna persona de su hogar, incluidos los niños, recibe o espera recibir ingresos que no sean de un trabajo?** SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información.

UNEA
VER

Algunos ejemplos incluyen, entre otros: cuenta bancaria, manutención de menores, seguro social (RSDI, SSI), desempleo, TDI, compensación laboral, beneficios de veterano de guerra, jubilación, intereses, pensiones, anualidades, dividendos, premios, dinero de familiares y amigos, subsidio por adopción, cuidado temporal, asignación militar, herencia, lotería, patrocinio de extranjero, crédito tributario por ingresos laborales, regalos, etc.

NOMBRE: _____ TIPO DE INGRESOS: _____ MONTO BRUTO DE ESTE MES: _____

NOMBRE: _____ TIPO DE INGRESOS: _____ MONTO BRUTO DE ESTE MES: _____

NOMBRE: _____ TIPO DE INGRESOS: _____ MONTO BRUTO DE ESTE MES: _____

NOMBRE: _____ TIPO DE INGRESOS: _____ MONTO BRUTO DE ESTE MES: _____

NOMBRE: _____ TIPO DE INGRESOS: _____ MONTO BRUTO DE ESTE MES: _____

¿Este ingreso continuará el mes siguiente? SÍ NO

**(Si informa y proporciona evidencia de sus gastos indicados en las preguntas 16 a 22, obtendrá el monto máximo de beneficios del SNAP permitidos. Si no informa o no proporciona prueba de sus gastos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no informados no probados).*

16. ¿Alguna persona del hogar paga los gastos de guardería para niños, ancianos o adultos discapacitados debido al trabajo, capacitación, búsqueda de empleo o educación? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información.

DCEX
VER

Nombre de la persona que paga el cuidado

Motivo (*Encierre una respuesta en un círculo*)

1. _____

Escuela / trabajo

2. _____

Escuela / trabajo

Nombres de las personas que reciben cuidado	Tipo de cuidado (<i>Encierre una respuesta en un círculo</i>)	Costo/frecuencia del cuidado	¿El costo está subsidiado? (es decir, cuidado infantil financiado por el estado)	Si la respuesta es “sí”, especifique el monto del subsidio
1. _____	Adulto / niño	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____
2. _____	Adulto / niño	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____
3. _____	Adulto / niño	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____
4. _____	Adulto / niño	\$ _____ por _____	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO	\$ _____

17. ¿Usted u otra persona del hogar pagan **manutención infantil o cuota alimentaria por orden judicial?**

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

SUPP VER

Quién paga	Monto pagado/frecuencia	Nombre de los niños para quienes se paga la manutención
_____	_____ por _____	_____
Quién paga	Monto pagado/frecuencia	Nombre de los niños para quienes se paga la manutención
_____	_____ por _____	_____

*18. ¿Usted u otra persona del hogar pagan la totalidad o una parte del alquiler, la hipoteca, los impuestos de la propiedad, el seguro, el alquiler del terreno, préstamo hipotecario, cargos de condominio u otros gastos de la vivienda en la que vive?

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

RENT/HOME VER

Alquiler \$ _____ por _____ ¿Incluido en el alquiler? ¿El alquiler está subsidiado? (sección 8) Si la respuesta es “sí”, el monto del subsidio

Calefacción Servicios públicos Sí No es \$ _____ por _____

Si alquila, especifique el nombre del propietario _____ Dirección del propietario _____

Número de teléfono del propietario _____ ¿Alguna persona comparte el costo del alquiler? Sí No

Si la respuesta es “sí”, especifique el nombre _____ Monto \$ _____ por _____

Hipoteca _____ por _____ Intereses \$ _____ por _____ Impuestos de la propiedad \$ _____ por _____

Seguro del propietario \$ _____ por _____ Lote/alquiler \$ _____ por _____ Otro \$ _____ por _____

Titular de la hipoteca y dirección: _____

*19. ¿Obtuvo una subvención del programa de Asistencia de Energía para Hogares de Bajos Ingreso (LIHEAP, Low Income Home Energy Assistance Program) en su dirección actual en los últimos doce (12) meses para asistencia de calefacción?

SÍ NO

UTIL VER

*20. ¿Usted u otra persona del hogar pagan los servicios básicos?

SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

UTIL VER

Nombre de la persona que paga los servicios básicos	<u>Servicio básico</u>	<u>Monto pagado/frecuencia</u>	<u>Calefacción/refrigeración</u>
_____	Combustible	\$ _____ per _____	Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/>
_____	Gas	\$ _____ per _____	Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/>
_____	Madera/carbón	\$ _____ per _____	Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/>
_____	Electricidad (o aire acondicionado)	\$ _____ per _____	Calefacción <input type="checkbox"/> Refrigeración <input type="checkbox"/>
_____	Teléfono	\$ _____ per _____	
_____	Agua/cloacas	\$ _____ per _____	
_____	Recolección de basura	\$ _____ per _____	
_____	Otro	\$ _____ per _____	

***21. ¿Usted u otra persona del hogar pagan por alojamiento o alimentación/comidas?**

SÍ NO

Si la respuesta es "sí", complete la siguiente información:

RBEX
VER

Nombre _____	Monto pagado/frecuencia \$ _____ Por _____	¿Qué cubre el alojamiento/alimentación? Solo alojamiento _____ Alimentación (1 o 2 comidas) _____ Alimentación (3 comidas) _____
Nombre _____	Monto pagado/frecuencia \$ _____ Por _____	¿Qué cubre el alojamiento/alimentación? Solo alojamiento _____ Alimentación (1 o 2 comidas) _____ Alimentación (3 comidas) _____

***22. ¿Alguna persona del hogar que es discapacitada o tiene 60 años o más paga los gastos médicos no cubiertos por el seguro?**

SÍ NO

Si la respuesta es "sí", complete la siguiente información:

RBFMED
VER

Algunos ejemplos incluyen, entre otros: primas del seguro de salud, primas de Medicare, cuidado dental, audífonos, anteojos, medicamentos recetados, transporte a consultas médicas, facturas del médico y del hospital

Nombre	Tipo de gasto médico	Monto total por mes \$ _____	Fecha prevista en la que los gastos finalizarán
_____	_____	_____	_____
_____	_____	\$ _____	_____
_____	_____	\$ _____	_____

***23. ¿A usted o a una persona del hogar se les ha prohibido la participación del Programa de asistencia alimentaria suplementaria/cupones para alimentos en otro estado?**

SÍ NO

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

***24. ¿Usted o una persona del hogar han sido condenados por comercializar los beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?**

SÍ NO

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

***25. ¿Usted o una persona del hogar han sido condenados por comprar o vender los beneficios del SNAP por más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996?**

SÍ NO

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

NO COMPLETE LAS PREGUNTAS 26 a 29, A MENOS QUE SU TRABAJADOR DEL DHS SE LO INDIQUE DURANTE SU ENTREVISTA. CONTINÚE AL RECUADRO DE LA FIRMA EN LA PÁGINA 14 DE 14. DEBE FIRMAR LA SOLICITUD ANTES DE PRESENTARLA.

Para determinar la elegibilidad actual de los beneficios, debe firmar y completar la PARTE I y la PARTE II de esta solicitud. Traiga o envíe la documentación obligatoria para determinar los beneficios actuales.

Nota de la agencia: Las siguientes preguntas solo son obligatorias para los hogares con un miembro que ha cometido una violación intencional del programa, los hogares con miembros que han recibido una sanción laboral, u hogares de ancianos o personas discapacitadas con ingresos superiores al 200 % del nivel de pobreza.

26. ¿Alguna persona del hogar tiene recursos/activos, como los que se enumeran a continuación? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información para todos los miembros del hogar, incluidos los niños.

**CASH/BANK/RESO
VER**

Algunos ejemplos incluyen, entre otros: dinero en efectivo, cheques, ahorros, cuenta de cooperativa de crédito, acciones, títulos, certificados de depósito, seguro de vida, fondo fiduciario, cuenta de mercado monetario, certificado de ahorros u otros artículos de valor. También enumere las cuentas conjuntas.

NOMBRE	TIPO DE RECURSO/CUENTA	BANCO/LUGAR	NÚMERO DE CUENTA	VALOR/SALDO
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	_____	\$ _____

27. ¿Alguna persona del hogar posee automóviles, camiones, botes, casas rodantes, motocicletas, motonieves, tráilers, vehículos todo terreno, etc.? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

**CARS
VER**

PROPIETARIO/ COPROPIETARIO	MARCA (Ford, Chevy, etc.)	MODELO (Taurus, Blazer, etc.)	MONTO ADEUDADO
_____	_____	_____	\$ _____
_____	_____	_____	\$ _____

28. Además de la vivienda donde vive, ¿alguna persona del hogar posee otros terrenos, edificios o viviendas? SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información:

**PROP
VER**

Propietario: _____ Tipo/lugar _____ Valor \$ _____ Monto adeudado _____ ¿Por venta/alquiler? SÍ NO
 ¿Cuál es el tipo de propietario? Propiedad propia Propiedad conjunta Otro

Propietario: _____ Tipo/lugar _____ Valor \$ _____ Monto adeudado _____ ¿Por venta/alquiler? SÍ NO
 ¿Cuál es el tipo de propietario? Propiedad propia Propiedad conjunta Otro

Propietario: _____ Tipo/lugar _____ Valor \$ _____ Monto adeudado _____ ¿Por venta/alquiler? SÍ NO
 ¿Cuál es el tipo de propietario? Propiedad propia Propiedad conjunta Otro

29. ¿Alguna persona del hogar ha vendido, comercializado o entregado algo de valor en los últimos tres meses? (dinero, terreno, vehículo, inmueble, vivienda, etc.) SÍ NO

Si la respuesta es “sí”, complete la siguiente información.

**TRAN
VER**

Nombre _____	¿Qué se transfirió? _____	Fecha de la transferencia _____	Valor \$ _____
Nombre _____	¿Qué se transfirió? _____	Fecha de la transferencia _____	Valor \$ _____
Nombre _____	¿Qué se transfirió? _____	Fecha de la transferencia _____	Valor \$ _____

**HOJA DE TRABAJO DE
INFORMACIÓN ADICIONAL**

Utilice esta hoja de trabajo para incluir a miembros o información adicionales. Para garantizar la precisión del procesamiento, escriba el número de pregunta y el número de página de la solicitud a la que pertenece su respuesta en el espacio provisto.

Nombre: _____

Últimos cuatro dígitos de su número del seguro social: _____

Dirección: _____

Teléfono: _____

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Número de pregunta	Número de página de la solicitud
--------------------	----------------------------------

Para completar esta solicitud, siga a la página siguiente.

Es **IMPORTANTE** leer las páginas de los Derechos y las responsabilidades.

SE REQUIERE UNA FIRMA en el recuadro “Firma obligatoria” que se encuentra en la solicitud de Derechos y responsabilidades, página 14 de 14.

SOLO PRESENTE LAS PÁGINAS 1 A 14 DE LA SOLICITUD: CONSERVE TODAS LAS “HOJAS DE RECURSOS”
A MENOS QUE LE INDIQUE LO CONTRARIO SU TRABAJADOR DEL DHS.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES
Solicitantes/destinatarios del Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP)



Tiene el DERECHO de apelar y recibir una audiencia ante un funcionario de audiencia del Departamento si no está satisfecho con alguna decisión del Departamento o si el Departamento se demora en tomar una decisión. Si solicita una audiencia, su apelación se atenderá de inmediato. Un abogado o cualquier otra persona que elija pueden representarlo para comparecer en su nombre. Los formularios de audiencia, en los que puede presentar su queja, están disponibles en todas las oficinas locales y estatales del Departamento. Si no está satisfecho con una decisión del Departamento en relación con su solicitud, tiene el derecho a solicitar una audiencia. Debe solicitar una audiencia dentro de los 90 días a partir de la fecha en que reciba un aviso escrito sobre los beneficios del SNAP.

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d et seq.), el artículo 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y sus enmiendas (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 et seq.), el Título IX de las Enmiendas de Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 et seq.), la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Cupones para Alimentos), la Ley de Discriminación por Edad de 1975, las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84) y las reglamentaciones de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) no discrimina sobre la base de la raza, color, nacionalidad, discapacidad, creencias políticas, edad, religión o sexo en la aceptación o la prestación de servicios, empleo o trato, en sus actividades y programas educativos o de otra índole. En virtud de otras disposiciones de la legislación pertinente, el DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual.

Para obtener más información sobre estas leyes, reglamentaciones y procedimientos de quejas de discriminación del DHS para la resolución de quejas de discriminación, comuníquese con el DHS en 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, número de teléfono 462-2130 (TDD 462-6239 o 711). El oficial de enlace de relaciones comunitarias es el coordinador de la implementación del Título VI; el administrador, o la persona designada, de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS, Office of Rehabilitation Services) es el coordinador de la implementación del Título IX, el artículo 504 y la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (ADA). El director del DHS, o la persona designada, tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles del DHS.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, U.S. Department of Agriculture) prohíbe la discriminación en contra de sus clientes, empleados y solicitantes de empleo sobre la base de la raza, color, nacionalidad, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, cuando corresponda, creencias políticas, estado civil, estado familiar o parental, orientación sexual o porque la totalidad o una parte de los ingresos de una persona derivan de cualquier programa de asistencia pública, o información genética protegida en programas o actividades de empleo o de otra índole llevados a cabo o financiados por el Departamento (no se aplican todas las bases prohibidas a todos los programas o actividades de empleo). Si desea presentar una queja de discriminación, complete el Formulario de queja de discriminación del programa del USDA que se encuentra en Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, en cualquier oficina del USDA o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información solicitada en el formulario. Envíe la carta o el formulario de queja completado por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 o por correo electrónico a program_intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades de la audición o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (español).

Para obtener cualquier otra información sobre temas relacionados con el Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse a la Línea de ayuda sobre el SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información del estado que se encuentra en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm. El USDA es un prestador y empleador que ofrece igualdad de oportunidades. **Tiene el DERECHO** a la confidencialidad. El Departamento utiliza la información sobre usted y otros miembros de su hogar solo con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de acuerdo con el seguro de salud.

Tiene el DERECHO a nombrar a un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el jefe del hogar o el cónyuge, o cualquier otro miembro responsable del hogar, para actuar en

nombre del hogar en la solicitud de los beneficios del programa o el uso de los beneficios. El representante autorizado para los beneficios puede o no ser la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de informes. La designación del representante autorizado debe realizarse por escrito.

Tiene el DERECHO a la confidencialidad. El Departamento utiliza la información sobre usted y otros miembros de su hogar solo con fines directamente relacionados con la administración de los programas y de acuerdo con las normas de privacidad de la información médica de identificación personal de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad de Seguros de Salud (HIPAA). El Departamento no publica información sobre usted u otros miembros de su hogar sin su consentimiento, a excepción de lo estipulado en las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 y 40-6-12.1, y las reglamentaciones establecidas en los manuales de políticas del DHS y el SNAP. Cualquier persona que se considere culpable de haber infringido las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 se considerará culpable de una falta. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), una condena a prisión de hasta seis (6) meses o ambas.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de suministrar al Departamento información exacta y pruebas de sus ingresos, recursos y arreglos de vida.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informarnos de inmediato (dentro de diez (10) días) sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte a su hogar. Para el SNAP, si usted informa de manera simplificada, debe informar cuando sus ingresos superan el 130 % del nivel de pobreza federal. Si no está seguro de sus requisitos de informes, comuníquese con su trabajador del DHS.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar los números del seguro social (o prueba de que lo ha solicitado) de usted y de su familia o de solicitarlos, si debe hacerlo, como condición de elegibilidad. La recopilación de información sobre la solicitud, incluidos los números del seguro social de cada miembro del hogar para quienes recibe asistencia, está autorizada en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 (anteriormente la Ley de Cupones para Alimentos), y sus enmiendas, 7 U.S.C. 2011-2036. Esta información se utilizará para determinar si su hogar es elegible o continúa siendo elegible para participar en el SNAP.

El Departamento verificará esta información a través de programas informáticos con el Departamento de Trabajo y Capacitación (Department of Labor and Training), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration), el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service), el Servicio de Alimentos y Nutrición (Food and Nutrition Service) y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por las leyes, reglamentaciones o contratos, y estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estos organismos se utilizará para garantizar que su hogar es elegible para los beneficios del SNAP y recibir la cantidad correcta. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las reglamentaciones del programa y la gestión del programa. Esta información puede divulgarse a otros organismos federales y estatales para exámenes oficiales, y a autoridades de aplicación de la ley a los efectos de aprehender a las personas que huyen de la ley. Si surge una reclamación del SNAP contra su hogar, la información contenida en esta solicitud, incluidos todos los SSN, puede ser transmitida a organismos federales y estatales, así como a organismos privados de cobro de reclamaciones para los procedimientos de cobro de reclamaciones.

El suministro de la información solicitada, incluido el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si no proporciona los SSN, se le denegarán los beneficios del SNAP a cada persona que no proporcione un SSN. Los SSN provistos se utilizarán y se divulgarán de la misma manera que los SSN de los miembros del hogar elegibles.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

Solicitantes/destinatarios del Programa de asistencia alimentaria suplementaria (SNAP)

Tiene la **RESPONSABILIDAD** de informar o proporcionar pruebas de sus gastos para que usted reciba el monto máximo de los beneficios permitidos del SNAP. Si no informa o no proporciona prueba de sus gastos, se interpretará que no desea recibir una deducción por los gastos no informados o no corroborados.

Tiene la **RESPONSABILIDAD** de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que lleva a cabo las revisiones de control de calidad. Solo los ciudadanos de los Estados Unidos y los inmigrantes legales pueden ser elegibles para los beneficios del SNAP. Si hay personas en su hogar que no son ciudadanos estadounidenses y que no son elegibles, aún puede presentar la solicitud y recibir los beneficios para otros miembros elegibles del hogar. No se lo obliga a proporcionar información de inmigración de las personas que no solicitan los beneficios, pero es posible que deba proporcionar otros datos de dichas personas, por ejemplo, ingresos y recursos.

DECLARACIÓN DEL SOLICITANTE/DESTINATARIO DEL SNAP ADVERTENCIAS SOBRE SANCIONES. Comprendo que:

1. Cualquier miembro de mi hogar que incumple intencionalmente una regla del SNAP puede ser excluido del SNAP desde un año hasta de forma permanente, multado por hasta \$250,000, condenado a prisión durante hasta 20 años o ambos. También puede estar sujeto a acciones judiciales en virtud de otras leyes federales y estatales pertinentes. Además, puede ser excluido del SNAP durante 18 meses adicionales por orden judicial. Cualquier miembro de mi hogar que incumple intencionalmente una regla del SNAP puede ser excluido del SNAP: ***durante un período de un (1) año por la primera infracción, con las excepciones de los números 2 y 3 descritas anteriormente; *durante un período de dos (2) años por la segunda infracción, con las excepciones del número 3 descritas anteriormente; y, *de forma permanente en la tercera ocasión de infracciones intencionales del programa.**

2. Las personas que son halladas culpables por un tribunal federal, estatal o local de haber utilizado o recibido los beneficios del SNAP en una transacción que implicó la venta de armas, municiones o explosivos serán inelegibles de forma permanente para el programa SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

3. Las personas que son halladas culpables por el Departamento de haber realizado, o condenadas por un tribunal federal o estatal por haber realizado, una declaración o representación fraudulenta en relación con su identidad o

lugar de residencia para recibir múltiples beneficios de forma simultánea en el marco del SNAP serán inelegibles para participar en el programa durante un período de diez (10) años.

4. Las personas que son halladas culpables por un tribunal de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que implicó la venta de una sustancia controlada no serán elegibles para los beneficios durante dos años en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

5. Las personas que son halladas culpables por un tribunal de haber comprado o vendido drogas ilegales o determinados medicamentos recetados a cambio de beneficios del SNAP no podrán participar en el SNAP durante 24 meses en la primera infracción y de forma permanente en la segunda infracción.

6. Las personas condenadas por un tribunal federal, estatal o local por haber comercializado los beneficios por un monto total de \$500 o más serán inelegibles de forma permanente para recibir los beneficios del SNAP en la primera ocasión de dicha infracción.

NO proporcione información falsa ni oculte información para obtener o continuar obteniendo los beneficios del SNAP.

NO comercialice ni venda tarjetas para transferencias electrónicas de beneficios (EBT, Electronic Benefits Transfer).

NO utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos inelegibles, por ejemplo, bebidas alcohólicas o tabaco.

NO utilice la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

NO pague los alimentos adquiridos a crédito con los beneficios del SNAP. Si lo hace, podría quedar descalificado del programa.

El DHS puede utilizar o compartir la información contenida en esta solicitud para la administración de los programas del DHS, así como la administración de otros programas de asistencia de fondos federales de acuerdo con las leyes, los contratos y las reglamentaciones estatales y federales.

El DHS puede publicar información no identificable para fines de investigación.

Toda divulgación de información identificable se realizará de acuerdo con las leyes estatales y federales.

Comprendo las preguntas de esta solicitud y las sanciones que se aplican por ocultar o dar información falsa o incumplir cualquiera de las reglas especificadas en esta advertencia sobre sanciones.

Firma obligatoria

Al firmar esta solicitud, certifico bajo pena de perjurio que he leído (o me han leído) y comprendo el Aviso de derechos, responsabilidades y sanciones, y que mis respuestas son correctas y completas según mi leal saber y entender. Tengo conocimiento de que en virtud de las Leyes Generales del Estado de RI, artículo 40-6-15, podrá imponerse una multa máxima de \$1,000 o una condena a prisión de hasta 5 años, o ambas, a una persona que obtiene, intenta obtener, o ayuda o induce a otra persona a obtener asistencia pública a la que no tiene derecho o que no informa premeditadamente los ingresos, recursos o circunstancias personales, o estos superan el monto informado anteriormente.

Firma del solicitante o destinatario	Fecha	Firma del representante autorizado	Fecha
Firma del cónyuge u otro padre del niño	Fecha	Firma de la persona que lo ayuda a completar este formulario	Fecha
Firma del tutor legal, curador o apoderado	Fecha	Firma del representante de la agencia	Fecha

DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR PARA LA APROBACIÓN DE LOS BENEFICIOS

LOS EJEMPLOS que se proporcionan a continuación lo ayudarán a prepararse para su entrevista con el trabajador del DHS.

FOTOCOPIE solamente los documentos necesarios para completar su solicitud o recertificación.

Para una ENTREVISTA TELEFÓNICA, debe enviar copias de los documentos requeridos a su trabajador del DHS antes de la fecha programada para la entrevista.

Para una ENTREVISTA EN LA OFICINA, TRAIGA los documentos requeridos.

Si necesita ayuda para obtener o fotocopiar cualquiera de estos documentos, llame al trabajador del DHS especificado en su carta de cita o visite su organismo local de Acción Comunitaria. Consulte el reverso de la solicitud para obtener los lugares y números de contacto

VERIFICACIÓN DE:

DOCUMENTOS QUE PUEDE NECESITAR:

MANUTENCIÓN INFANTIL PAGADA

Una copia de la orden judicial y prueba del monto pagado, por ejemplo, cheque cobrado o declaración escrita.

GASTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES INGRESOS OBTENIDOS

Recibo que muestre los gastos de bolsillo por el cuidado de niños o adultos.
Recibo de sueldo más reciente (cuatro semanas o más), incluidas propinas y comisiones si corresponde, o una carta de su empleador que indique los ingresos brutos y las horas trabajadas (empleo por cuenta propia: declaración de impuestos del año anterior)

IDENTIFICACIÓN

El solicitante y el representante autorizado necesitarán al menos UN formulario de identificación, por ejemplo: pasaporte o certificado de naturalización, licencia de conducir, certificado de nacimiento, tarjeta de registro de votante, tarjeta de identificación militar o del estado de RI, tarjeta de identificación laboral o escolar, tarjeta de beneficios de salud o tarjeta de biblioteca. Se requiere un número del seguro social para todos los miembros del hogar que solicitan beneficios.

CONDICIÓN DE INMIGRACIÓN

Si NO ES CIUDADANO ESTADOUNIDENSE, se requiere una prueba de la condición de inmigración y es posible que se necesite información de patrocinio.

GASTOS MÉDICOS

PERSONAS CON UNA DISCAPACIDAD O DE 60 AÑOS O MÁS: gastos médicos, incluidas facturas médicas NO REEMBOLSADAS, gastos de medicamentos recetados, tarjeta de Medicare que muestre la cobertura de la "Parte B" y la "Parte D".

RESIDENCIA

Un documento que indique su dirección actual (es decir, factura de servicios públicos, resumen de cuenta bancaria, etc.).

RECURSOS

En ALGUNOS CASOS pueden aplicarse los recursos. Incluyen la verificación de los recursos líquidos, resúmenes de cuentas, certificados de acciones y bonos y títulos de propiedad. Es posible que se requiera el registro de vehículos.

GASTOS DE REFUGIO

Recibo de alquiler, declaración de pago de hipoteca, acuerdo de alquiler/arrendamiento, declaración del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (HUB, Dept. of Housing and Urban Development), declaración de la persona que comparte los gastos de refugio, facturas de servicios públicos, declaración de compañía de servicios públicos, declaración del propietario.

INGRESOS DE ESTUDIANTES (PRÉSTAMO/SUBVENCIÓN/BECA)

Es posible que el solicitante deba proporcionar una verificación de los gastos educativos, entre ellos, matrícula y tasas.

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO

La copia más reciente de la carta de asignación del seguro social, prueba de desempleo, compensación laboral, pensión, manutención infantil, cuota alimentaria, TDI, ingresos por alquileres, dividendos u otros intereses, subsidio de adopción, crédito tributario por ingresos laborales, ingresos de cuidado temporal, préstamos, subvenciones o becas estudiantiles, asistencia fuera del estado.

¿Qué sigue?

SOLO PRESENTE LAS PÁGINAS 1 A 14 DE LA SOLICITUD; CONSERVE TODAS LAS “HOJAS DE RECURSOS”, A MENOS QUE LE INDIQUE LO CONTRARIO SU TRABAJADOR DEL DHS. Una vez que haya presentado una solicitud para obtener los beneficios del SNAP, el Departamento de Servicios Humanos (DHS) tiene 30 días para determinar su elegibilidad. Si tiene menos de \$100 en efectivo y menos de \$150 en ingresos mensuales, o si sus gastos de vivienda superan sus ingresos mensuales, el DHS debe revisar su solicitud y tomar una decisión dentro de 7 días.

1. Tiene una entrevista con el DHS.
2. Recibirá un aviso por correo que le informará sobre la fecha y la hora de la entrevista.
 - Si solicitó una entrevista telefónica, su trabajador del DHS lo llamará al número de teléfono que proporcionó en la solicitud.
 - Si solicitó una entrevista en la oficina, vaya a la oficina correspondiente en el momento de su entrevista.
 - Si no puede realizar la entrevista (telefónica o en la oficina) en la fecha y el horario programados, llame a la oficina de inmediato para realizar otra cita.
3. Deberá reunir los documentos que corroboran su situación. Puede suministrar fotocopias.
 - Si tiene una entrevista telefónica, envíe por correo o fax los documentos antes de la entrevista.
 - Si tiene una entrevista en la oficina, lleve los documentos a la oficina.
 - Si se le pide que proporcione más documentación, cuenta con diez días para llevarla al DHS.
4. Si su solicitud es aprobada, se le entregará o enviará por correo una tarjeta EBT y se le pedirá que seleccione su número de identificación personal.
5. Si su solicitud es rechazada, tiene el derecho de apelar la decisión. Hable con su trabajador del DHS sobre ello.

La oficina del DHS que le corresponde depende de dónde vive:

NEWPORT, 272 Valley Road, Middletown, RI 02842, 851-2100 (tel.), 851-2105 (fax) si vive en: Jamestown, Little Compton, Middletown, Newport, Portsmouth o Tiverton.

PAWTUCKET, 249 Roosevelt Avenue, Pawtucket, RI 02860, 721-6600 (tel.), 721-6659 (fax) si vive en: Barrington, Bristol, Central Falls, East Providence, Pawtucket o Warren.

PROVIDENCE, 206 Elmwood Avenue, Providence, RI 02907, 415-8200 (tel.), 415-8349 (fax) si vive en: Cranston, Johnston, Providence o Scituate.

WAKEFIELD, 4808 Tower Hill Road, Wakefield, RI 02879, 782-4300 (tel.), 782-4316 (fax) si vive en: Charlestown, Coventry, East Greenwich, Exeter, Hopkinton, Narragansett, New Shoreham, North Kingstown, Richmond, South Kingstown, West Greenwich o Westerly.

WARWICK, 195 Buttonwoods Ave, Warwick, RI 02886, 736-1400 (tel.), 736-1443 (fax) si vive en: Warwick o West Warwick.

WOONSOCKET, 450 Clinton Street, Woonsocket, RI 02895, 235-6200 (tel.), 235-6237 (fax) si vive en: Burrillville, Cumberland, Foster, Glocester, Lincoln, North Providence, North Smithfield, Smithfield o Woonsocket.

SOLICITUD DEL SNAP
SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA SUPLEMENTARIA
(SNAP, SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM) – PAUTAS SOBRE INGRESOS
(Anteriormente conocido como el programa de cupones para alimentos)

Es posible que la mayoría de los hogares solicitantes sean elegibles categóricamente para el SNAP si los ingresos brutos del hogar equivalen al 185 % o menos del nivel de pobreza federal (FPL, por sus siglas en inglés). Además, los hogares que tienen un miembro de 59 años o más o discapacitado, con ingresos brutos del hogar que equivalen al 200 % o menos del nivel de pobreza federal pueden ser elegibles categóricamente. Todos los hogares deben recibir un servicio financiado por la TANF, por ejemplo, la publicación de información del Departamento de Servicios Humanos de RI para ser elegibles categóricamente. Los límites de ingresos brutos mensuales especificados a continuación son del 1 de octubre de 2014 al 30 de septiembre de 2015 y se ajustan de forma anual.

Límites de ingresos brutos mensuales del SNAP para 2014-2015			
Tamaño del hogar	Ingresos netos que equivalen al 100 % del FPL	Elegible categóricamente	Hogares de ancianos y personas discapacitadas
		Ingresos brutos que equivalen al 185 % del FPL	Ingresos brutos que equivalen al 200 % del FPL Cada persona adicional
1	\$ 973	\$1,800	\$1,946
2	\$1,311	\$2,425	\$2,622
3	\$1,650	\$3,053	\$3,300
4	\$1,988	\$3,678	\$3,976
5	\$2,326	\$4,303	\$4,652
6	\$2,665	\$4,930	\$5,330
	+\$339	+ \$627	+ \$678

Un hogar que cumple las pautas de ingresos brutos según se especifican anteriormente debe luego cumplir las pautas de ingresos netos para recibir los beneficios mensuales del SNAP. Los ingresos netos se calculan como ingresos brutos menos las deducciones permitidas.

Se permitirán las siguientes deducciones para determinar los ingresos netos:

- Una deducción estándar en función del tamaño del hogar
- Una deducción por ingresos laborales (el 20 % de los ingresos laborales)
- Los gastos del cuidado de niños/adultos
- Una parte de los gastos de refugio hasta un monto estándar
- Los hogares donde hay ancianos o personas discapacitadas también pueden deducir una parte de sus gastos médicos mensuales.

Nota importante sobre la elegibilidad: Un pequeño porcentaje de hogares solicitantes pueden calificar para el SNAP, pero no ser determinados elegibles categóricamente. Estos pueden incluir los hogares con ancianos o personas discapacitadas cuyos ingresos sean superiores al 200 % del FPL, así como los hogares sancionados por el DHS debido a una violación del programa. Dichos solicitantes deben comunicarse con el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island al 401-462-5300 para obtener más información sobre la elegibilidad.

Asistencia para la solicitud del SNAP

1-866-306-0270

<http://www.eatbettertoday.com>



SNAP-Ed Nutrition Hotline



El personal de servicios sociales del SNAP está disponible para responder a las preguntas sobre el SNAP, ayudarlo a determinar si usted es elegible y ayudarlo a completar la solicitud del SNAP. Se complacerán en hablar con usted sobre su situación o le informarán sobre cómo prestar apoyo a un amigo o ser querido. Si tiene preguntas, llame al número de teléfono que se especifica anteriormente.

Llame a nuestra línea de ayuda al **1-877-Food-URI** para obtener asesoramiento sobre alimentación saludable, recetas de bajo costo y consejos para estirar el presupuesto destinado a la alimentación. También puede solicitar nuestro folleto en el que figura nuestro sitio de comidas y establecimientos de distribución de alimentos.

Si recibe los beneficios, es posible que tenga derecho a recibir una factura de teléfono o de electricidad más baja.

Programa de asistencia telefónica Lifeline

Si se determina que es elegible para obtener los beneficios del SNAP, puede ser elegible para recibir un descuento mensual en su factura telefónica. Para obtener más información sobre cómo recibir este descuento, comuníquese con la Línea de ayuda del DHS al 401-462-5300.



Asistencia en las transacciones de las EBT

Consulte el saldo y las transacciones del SNAP y RIWORKS EBT en línea en cualquier momento, cualquier día desde cualquier computadora. Simplemente conéctese en este sitio web: <http://www.ebtedge.com> y haga clic en **Cardholder Login** (Inicio de sesión del titular de la tarjeta) o llame al **1-888-979-9939**.



Asistencia para la electricidad

National Grid ofrece una tarifa con descuento a todos los destinatarios elegibles del SNAP. Para obtener el descuento en la electricidad, envíe la copia más reciente de su elegibilidad del SNAP a National Grid. Para obtener más información sobre cómo recibir este descuento, comuníquese con la **Línea de ayuda del DHS al 401-462-5300**.



Agencias de CAP y asistencia para la calefacción

<http://www.ricommunityaction.org>

Los Programas de Acción Comunitaria (Agencias de CAP) de Rhode Island prestan servicios a las familias trabajadoras pobres y económicamente más desprotegidas, por ejemplo, en materia de vivienda, asistencia para la calefacción, empleo, educación, necesidades básicas y de emergencia y servicios financieros. Para obtener asistencia, llame a la agencia local de CAP:



Asistencia general: United Way 2-1-1



Programas después de la escuela; recursos para la enfermedad de Alzheimer; necesidades básicas; alimentación, vestimenta, refugio, etc.; servicios de cuidado y salud infantil; protección al consumidor; asesoramiento; intervención en casos de crisis; servicios para discapacidades; programas de violencia doméstica; donaciones de alimentos, vestimenta, muebles, etc.; refugio de emergencia; asistencia para la electricidad y los servicios públicos; asesoramiento para familias; asistencia financiera; seguro/atención médica; exámenes de VIH/sida; personas sin hogar; asistencia para la vivienda o el alquiler; capacitación laboral; asistencia jurídica; oportunidades de tutorías; programas de educación para padres; problemas con el juego; servicios y atención para ancianos; programas de abuso de sustancias; prevención del suicidio; asistencia para el transporte; servicios para los veteranos de guerra; oportunidades de trabajo voluntario y mucho más... Llame al 211.

Ancianos y adultos con discapacidades

THE POINT proporciona información, derivaciones y ayuda para obtener programas y servicios para ancianos, adultos con discapacidades y sus cuidadores. **Llame al 401-462-4444**.

Blackstone Valley CAP	723-4520
Comprehensive CAP	467-9610
Lower East Bay CAP	437-1000
Upper East Bay CAP	847-7821
Family Resources	766-0900
Providence CAP	273-2000
South County CAP	789-3016
Tri Town CAP	351-2750
West Bay CAP	732-4666

Oficina

Pawtucket
Cranston
Newport
E. Providence
Woonsocket
Providence
Wakefield
Johnston
Warwick

Executive Office of Health and Human Services

401-462-2121 <http://www.eohhs.ri.gov>



Department of Children, Youth and Families
Division of Elderly Affairs
Department of Human Services

• Long Term Services and Supports, Medical, Cash,
Food & Childcare

Department of Behavioral Healthcare,
Developmental Disabilities and Hospitals

401-528-3502

401-462-3000

401-462-5300

401-462-3201

<http://www.dcyf.ri.gov>

<http://www.dea.ri.gov>

<http://www.dhs.ri.gov>

<http://www.bhddh.ri.gov>

Proveedores de servicios estatales: RI Coalition Against Domestic Violence (Coalición de RI contra la violencia doméstica) 401-467-9940; RI Coalition for the Homeless (Coalición de RI para las personas sin hogar) 401-721-5685; Línea de ayuda las 24 horas para las víctimas de delitos 1-800-494-8100; Discado directo estatal 7-1-1



Aviso para el solicitante que se registra para votar en Rhode Island

La Junta estatal de elecciones insta a todos los ciudadanos a registrarse para votar. Su voto los beneficiará a usted y a su familia.

En este paquete de formularios se incluye un formulario de registro para votantes. Si desea registrarse para votar, complete y firme el formulario y envíelo por correo a la Junta Electoral (Board of Canvassers) local (el directorio figura en el reverso del formulario).

Regístrese para votar

- Si no está registrado para votar donde vive en la actualidad, complete el formulario que se adjunta.
- La solicitud de registro o la negativa a registrarse para votar no afectarán el monto de asistencia provista por este organismo.
- Si desea obtener ayuda para completar el formulario de solicitud de registro para votar, puede llevarlo cuando devuelva los demás formularios completados de este paquete o puede ir a la Junta Electoral local de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos se encuentra en el reverso del formulario de registro para votantes).
- La decisión de obtener o aceptar la ayuda es suya.
- Si considera que una persona ha interferido en su derecho a registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad en su decisión de registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el coordinador de registro de votantes (Voter Registration Coordinator), 50 Branch Avenue, Providence, RI 02904 o (401)222-2345.



RHODE ISLAND

FORMULARIO DE REGISTRO PARA VOTANTES

Escriba en letra de imprenta clara con tinta. Toda la información es obligatoria, a menos que se indique que es opcional.

PUEDEN UTILIZAR ESTE FORMULARIO PARA:

- Registrarse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en su registro.
- Elegir un partido político o cambiar el partido.

PARA REGISTRARSE PARA VOTAR EN RI, USTED DEBE:

- Ser residente legal de Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Tener al menos 16 años de edad.
(Debe tener al menos 18 años de edad para votar en el día de elecciones).

INSTRUCCIONES

Recuadro 2: OBLIGATORIO. Los ciudadanos de Rhode Island de, al menos, 16 años de edad pueden registrarse previamente para votar usando este formulario. Si no marca alguno de estos recuadros, se le devolverá este formulario. Si marca NO en cualquiera de estas afirmaciones, no complete este formulario.

Recuadro 3: Si se está registrando para votar por primera vez en Rhode Island por correo o si otra persona envía este formulario en su nombre, usted **DEBE** proporcionar su número de licencia de conducir o su número de identificación estatal emitido por el Departamento de Vehículos de Motor (DMV, Department of Motor Vehicles) de RI. Si no tiene ninguno de los dos, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social. Si no proporciona la información que se solicita anteriormente o si no puede verificarse, deberá presentar una identificación al funcionario de las elecciones antes de votar. Los formularios aceptables de identificación se encuentran en el sitio web de la Junta de Elecciones en <http://www.elections.ri.gov> o comuníquese con la Junta Electoral local (consulte el reverso de este formulario).

Recuadro 5: Se puede tener solo una residencia legal. Debe registrarse en función de su residencia legal. Un apartado postal o ruta rural solo pueden utilizarse en la "Dirección de correo" en el recuadro 6.

Recuadro 9: Si desea afiliarse para votar, elija un partido. Si deja el recuadro 9 en blanco, quedará registrado como sin afiliación.

Recuadro 10: Debe FIRMAR y FECHAR el formulario de registro. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Recuadro 11: Si actualiza su registro de votante porque ha cambiado legalmente su nombre, escriba su nombre legal anterior.

Recuadro 12: Si actualiza su registro de votante porque ha cambiado su dirección, escriba su dirección anterior, **aun si se encuentra fuera del estado.**

Recibirá una confirmación de recibo de este formulario de registro para votantes en el plazo de tres semanas. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta Electoral local (consulte la lista en el reverso). Para realizar preguntas y consultar las fechas límite relacionadas con este formulario, visite el sitio web de la Junta Electoral en <http://www.elections.ri.gov> o comuníquese con la Junta Electoral local (consulte la lista en el reverso).

(Este formulario puede reproducirse).

1. Marque los recuadros que correspondan <input type="checkbox"/> Nuevo registro de votante <input type="checkbox"/> Cambio de dirección <input type="checkbox"/> Cambio de partido <input type="checkbox"/> Cambio de nombre				
2. Soy ciudadano estadounidense y residente de Rhode Island <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Tengo al menos 16 años de edad. (Debe tener al menos 18 años de edad para votar <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No)		3. Número de licencia de conducir o de identificación de RI: <input type="text"/> Si no tiene una licencia de conducir o identificación de RI, escriba los últimos cuatro dígitos de su número del seguro social: <input type="text"/> Si no escribe ninguno de los números, consulte las instrucciones del recuadro 3.		
4. Apellido <input type="text"/> Sufijo (si corresponde) <input type="text"/>		Nombre <input type="text"/>		Segundo nombre (o inicial) <input type="text"/>
5. Dirección del hogar (no ingrese un apartado postal) <input type="text"/>		Depto <input type="text"/>	Ciudad/pueblo <input type="text"/>	Estado <input type="text"/> RI <input type="text"/>
6. Dirección de correo (si es diferente del recuadro 5) <input type="text"/>		Depto <input type="text"/>	Ciudad/pueblo <input type="text"/>	Estado <input type="text"/> Código postal <input type="text"/>
7. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Mes <input type="text"/> Día <input type="text"/> Año <input type="text"/>		8. Número de teléfono/correo electrónico (opcional) <input type="text"/>		9. Afiliación a un partido <input type="checkbox"/> American Elect <input type="checkbox"/> Demócrata <input type="checkbox"/> Moderado <input type="checkbox"/> Republicano <input type="checkbox"/> Sin afiliación <input type="checkbox"/> Otro <input type="text"/>
10. Juro o afirmo que: -No estoy encarcelado en una institución correccional por un delito grave. -Actualmente ningún tribunal me ha declarado "mentalmente incompetente" para votar. -La información que he proporcionado es verdadera según mi leal saber y entender bajo pena de perjurio. Si proporciono información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano estadounidense) deportado de los Estados Unidos o se me negará el ingreso a este país.		Usa oficial para código de barras		
FIRME CON SU NOMBRE COMPLETO O COLOQUE UNA MARCA A CONTINUACIÓN <input type="text"/>		Fecha: <input type="text"/> (mm/dd/aaaa) Firma <input type="text"/>		¿Le interesa trabajar en las elecciones? (marque el recuadro a continuación) <input type="checkbox"/>
Advertencia: Si firma este formulario y sabe que es falso, puede ser condenado y multado por hasta \$5,000 o condenado a prisión durante hasta 10 años.				
11. NOMBRE ANTERIOR (si es diferente del recuadro 4) <input type="text"/>		12. DIRECCIÓN DE REGISTRO ANTERIOR (Ciudad/pueblo, estado, código postal y condado) <input type="text"/>		

Dirección de remitente



Se requiere
estampilla. La
Oficina de Correo
no realizará el
envío sin el
estampillado
adecuado.

Enviar a: **BOARD OF CANVASES**

*****PLIEGUE AQUÍ Y ESCRIBA EN LA PARTE SUPERIOR*****

INSTRUCCIONES PARA ENVIAR POR CORREO EL FORMULARIO DE REGISTRO PARA VOTANTES

Los solicitantes que deseen enviar por correo el formulario de registro para votantes deberán hacerlo de la siguiente manera

1. Pliegue el formulario en la línea de puntos y pegue con cola la parte inferior con la parte superior del formulario.
2. De la lista que figura a continuación, ubique la dirección de la junta electoral de su ciudad o pueblo en la que esté registrado para votar y escriba esa dirección en el espacio correspondiente debajo de "Enviar a: BOARD OF CANVASSERS" del lado de la dirección del formulario de registro para votantes.

Escriba su dirección de remitente en el espacio provisto.

AVISO: Es ilegal que una persona interfiera en su privacidad a la hora de registrarse para votar o elegir un partido político. Si considera que una persona ha interferido en su derecho a registrarse o no registrarse o en su privacidad a la hora de tomar esta decisión o elegir un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones (State Board of Elections), 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

JUNTAS ELECTORALES 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	S. 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	N. 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, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St, North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. 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	

Las preguntas relacionadas con el registro de los votantes pueden dirigirse a:

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