W-1FOOD(S)
(Rev. 10/12)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

¡Usted podría ser elegible para recibir ayuda del
Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (SNAP) dentro de 7 Días!

Si Uds.estas solicitando para cualquier otra asistencia, tales como dinero o Medicaid, o si hay más de 4 personas incluyéndose a usted en su hogar, tenes que llenar un formulario de solicitud diferente.

Por favor llene la siguiente información:

La cantidad que usted paga cada mes de renta o hipoteca: 1)$_____

La cantidad que usted paga cada mes para servicios públicos: 2)$_____

NOTE:

- Si paga por lo menos $1 ya sea por la renta o servicios públicos, sume $668.00 en la línea # 2 arriba. Si no paga nada por renta o servicios públicos, sume $0.

Sume # 1 y # 2 $_____
(Total de líneas # 1 y # 2)

Ingreso mensual total antes de deducciones
(FICA, primas de Medicare): 3)$_____

Recursos líquidos 4)$_____
Los recursos líquidos incluyen: cuentas bancarias, dinero efectivo, y certificados de depósito, IRA, planes Keogh, acciones o bonos.

Sume # 3 y # 4 _____
(Total de líneas # 3 y # 4)

Ahora por favor conteste las siguientes preguntas:

1. ¿Es la cantidad que usted paga cada mes por renta/hipoteca y servicios públicos (total de líneas 1 y 2) mas que la cantidad que usted gana cada mes antes de deducir las deducciones y recursos líquidos (el total # 3 y # 4)?
   (Marque uno) ☐ Sí ☐ No

2. ¿Es el ingreso mensual total de su hogar antes de deducciones menos de $150 y sus recursos líquidos $100 ó menos? (Marque uno) ☐ Sí ☐ No

3. ¿Es usted trabajador agrícola itinerante o temporero y son sus recursos menos de $100?
   (Marque uno) ☐ Sí ☐ No

Si usted respondió "Sí" a cualquiera de las 3 peguntas en esta página, usted podría recibir sus beneficios SNAP (antes llamado Cupones de Alimento) dentro de 7 días a partir del día cuando someta su aplicación en la oficina regional. Por favor llene la aplicación adjunta y vaya a su oficina local del DSS inmediatamente para solicitar. Si no respondió "Sí" a ninguna de las 3 preguntas en esta página todavía tendremos que decirle si es elegible para SNAP dentro de 30 días a partir del día cuando somete su aplicación en la oficina regional. Llene la aplicación y envíela por correo o llévela a su oficina local del DSS lo más pronto posible.

Por favor recuerde llevar identificación. Esto puede incluir una licencia de conducir o certificado de nacimiento.

Oficinas Regionales del DSS

Oficina Regional de Hartford..... 1(855) 424-5581
3580 Main Street, 06120

Sub-Oficina de Manchester ..... (860) 647 - 1441
699 E. Middle Tpke., Manchester, 06040

Sub-Oficina de New Britain .....(860) 612 - 3400
30 Christian Lane, New Britain, 06051

Oficina Regional de Norwich .....(860) 823 - 5000
401 W. Thames St., #102, Norwich, 06360

Oficina Regional de Waterbury .....1(866) 454-1108
249 Thomaston Ave., Waterbury, 06702

Sub-Oficina de Danbury .....(203) 207 - 8900
342 Main St., Danbury, 06810

Sub-Oficina de Torrington .....(860) 496 - 6900
62 Commercial Blvd., Torrington, 06790

Oficina Regional de New Haven.....1(877) 551 - 2700
194 Bassett St., New Haven, 06511

Sub-Oficina de Middletown .....(860) 704 - 3100
117 Main St. Ext., Middletown, 06457

Oficina Regional de Bridgeport .....1(877) 551 - 2700
925 Housatonic Ave., Bridgeport, 06606

Sub-Oficina de Stamford .....(203) 251 - 9300
1642 Bedford St., Stamford, 06905

Sub-Oficina de Willimantic .....(860) 465 - 3500
670-676 Main St., Willimantic, 06226

W-1FOOD(S)
(Rev. 10/12)

Estado de Connecticut
Departamento de Servicios Sociales

Aplicación para Beneficios de SNAP Solamente

El Programa de Cupones de Alimento ahora se llama el Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (SNAP).

¿Necesita usted un acomodo razonable o ayuda especial para solicitar SNAP porque tiene una discapacidad?

☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo ¿qué ayuda especial necesita? _____

Nombre: (Primero) (Inicial) (Apellido)

Dirección residencial: (Numebro) (Calle) (Ciudad) (Zip)

Dirección postal: (Numebro) (Calle) (Ciudad) (Zip)
(Si es diferente de la dirección residencial)

Número de teléfono donde podemos contactarle o dejar mensajes: ( )_____
Asegúrese de que tengamos un número donde podremos contactarle para su entrevista.

Para someter una aplicación para SNAP, y establecer la fecha de comienzo de la asistencia, usted solamente necesita escribir su nombre y dirección en el formulario, firmarlo y traerlo o enviarlo por correo a la oficina regional del DSS. Antes de que podamos decirle si usted es elegible para SNAP, tendrá que contestar todas las preguntas en esta aplicación. Cualquier miembro responsable de su hogar puede firmar el formulario de aplicación. Mientras más información provea ahora, más rápido obtendrá su SNAP.

Si soy elegible para SNAP, recibiré beneficios a partir de la fecha cuando se reciba esta aplicación firmada en una oficina del DSS.

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en esta aplicación son verdaderas y completas a mi leal saber y entender. Si a sabiendas he dado información incorrecta, podré ser sujeto a las penalidades por declaraciones falsas según especificado en la Ley General de Connecticut Secciones 53a-157b y 17b-97 y a penalidades por hurto según especificado en las secciones 53a-122 y 53a-123. Además podría estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley Federal.

Firma de solicitante Fecha

Firma de Representante/Intérprete Fecha
(Si es aplicable)

Si alguien ayudó al solicitante a completar este formulario, esta persona tiene que firmar también.

Firma de Ayudante Fecha

Firma de Trabajador(a) Fecha

Esta información está disponible en formatos alternativos. Teléfono (800) 842-1508 ó TDD/TTY (800) 842-4524.

Sección 1. Composición del hogar

Enumere las personas para las cuales usted está solicitando SNAP: Asegúrese de incluirse a sí mismo(a).

Nombre	Relación con el(la) solicitante	Fecha de nacimiento	¿Es usted hispano(a) o latino(a)?	Código(s) de origen racial *	# de Seguro Social **(opcional si no está solicitando para sí mismo(a)	Sexo (marque uno)
	Usted mismo(a)				**	☐ M ☐ F
						☐ M ☐ F
						☐ M ☐ F
						☐ M ☐ F

(Apunte la letra de todos los que apliquen)
*Códigos de origen racial: A = Asiático C = Blanco N = Indígena americano o nativo de Alaska
B = Negro o de ascendencia Africana P = Nativo hawaiano u otro isleño del Pacífico

¿Está casado(a)? ☐ Sí ☐ No ☐ Separado(a) (marque uno) En tal caso, nombre de cónyuge_____

¿Alguien en su hogar es mayor de 60 años, o persona con una discapacidad? ☐ Sí ☐ No (marque uno)
¿Quién? _____
¿Tiene esa personas gastos médicos de su bolsillo? ☐ Sí ☐ No (marque uno)
Tipo de gasto médico: _____ $ _____/mes Fecha de vencimiento: _____

¿ ¿Usted o alguien en su hogar han recibido SNAP en otro estado dentro de los últimos 90 días?
☐ Sí ☐ No (marque uno) ¿Cuál estado?_____

¿Alguien aparte de los que ha indicado en las páginas 2 a 5, vive con usted? ☐ Sí ☐ No
Si contestó Sí, llene la sección abajo:

Nombre	Relación con usted	Does this person:	Cantidad que la persona paga
		☐ Comparte gastos ☐ Paga cuarto y comidas ☐ Compra y cocina con Ud. ☐ Paga el cuarto solamente ☐ Compra y cocina aparte	$_____por_____
		☐ Comparte gastos ☐ Paga cuarto y comidas ☐ Compra y cocina con Ud. ☐ Paga el cuarto solamente ☐ Compra y cocina aparte	$_____por_____
		☐ Comparte gastos ☐ Paga cuarto y comidas ☐ Compra y cocina con Ud. ☐ Paga el cuarto solamente ☐ Compra y cocina aparte	$_____por_____

SECCIÓN 2. Representantes Autorizados

¿Desea usted nombrar a alguien para ayudarle a llenar la aplicación, recibir avisos, hacer compras para Ud., etc?
☐ Sí ☐ No (marque uno)

¿Está Ud. haciendo esta aplicación como representante autorizado de alguien? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

Si respondió "Sí" a cualquiera de estas preguntas, llene la siguiente sección:

Tipo de representante:	Nombre:
☐ Papelería ☐ Comprador (Marque todos los que apliquen)	Dirección: Número de teléfono:

Sección 3. Estudiantes

¿Hay algún estudiante (tiempo completo o parcial) en su hogar que sea mayor de 18 años de edad?
☐ Sí ☐ No (marque uno) Si respondió Sí, llene esta sección.

Nombre de estudiante	Escuela/Programa	# de horas por semestre	Fecha anticipada de graduación:

Matrícula y cuotas obligatorias	¿Está en plan de alimentos ? ☐ Sí ☐ No	¿Tiene empleo el estudiante? ☐ Sí ☐ No En tal caso,¿horas por semana ?_____

¿Tiene este estudiante trabajo-estudio con subsidio federal? ☐ Sí ☐ No (marque uno)
En tal caso, ¿cuántas horas? _____

¿Recibe este estudiante algún(os) subsidio(s), préstamo(s), y beca(s) educativos, incluyendo trabajo-estudio?
☐ Sí ☐ No En tal caso, hay que llenar formulario W-1471 el cual pide información más específica.

Sección 4. Información de personas no ciudadanas

Note: Solamente tiene que darnos la información de ciudadanía para personas en su hogar para las cuales está solicitando SNAP. Por favor inclúyase a usted mismo(a).

Si alguien en su hogar para el(la) cual usted está solicitando SNAP no es ciudadano(a), por favor dé la siguiente información:

Nombre	Páis de origen	Fecha de entrada a EEUU	Fecha de entrada a Connecticut	*Condición de USCIS y # de registro I-94	Nombre, Dirección, teléfono y Relación de Patrocinador(a)

*USCIS es el Departamento de Seguridad Nacional, Servicios de Ciudadanía e Inmigración de EEUU (antes llamado INS, Servicio de Naturalización e Inmigración).

Sección 5. Veteranos

Si alguien en su hogar es veterano(a), o cónyuge, viuda(o) o hijo(a) de un veterano, por favor dé la siguiente información:

Nombre de miembro del hogar	Nombre del (de la) veterano(a)	Relación con Veterano(a)	Número de Servicio Militar	Numero de reclamo de la administración de veteranos

Sección 6. Ingreso

Por favor indique el ingreso bruto (ingreso antes de deducciones) que recibe usted o cualquier otra persona para la cual está solicitanto SNAP. Salario bruto de empleo, Seguro Social bruto (incluyendo su prima de Medicare Parte B), SSI, pensiones, anualidades, beneficios por discapacidad, compensación de trabajador, pensión alimenticia, intereses, compensación por desempleo, dividendos, ingreso de propiedad de alquiler, manutención de hijos, etc.

Nombre de persona recibiendo el ingreso	Fuente (Indique el nombre del empleador si está trabajando)	Cantidad	Frequencia de recibo (semanal, mensual, trimestral)	Día de semano o mes cuando se recibe
Ud. mismo(a)		$		
		$		
		$		

Ingreso mensual total bruto (antes de deducciones) $

¿Ha renunciado de un empleo usted o alguien en su hogar dentro de los últimos 60 días? ☐ Sí ☐ No
En tal caso, ¿nombre y dirección de empleador? _____

¿Cuál fue la última fecha en que trabajó? _____
¿Cuál fue la fecha del último cheque de pago que recibió? _____

Sección 7. Arreglos de vivienda y gastos de alojamiento

Marque uno de lo siguiente que más claramente describe su tipo de arreglo de vivienda:
Casa propia _____ Renta _____ Vive con alguien y /no paga_____ / pagando_____
Sin hogar_____ Renta cuarto (Comidas incluidas)_____ /(Comidadas no incluidas)_____

Escriba las cantidades que se requiere que usted pague cada mes por los siguientes costos:
Renta $_____ Hipoteca $_____ Honorarios de condominio $_____
Seguro para la propiedad $_____ Impuestos sobre la propieadad $_____

¿Recibe algún tipo de asistencia de renta o vivienda, tales como Sección 8, HUD, o Ayuda Estatal de Renta?
☐ Sí ☐ No (marque uno) En tal caso, la cantidad que usted paga al arrendador $_____

¿Paga Ud. calefacción? ☐ Sí ☐ No (marque uno) En tal caso ¿qué tipo de calefacción?_____

¿Tiene Ud. aire acondicionado en el hogar ? ☐ Sí ☐ No ¿Paga Ud. la electricidad? ☐ Sí ☐ No

¿El arrendador le cobra adicional por aire acondicionado o calefacción? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

¿Recibió Ud. un pago del Programa de Asistencia de Energía durante el último año en esta dirección?
☐ Sí ☐ No (marque uno)
¿Piensa Ud. solicitar el Programa de Asistencia de Energía este año? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

¿Paga Ud. alguno de estos servicios: electricidad, gas para cocinar, eliminación de basura, agua, alcantarilla, mantenimiento séptico? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

¿Paga cuenta mensual de teléfono (residencial o celular)? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

Si usted renta, por favor denos la siguiente información acerca de su arrendador.

Nombre: _____ N° Teléfono_____

Dirección:

Sección 8. Criminales que huyen de la ley

Personas que son criminales que huyen de la ley o estén en violación de libertad bajo palabra o probatoria no pueden recibir SNAP mientras continúen huyendo de las autoridades de la ley. ¿Es usted o alguien en su hogar criminal que huye de la ley o está en violación de libertad bajo palabra o probatoria?

☐ Sí ☐ No En tal caso, por favor explique.

Sección 9. Cuidado de dependiente(s)

¿Paga Ud. a alguien para que cuide a un niño o adulto discapacitado para que Ud. o alguien en su hogar pueda trabajar, asistir a un entrenamiento o buscar empleo? ¿Alguien en su hogar hace esto? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, conteste lo siguiente:

Nombre (para quién es el cuidado)	Costo por semana	Nombre y dirección del proveedor	N° de teléfono
	$		
	$		
	$		

¿Paga el Estado su cuidado de dependiente? ☐ Sí ☐ No En tal caso, ¿cuánto? $_____

Sección 10. Deducción por Manutención de Menor(es)

¿Paga usted manutención de hijo(s) ordenada por la corte a alguien que no sea miembro del hogar por menor(es) que no sea(n) miembro(s) de su hogar? ¿Lo hace alguien en su hogar? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

En tal caso, llene una de las secciones para cada persona a quien usted paga manutención de menor.

1) Nombre de miembro del hogar que paga manutención de menor:_____

Nombre y dirección de la persona a quien Ud. envía los pagos de manutención de menor: (Si hace pagos a un estado, indique el estado y número de expendiente.)

Nombre:_____

Dirección:_____

Pagos a un Estado: Estado:_____ N° expediente:_____

Nombre and fecha y fecha de nacimiento de niño(s) para el(los) cual(es) usted paga manutención:

Nombre	Fecha de nacim.	Nombre	Fecha de nacim.

¿Qué cantidad de manutención de menor ha sido ordenada por la corte? $_____

¿Cuál es la frecuencia requerida de los pagos? _____

¿Qué cantidad de manutención paga usted en realidad cada mes? $_____

¿Lo paga por medio de retención de su salario? ☐ Sí ☐ No (marque uno)

Por favor anote el número de expediente del talonario de su cheque de manutención de menor._____

Información de recursos

Llene esta página solamente si el ingreso mensual bruto de su hogar es mayor que la cantidad indicada abajo para el tamaño de su hogar. Esto es el ingreso mensual total antes de deducciones de la página 4, sección 6.

Tamaño del hogar	Límite de ingreso total bruto del hogar (antes de deducciones)
1	$1,723
2	$2,333
3	$2,944
4	$3,554
5	$4,165
6	$4,775
7	$5,386
8	$5,996

RECURSOS

Indique todos los recursos poseídos por usted o cualquier persona en su hogar, o que estén a nombre de usted o a nombre de cualquier persona en su hogar aunque sean propiedad de otra persona. Ejemplos de recursos además de los indicados abajo son: acciones, bonos, fondos de inversión, anualidades, fondos de entierro revocables, pagos únicos, e hipotecas pagaderos a usted mismo(a).

Tipo de recurso	Dueño	N° cuenta/póliza	Descripción	$ Valor
Efectivo				$
Cuenta de ahorros				$
Cuenta chequera				$
Certificados de depósito				$
Otro				$

TRANSFERENCIA DE RECURSOS

¿Usted o alguien en su hogar ha vendido, cerrado una cuenta, vendido, regalado, o transferido propiedad de alguna cuenta bancaria, propiedad, acciones, bonos o efectivo durante los últimos noventa (90) días?
☐ Sí ☐ No *(Marque uno)* En caso afirmativo, ¿qué, cuándo, a quién, y en qué cantidad?

Por favor note:

- Podemos hacer su entrevista por teléfono. Pregunte a su trabajador(a) sobre esto.
- Usted usará una tarjeta EBT para obtener acceso a su beneficio de SNAP. Le enviaremos su tarjeta EBT con instrucciones sobre la manera de programar un PIN *(Número de Identificación Personal)* en su tarjeta.
- Tiene que reportar o verificar sus gastos reales del hogar. Si no lo hace, el departamento lo considerará como una declaración de que usted no desea recibir una deducción permisible por tal gaso, lo cual significa que recibirá menos SNAP.
- Al recibir SNAP, usted podría ser automáticamente elegible para recibir un pago de $1.00 de Asistencia de Energía aunque usted no tenga que pagar su calefacción. Nosotros automáticamente emitiremos este pago de $1.00 a usted por medio de su tarjeta EBT. Este pago podría ayudarle a recibir más beneficios de SNAP.

Por favor lea cuidadosamente:

Yo juro que yo y las otras personas para quienes estoy solicitando beneficios son ya sea ciudadanos estadounidenses, o en un caso eventual que alguno(s) de nosotros no lo sea(n), que la información que yo he proporcionado respecto a la condición de no ciudadanía de cualquier persona es la verdad.

Comprendo y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Toda la información dada en este formulario está sujeta a verificación por oficiales federales, estatalea, y locales.
- Los números de Seguro Social de todas las personas en mi hogar que deseen recibir SNAP se usarán para verificar la identidad y elegbilidad. Personas que vivan conmigo pero no van a recibir SNAP no tienen que darnos sus números de Seguro Social. Sin embargo, si quieren dárnoslos, podría facilitar la verificación de sus ingresos y así acelerar la tramitación de la aplicación. Los números de Seguro Social también serán remitidos y comparados con ciertos archivos gubernamentales federales, estatales y locales por computadora. El departamento está autorizado para pedir números de Seguro Social en base de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 USC Sección 2025(e)(1) y 42 USC Secciónes 1320b-7(a)(1), (b)(4); y las Leyes Generales de Connecticut General Sección 17b-77.
- Tengo que cooperar con personal estatal y federal en una Revisión de Control de Calidad.
- Mi aplicación para recibir, y el recibo de SNAP es un registro para trabajo para mí y todos los miembro de mi unidad de SNAP que tengan el requisito de registrarse.
- Si yo violo una regla del Programa SNAP a propósito, soy inelegible para reibir SNAP. La primera vez que violo una regla estaré inelegible por un año. La segunda vez estaré inelegible por dos años. La tercera vez quedaré inelegible para siempre.
- Si se me encuentra culpable de traficar en SNAP en la cantidad de más de $500, nunca podré volver a recibir SNAP. Traficar en SNAP significa vender los beneficios en lugar de usarlos para comprar comida.
- Si se me encuentra culpable de comprar drogas ilegales con SNAP, no podré recibir SNAP por dos años.
- Si intencionalmente utilizo mal una tarjeta EBT (Transferencia Electrónica de Beneficio), yo podría dejar de recibir SNAP. También se me podría castigar con una multa de $250,000 ó ir a la cárcel por 20 años o ambas cosas. Mal uso de una tarjeta EBT significa allterar, vender o comerciar una tarjeta, usar la tarjeta de otra persona sin permiso o intercambiar beneficios.

De acuerdo con la Ley Federal y las normas del Depto. de Agrigultura de EEUU, se prohíbe que el Departamento de Servicios Sociales discrimine a base de raza, color, origen nacional, sexo, edad, religión, creencias políticas o discapacidad.

Para registrar una queja de discriminación , escriba al: USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ó llame al (800)795-3272 (voz) ó (202)720-6382 (TTY). USDA es un proveedor y empleador de igualdad de oportunidades.

Bajo la ley estatal usted tiene el derecho de registrar una queja de discriminación si cree que hemos tomado acciones en contra de usted debido a su raza, color, credo religioso, sexo, estado civil, origen nacional, ascendencia, antecedentes criminales, creencias políticas, orientación sexual, retardación mental, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, o discapacidad física, inclyendo pero no limitándose a la ceguera. Usted o alguien que le represente puede escribir o llamar a una o más de estas agencias para registrar una queja de discriminación: **Commissioner of the Department of Social Services, Attention Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator, 25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033**, ó llamar al 1-860-424-5040 (TDD: 1-800-842-4524); **Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities, 21 Grand Street, Hartford, CT 06106**, ó llamar al 1-860-541-3400 (TDD: 1-860-541-3459).

NOTAS DE TRABAJADOR(A):

El Departamento de Servicios Sociales Ofrece Inscripción Electoral

El departamento quiere que usted tenga la oportunidad de participar activamente en el proceso político.

El Congreso promulgó la Ley Nacional de Inscripción de Votantes (NVRA) de 1993 para facilitar que usted reciba y registre una solicitud para inscribirse para votar. El Departamento de Servicios Sociales puede ayudarle a inscribirse para votar. Es por eso que le pedimos que conteste las preguntas en la siguiente página. Estas preguntas nos indicarán si usted está inscrito(a) para votar. Por favor llene este formulario y remítalo a nosotros con su formulario de solicitud.

Si no está inscrito(a) para votar, puede solicitar inscribirse con el departamento. Tendrá que llenar una aplicación para inscribirse. Le enviamos una aplicación para inscribirse junta con este aplicación, o su trabajador(a) le entregó un formulario. Si usted no recibió una aplicación para inscribirse para votar, por favor informe a su trabajador(a). Su trabajador(a) hará llegar un formulario a usted.

DECLINACIÓN DE INSCRIBIRSE PARA VOTAR

Las Leyes Generales de Connecticut Sec. 9-23o provee que las oficinas estatales que administren SNAP, Medicaid, WIC, Ayuda Temporal a Familias, y oficinas que ofrezcan programas financiados por el estado principalmente dedicados a la provisión de servicios a personas con discapacidades tienen que proporcionar a los individuos la oportunidad de inscribirse para votar. Este formulario tiene que llenarse con cada aplicación para servicio o ayuda, y con cada formulario de recertificación, renovación, o cambio de dirección en relación con tal servicio.

Si no está inscrito(a) para votar donde vive actualmente ¿quiere solicitar inscribirse para votar aquí ahora?

☐ Sí ☐ No ☐ Yo declino porque ya estoy registrado(a)

SI USTED NO MARCA UNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El solicitar inscribirse o declinar inscribirse **no** afectará la asistencia que esta agencia proporcionará.

Si usted quisiera recibir ayuda para llenar el formulario de inscripción para votar, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar la ayuda depende de usted.

- Si está solicitando en persona, puede llenar la aplicación en privado.
- Si está solicitando por correo, llame a su trabajador(a). **Se incluye una notificación que tiene el nombre y número de teléfono de su trabajador(a).**

Si usted llena y firma la aplicación de inscripción de votante, puede:

- dejarla con su trabajador(a),
- enviarla por correo a nosotros en el sobre adjunto, o
- enviarla por correo directamente al secretario del registro de votantes de su Ayuntamiento Municipal.

La declinación de inscribirse para votar y la oficina en particular en la cual usted se inscribe para votar se mantienen confidenciales y se usarán solamente para propósitos de inscripción electoral.

Nombre	Firma	Fecha

Para uso de la Agencia solamente

Voter Registration Form Completed: ☐ Yes ☐ No ☐ Already Registered

☐ Voter Registration Form given to applicant for later mailing (at applicant's request)

Agency Staff Name	Agency Staff Signature	Date

(Desprenda aquí y retenga)

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de inscribirse o declinar inscribirse para votar, con su derecho de privacidad para decidir si inscribirse o de solicitar inscribirse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otra preferencia política, usted puede registrar una queja con la Comisión Estatal de Seguridad de Elecciones:

State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford CT 06106,
Teléfono: (860) 566-7106; TDD: 1-(800) 842-9710