

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

**SI YO ESTOY SOLICITANDO CUALQUIER OTRA AYUDA, COMO AYUDA DE DINERO EN EFECTIVO O MEDICAID, O SI HAY MÁS DE CUATRO PERSONAS INCLUYENDOME A MI EN MI CASA, YO DEBO COMPLETAR UNA FORMA DE SOLICITUD DIFERENTE.**

POR FAVOR APUNTE LA SIGUIENTE INFORMACION:

Cantidad que usted paga cada mes por renta o hipoteca: #1 \_\_\_\_\_

Cantidad que usted paga cada mes por las utilidades: #2 \_\_\_\_\_

NOTA:

- Si usted paga al menos \$1 de renta o por utilidades, añada \$662 en la línea #2 arriba. Si usted no paga nada por renta o utilidades, añada \$0.

Sume #1 y #2

\_\_\_\_\_  
(Total de #1 y #2)

¿Cuál es su ingreso mensual total antes de las deducciones  
(impuesto, FICA, primas de Medicare)?:

#3 \_\_\_\_\_

¿Cuánto tiene usted en bienes realizables?

#4 \_\_\_\_\_

Los bienes realizables incluyen: cuentas bancarias, dinero  
en efectivo, certificados de depósitos, IRAs, planes de Keogh,  
acciones o bonos.

Sume #3 y #4

\_\_\_\_\_  
(Total de #3 y #4)

AHORA POR FAVOR CONTESTE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS:

1. ¿Son sus costos totales para renta o costos de hipoteca más las utilidades (Total de #1 y #2) más que su ingreso mensual antes de las deducciones más los bienes realizables (Total de #3 y #4)?  
 Sí       No (Marque Uno)
2. ¿Es su ingreso mensual total del hogar menos de \$150 antes de las deducciones y sus bienes realizables \$100 o menos?       Sí       No (Marque Uno)
3. ¿Es usted un trabajador migratorio o un trabajador de granja estacional y son sus bienes menos de \$100?       Sí       No (Marque Uno)

**Si usted contesto "Sí" a cualquiera de estas 3 preguntas, usted puede ser elegible para conseguir sus beneficios de SNAP (anteriormente llamado Cupones para Alimentos) dentro de 7 días del día usted archiva su solicitud en la oficina regional. Por favor llene la forma de solicitud adjunta y vaya inmediatamente a su oficina local de DSS para aplicar. Usted podría ser elegible para SNAP aunque no contestara "Sí" a ninguna de las preguntas. Llene la forma de solicitud y envíela o llévela tan pronto posible a su oficina local de DSS.**

**TRAIGA IDENTIFICACION**

(Licencia de conducir, certificado de nacimiento, etc.)

## Oficinas Regionales de DSS

|   |                  |
|---|------------------|
| Oficina Regional de Hartford.....       | 860 - 723 - 1000 |
| 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.....      | 203 - 597 - 4000 |
| 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.....      | 203 - 974 - 8000 |
| 194 Bassett St., New Haven, 06511       |                  |
| Sub-Oficina de Middletown.....          | 860 - 704 - 3100 |
| 117 Main St. Ext., Middletown, 06457    |                  |
| Oficina Regional de Bridgeport .....    | 203 - 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    |                  |

## Solicitud para Beneficios de SNAP Solamente

El antiguo Programa de Cupones para Alimentos es ahora el Programa de Asistencia Suplementaria para Nutrición (SNAP, por sus siglas en inglés).

¿Necesita algún tipo de adaptación razonable o ayuda especial, debido a incapacidad, para llenar su aplicación para SNAP?  Sí  No

Si es "Sí", ¿cual tipo de ayuda especiales necesita usted? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Nombre: (Primer) (Inicial) (Apellido)

\_\_\_\_\_  
Dirección Residencial: (Núm.) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)

\_\_\_\_\_  
Dirección por Correo: (Núm.) (Calle) (Ciudad) (Código Postal)  
(Si es diferente de la dirección residencial)

Número de teléfono adonde podemos llamarle para ponernos en contacto con usted o para dejar mensajes: ( ) \_\_\_\_\_  
Asegúrese de que tenemos un número para ponernos en contacto con usted para su entrevista.

**Para archivar una aplicación para SNAP, y establecer el día efectivo de asistencia, usted sólo necesita escribir su nombre y dirección en la forma, fírmelo y traiga o mándelo por correo a la oficina regional local. Cualquier miembro responsable de su casa puede firmar la forma de aplicación. Entre más información que usted provea ahora, más rápido usted conseguirá su SNAP.**

**Si yo soy elegible para SNAP, yo recibiré los beneficios comenzando la fecha que esta aplicación firmada es recibida en la oficina regional de DSS.**

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son verdad y completa al mejor de mi conocimiento. Si yo he dado la información incorrecta a sabiendas, yo puedo estar sujeto a penalidades por las declaraciones falsas como especificando en las Secciones del Estatuto General de Connecticut 53a-157b y 17b-97 y penalidades por robo como especificado en las secciones 53a-122 y 53a-123. También puedo estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley Federal.

\_\_\_\_\_  
Firma del Solicitante Fecha Firma del Representante/Intérprete Fecha  
(si es aplicable)

Si alguien completó este formulario para el solicitante, este representante tendrá que firmar también.

\_\_\_\_\_  
Firma del Ayudante Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Trabajador(a) Fecha

## SECCIÓN 1. COMPOSICIÓN DEL HOGAR

Enliste personas por las cuales usted está solicitando para SNAP: Este seguro a completar para usted también.

| Nombre | Relación con Solicitante | Fecha de Nacimiento | ¿Es usted Hispano o Latino? | Código(s) de Origen Racial* | # Seguro Social<br>**(opcional si usted no está solicitando para usted mismo) | Sexo (Marque Uno)                                     |
|--------|--------------------------|---------------------|-----------------------------|-----------------------------|---|---|
|        | Yo mismo                 |                     |                             |                             | **  | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|        |                          |                     |                             |                             |   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|        |                          |                     |                             |                             |   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
|        |                          |                     |                             |                             |   | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |

**\*Códigos de Origen Racial:** **A** = Asiático **C** = Blanco **N** = Americano Nativo o Nativo de Alaska  
(Indique la letra para todos **B** = Negro o Descendiente Africano **P** = Nativo Hawaiano o Otro Isleño del Pacífico que apliquen)

¿Está usted casado(a)?  Sí  No  Separado (marque uno)

Si es sí, nombre del esposo(a) \_\_\_\_\_

¿Hay alguien en su hogar que tiene 60 años de edad o mayor o una persona con una incapacidad?

Sí  No (marque uno) ¿Quién? \_\_\_\_\_

¿Tiene esa persona costos médicos que paga de su bolsillo?  Sí  No (marque uno)

Tipo de gastos medicos \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ /mes Fecha de vencimiento del pago: \_\_\_\_\_

¿Ha usted o cualquiera en su casa recibido SNAP en otro estado dentro de los últimos 90 días?

Sí  No (marque uno) ¿Cuál estado? \_\_\_\_\_

¿Vive otra persona con usted fuera de las que indicó en las páginas 2 a 5?  Sí  No Si es Sí, complete la sección de abajo:

| Nombre | Relación con usted | Indique si esta persona:   | Cantidad que paga  |
|--------|--------------------|--|--------------------|
|        |                    | <input type="checkbox"/> Comparte los gastos <input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina con Ud. <input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina por separado | \$ _____ por _____ |
|        |                    | <input type="checkbox"/> Comparte los gastos <input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina con Ud. <input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina por separado | \$ _____ por _____ |
|        |                    | <input type="checkbox"/> Comparte los gastos <input type="checkbox"/> Paga por cuarto y comidas<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina con Ud. <input type="checkbox"/> Solamente paga por el cuarto<br><input type="checkbox"/> Compra y cocina por separado | \$ _____ por _____ |

## SECCIÓN 2. REPRESENTATIVOS AUTORIZADOS

¿Desea usted nombrar a alguien para ayudarle a completar la solicitud, obtener avisos, comprar por usted, etc.?

Sí  No (marque uno)

¿Está usted haciendo esta solicitud como un representante autorizado para alguien?  Sí  No (marque uno)

Si usted ha contestado "Sí" a cualquiera de las preguntas, complete la siguiente sección:

Tipo de Representativo:  
 Papeles  Compra  
 (Marque todas las que apliquen)

Nombre:  
 Dirección:  
 Número de Teléfono:

**SECCIÓN 3. ESTUDIANTES**

¿Hay algunos estudiantes (tiempo-completo o tiempo-parcial) en su hogar mayor de 18 años de edad?

Sí  No (marque uno) Si es sí, complete esta sección.

|                             |   |  |                               |
|-----------------------------|---|--|-------------------------------|
| Nombre de Estudiante        | Escuela/Programa  | # Semestre Horas:  | Fecha Esperada de Graduación: |
| Cuotas Mandatarias & Precio | ¿Está este estudiante en un plan de comida? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | ¿Tiene este estudiante un trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No<br>Si es sí, ¿cuántas horas por semana? _____ |                               |

¿Está este estudiante recibiendo fondos federales de estudio y trabajo?  Sí  No (marque uno)  
Si es Sí, ¿cuántas horas? \_\_\_\_\_

¿Recibe este estudiante cualquier donación educacional, préstamos, y beca, incluyendo estudio y trabajo?  
 Sí  No (marque uno) Si es sí, usted debe completar la forma W-1471 la cual pregunta información más específica de la escuela.

**SECCIÓN 4. INFORMACION NO-CIUDADANO**

**Nota: Usted es solamente requerido a darnos información de ciudadanía por las personas en su hogar por las cuales usted está solicitando para SNAP (incluyéndose usted mismo).**

Si usted o alguien en su hogar por el cual este solicitando para SNAP no es ciudadano, favor de darnos la siguiente información:

| Nombre | País de Origen | Fecha de Entrada a los E.U. | Fecha de Entrada a Connecticut | Estado de USCIS* Y I-94 Número de Registración | Nombre, Dirección, Número de Teléfono y Relación del Patrocinador |
|--------|----------------|-----------------------------|--------------------------------|--|---|
|        |                |                             |                                |  |   |
|        |                |                             |                                |  |   |

\*USCIS son los servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. del Departamento de Seguridad Nacional (anteriormente llamado INS, el Servicio de Inmigración y Naturalización).

**SECCIÓN 5. VETERANOS**

Si alguien en su hogar es un veterano, o un esposo(a), viuda(o) o niño de un veterano, favor de dar la siguiente información:

| Nombre del Miembro del Hogar | Nombre del Veterano | Relación con Veterano | Número de Servicio Militar | Número de Reclamación de la Administración de Veteranos |
|------------------------------|---------------------|-----------------------|----------------------------|---|
|                              |                     |                       |                            |   |
|                              |                     |                       |                            |   |
|                              |                     |                       |                            |   |
|                              |                     |                       |                            |   |

**SECCIÓN 6. INGRESO**

Favor de enlistar el ingreso bruto (ingreso **antes** de las deducciones) recibido por usted o alguien más por el cual está solicitando SNAP. **Algunas fuentes de ingreso son ingresos brutos de sueldo, bruto del Seguro Social** (incluyendo su Prima de Medicare de la Parte B), **SSI, salarios, pensiones, anualidades, beneficios de incapacidad, Compensación de Trabajador, pensión tras divorcio, intereses, Compensación por Desempleo, dividendos, ingreso de renta de propiedad, manutención de menores, etc.**

| Nombre de Persona Recibiendo Ingreso | Fuente (Escriba nombre de patrón si esta trabajando) | Cantidad | Frecuencia de Recibo (Semanal, Mensual, Trimestre) | Día de la Semana o Mes Recibido |
|--------------------------------------|--|----------|--|---------------------------------|
| Yo mismo                             |  | \$       |  |                                 |
|                                      |  | \$       |  |                                 |
|                                      |  | \$       |  |                                 |

**Ingreso Total Bruto Mensual (antes de las deducciones)** \$

¿Ha usted o cualquiera en su casa dejado un trabajo dentro de los últimos 60 días?  Sí  No

Si es sí, ¿cuál es el nombre y dirección del patrón? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la última fecha que usted trabajó? \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha del último sueldo que usted recibió? \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 7. ARREGLOS DE VIVIENDA Y GASTOS DE HOSPEDAJE**

**Marque uno** de los siguientes que más claramente describa su tipo de arreglo de vivienda:

Hogar Propio \_\_\_\_\_ Renta \_\_\_\_\_ Vive con alguien y no pagando \_\_\_\_\_ / pagando \_\_\_\_\_

Sin hogar \_\_\_\_\_ Renta un cuarto (incluyendo comidas) \_\_\_\_\_ / (Comidas no incluidas) \_\_\_\_\_

Escriba las cantidades por las que usted es cargado pagar mensualmente por los siguientes gastos:

Renta \$ \_\_\_\_\_ Hipoteca \$ \_\_\_\_\_ Cuotas de Condominio \$ \_\_\_\_\_

Impuestos de Bienes Raíces \$ \_\_\_\_\_ Seguro por la Propiedad \$ \_\_\_\_\_

¿Recibe usted algún tipo de asistencia de renta o vivienda, tal como Sección 8, HUD, o Asistencia de Alquiler del Estado?  Sí  No (marque uno) Si es sí, cantidad que **usted paga** al propietario \$ \_\_\_\_\_

¿Paga usted por calefacción?  Sí  No (marque uno)

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fuente de calefacción? \_\_\_\_\_

¿Tiene usted un acondicionador de aire en el hogar?  Sí  No ¿Paga usted por electricidad?  Sí  No

¿Su casero le cobra adicional por el aire acondicionado o por la calefacción?  Sí  No (marque uno)

¿Recibió usted un pago del Programa de Asistencia para Energía durante el año pasado en esta dirección?

Sí  No (marque uno)

¿Paga usted por cualquiera de las siguientes utilidades: electricidad, gas para cocinar, recogido de basura, agua, alcantarillado, mantenimiento séptico?  Sí  No (marque uno)

¿Paga usted una factura mensual de teléfono (residencial o celular)?  Sí  No (marque uno)

Si usted renta, Favor de darnos la siguiente información sobre el propietario.

Nombre: \_\_\_\_\_ # de Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 8. CRIMINALES QUE ESCAPAN**

Personas que son criminales que escapan o violan libertad provisional o probación no pueden obtener SNAP mientras ellos continúen escapando de las autoridades de la ley. ¿Es usted o alguien en su hogar un criminal escapando o violando libertad provisional o probación?  Sí  No Si es Sí, favor de explicar.

**SECCIÓN 9. CUIDADO DE DEPENDIENTE**

¿Usted o alguien en su hogar le paga a alguien por cuidar de un niño o adulto incapacitado así usted, o alguien en su hogar puede trabajar, asistir a un entrenamiento o buscar por un trabajo?  Sí  No Si es sí, conteste lo siguiente:

| Nombre (Para quien es el cuidado diurno) | Costo por Semana | Nombre y Dirección del Proveedor | Número de Teléfono |
|--|------------------|----------------------------------|--------------------|
|  | \$               |                                  |                    |
|  | \$               |                                  |                    |
|  | \$               |                                  |                    |

¿Paga el Estado por su cuidado de dependientes?  Sí  No Si es sí, ¿cuánto? \$ \_\_\_\_\_

**SECCIÓN 10. DEDUCCION DE MANUTENCION DE MENORES**

¿Paga usted o cualquier otro miembro de su hogar manutención de menores **ordenado por corte** a alguien que no es un miembro de hogar por un niño(s) que no es un miembro de su hogar?  Sí  No (marque uno) Si es sí, complete una de las siguientes secciones para cada persona **a quien usted paga** la manutención de menores.

1) Nombre del miembro del hogar que paga la manutención de menores: \_\_\_\_\_  
 Nombre y dirección de la persona a quien usted envía los pagos de manutención de menores: (Si usted hace pagos a un estado, enliste el estado y número de caso.)

Nombre: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Pagos al Estado: Estado: \_\_\_\_\_ # de Caso: \_\_\_\_\_

Nombre y fecha de nacimiento del niño(s) por quien usted paga manutención de menores:

| <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> | <u>Nombre</u> | <u>Fecha de Nacimiento</u> |
|---------------|----------------------------|---------------|----------------------------|
| _____         | _____                      | _____         | _____                      |
| _____         | _____                      | _____         | _____                      |

¿Cuál es la cantidad de manutención de menores que ha sido ordenado por la corte?  
 \$ \_\_\_\_\_ ¿Con que frecuencia vence la manutención? \_\_\_\_\_

¿Cuánta es la cantidad de manutención de menores que paga usted **actualmente** cada mes?  
 \$ \_\_\_\_\_ ¿Paga usted con retención de salario?  Sí  No (marque uno)

Favor de anotar el número de caso de su talonario de cheque de manutención de menores. \_\_\_\_\_

## Información sobre los Bienes

Complete esta página solamente si el ingreso total bruto mensual de su vivienda es más que la cantidad mostrada a continuación de acuerdo al tamaño de su familia. Este es el ingreso total mensual antes de las deducciones tomado de la página 4, Sección 6.

| Tamaño de la Familia | Límite de Ingreso Bruto Mensual de la Familia<br>(antes de las deducciones) |
|----------------------|---|
| 1                    | \$1,671   |
| 2                    | \$2,248   |
| 3                    | \$2,823   |
| 4                    | \$3,400   |
| 5                    | \$3,978   |
| 6                    | \$4,553   |
| 7                    | \$5,130   |
| 8                    | \$5,707   |

### BIENES

**Enliste todos los bienes que usted posee o cualquiera en su hogar, o qué están en su nombre o el nombre de cualquiera en su casa aun cuando es poseído por alguien más.** Ejemplos de bienes en adición a aquellos enlistados más abajo como: acciones, bonos, fideicomisos, anualidades, fondos de entierro revocable, pagos de suma total, e hipotecas pagados a usted.

| Tipo de Bienes          | Dueño | # Cuenta/Póliza | Descripción | \$ Valor |
|-------------------------|-------|-----------------|-------------|----------|
| Dinero en Efectivo      |       |                 |             | \$       |
| Cuenta de Ahorro        |       |                 |             | \$       |
| Cuenta de Cheque        |       |                 |             | \$       |
| Certificado de Depósito |       |                 |             | \$       |
| Otro                    |       |                 |             | \$       |

### TRANSFERENCIA DE BIENES

¿Ha usted o alguien en su hogar comprado, cerrado una cuenta, negociado, regalado, o transferido propiedad de cualquier cuentas bancarias, propiedades, acciones, bonos o dinero en efectivo durante los últimos noventa (90) días?  Sí  No (marque uno) Si es sí, ¿qué, cuando, a quien y por cuanto?

## Por favor note:

- Su entrevista puede ser hecha por teléfono. Pregunte a su trabajador acerca de esto.
- Usted usará una tarjeta de EBT para utilizar su beneficio de SNAP. Le enviaremos por correo su tarjeta de EBT con instrucciones sobre como crear el número para PIN su tarjeta.
- No reportar o verificar los gastos actuales incurridos por su hogar será visto como una declaración de que usted no quiere recibir una deducción aceptable para ese gasto, lo cual pudiera resultar en que usted reciba menos SNAP.
- Al recibir SNAP, usted puede ser elegible automáticamente para recibir un pago de Ayuda para Energía de \$1.00 aunque usted no tenga que pagar por la calefacción. Nosotros emitiremos automáticamente este pago de \$1.00 para usted por medio de su tarjeta EBT. Este pago puede permitirle obtener más beneficios de SNAP.

## Por favor lea cuidadosamente:

Yo juro que yo y las otras personas para quien yo estoy pidiendo beneficios somos ciudadanos de los Estados Unidos o, en el evento de que cualquiera de nosotros no lo es, que la información que yo le he proporcionado al estado concerniente a cualquiera de no-ciudadano es verdad.

Yo entiendo y acepto a lo siguiente:

- Toda la información dada en esta forma está sujeto a la comprobación por oficiales federales, estatales, y locales.
- Los Números del Seguro Social de todas las personas en mi casa que desean recibir SNAP se usarán para verificar identidad y elegibilidad. Las personas que viven conmigo pero que no van a recibir SNAP no tienen que darnos sus Números del Seguro Social. Sin embargo, si ellos desean hacerlo para que pueda ser más fácil de verificar su ingreso y acelerar el proceso de la solicitud. Los Números del Seguro Social también se cruz-emparejarán contra algunos archivos del gobierno federal, estatal, y locales por la computadora. El departamento está permitido de pedir los números de Seguro Social basado en la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 USC sección 2025(e)(1) y 42 USC secciones 1320b-7(a)(1), (b)(4); y Estatutos Generales de Connecticut sección 17b-77.
- Yo debo cooperar con el estado y el personal federal en una Revisión de Control de Calidad.
- Mi solicitud para y recibo de mis beneficios para SNAP es una registración para empleo para mi y todos los miembros de mi unidad de SNAP quienes están requeridos a registrar.
- Si yo rompo a propósito una regla de SNAP, yo soy inelegible a conseguir SNAP. La primera vez que yo rompo una regla yo seré inelegible por un año. La Segunda vez yo seré inelegible por dos años. La tercera vez yo seré inelegible para siempre.
- Si yo soy encontrado(a) culpable de estar traficando en SNAP por más de \$500, yo no puedo obtener otra vez para siempre SNAP. Traficando en SNAP significa vendiendolos en vez de estar usandolos para comprar alimentos.
- Si yo soy encontrado(a) culpable de comprar drogas ilegales con SNAP, yo no puedo obtener SNAP por dos años.
- Si yo empleo intencionalmente el mal uso de una tarjeta de Transferencia de Beneficio Electrónico (EBT), yo ya no puedo obtener SNAP. Yo también puedo ser multado hasta por \$250,000 o enviarme a la cárcel por hasta 20 años o ambos. El mal uso de una tarjeta de EBT significa alterar, vendiendo, o comerciar una tarjeta, usando a alguien más la tarjeta sin permiso o intercambiando beneficios.

De acuerdo con la ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, sigla en inglés), se le prohíbe al Departamento de Servicios Sociales que discrimine a base de raza, color, origen nacional, género, edad, religión, credo político, o impedimentos.

Para presentar una queja sobre discriminación, escriba a USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llame al (800) 795-3272 (voz) o (202) 720-6382 (TDD). USDA es un proveedor y empleador que ofrece oportunidad igual para todos.

Bajo la ley estatal usted tiene el derecho de registrar una querrela discriminatoria si usted piensa que hemos tomado acciones contra usted por su raza, color, credo religioso, sexo, estado marital, edad, origen nacional, ancestría, expediente criminal, creencia política, orientación sexual, retardación mental, desorden mental, incapacidad de aprendizaje o incapacidad física, incluyendo pero no con límites a la ceguera. Usted o alguien que le representa a usted puede escribir o llamar a una o más de estas agencias para hacer una querrela discriminatoria: Comisionado, Departamento de Servicios Sociales, Atención al Director de Acción Afirmativa/Coordinador de ADA “**Commissioner**,

**Department of Social Services, Attention Affirmative Action Director/ADA Coordinator, 25 Sigourney St., Hartford, CT 06106-5033**, o llame al 1-860-424-5040 (TDD: 1-800-842-4524); La Comisión de Connecticut para Derechos Humanos y Oportunidades **“Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities, 21 Grand St., Hartford, CT 06106**”, o llame al 1-860-541-3400 (TDD: 1-860-541-3459).

**NOTAS DEL TRABAJADOR:**

# **El Departamento de Servicios Sociales Ofrece Matricula Electoral**

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

El Congreso pasó el Acta Nacional de Matricula Electoral (NVRA) de 1993 para facilitar el obtener y registrar la aplicación para la matricula electoral. El Departamento de Servicios Sociales puede ayudarle a matricularse para votar. Es por eso que le pedimos que conteste las preguntas en la página siguiente. Estas preguntas nos indicarán si usted ya está matriculado para votar. Por favor complete éste formulario y devuélvalo con el formulario de su aplicación.

Si usted no se ha matriculado para votar, puede aplicar para matricularse en éste departamento. Usted necesita llenar una aplicación para matricularse. Nosotros le enviaremos un formulario para matricularse con ésta aplicación o su trabajador le dará un formulario. Si usted no ha recibido una aplicación para matricularse para votar, por favor comuníquesele a su trabajador. Su trabajador le dará un formulario.

## DECLINACION A REGISTRARSE PARA VOTAR

Los Estatutos Generales de Connecticut Sec. 9-23o dice que la oficinas del estado que se ocupan de SNAP, Medicaid, WIC, Asistencia Familiar Temporaria, y oficinas que proveen programas financiados por el estado dedicados primeramente a proveer servicios a personas con incapacidades debe proveer a los individuos la oportunidad de registrarse para votar. Este formulario debe ser llenado con cada aplicación para servicios o ayuda, y con cada formulario para re-certificación, renovación, o cambio de dirección relacionado con el servicio.

**Si no esta registrado para votar donde usted vive, ¿le gustaría aplicar hoy para registrarse para votar?**

Sí       No       Declino debido a que ya estoy inscrito para votar

SI USTED NO MARCA UN CUADRITO, SE CONSIDERARÀ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR POR LO PRESENTE.

Aplicar para registrarse o declinar la matricula **no** le afectará la ayuda que le prestará ésta agencia.

Si quisiera recibir ayuda llenando el formulario de la aplicación para la matricula electoral, nosotros le ayudaremos. La decisión de aceptar o rechazar la ayuda es suya.

- Si esta aplicando en persona, puede llenar la aplicación en privado.
- Si esta aplicando por correos, llame a su trabajador. **Se incluye una nota con el nombre y número telefónico de su trabajador.**

Si usted llena y firma la aplicación para la matricula electoral, usted puede:

- Dejarla con su trabajador,
- Mandarla por correo en el sobre adjunto o
- Mandarla por correo directamente al director de la matricula electoral en su ayuntamiento.

Declinar la matricula electoral y la oficina en particular en donde usted se registró para votar permanecerá en estado confidencial y solamente será usado para propósitos relacionados con la matricula electoral.

\_\_\_\_\_  
Nombre

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

### Solamente para Uso de la Agencia

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

-----  
**(Corte por aquí y guarde)**

Si usted cree que alguien ha interferido con su derecho de registrarse o de declinar la matricula electoral, su derecho a la privacidad en decidir si registrarse o aplicar para registrarse para votar, o su derecho a elegir su partido político u otra preferencia política, usted puede registrar una queja con la Comisión de Sanción Electoral:

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