Solicitud de asistencia alimenticia o en efectivo

Application for Cash or Food Assistance

Si necesita ayuda para leer o contestar este formulario, avísenos.

Conserve esta página para sus registros.

¿Cómo puedo solicitar asistencia en efectivo o alimenticia?

Puede **iniciar** el proceso ahora, entregando esta solicitud en persona en la oficina de servicios comunitarios. La solicitud debe tener su nombre, su dirección y su firma o la firma de su representante autorizado. Puede presentar su solicitud de inmediato incluso si solo contiene esas tres cosas.

- Puede obtener más beneficios, u obtenerlos más pronto, si contesta las preguntas del formulario, firma la página seis y nos entrega su solicitud y la información adicional que le pidamos lo antes posible.
- Puede llevar su solicitud a una oficina local. Vea las direcciones en www.dshs.wa.gov.
- Envíe su solicitud por fax al 1-888-338-7410
- Envíe su solicitud por correo a la siguiente dirección:

  DSHS
  CSD-Customer Service Center
  PO Box 11699
  Tacoma, WA 98411-6699
- También puede presentar su solicitud en línea en www.washingtonconnection.org
- **Para recibir cobertura de servicios de salud, debe solicitarla en línea en www.wahealthplanfinder.org, llamar al teléfono 1-855-923-4633 o utilizar la solicitud de cobertura de servicios de salud de la HCA (HCA 18-001).**

¿Qué tan pronto puedo recibir asistencia alimenticia y en efectivo?

Si necesita asistencia alimenticia de inmediato, conteste desde la pregunta 1 hasta la 14 y entregue el presente formulario a su oficina local.

Decidiremos si es elegible para recibir asistencia alimenticia *en un plazo de 7 días* si presenta un comprobante de identidad *y* cumple uno de los siguientes requisitos:

- Este mes su hogar recibirá menos de $150 en ingreso bruto y menos de $100 en recursos líquidos.
- Los recursos e ingresos de su familia son menores que el alquiler y los servicios públicos mensuales.
- Su familia incluye un trabajador agrícola migrante o estacional que es indigente.

Los beneficios se entregan al día siguiente de que decidamos que es elegible. Debemos decidir si es elegible para recibir asistencia alimenticia en un plazo de 30 días de la fecha en la que presentó su solicitud. Generalmente, la asistencia alimenticia comienza el día que recibimos su solicitud. Si presenta su solicitud desde una institución, la fecha de inicio es la fecha de su liberación o alta. La asistencia en efectivo generalmente comienza el día que tenemos toda la información necesaria para decidir que es elegible.

Derechos civiles y no discriminación

De acuerdo con las leyes federales sobre derechos civiles y las reglamentaciones y políticas sobre derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), el USDA y sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones que participen en programas del USDA o que los administren tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, país de origen, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos derivados de programas de asistencia pública, convicciones políticas, ni como represalia por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA (no todas las condiciones se aplican a todos los programas). Los remedios y los plazos para presentar quejas varían según el programa o incidente.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa o con el USDA por medio del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones en el teléfono 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos al inglés.

Para presentar una queja por discriminación en contra del programa, llene el formulario de queja por discriminación en programas del USDA, AD-3027, que se encuentra en línea en la sección "Cómo presentar una queja por discriminación contra un programa" y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja llame al (866) 632-9992. Entregue su formulario contestado o su carta al USDA usando uno de los siguientes medios:

1. **Correo postal**: USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
2. **Correo electrónico**: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.

Situación migratoria y números del Seguro Social

Puede recibir asistencia para algunas personas que viven con usted incluso si otras personas que viven con usted no pueden obtener ayuda debido a su condición migratoria. Debe informarnos sobre la situación migratoria de cualquier persona que solicita asistencia. La situación de extranjeros de los miembros del hogar solicitante puede estar sujeta a verificación por parte del USCIS (antes conocido como INS) mediante la entrega de la información de la solicitud al USCIS. La información recibida del USCIS, derivada de dicha entrega, puede afectar la elegibilidad y el monto de los beneficios.

De acuerdo a la Ley Federal (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), debe proporcionar los números de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de todas las personas que vivan con usted y que haya presentado su solicitud para TANF o asistencia alimenticia. También necesitamos los números de seguro social de los padres y cónyuges que viven con usted pero que no han presentado ninguna solicitud.

Si solicita asistencia alimenticia y otros programas

Debemos seguir las reglas de SNAP para procesar su solicitud. Estas incluyen procesar la solicitud dentro de los plazos establecidos, emitir las notificaciones apropiadas e informarle sus derechos administrativos. No podemos denegarle asistencia alimenticia solamente porque su solicitud de otros programas de asistencia fue denegada.

Su privacidad y su asistencia alimenticia y en efectivo

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, con sus enmiendas, permite que el departamento recopile la información que pedimos en la solicitud, incluyendo el número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) de cada miembro del hogar. Utilizamos el SSN para revisar identidades, verificar elegibilidad, prevenir fraudes y recopilar reclamos. Intercambiamos información con otras agencias para administrar nuestros programas y cumplir con la ley. Proporcionar la información solicitada es un acto voluntario. Sin embargo, en caso de no proporcionar el SSN o un comprobante de que solicitó su SSN sin una causa justificada, se denegarán los beneficios de Alimentos Básicos a todas las personas que no proporcionen un SSN. Verificamos parte de la información con programas de informáticos de cruce de información, que incluyen al Sistema de Verificación de Elegibilidad e Ingresos federal (IEVS, por sus siglas en inglés).

La información reportada al Departamento de Servicios Sociales y de Salud puede afectar la elegibilidad para la cobertura de servicios de salud administrada por la Autoridad de Servicios de Salud y el Mercado de Beneficios de Salud.

Utilizamos esta información para:	Podemos proporcionar esta información a:
• Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas. • Recuperar pagos excesivos. • Administrar nuestros programas. • Asegurarnos de cumplir la ley.	• Agencias estatales y federales para usos oficiales. • Agencias judiciales dedicadas a buscar personas que huyen para evadir la ley. • Agencias privadas de cobranzas para cobrar pagos excesivos de asistencia alimenticia.

Advertencia de Sanción de Asistencia Alimenticia

Confirmamos con otras agencias que su información sea correcta. En caso que la información sea incorrecta, es probable que las personas que solicitaron la Asistencia Alimenticia no la obtengan.

Cualquier persona que infrinja las reglas deliberadamente puede:

- Estar sujeta a un proceso penal bajo otras leyes federales y estatales aplicables.
- Ser excluida del programa SNAP por un período no menor a un año, y hasta de manera permanente.
- Tener que pagar una multa de hasta $250,000.
- Ser condenada a una pena de hasta 20 años de prisión.
- Ser excluida de SNAP durante 18 meses adicionales, si lo ordena el tribunal.

Si un tribunal lo declara culpable de:

Recibir beneficios en una transacción que involucre:	Usted puede ser:
• La venta de una sustancia controlada	Descalificado por lo menos dos años y hasta de manera permanente.
• La venta de armas de fuego, municiones o explosivos	Descalificado de manera permanente.
• El tráfico de beneficios combinados por más de $500	Descalificado de manera permanente.
• Fraude en su identidad o residencia	Descalificado hasta por 10 años.

Solicitud de asistencia alimenticia y en efectivo

Application for Food and Cash Assistance

Si es necesario, pida ayuda para rellenar este formulario.

Si no puede rellenar este formulario hoy, inicie el proceso con su **nombre, dirección y firma.** Aún tendrá que rellenar la solicitud completa antes de que puedan aprobarse los beneficios.

Es necesario que se firme la página seis para concluir su solicitud.

1. NOMBRE INICIAL DEL SEGUNDO NOMBRE APELLIDO	FIRMA DEL SOLICITANTE O REPRESENTANTE AUTORIZADO	2. NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE (SI SE CONOCE)
3. DIRECCIÓN DEL LUGAR DONDE VIVE CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		4. NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE
5. DIRECCIÓN POSTAL (SI ES DIFERENTE) CIUDAD ESTADO CÓDIGO POSTAL		6. NÚMEROS DE TELÉFONO SECUNDARIOS ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE
8. Solicito lo siguiente (marque todas las opciones que correspondan): ☐ Efectivo ☐ Alimentos ☐ Cuidado infantil		7. DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO

9. Yo o un miembro de mi hogar (marque todas las opciones que correspondan):

☐ Está en una situación de violencia doméstica ☐ Tiene una discapacidad
☐ No puede trabajar debido a problemas de salud ☐ Está embarazada; nombre: _____
fecha estimada de parto: _____

10. ¿Cuánto dinero espera recibir su hogar este mes? $_____
11. ¿Cuánto dinero tienen los miembros de su hogar en efectivo y en cuentas bancarias? $_____
12. ¿Cuánto paga su hogar por alquiler o hipoteca? $_____
13. ¿Qué servicios públicos paga su familia? ☐ Calefacción/Aire acondicionado ☐ Teléfono ☐ Otro: _____
14. ¿Algún miembro de su hogar es un trabajador agrícola migrante o estacional? ☐ Sí ☐ No
15. Si solicita asistencia alimenticia, ¿para cuántas personas de su hogar compra y prepara alimentos? _____
16. Si solicita cuidado infantil, ¿para qué actividad necesita el cuidado? (Marque todas las opciones que correspondan).
☐ Trabajo ☐ Escuela ☐ WorkFirst ☐ Empleo y Capacitación de Alimentos Básicos (BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ Necesito un intérprete. Hablo: _____ o ☐ uso lengua de señas; traduzcan mis cartas al: _____

18. Escriba la información de todos los miembros de su familia, incluso si no ha presentado solicitudes para ellos (adjunte hojas adicionales, si es necesario)

NOMBRE (NOMBRE, SEGUNDO NOMBRE, APELLIDO)	GÉNERO	¿QUÉ PARENTESCO TIENE ESTA PERSONA CON USTED?	FECHA DE NACIMIENTO	MARQUE SI DESEA BENEFICIOS PARA ESTA PERSONA	OPCIONAL PARA NO SOLICITANTES			
					NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	MARQUE SI ES CIUDADANO DE LOS EE.UU.	RAZA (VEA EJEMPLOS A CONTINUACIÓN)	NOMBRE DE TRIBU (para indígenas americanos, nativos de Alaska)
		Yo		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Mi origen étnico es hispano o latino: ☐ Sí ☐ No

La información sobre el origen étnico y la raza es voluntaria y no afecta a la elegibilidad ni al monto de los beneficios. Esta información se utiliza para garantizar que los beneficios de los programas se distribuyan sin tomar en cuenta la raza, el color o el país de origen. Para Asistencia Alimenticia, la USDA requiere que respondamos por usted en caso que no proporcione la información respectiva. Marcaremos "no informó" si no desea contestar. **Ejemplos de razas:** Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawaii, Isleño del Pacífico, Indígena americano, Nativo de Alaska, o cualquier combinación de razas.

Barcode label

14001

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

I. Información general

1. En los últimos 30 días, recibí asistencia alimenticia o en efectivo de otro estado, tribu u otra fuente. ☐ Sí ☐ No
2. Alguien incluido en la solicitud vive fuera del estado de Washington: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
3. Yo o un miembro de mi hogar es un extranjero patrocinado: ☐ Sí ☐ No Quién: _____
4. Yo o alguien de mi hogar que tiene 16 años o más está en (marque todas las opciones que correspondan):
   ☐ Escuela secundaria ☐ Un programa de equivalencia de educación secundaria ☐ Universidad
   ☐ Escuela técnica Quién: _____
5. Algún miembro vive temporalmente fuera del hogar. ☐ Sí ☐ No Quién: _____
6. Yo o alguna persona de mi hogar ha servido en las Fuerzas Armadas, Guardia Nacional o Reservas de Estados Unidos o ha sido dependiente o cónyuge de alguien que haya servido: ☐ Sí ☐ No
   Si contestó que sí, ¿quién? _____
7. Yo o alguna persona incluida en la solicitud ha huido de la ley para evitar un juicio o la cárcel por un delito grave: ☐ Sí ☐ No
8. Vivo en: ☐ Mi propia casa o departamento ☐ Hogar grupal ☐ Otro: _____
   ☐ Institución (indique el tipo): _____ Fecha de ingreso: _____
9. Soy: ☐ Soltero(a) ☐ Casado(a) ☐ Divorciado(a) ☐ Separado(a) ☐ Viudo(a)
   ☐ Parte de una sociedad doméstica registrada
10. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia alimenticia por drogas después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
11. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por comprar o vender asistencia alimenticia por más de $500 después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
12. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por intercambiar asistencia alimenticia por armas de fuego, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
13. Yo o un miembro de mi hogar fue condenado por obtener asistencia alimenticia en más de un estado después del 22 de septiembre de 1996: ☐ Sí ☐ No
14. Yo o un miembro de mi hogar: a. Está en huelga: ☐ Sí ☐ No b. Un huésped: ☐ Sí ☐ No

II. Recursos (adjunte comprobantes, solo para asistencia en efectivo)

Un recurso es cualquier cosa que posee o compra, que pueda ser vendido, comercializado o convertido en efectivo o dinero por otros. Un recurso no incluye propiedad personal tales como: mobiliario o vestimenta. Ejemplos de recursos son:

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes
- Cuentas de ahorros
- Fondos universitarios
- Fideicomisos
- IRA / 401k
- Hogares, terrenos o edificios
- CD
- Cuentas de mercado financiero
- Bonos
- Fondo de jubilación
- Fondos funerarios, planes prepago
- Equipo de negocios
- Ganado
- Seguro de vida

1. Por favor enumere los recursos que usted, su cónyuge o cualquier persona por la que está presentando una solicitud posee o compra:

RECURSOS	A QUIÉN PERTENECE	LUGAR	VALOR
			$
			$
			$

2. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud posee autos, camiones, furgonetas, botes, vehículos de recreación (RV), remolques u otros vehículos motorizados:

AÑO (Por ejemplo, 1980)	MARCA (Ej., FORD)	MODELO (Ej., ESCORT)	MARQUE SI ES ALQUILADO	MARQUE SI EL VEHÍCULO ES UTILIZADO PARA PROPÓSITOS MÉDICOS	MONTO ADEUDADO
			☐	☐	$
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Yo, mi cónyuge o alguna persona por la que estoy presentando una solicitud ha vendido, comercializado, donado o transferido un recurso en los últimos dos años (incluye fideicomisos, vehículos o patrimonios): ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, ¿qué?: _____ ¿cuándo? _____

III. Anualidades (inversiones realizadas por cualquier miembro del hogar para recibir pagos regulares en la actualidad o en un futuro).

¿A QUIÉN PERTENECE LA ANUALIDAD?	¿COMPAÑÍA O INSTITUCIÓN?	MONTO O VALOR	INGRESO MENSUAL	FECHA DE ADQUISICIÓN
		$	$	
		$	$	
		$	$	

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

IV. Ingresos ganados (adjunte comprobantes)

1. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud tuvo un trabajo que terminó en los últimos 30 días: ☐ Sí ☐ No
2. Yo, mi cónyuge o alguna persona para la cual estoy presentando una solicitud tiene ingresos provenientes de un trabajo: ☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, conteste esta sección:

¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR FECHA DE INICIO ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No Monto del gasto mensual por empleo independiente: $_____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) $_____por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, días 1 y 15, o todos los viernes):
¿QUIÉN GANA ESTE INGRESO? NOMBRE Y NÚMERO TELEFÓNICO DEL EMPLEADOR FECHA DE INICIO ¿El trabajo es un empleo independiente? ☐ Sí ☐ No Monto del gasto mensual por empleo independiente: $_____	MONTO BRUTO RECIBIDO (MONTO EN DÓLARES ANTES DE DEDUCCIONES) $_____por: ☐ Hora ☐ Semana ☐ Dos semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Mes Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, días 1 y 15, o todos los viernes):

V. Otros ingresos (adjunte comprobantes; informe sobre todos los miembros del hogar)

- Beneficios por desempleo
- Ingresos del Seguro Social
- Ingresos tribales
- Ingreso de juegos
- Beneficios educativos (préstamos estudiantiles, subsidios, trabajo de prácticas)
- Ingreso Suplementario de Seguridad (SSI, por sus siglas en inglés)
- Manutención a menores o cónyuges
- Beneficios ferroviarios
- Ingresos por alquileres
- Retiro o pensión
- Beneficios militares o Administración de Veteranos (VA, por sus siglas en inglés)
- Labor e Industrias (L&I)
- Fideicomisos
- Intereses / Dividendos

TIPO DE INGRESO NO GANADO	¿QUIÉN OBTIENE ESTE INGRESO?	MONTO MENSUAL BRUTO
		$
		$
		$
		$

VI. Gastos mensuales

ALQUILER	HIPOTECA	ALQUILER DE ESPACIO	SEGURO DE PROPIETARIO	IMPUESTOS SOBRE INMUEBLES	OTRAS TARIFAS
$	$	$	$	$	$

¿Qué servicios básicos paga su hogar por separado del alquiler o la hipoteca?
☐ Calefacción (eléctrica/gas) ☐ Electricidad (no calefacción) ☐ Agua ☐ Teléfono fijo/celular ☐ Alcantarillado ☐ Basura

Otra persona o agencia, como vivienda subsidiada, me ayuda a pagar la totalidad o una parte de estos gastos:
☐ Sí ☐ No Si contestó que sí, ¿quién? _____Qué gasto: _____Importe que pagan: $ _____
☐ Recibí un pago de la Ley de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAA) en los últimos 12 meses.
Yo, mi cónyuge, o alguien en mi familia paga o debe pagar (marque todo lo que corresponda):

☐ Cuidado de niños o adultos dependientes (incluyendo costos de transporte)	Importe mensual: $	Quién lo paga:
☐ Facturas médicas para personas con discapacidades o de 60 años de edad o más (incluye costos de transporte y primas de seguro médico)	Importe mensual: $	Quién lo paga:
☐ Manutención de menores (adjunte comprobantes)	Importe mensual: $	Quién lo paga:

En caso que no informe acerca de alguno de los gastos mencionados anteriormente, consideraremos esto como una declaración por parte de su familia que no desea recibir una deducción por este gasto.

NOMBRE DEL SOLICITANTE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL	NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

VII. Representante autorizado

Un representante autorizado es alguien a quien usted autoriza para hablar con DSHS acerca de sus beneficios. Puede nombrar a alguien, pero no está obligado a hacerlo. ¿Tiene un representante autorizado? ☐ Sí ☐ No
¿Esta persona es su tutor legal? ☐ Sí ☐ No
Puede necesitar completar el formulario del Representante Autorizado (DSHS 14-532).

NOMBRE	PARENTESCO	NÚMERO DE TELÉFONO

DIRECCIÓN POSTAL	CIUDAD	ESTADO	CÓDIGO POSTAL

Registro de votantes

El Departamento ofrece servicios de registro para votantes, incluyendo el registro automático de votantes. **Solicitar el registro o negarse a registrarse para votar no afectará los servicios ni el monto de los beneficios que puede recibir de esta agencia.** Si desea ayuda para rellenar el formulario de registro de votante, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es de usted. Puede llenar el formulario de registro como votante en privado. Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, con su derecho a la privacidad al decidir si registrarse para votar o al solicitar su registro para votar, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una denuncia ante: Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante? ☐ Sí ☐ No

Si no marca ninguna casilla, consideraremos que ha decidido no registrarse para votar en este momento, excepto cuando sea elegible para el registro automático como votante y no lo rechace.

Si no marca la casilla "No", usted podría ser elegible para el registro automático como votante. Usted es elegible para el registro automático como votante si tendrá al menos 18 años de edad en la siguiente elección, es ciudadano de Estados Unidos de América y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, comprobantes de información de ciudadanía, y su firma corroborando la veracidad de la información provista en esta solicitud.

¿Desea ser registrado automáticamente para votar? ☐ Sí ☐ No

Si marcó la casilla "Sí" o no marcó ninguna de las casillas y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático como votante, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y será registrado como votante de manera automática.

Declaración y firmas (firme abajo para completar su solicitud)

Entiendo que debo:

- Brindar información correcta y cumplir con los requisitos de información.
- Otorgar comprobantes de mi elegibilidad.
- Ceder ciertos derechos de manutención de menores al Estado de Washington cuando reciba Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF). Sin embargo, puedo solicitar a DSHS no obtener la manutención para menores si eso pone en peligro a mis hijos o a mi persona.
- Cooperar con los requisitos de trabajo para la asistencia alimenticia.

En caso de no cumplir estos requisitos, probablemente me nieguen los beneficios o tenga que pagar por ellos.

Entiendo que puedo ser procesado penalmente si hago una declaración falsa deliberada o no informo algo que debería informar.

Autorizo a DSHS para que contacte otras personas o agencias cuando sea necesario para ayudarme a obtener comprobantes de mi elegibilidad.

He leído o me han explicado mis derechos y responsabilidades y he recibido una copia del formulario de derechos y responsabilidades del cliente, DSHS 14-113. **Certifico o declaro bajo pena de perjurio, conforme a las leyes del estado de Washington, que la información presentada en esta solicitud, incluida la información referente a la situación de ciudadanía o de extranjero de los miembros que solicitan beneficios, es verdadera y correcta. Si solicita asistencia en efectivo, todos los adultos (o representantes autorizados) del hogar deben firmar. Para asistencia alimenticia, tanto el solicitante como el representante legal deben firmar, a menos que ya haya un documento vigente de representante autorizado en el expediente.**

FIRMA DEL SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL SOLICITANTE CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DE OTRO ADULTO SOLICITANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DE OTRO ADULTO CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL AYUDANTE O REPRESENTANTE	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL REPRESENTANTE CIUDAD Y ESTADO DONDE SE FIRMA
FIRMA DEL TESTIGO, SI SE FIRMA CON UNA "X"	FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE DEL TESTIGO