WASHINGTON STATE COMBINED APPLICATION PROGRAM (WASHCAP)

Solicitud
Application

WASHCAP es un programa de asistencia alimentaria para personas que:

- Reciben un Ingreso de Seguridad Suplementario (por sus siglas en inglés, "SSI").
- Cumplen con la definición del Seguro Social de una situación de vivienda "A"
- Tienen dieciocho años de edad o más.
- No reciben ingreso alguno.
- Tienen una situación de vivienda que cumple con todas las condiciones siguientes:
  - No vivir en una institución;
  - Vivir solos, o vivir con otras personas que compran y cocinan sus alimentos por separado;
  - No estar casado(a) o casado(a) sin vivir con su cónyuge.
- Si tiene entre 18 y 21 años de edad, y cumple con las siguientes condiciones:
  - No vivir con uno o ambos de sus padres que reciban Alimentos Básicos; o
  - Vivir con uno o ambos de sus padres que no reciben Alimentos Básicos y comprar los alimentos por separado.
- No vivir con sus hijos menores de 22 años.

Para obtener más información sobre este programa consulte el capítulo 388-492 WAC que incluye desde el WAC 388-492-0020 hasta el 388-492-0120.

Si tiene preguntas sobre WASHCAP, llame sin costo al 1 (877) 380-5784.

Declaro que:

- Vivo solo, o regularmente compro y preparo mi comida por separado de las otras personas que viven en mi hogar.

  Pago $_____ de alquiler/hipoteca cada mes.
  MI PARTE

Al firmar a continuación, declaro que:

- Me han explicado el programa WASHCAP.
- Entiendo mis derechos y responsabilidades referentes a WASHCAP.
- Entiendo que recibiré mis beneficios de alimentación a través WASHCAP.

Declaro bajo pena de perjurio de acuerdo a las leyes del Estado de Washington que la información que declaré en esta solicitud es verdadera y correcta.

FIRMA Y FECHA	NOMBRE EN LETRA DE MOLDE

DIRECCIÓN

DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE

NÚMERO DE TELÉFONO PRINCIPAL ((XXX) XXX-XXXX) ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE	NÚMERO TELEFÓNICO SECUNDARIO PARA MENSAJES ((XXX) XXX-XXXX) ☐ CELULAR ☐ CASA ☐ MENSAJE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE

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.

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).

Registro de votantes (continuación)

¿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.

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.

Declaración de 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.

Para obtener más información acerca de problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, las personas deben llamar a la línea de ayuda de SNAP del USDA al teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de información y ayuda estatal (oprima el enlace para ver una lista de números de ayuda por estado); que se encuentra en internet en: Línea de ayuda de SNAP.

Declaración de no discriminación
Para presentar una queja por discriminación, en su nombre o en nombre de alguien más, referente a un programa que recibe asistencia financiera federal por medio de HHS, rellene el formulario en línea en el portal de quejas de la OCR en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. También puede escribir a la OCR a: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; enviar fax al (202) 619-3818 o enviar correo electrónico a OCRmail@hhs.gov. Para que el procesamiento sea más rápido, le recomendamos usar el portal en línea de la OCR para presentar quejas, en vez de enviarlas por correo postal. Las personas que necesiten asistencia para presentar una queja por derechos civiles pueden enviar correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar a la OCR al teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 7-1-1 para conectar con el servicio de retransmisión de telecomunicaciones. También ofrecemos formatos alternativos (como Braille y letra grande), apoyos auxiliares y servicios de asistencia lingüística de manera gratuita para presentar una queja. Esta institución es un proveedor que cumple con los principios de igualdad de oportunidades.