

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 su(s) padre(s), que recibe(n) Alimentos Básicos; o
 - Vivir con su(s) padre (s), que no recibe(n) 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.

NOMBRE EN LETRA DE MOLDE	NÚMERO DE SEGURO SOCIAL O NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN DEL CLIENTE
DIRECCIÓN	NÚMERO TELEFÓNICO PRINCIPAL ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
	NÚMERO TELEFÓNICO SECUNDARIO PARA MENSAJES ((XXX) XXX-XXXX) <input type="checkbox"/> CELULAR <input type="checkbox"/> CASA <input type="checkbox"/> MENSAJE
DIRECCIÓN POSTAL, SI ES DIFERENTE	FIRMA Y FECHA

Utilizamos esta información para:

- Decidir quiénes son elegibles para nuestros programas.
- Recuperar pagos excesivos.
- Administrar nuestros programas.
- Asegurarnos de cumplir la ley.

Podemos proporcionar esta información a:

- 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 llenar 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 no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con derechos civiles en cualquier programa o actividad que conduzca o financie el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para recibir información sobre el programa (como Braille, letra grande, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) a la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA usando el Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339. Adicionalmente, 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 internet en: [Cómo presentar una queja](#), y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la misma toda la información que se pide 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) por correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410; o | (2) por fax: (202) 690-7442; o |
| | (3) por correo electrónico: program.intake@usda.gov . |

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

Para presentar una queja por discriminación en contra de un programa que reciba asistencia federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (TTY).

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