



Pregunte al DSHS Ask DSHS

Gracias por ponerse en contacto con Servicios al Ciudadano del DSHS.

Debido a las reglas de confidencialidad, no podemos hablar de casos específicos mediante correo electrónico, y por consiguiente, no podemos dar respuesta a solicitudes que incluyen lo siguiente: cambio de circunstancia (dirección, números telefónicos, miembros del hogar, inicio / fin de trabajo, cancelación de beneficios, etc.).

Usted puede [Reportar un cambio](#) en sus circunstancias financieras y del hogar en el sitio web de [Washington Connection](#) además de encontrar alguna información específica mediante la creación de una [cuenta de beneficio al cliente](#). También puede ponerse en contacto con la oficina del DSHS en su localidad, o para solicitar beneficios del DSHS visite el sitio de internet de [Washington Connection](#).

DSHS Constituent Services
PO Box 45130
Olympia, WA 98504-5130
(800) 737-0617

Si esta es una llamada de emergencia, favor de llamar al número sin costo que aparece arriba. Hay disponibles traductores a distintos idiomas.

Procesar este formulario puede tomar hasta dos semanas.

El correo electrónico no es una forma segura para la comunicación. Si usted utiliza un servicio de correo electrónico comercial (como Gmail, Hotmail, Yahoo, etc.), existe el riesgo que terceras personas sin autorización pudieran ver su información personal. Por favor tenga esto presente si se comunica mediante correo electrónico con el DSHS. El DSHS utiliza un sistema seguro de correo electrónico cuando le envía a usted información por este medio.

Por cuestiones de confidencialidad no podemos enviar cierta información a través de internet, por lo que le pedimos que, de ser posible, nos proporcione otros medios para comunicarnos con usted, como dirección de correo o número telefónico.

Envíe sus comentarios o presente una solicitud. Agradecemos todos sus comentarios y sugerencias.

* **Campos obligatorios.** Todos los otros son opcionales.

TIPO DE COMENTARIO *		ASUNTO *	
<input type="checkbox"/> Queja	<input type="checkbox"/> Sugerencia	<input type="checkbox"/> Felicitación	
<input type="checkbox"/> Pregunta	<input type="checkbox"/> Solicitud		
SU NOMBRE *		CLIENTE O PERSONA QUE NECESITA EL SERVICIO (SI NO ES USTED)	
El cliente es menor de edad: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
¿Le gustaría recibir una respuesta? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Método que prefiere para ser contactado (si desea una respuesta): <input type="checkbox"/> Correo electrónico <input type="checkbox"/> Correo normal			
<input type="checkbox"/> Llamada telefónica			
Recuerde: No podemos comunicarle información personal por correo electrónico.			
DIRECCIÓN		CIUDAD	ESTADO CÓDIGO POSTAL
NÚMERO TELEFÓNICO (CON CÓDIGO DE ÁREA)	DIRECCIÓN DE CORREO ELECTRÓNICO *		NÚMERO DE CASO (SI APLICA)
MENSAJE *			