



# Departamento de Servicios Sociales Solicitud de Asistencia

**W-1ES**

(Rev 11/13)

## INSTRUCCIONES

INSTRUCCIÓN Pág. 1 de 2

### ¿Qué es lo que necesito para recibir beneficios?

#### 1. Consiga una solicitud (W-1E)

Se puede obtener una solicitud al:

- Imprimir una a través de: [www.ct.gov/dss](http://www.ct.gov/dss)
- Llamar al Centro de Beneficios al 1-855-626-6632 para que se le envíe una
- Recoger una en cualquier oficina del DSS. Para encontrar la oficina más cercana, llame al Centro de Beneficios al 1-855-626-6632 - o conéctese por internet al: <http://www.ct.gov/dss>.

#### 2. Llene la solicitud.

- Puede empezar escribiendo su nombre y dirección en la página 1, firmando la página 2 y enviando estas páginas de la solicitud al DSS. Pero antes de que nosotros podamos determinar si usted es elegible para cualquier asistencia usted tendrá que contestar todas las preguntas para la ayuda que usted desea recibir.
- **Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP):** Ayuda para comprar alimentos. Llene las páginas 1–14 y páginas 17-18 (solamente la sección de Normas Federales de Recopilación de Datos). Lea las páginas 18–20, 24-26 y firme la página 24.

**Asistencia médica o monetaria:** Llene todas las páginas de la solicitud.

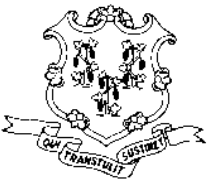
**Si usted es elegible para SNAP, asistencia médica o monetaria a partir de la fecha de su solicitud, se lo daremos.**

- #### 3. Someta la solicitud.
- La puede enviar por correo a: DSS ConneCT Scanning Center, P.O. Box 1320, **Manchester, Connecticut 06045-1320** ó llevar la solicitud a cualquier oficina del DSS.

#### Ayuda alimentaria de emergencia

Tal vez podríamos darle ayuda de emergencia para alimentos dentro de siete días del recibo de su solicitud. Para recibir esto usted tiene que comprobar su identidad y

- Su ingreso es menos de \$150 al mes y el total de sus recursos en efectivo y cuentas bancarias es menos de \$100 ó
- El total de su ingreso mensual, dinero en efectivo y en cuentas bancarias es menos del total de sus gastos de vivienda y servicios públicos para un mes, ó
- Usted es un(a) obrero(a) agrícola migratorio o temporero y el total de sus recursos en efectivo y en cuentas bancarias es menos de \$100.



# Departamento de Servicios Sociales Solicitud de Asistencia

**W-1ES**  
(Rev 11/13)

## INSTRUCCIONES

**INSTRUCCIÓN Pág. 2 de 2**

### **Al llenar esta solicitud, por favor note lo siguiente:**

- **Números de Seguro Social (NSS) y ciudadanía.**

Tenemos que saber el NSS y condición de ciudadanía solamente para personas que soliciten asistencia.

Si usted está solicitando para otra persona, no para usted mismo(a), podríamos no necesitar el NSS o condición de ciudadanía de usted. Personas que no sean ciudadanos de los EE.UU. todavía podrían ser elegibles para alguna asistencia. Si usted no tiene un NSS, otros miembros de la familia que sí tengan NSS aún podrían ser elegibles.

- **Origen étnico y ascendencia racial**

Usted puede optar por no indicar información de su grupo étnico y ascendencia racial. No afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a seguir el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964, según actualizada por la Ley de Cuidado de Salud Asequible.

**Por favor retenga estas páginas de instrucciones para sus archivos. No las envíe con su solicitud**

ESTA INFORMACIÓN ESTÁ DISPONIBLE EN OTROS FORMATOS. Llame al (800) 842-1508 ó TDD1-800-842-4524



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 1 of 26

¿Cuál es el código postal donde usted vive? <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> </div>	Si tiene N° de ID de cliente, escríbalo aquí: <div style="display: flex; justify-content: space-around; width: 100%;"> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; margin: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; text-align: center; margin: 2px;">0</div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> <div style="border: 1px solid black; width: 30px; height: 30px; margin: 2px;"></div> </div>
Haga una marca clara y oscura ● en cada círculo que aplique a usted y las personas para quienes está solicitando	
¿Para quién(es) está solicitando?  <input type="radio"/> Solamente para mí  <input type="radio"/> Para mí y mi cónyuge  <input type="radio"/> Para mí y mi familia  <input type="radio"/> Solamente niños menores de 19 años bajo mi cuidado	¿Qué es lo que está solicitando?  <input type="radio"/> SNAP (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria)  <input type="radio"/> Seguro de salud (cobertura médica)  <input type="radio"/> Cobertura de planificación familiar solamente  <input type="radio"/> Hogar de ancianos o cuidado en el hogar  <input type="radio"/> Ayuda monetaria

¿Está usted embarazada?  Sí  No

¿Vive en un hogar autorizado de atención residencial (hogar compartido)?  Sí  No

Díganos sobre el/la cabeza de familiaa			
Nombre completo ( <i>Apellido, nombre, inicial</i> )		Apellido de soltera ( <i>u otros apellidos</i> )	
Fecha de nacimiento	Mejor número de teléfono	¿Qué idioma habla mejor?	
Dirección residencial	Ciudad	Estado	Código postal
Dirección postal ( <i>si es diferente</i> )	Ciudad	Estado	Código postal



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 2 of 26

Representante autorizado		
¿Desea nombrar a alguien para ayudarle a llenar la solicitud, recibir notificaciones, hacer compras para usted, etc.?		
<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Si respondió Sí, por favor llene lo siguiente:</b>		
Tipo de representante: (marque todos los que apliquen)		
<input type="checkbox"/> Poder Notarial <input type="checkbox"/> Tutor Legal <input type="checkbox"/> Curador <input type="checkbox"/> Comprador <input type="checkbox"/> Ayuda con papeleo <input type="checkbox"/> Hospital/Facilidad Médica de Tratamiento de Abuso de Sustancias		
Nombre del/de la Representante	Dirección	
Ciudad	Estado	N° de teléfono

1. ¿Es usted ciego o tiene dificultad para ver, incluso con el uso de espejuelos?  Sí  No
2. ¿Es usted sordo o duro de audición?  Sí  No
3. ¿Necesita un acomodo razonable o ayuda para llenar su solicitud debido a una discapacidad o impedimento?  Sí  No **Si respondió Sí, ¿qué tipo necesita?** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Yo certifico que todas las declaraciones hechas en esta solicitud son la verdad a mi leal saber y entender. Si yo a sabiendas doy información incorrecta, podré estar sujeto a penalidades por declaraciones falsas bajo la sección 53a-122 y 53a-123 de las Leyes Generales de Connecticut. Además podré estar sujeto a penalidades por perjurio bajo la ley federal.

\_\_\_\_\_  
Firma de solicitante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de Representante Autorizado      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de ayudante                      Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma de intérprete                      Fecha



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 3 of 26

### ¿Tiene usted una necesidad inmediata?

Por favor conteste las siguientes preguntas para usted y cualquier persona para la cual está solicitando:

1. ¿Tiene alguien en su hogar un ingreso de \$150 ó más por mes?  Sí  No
2. ¿Tiene alguien \$100 ó más en efectivo y dinero en cuentas de cheques y ahorros, certificados de depósito (CD) o cuentas de mercado monetario?  Sí  No
3. ¿Suman sus pagos de renta o hipoteca y de servicios públicos más del total del ingreso mensual del hogar más el dinero en efectivo y las cuentas bancarias y CD?  Sí  No
4. ¿Es algún miembro de su hogar un obrero agrícola migratorio o temporero?  Sí  No

### Díganos acerca de las personas en su hogar

Por favor conteste abajo sobre las personas en su hogar **EMPEZANDO CON USTED MISMO(A)**:

Indique el tipo de asistencia que está solicitando:  Ninguna  Alimentos  Médica  Monetaria

Su nombre completo (*apellido, nombre, inicial*)

Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Número de Seguro Social	Grado más alto de escolaridad
--	-------------------------	-------------------------------

**Estado civil:**  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

**Origen étnico: En caso de origen étnico hispano/latino:**  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano/latino o español

**Ascendencia racial:**  Blanca  Negra o afroamericana  Indígena americana o de Alaska  
 India asiática  China  Filipina  Japonesa  Coreana  Vietnamita  Otra asiática  
 Indígena hawaiana  Guameña o Chamorra  Samoana  Otra isleña del Pacífico

Lugar de nacimiento (*Ciudad/estado o país*)

¿Es Ud. ciudadano(a) de EE.UU.?  
 Sí  No



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 4 of 26

### Miembro de hogar número 1 (continuación)

**Si no es ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia conteste las siguientes preguntas:**

¿En qué fecha entró a los Estados Unidos?	¿En qué fecha se mudó a Connecticut?	Indique su número I-94 si tiene uno.
---	--------------------------------------	--------------------------------------

### Díganos sobre el miembro de hogar número 2

Indique el tipo de asistencia que está solicitando:  Ninguna  Alimentos  Médica  Monetaria

Nombre completo ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )			Relación con usted
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Nº de Seguro Social	Grado más alto de escolaridad

**Estado civil:**  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

**Origen étnico: En caso de origen étnico hispano/latino:**  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano/latino o español

**Ascendencia racial:**  Blanca  Negra o afroamericana  Indígena americana o de Alaska  
 India asiática  China  Filipina  Japonesa  Coreana  Vietnamita  Otra asiática  
 Indígena hawaiana  Guameña o Chamorra  Samoana  Otra isleña del Pacífico

Lugar de nacimiento ( <i>Ciudad/estado o país</i> )	¿Es él/ella ciudadano(a) de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

**Si no es ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia conteste las siguientes preguntas:**

¿En qué fecha entró a los Estados Unidos?	¿En qué fecha se mudó a Connecticut?	Indique su número I-94 si tiene uno.
---	--------------------------------------	--------------------------------------

### Díganos sobre el miembro de hogar número 3

Indique el tipo de asistencia que está solicitando:  Ninguna  Alimentos  Médica  Monetaria

Nombre completo ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )			Relación con usted
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	Nº de Seguro Social	Grado más alto de escolaridad



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 5 of 26

### Miembro de hogar número 3 (continuación)

**Estado civil:**  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

**Origen étnico: En caso de origen étnico hispano/latino:**  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano/latino o español

**Ascendencia racial:**  Blanca  Negra o afroamericana  Indígena americana o de Alaska  
 India asiática  China  Filipina  Japonesa  Coreana  Vietnamita  Otra asiática  
 Indígena hawaiana  Guameña o Chamorra  Samoana  Otra isleña del Pacífico

Lugar de nacimiento (*Ciudad/estado o país*)

¿Es él/ella ciudadano(a) de EE.UU.?

Sí  No

**Si no es ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia conteste las siguientes preguntas:**

¿En qué fecha entró a los Estados Unidos?

¿En qué fecha se mudó a Connecticut?

Indique su número I-94 si tiene uno.

### Díganos sobre el miembro de hogar número 4

Indique el tipo de asistencia que está solicitando:  Ninguna  Alimentos  Médica  Monetaria

Nombre completo (*apellido, nombre, inicial*)

Relación con usted

Sexo

Masculino  Femenino

Fecha de Nacimiento

Nº de Seguro Social

Grado más alto de escolaridad

**Estado civil:**  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

**Origen étnico: En caso de origen étnico hispano/latino:**  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano/latino o español

**Ascendencia racial:**  Blanca  Negra o afroamericana  Indígena americana o de Alaska  
 India asiática  China  Filipina  Japonesa  Coreana  Vietnamita  Otra asiática  
 Indígena hawaiana  Guameña o Chamorra  Samoana  Otra isleña del Pacífico

Lugar de nacimiento (*Ciudad/estado o país*)

¿Es él/ella ciudadano(a) de EE.UU.?

Sí  No



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 6 of 26

### Miembro de hogar número 4 (continuación)

Si no es ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia conteste las siguientes preguntas:

¿En qué fecha entró a los Estados Unidos?	¿En qué fecha se mudó a Connecticut?	Indique su número I-94 si tiene uno.
---	--------------------------------------	--------------------------------------

### Díganos sobre el miembro de hogar número 5

Indique el tipo de asistencia que está solicitando:  Ninguna  Alimentos  Médica  Monetaria

Nombre completo ( <i>apellido, nombre, inicial</i> )			Relación con usted
Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	Fecha de Nacimiento	N° de Seguro Social	Grado más alto de escolaridad

**Estado civil:**  Nunca casado(a)  Casado(a)  Divorciado(a)  Separado(a)  Viudo(a)

**Origen étnico: En caso de origen étnico hispano/latino:**  Mexicano, mexicanoamericano, chicano  
 Puertorriqueño  Cubano  Otro hispano/latino o español

**Ascendencia racial:**  Blanca  Negra o afroamericana  Indígena americana o de Alaska  
 India asiática  China  Filipina  Japonesa  Coreana  Vietnamita  Otra asiática  
 Indígena hawaiana  Guameña o Chamorra  Samoana  Otra isleña del Pacífico

Lugar de nacimiento ( <i>Ciudad/estado o país</i> )	¿Es él/ella ciudadano(a) de EE.UU.? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
---	--

Si no es ciudadano estadounidense y está solicitando asistencia conteste las siguientes preguntas:

¿En qué fecha entró a los Estados Unidos?	¿En qué fecha se mudó a Connecticut?	Indique su número I-94 si tiene uno.
---	--------------------------------------	--------------------------------------

Por favor haga copias de esta página o adjunte otra hoja si necesita añadir más personas.  
Asegúrese de contestar todas las preguntas.





# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 7 of 26

**Conteste para todos los miembros de su hogar incluyéndose a usted mismo(a)**

1. ¿Está embarazada algún miembro de su hogar?  Sí  No En tal caso, ¿quién? \_\_\_\_\_  
Fecha prevista de parto: \_\_\_\_\_
2. Si está solicitando beneficios alimenticios o monetarios, ¿tiene usted o alguien en su hogar una orden de detención pendiente o está violando la libertad condicional o probatoria?  Sí  No  
En tal caso, ¿quién? \_\_\_\_\_
3. Si usted o alguien en su hogar no es ciudadano, ¿tiene un patrocinador?  Sí  No

**Si respondió Sí, por favor llene lo siguiente:**

Miembro del hogar patrocinado	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Relación con el patrocinador			
Nombre de patrocinador			
Dirección de patrocinador			

4. ¿Ha recibido alguien en su hogar asistencia monetaria, médica, o alimentaria de otro estado dentro de los últimos 90 días?  Sí  No  
**Si respondió Sí, La última fecha cuando recibió :** \_\_\_\_\_ **¿de qué estado?** \_\_\_\_\_
5. ¿Normalmente compra y prepara la comida con todas las personas con quienes vive?  Sí  No  
**Si contestó No, ¿Quién(es) compra(n) y cocina(n) su comida aparte?** \_\_\_\_\_
6. Hay alguien en el hogar que renta un cuarto con los alimentos incluidos?  Sí  No  
**Si respondió Sí, ¿quién?** \_\_\_\_\_ **¿cuánto paga cada persona por un cuarto y los alimentos?** \_\_\_\_\_



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 8 of 26

7. ¿Ha hecho servicio militar alguien en su hogar o su cónyuge?  Sí  No

Si contestó Sí, llene lo siguiente:

Nombre de la persona con servicio militar	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Relación con la persona con servicio militar			
Nombre de miembro del hogar si el cónyuge es el/la militar			
Número de servicio militar o de seguro social			
¿Ha sido valorado con una discapacidad relacionada con servicio militar?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Situación militar			

8. Indique cualquier persona en su hogar que es estudiante.

Nombre	Estudiante 1	Estudiante 2	Estudiante 3	Estudiante 4
Nombre de escuela o programa de entrenamiento				
Tipo de estudiante:	<input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Vocational	<input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Vocational	<input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Vocational	<input type="checkbox"/> Escuela Superior <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Universidad <input type="checkbox"/> Vocational
¿Estudia a tiempo completo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está recibiendo ayuda financiera?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 9 of 26

### Díganos sobre el ingreso de su hogar

9. ¿Recibe alguien en su hogar un ingreso de trabajo? Ingreso de trabajo significa sueldos, salarios, propinas y comisiones de empleos. También significa ingreso de trabajo por cuenta propia como por ejemplo dinero que reciba de su propio negocio o cualquier otro trabajo que haga por dinero.

Sí  No

<b>Si respondió Sí a la pregunta 9, por favor llene y dé comprobación de su ingreso. Ejemplos de comprobación son sus talonarios de sueldo de la últimas 4 semanas, o si trabaja por cuenta propia, sus registros más recientes de su negocio.</b>			
Persona trabajando			
Nombre de empleador			
Tel. del empleador			
Sueldo por hora:	\$	\$	\$
Horas ( <i>por semana</i> ):			
Frecuencia de pago ( <i>semanal, mensual</i> ):			
Ingreso mensual bruto	\$	\$	\$

Si algún ingreso ha cambiado recientemente, por favor díganos por qué y la fecha del cambio:

---

---

10. ¿Actualmente está en huelga de su trabajo alguien en su hogar?  Sí  No

11. ¿Ha reducido sus horas de trabajo alguien en su hogar en los últimos 90 días?  Sí  No

Si contestó Sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿por qué? \_\_\_\_\_

---





# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 11 of 26

		\$		<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
--	--	----	--	---

### Díganos sobre los gastos de su hogar

#### Gastos del hogar

14. ¿Paga usted o alguien en su casa gastos del hogar?     Sí     No

En tal caso :  Renta     Hipoteca    ¿Cuánto se paga de renta/hipoteca? \_\_\_\_\_

¿Cuánto paga usted del total de la renta?	Seguro contra riesgos / incendio, si se paga por separado:	Impuestos de la propiedad, si se paga por separado:
\$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año	\$ _____ por <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año
Persona o compañía a la cual usted paga la renta/hipoteca:		
Dirección y teléfono del arrendador		

15. ¿Recibe usted ayuda para pagar su vivienda?     Sí     No

En tal caso, por favor llene lo siguiente:

Quién paga	A quién se le paga	Cantidad pagada
		\$
		\$

16. Si usted reportó que su ingreso es menos que sus gastos de vivienda, ¿cómo paga estos gastos?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

#### Gastos de servicios públicos

17. ¿Paga calefacción aparte de su renta o hipoteca?     Sí     No

18. ¿Cómo calienta su casa? \_\_\_\_\_

19. ¿Paga aire acondicionado aparte de su renta o hipoteca?     Sí     No

20. ¿Qué otros servicios paga usted?     Agua/alcantarillado     Basura     Luz     Gas     Teléfono

Otro: \_\_\_\_\_



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 12 of 26

21. ¿Recibió usted un cheque del programa de asistencia de energía durante la última temporada en esta dirección?

Sí  No

22. ¿Piensa usted hacer solicitud al programa de asistencia con la energía este año?  Sí  No

### Gastos de cuidado de dependientes

23. ¿Alguien en su hogar paga por cuidado de niño(s) o para un adulto con una discapacidad?

Sí  No

En tal caso, ¿quién paga? \_\_\_\_\_ \$ \_\_\_\_\_ por mes y llene lo siguiente:

Nombre de la persona que recibe el cuidado	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Cantidad que usted paga por semana	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Gasto total por semana	\$ _____	\$ _____	\$ _____
Nombre de proveedor			
Dirección y número de teléfono			

24. ¿Paga el estado por su cuidado de dependiente?(por ejemplo: Care 4 Kids)  Sí  No

### Gastos de manutención de hijo(s) ordenada por la corte

25. ¿Paga alguien en su hogar manutención de hijo(s) ordenada por la corte?  Sí  No

En tal caso, llene lo siguiente

Persona que paga la manutención	Para cuál(es) menor(es)	Cantidad pagada	Frecuencia
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	
		\$ _____	

### Gastos médicos



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 13 of 26

26. ¿Tiene alguien en su hogar cuentas médicas de los últimos 3 meses?  Sí  No

27. ¿Hay alguien en su hogar de 60 años o más de edad o una persona con una discapacidad de SSI/SSD que tenga gastos médicos tales como de seguro médico (primas, deducibles y copagos), gastos de transportación a citas médicas o cuentas dentales?  Sí  No

**En tal caso**, enumere estos gastos.

<b>Persona con gastos médicos</b>					
<b>Cantidad pagada o debida</b>					

### Díganos sobre los recursos de su hogar.

28. ¿Tiene usted o alguien en su hogar dinero en efectivo disponible?  Sí  No

29. ¿Tiene usted o alguien en su hogar cuentas de cheques, de ahorro, de cd, de mercado monetario, y de unión de crédito?  Sí  No

30. ¿Tiene usted o alguien en su hogar acciones, bonos, fondos de retiro IRA, 401k o fiduciarios?  
 Sí  No

31. ¿Tiene alguien en su hogar artículos de valor? (ejemplos: autos, camiones, barcos)  
 Sí  No

**Si contestó Sí a las preguntas 28-31, llene la tabla abajo.**

Pertenece a	Tipo	Nombre/ubicación del banco	Valor/balance actual



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 14 of 26

32. ¿Es alguien en su hogar dueño de bienes inmuebles, terreno o propiedad?  Sí  No

**En tal caso, ¿quién?** \_\_\_\_\_

Dirección de la propiedad \_\_\_\_\_

**Si usted está solicitando solamente ayuda de alimentos, salte a las páginas 17-20, 24-26 y firme la página 23.**

**Para solicitar beneficios monetarios o médicos, por favor continúe.**

33. ¿Usted o alguien en su hogar ha entablado una demanda que todavía esté pendiente?  Sí  No

**En tal caso, llene lo siguiente:**

Persona con la demanda	Nombre y dirección del abogado

34. Anticipa alguien en su hogar recibir una herencia?  Sí  No

**En tal caso, ¿cuándo?** \_\_\_\_\_ y llene lo siguiente:

Persona que anticipa una herencia	Nombre y dirección del abogado

35. ¿Tiene alguien en su casa una póliza de seguro de vida?  Sí  No

**En tal caso, llene lo siguiente:**

Dueño del seguro de vida	Nombre y dirección de la compañía de seguros	Valor de rescate en efectivo





# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 15 of 26

36. ¿Tiene alguien en su hogar una póliza de cuidado a largo plazo?  Sí  No
37. Tiene alguien en su hogar un contrato de funeral prepagado?  Sí  No

**Si contestó Sí a las preguntas 36-37 llene lo siguiente:**

Dueño de seguro/contrato	Nombre y dirección de la compañía

### Manutención de hijos

**Importante** – Al solicitar asistencia médica o monetaria, usted nos está permitiendo buscar cobertura de cuidado de salud y manutención infantil de padres que no estén viviendo en su hogar a menos que usted crea que tal padre pudiese hacer daño a usted o al menor.

38. ¿Reside fuera del hogar el padre o la madre de algunos de los niños?  Sí  No

**En tal caso**, por favor enumero el(los) padre(s) incluso aunque el niño todavía no hubiese nacido. Además, enumere los padres de usted, si usted es menor de 18 años y no está viviendo con ellos. **Por favor dé toda la información posible. Si necesita más espacio, por favor haga una copia de esta página o adjunte otra hoja y conteste todas las preguntas.**

Nombre del niño(a)		Nombre del niño(a)	
Nombre del padre viviendo fuera del hogar		Nombre del padre viviendo fuera del hogar	
Dirección		Dirección	
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Fecha nacimiento	Sexo: <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/> Masc.	Fecha nacimiento
Número de Seguro Social	Cantidad de manutención	Número de Seguro Social	Cantidad de manutención



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 16 of 26

--	--	--	--

39. ¿Recibió alguien en su hogar dinero del programa TFA/Asistencia Temporal para Familias con Necesidad (TANF) desde 1996?  Sí  No

**En tal caso, llene lo siguiente:**

Persona	Estado

### Su capacidad de trabajar

40. ¿Tiene alguien en el hogar una condición médica que le impida trabajar?  
 Sí  No

**En tal caso, ¿quién?** \_\_\_\_\_

41. ¿Hay alguien en su hogar que no puede trabajar porque él o ella está cuidando un niño o adulto discapacitado?  
 Sí  No

**En tal caso, ¿quién está dando el cuidado?** \_\_\_\_\_ **¿quién necesita el cuidado?** \_\_\_\_\_

42. ¿Ha solicitado usted **beneficios por discapacidad** a través de la Administración del Seguro Social (SSA)?  Sí  No

**En tal caso, llene lo siguiente:**

Fecha de su solicitud (mes, año)	¿Cuándo recibió una carta de decisión (mes, año)?	Su solicitud fue: <input type="checkbox"/> Aprobada <input type="checkbox"/> Negada
<b>Si su solicitud fue negada, ¿apeló usted?</b> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		
<b>En tal caso, ¿cuál fue la fecha de la apelación (mes, año)?</b> _____		

43. Si está solicitando beneficio monetario y usted es ciego, discapacitado, o mayor de 65 años, ¿come usted por lo menos un alimento en un restaurante cada día?  Sí  No



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 17 of 26

44. Si está solicitando beneficio monetario y usted es ciego, discapacitado, o mayor de 65 años, ¿tiene usted una dieta especial?  Sí  No

En tal caso, explique: \_\_\_\_\_

### Díganos sobre el seguro médico de su hogar

Por favor conteste las siguientes preguntas para usted y cualquier persona en el hogar.

45. ¿Tiene Medicare usted o cualquier persona en su hogar?  Sí  No

En tal caso, llene lo siguiente:

Persona con Medicare	Número de Medicare

46. ¿Tiene otro seguro médico alguien en su hogar?  Sí  No

En tal caso, llene lo siguiente:

Persona	Nombre y número del otro seguro

Por favor proporcione una copia del anverso y reverso de las tarjetas de seguro para cobertura actual o para cobertura que hubiese terminado durante los últimos tres meses.

### Normas federales de recopilación de datos:

Por favor conteste las siguientes preguntas, las cuales tenemos la obligación de hacer por ley federal.

- ¿Es usted o alguien en su hogar, sordo o duro de audición?  Sí  No
- Es usted o alguien en su hogar, ciego o tiene alguien dificultad para ver, inclusive usando espejuelos?  Sí  No
- Debido a una condición mental o emocional, ¿tiene usted o alguien en su hogar (de 5 años o más de edad) dificultad para concentrarse, recordar o tomar decisiones?  Sí  No



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 18 of 26

4. ¿Tiene usted o alguien en su hogar (de 15 años o más de edad) dificultad para hacer mandados solo, como por ejemplo yendo al consultorio del médico o haciendo compras?  Sí  No
5. Tiene usted o alguien en su hogar (de 5 años o más de edad) dificultad seria para caminar o subir escaleras?  Sí  No
6. ¿Tiene usted o alguien en su hogar (de 5 años o más de edad) dificultad para vestirse o bañarse de tina o regadera?  Sí  No
7. ¿Qué tan bien habla inglés usted (de 5 años o más de edad)?  Muy bien  Bien  
 No bien  Nada

### LEA CUIDADOSAMENTE PARA TODOS LOS PROGRAMAS

#### Yo comprendo y acepto lo siguiente:

- Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) dentro de 10 días de cualesquier cambios de ingreso, recursos o arreglo de vivienda, excepto para SNAP.
- Yo puedo pedir una audiencia si no estoy de acuerdo con una acción tomada en mi caso.
- **Toda información que yo dé en este formulario está sujeta a verificación por funcionarios federales, estatales y locales. Yo cooperaré con estos funcionarios, dando cualesquier documentos necesarios para comprobar lo que yo he dicho. Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información dada en este formulario.**
- **Si yo hago una declaración falsa o engañosa, puedo ser sujeto a penalidades civiles o criminales.**
- Toda información dada en este formulario, incluyendo números de Seguro Social, es confidencial, excepto según una orden de la corte o la ley estatal o federal permita o requiera. Con ciertas excepciones, se usará solamente para administrar programas del DSS. Si el DSS cree que exista un peligro inminente contra la salud, seguridad o bienestar de un niño o la familia, el DSS dará la dirección y número de teléfono del niño al Departamento de Niños y Familias. Para todos los programas, excepto Medicaid, el DSS dará la dirección de usted a un oficial del orden público para localizar a usted si está huyendo para evitar procesamiento o custodia por ciertos crímenes o por violar una condición de probatoria por ciertos crímenes o si usted tiene información que un oficial del orden público necesitara para hacer su trabajo respecto a ciertos crímenes.
- El DSS podría divulgar cierta información acerca de mí y otras personas en mi familia o mi hogar que estén recibiendo beneficios para propósitos directamente conectados con la administración de programas del DSS. Propósitos directamente conectados con la administración de programas del DSS incluyen, pero no se limitan al: establecimiento de elegibilidad determinando la cantidad de ayuda, la provisión de servicios, y para investigaciones, procesamientos judiciales, o procedimientos civiles relacionados con la administración de programas del DSS.
- El DSS podría divulgar a sus contratistas información confidencial del Departamento de Trabajo respecto a información de beneficio por desempleo e información trimestral de sueldos respecto a individuos que hubiesen firmado esta solicitud solamente según sea necesario para determinar la elegibilidad para asistencia médica.



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 19 of 26

- Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información respecto a la situación de no ciudadanía de cualquier persona con los Servicios de Ciudadanía y de Inmigración de los EE.UU. (USCIS). Yo comprendo que el DSS no compartirá la información dada en este formulario con USCIS. Yo comprendo además que USCIS
- **NO PUEDE** usar esta solicitud para negar admisión a los EE.UU., para perjudicar la condición de residente permanente ni para deportarme a mí ni ninguna otra persona para la cual yo estoy solicitando.
- Cualquier información que yo dé en este formulario, incluyendo números de Seguro Social, se usará para verificar la identidad y elegibilidad para aquellas personas en mi hogar que vayan a recibir beneficios. Las personas que viven conmigo y que no van a recibir beneficios no tienen que dar sus números de Seguro Social. Si ellos quieren hacerlo, podría ser más fácil verificar sus ingresos y acelerar el proceso de la solicitud. Los números de Seguro Social serán cotejados con los archivos federales, estatales y de gobiernos locales por computadoras. Se permite que el DSS pida números de Seguro Social a base de los siguientes estatutos para SNAP, 7 USC sección 2025(e)(1) y 42 USC secciones 1320b-7(a)(1) y (b)(4); para TFA, 42 USC secciones 1320b-7(a)(1) y (b)(1); para Medicaid, 42 USC secciones 1320b-7(a)(1) y (b)(2); para Suplemento Estatal para Ancianos, Ciegos y Discapacitados, 42 USC secciones 1320b-7(a)(1) y (b)(5); para SAGA, la Ley de Reforma de Impuestos de 1976, 42 USC sección 405(c)(2)(C)(i); para todos los programas excepto SAGA, las Leyes Generales de Connecticut sección 17b-77.
- El estado usará información disponible a través del Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) y a través del Directorio Nacional de Personas Recién Empleadas (para el Programa de Asistencia Temporal a Familias) para procesar mi petición de ayuda. Esta información vendrá del Departamento de Trabajo, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Rentas Internas y otras agencias directamente cuando la ley lo permita. El DSS podrá verificar la información que reciba de estas fuentes, tales como bancos y empleadores. Estos resultados podrían afectar la elegibilidad de mi hogar y el nivel de los beneficios.
- El estado podrá verificar la información que reciba sobre pagos de manutención de hijos, los cuales se hagan pagaderos a estado a favor de mi niño, con la Oficina de Cumplimiento de Manutención de Menores (BCSE).
- La provisión de la información que se pide en esta solicitud es voluntaria. Sin embargo, si yo no doy cierta información, mi solicitud será negada.
- Yo cooperaré con el personal estatal y federal en las Revisiones de Control de Calidad.

### **PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP)**

#### **Yo comprendo y acepto lo siguiente:**

- Yo notificaré al Departamento de Servicios Sociales (DSS) a más tardar para el 10° día del mes después de que mi ingreso aumente a más del 130% del nivel federal de pobreza para el tamaño de mi familia.
- Yo notificaré al (DSS) a más tardar para el 10° día del mes después de que cualquier persona en mi hogar que se considere Sin Discapacidad y Sin Dependientes trabaje menos de 20 horas por mes o participe en una actividad de Entrenamiento para Empleo menos de 20 horas por semana.



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 20 of 26

- **Si yo violo un reglamento del Programa SNAP a propósito, soy inelegible para recibir SNAP. La primera vez que violo un reglamento yo no podré conseguir SNAP por un año. La segunda vez yo no podré recibir SNAP por dos años. La tercera vez yo jamás podré volver a recibir SNAP.**
- **Si se me declara culpable de tráfico de \$500 ó más de beneficios de SNAP, jamás podré volver a recibir SNAP. Tráfico de beneficios de SNAP quiere decir venderlos en lugar de usarlos para comprar comida.**
- **Si se me declara culpable de comprar un producto con SNAP que tenga un recipiente con depósito de devolución con la intención de conseguir dinero tirando el producto y devolviendo el recipiente por dinero, la primera vez que yo violo este reglamento yo no podré recibir SNAP por 12 meses, la segunda vez yo no podré recibir SNAP por 24 meses, la tercera vez yo jamás podré volver a recibir SNAP.**
- **Si se me declara culpable de comprar o cambiar una sustancia controlada o recibir beneficios de SNAP como pago por una sustancia controlada, la primera vez que violo este reglamento yo no podré recibir SNAP por 24 meses y la segunda vez jamás podré volver a recibir SNAP.**
- **Si se me declara culpable de comprar o intercambiar armas de fuego, municiones o explosivos o recibir beneficios de SNAP como pago por armas de fuego, municiones o explosivos, yo jamás podré volver a recibir SNAP.**
- **Si yo intencionalmente uso mal una tarjeta Electrónica de Transferencia de Beneficios (EBT), yo podría dejar de recibir SNAP. Yo también podría ser multado \$250,000 o ser encarcelado por hasta 20 años o ambas cosas. El mal uso de la tarjeta EBT significa la alteración, venta, o intercambio de una tarjeta, el uso de la tarjeta de otra persona sin permiso o el intercambio de beneficios.**
- **Si yo hago declaraciones falsas sobre la identidad o la dirección mía o de miembros del hogar para recibir más de un beneficio de SNAP al mismo tiempo yo no podré recibir SNAP por 10 años.**

### PARA SUPLEMENTO EN EFECTIVO DEL ESTADO

#### Yo comprendo y acepto lo siguiente:

- Si me corresponde dinero debido a una herencia, un acuerdo monetario de una demanda legal pendiente o futura, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de muchas otras fuentes, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el total de los beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo recibo beneficios.
- El Estado colocará un gravamen sobre mi casa y la propiedad de mi cónyuge y cualquier propiedad no domiciliaria que cualquiera de nosotros dos tengamos en el estado hasta la cantidad de beneficios que yo reciba.
- Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad en toda propiedad no domiciliaria fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos.
- El Estado recuperará dinero de mi sucesión después de mi muerte.
- Mi pariente legalmente responsable podría ser facturado para reembolsar al Estado por dinero en efectivo que el Estado me hubiese pagado.



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)

PÁGINA 21 of 26

### PARA DINERO EN EFECTIVO DE SAGA

#### Yo comprendo y acepto lo siguiente:

Si me corresponde dinero debido a una herencia, un acuerdo monetario de una demanda legal pendiente o futura, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de muchas otras fuentes, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el total de los beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo recibo beneficios.

- El Estado colocará un gravamen sobre mi casa y la propiedad de mi cónyuge y cualquier propiedad no domiciliaria que cualquiera de nosotros dos tengamos en el estado hasta la cantidad de beneficios que yo reciba. El Estado también colocará un gravamen sobre la propiedad de padre(s) de hijos menores de 18 años que residan en mi hogar.
- Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad en toda propiedad no domiciliaria fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos.
- Yo tendré que cooperar con el Estado para conseguir manutención de mi esposo y de padres de niños menores de 18 años que residan en mi hogar.
- Si un miembro de mi hogar tiene un problema de abuso de sustancias, él o ella podría ser obligado(a) a estar en tratamiento para poder recibir beneficios monetarios de SAGA.
- Si yo hago declaraciones falsas o engañosas al solicitar SAGA, esto es una violación de la ley y yo podría no recibir SAGA por hasta un año.

### PARA DINERO EN EFECTIVO DE JOBS FIRST/TFA

#### Yo comprendo y acepto lo siguiente:

- El Estado colocará un gravamen contra mi hogar y la propiedad de mi esposo y cualquier propiedad no domiciliaria que cualquiera de nosotros dos tengamos en el estado en la cantidad de beneficios que yo reciba. El Estado también colocará un gravamen contra la propiedad de padres de niños menores de 18 años que residan en mi hogar. Yo y todos los demás miembros del hogar bajo Jobs First/TFA que tengan la obligación de hacerlo, tendrán que participar en Servicios de Empleo, a menos que haya una exención para dicha persona.
- Si me corresponde dinero debido a una herencia, un acuerdo monetario de una demanda legal pendiente o futura, ganancias de lotería, la venta de propiedad o de muchas otras fuentes, este dinero irá (será asignado) al Estado. El Estado podrá recuperar de ese dinero una cantidad hasta el total de los beneficios pagados a mí o a cualquier persona para la cual yo recibo beneficios.
- Yo daré al DSS una hipoteca de seguridad en toda propiedad no domiciliaria fuera del Estado que yo o mi cónyuge tengamos
- Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) al DSS acerca de mí o de alguien para el cual estoy solicitando para conseguir beneficios de Jobs First/TFA o para conseguir una cantidad incorrecta de dinero, yo no podré recibir los beneficios por **6 meses** la primera vez que esto suceda y **12 meses** la segunda vez. Si ocurre una tercera vez, yo jamás podré conseguir nuevamente beneficios de Jobs First/TFA.
- DSS podrá llevar a cabo una visita imprevista al hogar.
- El Estado recuperará dinero de mi sucesión después de mi muerte. Mi pariente legalmente responsable podría ser facturado para reembolsar al Estado por dinero en efectivo que el Estado me hubiese pagado.





# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 22 of 26

### PARA ASISTENCIA MÉDICA

#### Yo comprendo y acepto:

- Dinero de una demanda legal pendiente o futuro irá (se asignará) al Estado para recuperar cualesquier gastos médicos pagados por el Estado en relación con la demanda.
- Si yo a sabiendas doy información falsa (errónea) al DSS acerca de mí o de alguien para el cual estoy solicitando, estoy violando la ley federa y podría ser multado hasta \$25,000 o encarcelado por 5 años o ambas cosas.
- Al solicitar asistencia médica, yo doy (asigno) mi derecho a manutención de terceros al DSS (sección 1912 de la Ley de Seguro Social).
- Si estoy en una facilidad de enfermería o si estoy solicitando servicios a domicilio o basados en la comunidad, y deseo asignar mis derechos a manutención contra y cónyuge, tengo que firmar una asignación de manutención adicional (sección 1924 de la Ley de Seguro Social).
- Al recibir asistencia médica, yo permito que el Estado recupere el costo de mis cuentas médicas cubiertas por terceros, como por ejemplo otro seguro, directamente de dicha parte tercera.
- El Estado recupera dinero de mi sucesión si yo recibo servicios de cuidado a largo plazo y también si yo tenga por lo menos 55 años de edad cuando yo reciba beneficios de asistencia médica comunitaria y yo no tenga un cónyuge viviente o hijo menor de 21 de edad o ciego o discapacitado.
- El Estado puede colocar un gravamen contra mi hogar, bajo ciertas condiciones, si yo ingreso en una facilidad de enfermería y no voy a regresar a mi hogar en la comunidad.
- DSS o su representante podría solicitar Medicare en mi nombre si DSS cree que soy elegible para Medicare. DSS o su representante también podría presentar reclamos y apelaciones a Medicare en mi nombre.
- DSS o cualquier otro asegurador o proveedor de salud podrá divulgar información acerca de mí y de mi familia según sea necesario para la prestación de servicios médicos y de programa, según la ley federal y estatal permita.
- Yo no alteraré (cambiaré), intercambiaré, vendré ni usaré la tarjeta de identificación de servicios médicos de otra persona.
- El Estado podrá facturar a mi pariente legalmente responsable para reembolsar los costos de mi cuidado médico.

### ASIGNACIÓN Y COOPERACIÓN DE MANUTENCIÓN INFANTIL

#### Yo comprendo y acepto lo siguiente:

- Al hacer esta solicitud para ayuda del Estado, yo asigno (doy) al Estado todos los derechos que yo tenga para manutención actual de cualquier persona para cualquier miembro de la familia incluida en esta solicitud.
- Mientras yo esté recibiendo ayuda del Estado, yo tendré que cooperar completamente con el Estado para conseguir que otras personas responsables contribuyan a la manutención de mi familia.







# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 24 of 26

**PARA REPRESENTANTES DE HOSPITAL Y FACILIDAD DE TRATAMIENTO DE ABUSO DE SUSTANCIAS:** Yo certifico que el/la solicitante fue informado(a) de su responsabilidad de llenar esta solicitud, y que no se pudo obtener su firma por la(s) siguiente(s) razón(es):

---

---

### **USTED TIENE EL DERECHO DE PRESENTAR UNA QUEJA DE DISCRIMINACIÓN**

Tiene el derecho de presentar una queja de discriminación si usted cree que hemos tomado acción en contra de usted debido a su raza, color, religión, sexo, identidad o expresión de género, estado civil, edad, origen nacional, ascendencia, creencias políticas, orientación sexual, discapacidad intelectual, discapacidad mental, discapacidad de aprendizaje, o discapacidad física, incluyendo, pero no limitándose a, la ceguera.

Un individuo con una discapacidad puede pedir y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir al individuo a tener una oportunidad igual y significativa para participar en programas administrados por el Departamento.

Si usted pidió un acomodo o ayuda especial y nosotros rehusamos proporcionárselo, usted puede presentar una queja a la División de Acción Afirmativa del Departamento o a cualquiera de las agencias indicadas abajo:

#### **Commissioner of Social Services**

**Attention: Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator**

25 Sigourney Street

Hartford, CT 06106-5033

Teléfono: 1-860-424-5040, línea gratis: 1-800-842-1508, TDD: 1-800-842-4524

Fax: 1-860-424-4948

*(Comisionado de Servicios Sociales)*

*(División de Acción Afirmativa)*

#### **Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities** *(Comisión de Derechos Humanos y Oportunidades)*

25 Sigourney Street

Hartford, CT 06106

Teléfono: 1-860-541-3400, línea gratis: 1-800-477-5737, TDD: 1-860-541-3459

Fax: 1-860-246-5265

Web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

#### **U.S. Department of Health and Human Services**

**Office for Civil Rights**

JFK Federal Building, Room 1875

Boston, MA 02203

Teléfono: 1-617-565-1340, línea gratis: 1-800-368-1019, TDD: 1-800-537-7697

Fax: 1-617-565-3809

Web: <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>

*(Depto. de Salud y Servicios Humanos de los EEUU)*

*(Oficina de Derechos Civiles)*

Se prohíbe que esta institución discrimine a base de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos religión y creencias políticas.



# Departamento de Servicios Sociales

## Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 25 of 26

El Departamento de Agricultura de los EEUU (USDA) también prohíbe discriminación contra sus clientes, empleados, y solicitantes de empleo a base de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo identidad de género, religión, represalia, y donde sea aplicable, creencias políticas, estado civil, condición familiar o de padre/madre, orientación sexual o de que todo o parte del ingreso de un individuo se derive de cualquier programa de asistencia pública o actividad administrado o financiado por el Departamento. (No todas las bases prohibidas aplican a todos los programas y/o actividades de empleo).

Si usted desea presentar una queja del programa de discriminación de Derechos Civiles con la USDA, llene el Formulario USDA de Queja de Discriminación, el cual se puede encontrar por internet al:

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), o en cualquier oficina de la USDA office, o llame al (866) 632-9992 para pedir el formulario. Usted también puede escribir una carta que contenga toda la información que se pide en el formulario. Envíe su formulario de queja completado o carta a nosotros por correo al: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 ó por correo electrónico al [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Los individuos que sean sordos, duros de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con la USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión al (800) 877-8339 ó (800)845-6136 (español).

Para otra información tratándose de asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben llamar al Número de la Línea Hotline de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual también tiene servicio en español, o llamar a los números de Información/Hotline del Estado (haga clic en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm)).

Para presentar una queja de discriminación respecto a un program que reciba Asistencia financiera Federa por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de los EEUU, escriba al: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ó llame al (202) 619-0403 (voz) ó (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores de igualdad de oportunidad.





# Departamento de Servicios Sociales Solicitud de Asistencia

W-1ES  
(Rev 11/13)  
PÁGINA 26 of 26

## ¿QUIERE REGISTRARSE PARA VOTAR?

Las leyes federales y estatales requieren que el Departamento de Servicios Sociales (DSS) le brinde la oportunidad de registrarse como votante. Por favor conteste las preguntas abajo y ponga su nombre en letra de molde y su firma en el espacio indicado.

¿Está usted inscrito(a) como votante?  Sí, ya estoy inscrito(a)  No

Si no está inscrito(a) para votar donde reside ahora, ¿quiere inscribirse como votante aquí ahora?  
 Sí  No

SI USTED NO MARCA NINGUNA DE LAS DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

El hecho de solicitar o no solicitar registrarse para votar **no** afectará la cantidad de asistencia que será proporcionada a usted por esta agencia. Si quiere ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o recibir ayuda depende de usted. Usted puede llenar la solicitud en privado..

Para registrarse, llene una solicitud de inscripción de votante y déjelo en DSS o envíelo por correo. El formulario se incluye con solicitudes de DSS que le enviemos, y también se pueden conseguir en todas las oficinas del DSS. Puede enviar su formulario llenado al DSS en el sobre adjunto, o enviarlo directamente a su Ayuntamiento Municipal. Si necesita ayuda, por favor llame al **1-855-626-6632**.

\_\_\_\_\_  
Su nombre en letra de molde

\_\_\_\_\_  
Su firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

Dirección \_\_\_\_\_

Número

Calle

Ciudad

Estado

Para uso del trabajador solamente

Date \_\_\_\_\_  No check boxes checked  Voter Registration Card Sent

Worker Name \_\_\_\_\_ Worker DMC Number \_\_\_\_\_

-----  
(Desprenda aquí y retenga)

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho de registrarse o su decisión de no registrarse para votar, su derecho a privacidad al decidir si solicitar o no registrarse para votar, o su derecho de escoger su propio partido político u otras preferencias políticas, usted puede presentar una queja con: State Elections Enforcement Commission, 20 Trinity Street, Hartford, CT 06106; 860-256-2940, número gratis 866-733-2463, TDD: 1-800-842-9710; [SEEC@ct.gov](mailto:SEEC@ct.gov).