



W-1ERS (Rev. 6/14)

Estado de Connecticut Departamento de Servicios Sociales Renovación de Elegibilidad

Cabeza de Familia Número ID de Cliente _____
--

Este formulario de renovación es sólo para clientes del DSS que puedan recibir uno o más de:

- Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)
- Asistencia Monetaria (incluyendo pagos de alojamiento)
- Seguro Médico (HUSKY) **solamente** si usted:
 - (1) es mayor de 65 años;
 - (2) está recibiendo Medicare;
 - (3) es determinado discapacitado por DSS y está trabajando; o
 - (4) está recibiendo Cuidado a Largo Plazo

Si recibe HUSKY y no está en uno de estos cuatro grupos entonces no puede renovar con este formulario. Tiene que renovar en línea al www.CONNECT.ct.gov o por teléfono con nuestro socio Access Health CT al (855) 805-4325. También puede llamar al (855) 805-4325 y pedir un formulario en papel. La renovación por Internet es lo más rápido.

Este formulario es sólo para renovar elegibilidad para los beneficios que usted recibe ahora o para añadir nuevos miembros de su hogar. Tiene que llenar el formulario y firmar y fechar la página 6 para que esté completo.

Llámenos si necesita ayuda para llenar este formulario o conseguir comprobación: (855) 626-6632. Para solicitar asistencia que no esté recibiendo ahora, solicite en línea al www.CONNECT.ct.gov. También puede pedir que le enviemos una solicitud en papel

¿Necesita un acomodo razonable o ayuda adicional para obtener beneficios debido a una discapacidad o impedimento? S N. Si respondió Sí, ¿qué tipo de ayuda necesita? _____

Sección 1: Cabeza de Familia (Usted)				
Nombre(s)	Apellido	(2° Apellido)	Mejor # Teléfono	Otro # Teléfono
Dirección De Calle		Ciudad	Estado	Zona Postal
Dirección Postal (Si Es Diferente)		Ciudad	Estado	Zona Postal

Sección 2: Miembros del hogar						
<ul style="list-style-type: none"> • Escriba los miembros de su hogar empezando con usted. • Si desea añadir una persona a su hogar, indíquelo aquí y también en la Sección 4. 						
Nombre (Nombre, Apellidos)	Fecha nacim	Relación con Ud	Sexo (M o F)	Estado civil*	¿Compra/ cocina con Ud.?	Renovar o añadir nuevo miembro al hogar
1 Yo mismo(a)		Soy yo				<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir
2					<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir
3					<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir
4					<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir
5					<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir
6					<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> Renovar <input type="checkbox"/> Añadir

*Estado civil: N = nunca casado(a) M = casado(a) D = divorciado(a) S = separado(a) W = viudo(a)



Sección 3: Otras personas viviendo con Usted

- Indique cualquier otra persona que resida con usted pero no está solicitando asistencia.

Nombre (Nombre, Apellidos)	Relación con usted	¿Esta persona... (marque todo lo que aplica):		Total que le paga
		<input type="checkbox"/> Comparte gastos <input type="checkbox"/> Compra/cocina con Ud.	<input type="checkbox"/> Paga cuarto y comida <input type="checkbox"/> Paga sólo cuarto	\$
		<input type="checkbox"/> Comparte gastos <input type="checkbox"/> Compra/cocina con Ud.	<input type="checkbox"/> Paga cuarto y comida <input type="checkbox"/> Paga sólo cuarto	\$

Sección 4: Nuevos miembros del hogar

- Use esta sección para añadir nuevos miembros a su hogar.
- La provisión de información opcional de raza y ascendencia étnica no afectará la elegibilidad o cantidad del beneficio – se usará sólo para asegurar que todos tengan igual acceso a beneficios. Marque todo lo que aplique.

1	Nombre(s)	Apellido	(2° Apellido)	N° Seguro Social
¿Ciudadano? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <i>Si no, fecha entrada a EEUU:</i>			# I-94	
¿Miembro o cónyuge hizo servicio militar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			Escolaridad:	
Ascendencia racial (opcional): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Indígena hawaiana <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico				
Origen étnico si es Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano (opcional): <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino o español				
2	Nombre(s)	Apellido	(2° Apellido)	N° Seguro Social
¿Ciudadano? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <i>Si no, fecha entrada a EEUU:</i>			# I-94	
¿Miembro o cónyuge hizo servicio militar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			Escolaridad:	
Ascendencia racial (opcional): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Indígena hawaiana <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico				
Origen étnico si es Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano (opcional): <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino o español				
3	Nombre(s)	Apellido	(2° Apellido)	N° Seguro Social
¿Ciudadano? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N <i>Si no, fecha entrada a EEUU:</i>			# I-94	
¿Miembro o cónyuge hizo servicio militar? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N			Escolaridad:	
Ascendencia racial (opcional): <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Indígena americana o de Alaska <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> India asiática <input type="checkbox"/> China <input type="checkbox"/> Filipina <input type="checkbox"/> Japonesa <input type="checkbox"/> Coreana <input type="checkbox"/> Vietnamita <input type="checkbox"/> Otra asiática <input type="checkbox"/> Indígena hawaiana <input type="checkbox"/> Samoana <input type="checkbox"/> Guameña o Chamorra <input type="checkbox"/> Otra isleña del Pacífico				
Origen étnico si es Hispano/a o Latino/a <input type="checkbox"/> Mexicano <input type="checkbox"/> Mexicanoamericano <input type="checkbox"/> Chicano <input type="checkbox"/> Cubano (opcional): <input type="checkbox"/> Puertorriqueño <input type="checkbox"/> Otro hispano/latino o español				

Sección 5: Estudiantes en su hogar

- Indique todos los miembros de su hogar que asisten a la escuela.

Nombre de persona en escuela	Nombre de la escuela	Grado	Tiempo completo o parcial	Fecha de Graduación



Sección 6: Condición de delincuente

- Indique cualquier persona apuntada que: (1) ha sido condenada de delito grave, (2) prófugo de las autoridades para evitar ir a corte o cárcel por delito grave, ó (3) violando libertad condicional o probatoria.

Nombre	Si encontrado culpable, crimen y fecha:	Prófugo de autoridades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Violando Lib. Con/ Prob.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N
Nombre	Si encontrado culpable, crimen y fecha:	Prófugo de autoridades? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Violando Lib. Con/ Prob.? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N

Sección 7: Ingreso salarial (Adjunte comprobación)

- Indíquenos el dinero que las personas en su hogar ganan trabajando. Incluya sueldos, salarios, propinas y comisiones de empleos. Incluya ingreso de empleo autónomo tal como dinero que recibe de su propio negocio o pequeños trabajos o cualquier otro trabajo que haga por dinero. Incluya cualquier ingreso de programas de entrenamiento de empleo.
- Enumere cada empleo por separado.
- Si no tiene ningún ingreso devengado de empleo, indique el último empleo de cada persona desde la última revisión.
- Tiene que dar comprobación de sus ingresos. Ejemplos de comprobación son sus últimas 4 semanas de talonarios de cheque de pago o, si trabaja por cuenta propia, registros del negocio más recientes.

1	¿Quién gana este ingreso? _____ ¿Es trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no, Nombre, dirección y tel. de empleador: _____ Inició ___/___/___ Terminó ___/___/___ Si dejó el empleo: 1. Explique: _____ 2. ¿solicitó Beneficios por Desempleo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pago bruto (antes de deducciones): \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mes	Horas trabajadas por semana: _____ ¿Propinas? Si hay, semanal: \$ _____
	2	¿Quién gana este ingreso? _____ ¿Es trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no, Nombre, dirección y tel. de empleador: _____ Inició ___/___/___ Terminó ___/___/___ Si dejó el empleo: 1. Explique: _____ 2. ¿solicitó Beneficios por Desempleo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pago bruto (antes de deducciones): \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mes
3	¿Quién gana este ingreso? _____ ¿Es trabajo por cuenta propia <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N Si no, Nombre, dirección y tel. de empleador: _____ Inició ___/___/___ Terminó ___/___/___ Si dejó el empleo: 1. Explique: _____ 2. ¿solicitó Beneficios por Desempleo? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	Pago bruto (antes de deducciones): \$ _____ cada: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos Semana <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mes	Horas trabajadas por semana: _____ ¿Propinas? Si hay, semanal: \$ _____
¿Alguien en su hogar ha renunciado un empleo en los últimos 90 días? <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N ¿Quién? _____			
¿Por qué renunció? _____ Fecha del último cheque _____			



Sección 8: Otro ingreso (Adjunte comprobación)

- Indique cualquier dinero que personas en su hogar reciben de fuentes que no sean trabajo.
- Ejemplos de dinero no de empleo (también llamado ingreso no devengado): sustento de menores, pensión alimenticia, beneficios del Seguro Social, SSI, compensación por desempleo, préstamos y becas educativos, beneficios de VA, compensación de trabajador, acciones, bonos, anualidades, propiedad de alquiler, inquilinos, dinero de amistades o parientes, y cualquier otra fuente.

Tipo de ingreso	¿Quién recibe el ingreso?	Monto bruto mensual (antes de deducciones)
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Sección 9: Activos (Adjunte comprobación)

- Enumere cualesquier recursos o activos que las personas en su hogar poseen.
- Activos son cosas que usted posea o esté comprando que pueden venderse, intercambiar, o convertirse en efectivo de desde otras personas. Un activo no incluye propiedad personal tales como muebles o ropa. Ejemplos de activos:

-Dinero en efectivo	-Fideicomisos	-Cuentas prepagados funeral	-Usufructo vitalicio
-Cuentas de banco	-Valores/fondos mutuos	-Casas / Condos / Edificios	-Vehículos
-Seguro de vida	-Bonos / bonos ahorro EEUU	-Terreno (incl. fuera del estado)	-Barcos / caravanas
-Beneficio de muerte	-Cuentas mercado monetario / CD	-Bienes inmuebles / propiedad	-Motocicletas
-Anualidades	-Cuentas de jubilación	-Sociedades limitadas	-Otros activos

Activo	Dueño	Lugar o n° de cuenta/póliza	Valor
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$
			\$

Sección 10: Transferencias de activo

¿Alguien en su hogar ha (1) vendido, intercambiado, regalado, o transferido propiedad de cualesquier activos desde su última revisión, ó (2) ha tenido activos transferidos a través de la corte testamentaria o corte de sucesiones en cualquier estado desde su última revisión? Sí No *Sí a cualqueir pregunta: indique abajo.*

Activo transferido	¿Transferido a quién?	Fecha transferido	Valor recibido
			\$
			\$

Sección 11: Seguro médico

- Díganos si alguien en su hogar está cubierto por seguro médico que no sea HUSKY. Incluya información sobre seguro médico proporcionado a un niño por un padre ausente..

Tipo de seguro	Miembros cubiertos	N° póliza o reclamo	Compañía de seguros	Monto de prima
Medicare A (Hospital)				
Medicare B (Médico)				
Otra cobertura de Hospital / Médico (Tales como Tricare, Blue Cross/Blue Shield, cobertura de unión)				
Cuidado a Largo Plazo (paga enfermería a domicilio, cuidado diurno de adulto, ayuda a domicilio, y es aparte de cobertura hospital/médico)				



Sección 12: Cónyuge en comunidad (Adjunte comprobante de ingreso y gastos)

- Llene esta sección si es casado(a) y (1) recibe cuidado a largo plazo en el hogar pero su cónyuge no, ó (2) usted recibe cuidado a largo plazo en una facilidad y su cónyuge vive en la comunidad.

¿Cuánto es el ingreso bruto mensual de su cónyuge (antes de impuestos y deducciones)? \$ _____ por mes
 Enumere los gastos mensuales de albergue de su cónyuge abajo:

Renta	Hipoteca	Cuotas Condo	Seguro Propiedad	Seg. Incend/Riesgo.	Impuest. Prop	Otras Cuotas
\$	\$	\$	\$	\$	\$	\$

Sección 13: Arreglo especial de alimentación

- Llene esta sección sólo si alguien en su hogar es ciego, discapacitado, o mayor de 65 años, y renovando dinero de Suplemento Estatal o beneficio médicos de HUSKY C.

¿Alguien en su hogar come por lo menos un alimento diario en un restaurante? Sí No

¿Alguien en su hogar tiene una dieta especial? Sí No *En tal caso, ¿por qué?* _____

Sección 14: Pleitos legales

- Indique miembros del hogar que estén interponiendo una demanda contra otros.

Persona Demandante	Nombre y Dirección de Abogado
--------------------	-------------------------------

Sección 15: Herencia

- Indique miembros del hogar que recibieron un herencia desde su última revisión.

Nombre de Receptor	Fecha de Herencia	Cantidad de Herencia
--------------------	-------------------	----------------------

Sección 16: Manutención de hijos

- Indique miembros del hogar que paguen pensión alimenticia ordenada por una corte para hijos que no sean miembros del hogar.

Person a que paga	Pago Mensual Debido	Monto Mensual Pagado
Person a que paga	Pago Mensual Debido	Monto Mensual Pagado

Sección 17: Cuidad de dependientes

- Infórmenos sobre gastos del hogar para cuidado diurno de un niño o adulto con una discapacidad.

1	Persona que recibe cuidado diurno	Monto pagado por hogar \$ _____ por semana	Monto pagado por Estado u otra fuente \$ _____ por semana
	Nombre, dirección y n° de teléfono de proveedor		
2	Persona que recibe cuidado diurno	Monto pagado por hogar \$ _____ por semana	Monto pagado por Estado u otra fuente \$ _____ por semana
	Nombre, dirección y n° de teléfono de proveedor		
3	Persona que recibe cuidado diurno	Monto pagado por hogar \$ _____ por semana	Monto pagado por Estado u otra fuente \$ _____ por semana
	Nombre, dirección y n° de teléfono de proveedor		

Sección 18: Gastos médicos (Adjunte comprobación)

- Llene esta sección sólo si alguien en su hogar es mayor de 60 años, o es una persona con una discapacidad de SSI/SSD, y tiene gastos médicos tales como seguro médico (premas, deducibles copagos), gastos de transportación para citas médicas o cuentas dentales.

Persona con el gasto	Tipo de gasto	Monto del casto
		\$
		\$
		\$



Sección 19: Gastos mensuales

• Díganos cuándo su hogar paga cada mes.

Renta	Hipoteca	Seguro Propiedad	Impuesto Prop.	Seg. Incend/Riesgo	Otras Cuotas
\$	\$	\$	\$	\$	\$

Persona o compañía a la cual Usted paga renta/hipoteca:

Dirección y número de teléfono de la persona o compañía a la cual Usted paga renta/hipoteca:

¿Cuáles servicios paga su hogar **aparte de** su renta o hipoteca? marque todo lo que aplica)
 Calef Aire ac. Luz (no calef.) Gas Agua Alcantería Basura Teléfono casa/celular

¿Otra persona o agencia ayuda a pagar todo o parte de estos gastos? Sí No *En tal caso:*
 ¿Cual gasto? _____ ¿Quién paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____
 ¿Cual gasto? _____ ¿Quién paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____
 ¿Cual gasto? _____ ¿Quién paga? _____ ¿Cuánto? \$ _____

¿Cómo calienta su hogar? _____

¿Recibió un cheque del programa de asistencia de energía en el año pasado en su dirección? Sí No

¿Piensa usted solicitar asistencia de energía este año? Sí No

CERTIFICACIÓN Y FIRMAS

- Yo he leído este formulario, incluyendo los derechos y responsabilidades provistos con este formulario, o se me han leído en un idioma que yo entiendo.
- Yo comprendo y certifico que sigo sujeto a los derechos y responsabilidades provistos con este formulario, y tal como dispuestos en la ley.
- Yo certifico bajo pena de perjurio que toda la información dada en este formulario es verdadera y completa a mi leal saber y entender.
- Yo certifico que tengo conocimiento específico de la identidad de todos los niños para los cuales estoy pidiendo ayuda en este formulario y que la información que proporcioné es correcta a mi leal saber y entender.
- Yo certifico que todas las personas para quienes estoy solicitando ayuda es ya sea un ciudadano de los Estados Unidos o un no ciudadano para el/la cual yo he dado información verdadera y precisa (correcta).
- Yo certifico que la información que dí sobre la condición de delincuente de miembros de mi hogar es completa y precisa.
- Yo comprendo que puedo ser penal y civilmente enjuiciado si a sabiendas yo doy información incorrecta o dejo de reportar algo que debo reportar.
- Yo autorizo al DSS a contactar a otras personas o entidades según la necesidad para ayudar a comprobar que soy elegible.
- Yo autorizo al DSS a verificar cualquier información dada en este formulario.

Cualquier persona que le ayudó o que le llenó este formulario tiene firmar también.

Firma de Solicitante	Fecha	Firma de Otro Adulto Solicitante	Fecha
Firma de Ayudante o Representante	Fecha	Relación con el/la Solicitante	
Testigo, Si Solicitante Firmó con una H "X"	Fecha	Firma de Intérprete	Fecha





Permiso para compartir información

Yo permito que el Departamento de Servicios Sociales comparta información sobre mi renovación con los siguientes individuos, agencias o instituciones:	
1	Nombre: Dirección: N° Teléfono
2	Nombre: Dirección: N° Teléfono
Firma de Solicitante o Representante Autorizado	
Fecha	

Declaración de No Discriminación:

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y en algunos casos religión y creencias políticas. El Departamento de Agricultura de 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, represalias y, según corresponda, convicciones políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual, o si los ingresos de una persona provienen en su totalidad o en parte de un programa de asistencia pública, o información genética protegida de empleo o de cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todos los criterios prohibidos se aplicarán a todos los programas y/o actividades laborales).

Si desea presentar una queja por discriminación del programa de Derechos Civiles, complete el USDA Program Discrimination Complaint Form (formulario de quejas por discriminación del programa del USDA), que puede encontrar en internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, o en cualquier oficina del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. También puede escribir una carta con toda la información solicitada en el formulario. Envíenos su formulario de queja completo o carta por correo postal a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico a program.intake@usda.gov. Las personas sordas, con dificultades auditivas, o con discapacidad del habla que deseen presentar sea una queja de EEO (Igualdad de Oportunidades en el Empleo) o del programa, por favor contacte al USDA por medio del Federal Relay Service (Servicio federal de transmisión) al (800) 877-8339 o (800) 845-6136 (en español).

Para otra información sobre el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben contactar ya sea el número Hotline USDA SNAP al (800) 221-5689, el cual también está en español, o llamar a los números estatales de Information / Hotline http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación en relación con un programa que reciba asistencia federal a través 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 (voice) ó (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

También puede presentar quejas de discriminación o peticiones de acomodados razonables de esta manera:

Usted tiene el derecho de presentar una queja si cree que nosotros hubiésemos tomado acción contra 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 solicitar y recibir un acomodo razonable o ayuda especial del Departamento de Servicios Sociales cuando sea necesario para permitir que el individuo tenga una oportunidad igual y significativa para participare en programas administrados por el Departamento.

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

Commissioner of Social Services

Attn: Affirmative Action Division Director/ADA Coordinator

25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106-5033
Tel: 1-860-424-5040 N° gratis: 1-800-842-1508
TDD: 1-800-842-4524 Fax: 1-860-424-4948

(La Comisión sobre Derechos Humanos y Oportunidades) Connecticut Commission on Human Rights and Opportunities

25 Sigourney Street, Hartford, CT 06106

Tel: 1-860-541-3400 N° gratis: 1-800-477-5737
TDD: 1-860-541-3459 Fax: 1-860-246-5265
Web: <http://www.ct.gov/chro/site/default.asp>

(El Depto. de Salud y Derechos Humanos, Oficina para Derechos Civiles)

**U.S. Dept. of Health and Human Services
Office for Civil Rights**

JFK Federal Building, Room 1875, Boston, MA 02203
Tel: 1-617-565-1340 N° 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>



¿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.

Se puede registrar en línea al <https://voterregistration.ct.gov/OLVR>, o puede llenar una solicitud en papel de inscripción de votante y dejara en DSS o enviarla 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 Zona Postal

Para uso del trabajador solamente

Date _____ No boxes checked Voter Registration Card Sent

Worker Name _____ Worker 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