

## Solicitud de Washington Apple Health para apoyos a la medida para adultos mayores (TSOA)

### Washington Apple Health Application for Tailored Supports for Older Adults (TSOA)

<p><b>¿Qué es TSOA?</b></p>	<p>TSOA es un programa que ayuda a los cuidadores que atienden a un miembro de su familia de manera gratuita. También puede proporcionar algo de asistencia, si usted no tiene un familiar que le ayude. Los servicios incluyen:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cuidado de relevo o comidas entregadas en el hogar El cuidado de relevo puede pagarle a alguien para su cuidador pueda tomar un descanso.</li> <li>• Equipos y suministros médicos, como una banca para el baño o suministros para incontinencia, como pañales para adulto.</li> <li>• Entrenamiento y preparación, como entrenamiento en Herramientas Poderosas para Cuidadores.</li> <li>• Cosas que pueden ayudarle a su cuidador, como asesoría en salud mental y masajes terapéuticos.</li> <li>• Algo de asistencia con sus necesidades de cuidado personal, si usted no tiene un familiar que lo cuide.</li> </ul>
<p><b>¿Quién puede recibir TSOA?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tiene 55 años de edad o más.</li> <li>• Tiene un familiar que le ayuda de manera gratuita, pero su cuidador necesita ayuda; o</li> <li>• Necesita ayuda, y no tiene un familiar que le ayude de manera regular.</li> </ul>
<p><b>Puede llenar este formulario o presentar su solicitud en línea.</b></p>	<p>Para presentar su solicitud en línea, visite <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a>.</p>
<p><b>Información que necesita para presentar la solicitud: (Si está casado(a), proporcione también la información de su cónyuge).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Número de seguro social</li> <li>• Fecha de nacimiento</li> <li>• Estado civil</li> <li>• Situación de inmigración</li> <li>• Ingresos</li> <li>• Información sobre sus recursos (como estados de cuenta bancarios, acciones, bonos, fideicomisos, cuentas para el retiro)</li> </ul>
<p><b>¿Por qué solicitamos tanta información?</b></p>	<p>Tenemos que determinar si usted califica. Conservamos su información privada, según lo ordena la ley.</p>
<p><b>Llené mi solicitud. ¿Y ahora qué?</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Asegúrese de firmar su solicitud.</li> <li>• Envíela por correo a: DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826, Olympia, WA 98504-5826; o</li> <li>• Envíela por fax al 1-855-635-8305; o</li> <li>• Llévela a su oficina local de Servicios a Hogares y Comunitarios (por sus siglas en inglés, "HCS"). Consulte <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a> para conocer las ubicaciones; o</li> <li>• Presente su solicitud en línea en <a href="http://www.washingtonconnection.org">www.washingtonconnection.org</a></li> </ul>
<p><b>Para obtener más información:</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Llame a nuestro número gratuito al 1-855-567-0252</li> <li>• Comuníquese con su oficina local de la Agencia Local para Adultos Mayores (por sus siglas en inglés, "AAA") y pida hablar con un especialista en familiares cuidadores. Localice su oficina local de AAA aquí: <a href="http://www.waclc.org">www.waclc.org</a></li> <li>• Para localizar una oficina local de HCS, consulte <a href="http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm">http://www.alsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm</a></li> <li>• Tenemos una hoja informativa que le explica el TSOA y otros programas. El TSOA podría no ser la mejor opción para usted.</li> </ul>

# Apoyos a la medida para adultos mayores (TSOA)

## Derechos y responsabilidades

### Tenemos que proporcionarle esta información. Por favor léala.

#### **Sus derechos (nosotros debemos):**

**Explicarle sus derechos y responsabilidades** si usted lo solicita.

**Ayudarle si tiene una discapacidad.** Describimos esta ayuda en una regla. Consulte WAC 182-503-0120.

**Le ayudaremos a leer y llenar todos los formularios si necesita ayuda.** Llame a la Oficina de Servicios a Hogares y Comunitarios de su localidad. Las ubicaciones están en: <http://www.altsa.dshs.wa.gov/Resources/clickmap.htm>

**Si necesita los servicios de un intérprete o traductor, infórmenos. No le cobraremos. Le conseguiremos uno de inmediato.**

**Conservar su información personal en privado.** Sólo compartiremos la información con otras agencias estatales y federales para ver si es elegible y para afiliarlo al programa.

**Tomar una decisión lo más rápido posible.**

**Si necesitamos más información, se lo informaremos. Tendrá 10 días calendario** para proporcionarnos esa información. Si nos pide más tiempo, se lo daremos. Entréguenos la información en 10 días calendario o pida más tiempo. Si no lo hace, no recibirá TSOA.

**Le ayudaremos** si tiene problemas para conseguir información que necesitamos.

**Darle una decisión por escrito,** en la mayoría de los casos, dentro de un plazo de 45 días.

**Usted no tiene que hablar** con un investigador si auditamos su caso. Usted no tiene la obligación de dejar al investigador entrar a su vivienda. No hablar con un investigador no afectará si usted recibe TSOA.

**Darle la oportunidad de apelar** si está en desacuerdo con una determinación hecha por el Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS) que afecte su elegibilidad para TSOA. Al pedir una apelación, se programará una audiencia administrativa.

**Tratarlo de manera justa. La discriminación es ilegal.** El DSHS y la Health Care Authority (HCA) cumplen con las leyes federales aplicables de derechos civiles y no discriminan con base en raza, color, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo. El DSHS y la HCA no excluyen

a personas ni las tratan de manera diferente debido a su raza, color, nacionalidad, edad, discapacidades o sexo.

El DSHS y la HCA también cumplen con las leyes estatales vigentes y no discriminan con base en credo, género, expresión o identidad de género, orientación sexual, estado civil, religión, condición de veterano o militar honorablemente retirado, o el uso de un perro guía entrenado o animal de servicio por una persona con discapacidad.

El DSHS y la HCA:

- Proporcionan ayudas y servicios de manera gratuita a personas con discapacidades para que puedan comunicarse con nosotros de manera efectiva, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados de lenguaje de señas
  - Información escrita en otros formatos (tipografía grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporcionan servicios gratuitos de lenguaje a personas cuyo idioma principal no es el inglés, por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, llame al 1-855-567-0252.

Si cree que el DSHS o la HCA no le han proporcionado estos servicios, o lo han discriminado de alguna otra manera, puede presentar una queja ante:

- **DSHS**  
ATTN: Constituent Services  
PO Box 45131  
Olympia, WA 98504-5131  
1-800-737-0617  
Fax: 1-888-338-7410  
[askdshs@dshs.wa.gov](mailto:askdshs@dshs.wa.gov)
- **HCA Division of Legal Services**  
ATTN: Compliance Officer  
PO Box 42704  
Olympia, WA 98501-2704  
1-855-682-0787  
Fax: 1-360-507-9234  
[compliance@hca.wa.gov](mailto:compliance@hca.wa.gov)

Puede presentar su queja en persona o por teléfono, correo, fax o correo electrónico. Si necesita ayuda para presentar una queja, Servicios al Ciudadano del DSHS o la División de Servicios Legales de la HCA están disponibles para ayudarlo.

También puede presentar una queja por violación de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU., ya sea de manera electrónica en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, o por correo o teléfono en:

**U.S. Department of Health and Human Services**  
200 Independence Avenue SW  
Room 509F, HHH Building  
Washington, D.C. 20201

1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD).

Los formularios de queja están disponibles en [www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html](http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html).

## Sus responsabilidades (usted debe):

**Si la agencia lo solicita**, proporcionar toda la información y los comprobantes necesarios para decidir si usted es elegible.

**Proporcionar su SSN y situación migratoria.** Tiene que proporcionarnos su número de Seguro Social (SSN) o su número de documento de inmigración. Necesitamos esto para decidir si usted es elegible. Utilizamos su SSN para confirmar su identidad, ciudadanía, situación migratoria, fecha de nacimiento y disponibilidad de otras coberturas de salud. **No compartimos esta información con Seguridad Interna.**

**Informar sobre los cambios como lo requieren** nuestras reglas, dentro de un plazo de 30 días contados a partir del cambio. **Leer su carta de aprobación para ver qué cambios debe informar.**

**Llenar renovaciones** cuando se lo solicitemos. **Cooperar con el personal de Control de Calidad** cuando se lo solicitemos.

## Cosas que debe saber:

**Hay leyes estatales y federales** que gobiernan cómo procesamos su solicitud. También gobiernan sus derechos y sus responsabilidades como solicitante, y también si usted recibe servicios de TSOA. Al presentar su solicitud, usted acepta cumplir estas leyes. Si recibe TSOA, usted acepta cumplir con las leyes aplicables.

Una ley federal nos obliga a ayudarle a registrarse para votar, si lo desea. Usted puede decidir si quiere registrarse o no. Esa decisión no afectará nuestra decisión respecto a sus servicios o beneficios. También puede registrarse para votar en [www.vote.wa.gov](http://www.vote.wa.gov) o pedir un formulario para el registro de votantes llamando al 1-800-448-4881.

Las restricciones de la **Ley de Portabilidad y Responsabilidad de los Seguros de Salud (por sus siglas en inglés, "HIPAA")** le prohíben a la HCA y al DSHS hablar sobre la información de salud relativa a usted o cualquier miembro de su hogar con otros, incluyendo un representante autorizado, salvo que esa persona tenga un poder notarial o usted hayan firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre la salud mental, resultados de exámenes de VIH/SIDA y de ETS o tratamiento para los mismos, y servicios de dependencia a sustancias químicas.

**La Ley de Cuidado Asequible** prohíbe al DSHS proporcionar información personal que lo identifique a usted o a cualquier miembro de su hogar a cualquiera que no esté autorizado para recibirla.

La información que proporcione al DSHS **está sujeta a verificación por parte de funcionarios federales y estatales para determinar su elegibilidad para el programa TSOA. La verificación puede incluir contactos de seguimiento del personal del DSHS.**

[English] Language assistance services, including interpreters and translation of printed materials, are available free of charge. Call 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Amharic] የቋንቋ እገዛ አገልግሎት፣ አስተርጓሚ እና የሰነድ-ትንቅሌት ምረቃ ሰነድ ይገኛል። 1-800-562-3022 (TRS: 711) ይደውሉ።

[Arabic] خدمات المساعدة في اللغات، بما في ذلك المترجمين الفوريين وترجمة المواد المطبوعة، متوفرة مجاناً، اتصل على رقم (TRS: 711) 1-800-562-3022.

[Burmese] ဘာသာပြန်ဆိုသူများနှင့် ထုတ်ပြန်ထားသည့် စာရွက်စာတမ်းများဘာသာပြန်ခြင်းအပါအဝင် ဘာသာစကားအထောက်အကူဆောင်ရွက်မှုများကို အခမဲ့ရရှိနိုင်ပါသည်။ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ကိုဖုန်းခေါ်ဆိုပါ။

[Cambodian] សេវាជំនួយភាសា រួមមានទាំងអ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់ និង ការបកប្រែឯកសារពេទ្យ ព័ត៌មានរាជធានីដោយឥតគិតថ្លៃ។ ហៅទូរស័ព្ទទៅលេខ 1-800-562-3022 (TRS: 711)។

[Chinese] 免费提供语言协助服务，包括口译员和印制资料翻译。请致电 1-800-562-3022 (TRS: 711)。

[Korean] 통역 서비스와 인쇄 자료 번역을 포함한 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-562-3022 (TRS: 711)번으로 전화하십시오.

[Laotian] ການບໍລິການດ້ານພາສາ, ລວມທັງການບ່ອນພາສາ ພາສາ ການບ່ອນພາສາສາມຕີພິມ, ມີໄວ້ໃຫ້ບໍລິໂພກໂດຍບໍລິເວນ. ໂທຫາລេຂັ້ນ 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Oromo] Tajajilli gargaarsa afaanii, nama afaan hiikuu fi ragaalee maxxanfaman hiikuun, kaffaltii malee ni argattu. 1-800-562-3022 (TRS: 711) irratti bilbilaa.

[Persian] خدمات کمک زبانی، از جمله مترجم شفاهی و ترجمه اسناد و مدارک (مطالب) چاپی، بصورت رایگان ارائه خواهد شد. با شماره 1-800-562-3022 (TRS: 711) تماس بگیرید.

[Punjabi] ਭਾਸ਼ਾ ਸਹਾਇਤਾ ਸੇਵਾਵਾਂ—ਦੁਬਾਸ਼ੀਏ ਅਤੇ ਪ੍ਰਿੰਟ ਕੀਤੀ ਹੋਈ ਸਮੱਗਰੀ ਦੇ ਅੰਨੁਵਾਦ ਸਮੇਤ—ਮੁਫਤ ਉਪਲੱਬਧ ਹਨ। 1-800-562-3022 (TRS: 711) 'ਤੇ ਕਾਲ ਕਰੋ।

[Romanian] Serviciile de asistență lingvistică, inclusiv cele de interpretariat și de traducere a materialelor imprimate, sunt disponibile gratuit. Apelați 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Russian] Языковая поддержка, в том числе услуги переводчиков и перевод печатных материалов, доступна бесплатно. Позвоните по номеру 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Somali] Adeego caawimaad luuqada ah, ay ku jirto turjubaano afka ah iyo turjumid lagu sameeyo waraaqaha la daabaco, ayaa lagu helayaa lacag la'aan. Wac 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Spanish] Hay servicios de asistencia con idiomas, incluyendo intérpretes y traducción de materiales impresos, disponibles sin costo. Llame al 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Swahili] Huduma za msaada wa lugha, ikiwa ni pamoja na wakalimani na tafsiri ya nyaraka zilizochapishwa, zinapatikana bure bila ya malipo. Piga 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tagalog] Mga serbisyong tulong sa wika, kabilang ang mga tagapagsalin at pagsasalin ng nakalimbag na mga kagamitan, ay magagamit ng walang bayad. Tumawag sa 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Tigrigna] ተርጓሚትን ናይ ዝተፀሓፉ ማተርያላት ትርጉምን ሓዊሱ ናይ ቋንቋ ኣገዛ ግልጋሎት፣ ብዘይ ምንም ከፍሊት ይርከቡ። ብ 1-800-562-3022 (TRS: 711) ደውል።

[Ukrainian] Мовна підтримка, у тому числі послуги перекладачів та переклад друкованих матеріалів, доступна безкоштовно. Зателефонуйте за номером 1-800-562-3022 (TRS: 711).

[Vietnamese] Các dịch vụ trợ giúp ngôn ngữ, bao gồm thông dịch viên và bản dịch tài liệu in, hiện có miễn phí. Gọi 1-800-562-3022 (TRS: 711).

## Solicitud de Apoyos a la medida para adultos mayores (TSOA)

I. Nombre e información de contacto del solicitante			
1. Primer nombre      Inicial del segundo nombre      Apellido		2. Identificación del cliente (si la conoce)	
3. Dirección en la que vive		Ciudad	Estado      Código postal
4. Dirección postal (si es diferente)		Ciudad	Estado      Código postal
5. Teléfono principal <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )		6. Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )	
II. Nombre e información de contacto del cuidador <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene un cuidador			
7. Nombre de su cuidador		8. Teléfono secundario <input type="checkbox"/> Casa <input type="checkbox"/> Celular <input type="checkbox"/> Mensaje (      )	
9. Dirección del cuidador		Ciudad	Estado      Código postal
10. Parentesco con usted			
III. Información del Representante Autorizado			
<p>Un representante autorizado es un adulto al que usted autoriza para que actúe en nombre de usted en lo referente a su solicitud. Su representante autorizado puede firmar y entregar su solicitud por usted, y puede recibir cartas de nosotros referentes a ella. Una organización también puede ser su representante autorizado si la organización es su tutora.</p>			
1. ¿Tiene un representante autorizado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
2. ¿Desea que su representante autorizado reciba cartas de nosotros relacionadas con su solicitud? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
3. ¿Su representante autorizado es también su tutor legal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, ¿quién?: _____			
4. ¿Su representante autorizado también tiene un poder notarial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, ¿quién?: _____			
5. ¿Su representante autorizado es también su cuidador? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
6. Organización/nombre del representante autorizado		7. Número de teléfono (      )	
8. Dirección de correo postal del representante autorizado			
IV. Estado civil			
<input type="checkbox"/> No casado(a)			
<input type="checkbox"/> Casado(a) y vive con su cónyuge			
<input type="checkbox"/> Casado(a) y vive separado de su cónyuge			
<input type="checkbox"/> En una sociedad doméstica registrada			



V. Información sobre su hogar (Sólo incluya su información y la de su cónyuge, si está casado(a))								
						Opcional para su cónyuge si no está solicitando TSOA		
Nombre (Primer nombre, Segundo nombre, Apellido)	Sexo M o F	¿Qué parentesco tiene esta persona con usted?	Fecha de nacimiento	Marque si desea servicios para esta persona	Número de seguro social	Marque si es ciudadano de Estados Unidos	Raza (ver abajo)	Nombre de la tribu (Para indígenas americanos, nativos de Alaska)
		Yo		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
		Cónyuge		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
VI. Información general								
<p>1. Mi origen étnico es hispano o latino: <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <b>Nota:</b> La información sobre el origen étnico y la raza es voluntaria. (Ejemplos de razas: Blanco, Negro o Afroamericano, Asiático, Nativo de Hawaii, Isleño del Pacífico, Indígena americano, Nativo de Alaska, o cualquier combinación de razas.)</p>								
<p>2. ¿Mi cónyuge o yo somos extranjeros patrocinados? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si respondió que sí, ¿quién? _____</p>								
<p>3. Necesito un intérprete. Hablo: _____ o <input type="checkbox"/> señas; traduzcan mis cartas al: _____</p>								
VII. Ingresos ganados (Adjunte comprobante, por ejemplo su recibo de sueldo o una declaración de su empleador)								
<p><b>Nota:</b> Los indígenas americanos y nativos de Alaska no tienen que informar ciertos ingresos tales como Fideicomisos de Asentamiento y Corporaciones de nativos de Alaska; propiedad en fideicomiso, y propiedad de recursos naturales y mejoras; pagos por pesca, extracción de recursos naturales y cosechas; pagos por propiedad de artículos que tengan una importancia religiosa, espiritual, tradicional, o cultural única; y ayuda financiera de la Oficina de Asuntos Indígenas para estudiantes.</p>								
1. ¿Tengo ingresos por trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Nombre del empleador			
Teléfono del empleador		Fecha en que comencé en este empleo			¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones)								
\$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes								
Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, los días 1 y 15, o cada viernes): _____								
2. ¿Mi cónyuge tiene ingresos por trabajo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No					Nombre del empleador del cónyuge			
Teléfono del empleador del cónyuge		Fecha en que el cónyuge comenzó en este empleo			¿El trabajo es un empleo independiente? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
Monto bruto recibido (monto en dólares antes de deducciones)								
\$ _____ por: <input type="checkbox"/> Hora <input type="checkbox"/> Semana <input type="checkbox"/> Dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mes								
Horas por semana: _____ Fechas de pago (por ejemplo, los días 1 y 15, o cada viernes): _____								

### VIII. Todos los demás ingresos (Usted o su cónyuge)

(Adjunte comprobantes - por ejemplo, cartas de adjudicación, estados de cuenta, documentos de anualidad)

**Algunos ejemplos son:**

- Seguro Social
- Beneficios por desempleo
- IRA/401(k)
- Pensión
- Intereses/dividendos
- Trabajo e industrias (L&I)
- Beneficios ferroviarios
- Contratos de ventas/ Pagarés
- Manutención conyugal
- Ingreso tribal
- Administración de Veteranos (VA) o beneficios para militares
- Donaciones (manutención en efectivo/ tarjetas de regalo)
- Ingresos por rentas
- Fideicomisos
- Anualidad

Tipos de ingresos no ganados	¿Quién obtiene el ingreso?	Monto Mensual Bruto	¿Quién obtiene el ingreso?	Bruto mensual Monto
		\$		\$
		\$		\$

### IX. Recursos (Adjunte comprobantes - por ejemplo, copias de estados de cuenta bancarios, documentos legales o pólizas de seguro)

Un recurso es cualquier cosa que posee o compra, que pueda ser vendida, comercializada o convertida en efectivo o dinero. Esto incluye cosas que están en posesión de otros. Un recurso no incluye bienes personales tales como muebles, ropas, artículos de uso personal, incluyendo joyería.

**Ejemplos de recursos son:**

- Dinero en efectivo
- Cuentas corrientes/Certificados de depósito
- Acciones/bonos
- Fondos mutuos
- Su casa
- Fondos para el retiro /IRA/401K
- Terrenos/Otras propiedades
- Patrimonio de vida
- Pólizas de seguro de vida
- Fondos universitarios
- Tiempos compartidos
- Fideicomisos/Anualidades
- Arreglos funerarios
- Equipo agrícola/ganado
- Equipo de negocios
- Contratos de ventas

Tipo de recurso	Quién lo posee	Lugar	Valor	Tipo de recurso	Quién lo	Lugar	Valor
			\$				\$
			\$				\$
			\$				\$

**VEHÍCULOS: Enumere todos los vehículos propiedad de usted y de su cónyuge. Esto incluye: automóviles, camiones, furgonetas, botes, vehículos recreativos (RV), remolques u otros vehículos motorizados.**

Año (por ejemplo, 2010)	Marca (Toyota)	Modelo (Camry)	Marque si es	Monto adeudado
			<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	\$

### X. Lea detenidamente antes de firmar

**Derechos de audiencia administrativa:** Si no está de acuerdo con una decisión que tomamos, puede presentar una apelación para recibir una audiencia. También puede pedir ayuda a un supervisor o administrador. Aún puede solicitar una audiencia si pide esta ayuda.

## XI. 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. Usted decide si desea buscar o aceptar ayuda. Puede llenar el formulario de registro de 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).

¿Desea registrarse para votar o actualizar su registro de votante?  Sí  No

**Si no marca ninguna casilla, consideraremos que su elección fue no registrarse para votar en este momento, salvo cuando sea elegible para el registro automático de votantes y no lo rechace.**

A menos que haya marcado "No" arriba, usted puede ser elegible para el registro automático de votantes. Usted es elegible para el registro automático de votantes si tendrá al menos 18 años de edad en las siguientes elecciones, es ciudadano de Estados Unidos de América, y el DSHS tiene su nombre, dirección residencial y postal, fecha de nacimiento, información de comprobantes de ciudadanía y su firma declarando la veracidad de la información provista en esta solicitud.

¿Desea que se le registre automáticamente para votar?  Sí  No

**Si marcó la casilla "Sí", o si no marcó ninguna casilla y cumple con los requisitos de elegibilidad para el registro automático de votantes, el DSHS enviará su información a la Oficina del Secretario de Estado y lo registrarán automáticamente para votar.**

## XI. Declaración y firma

He leído y comprendido la información en esta solicitud. Declaro bajo pena de perjurio, bajo las leyes del Estado de Washington, que la información que he dado en esta solicitud, incluida la información sobre mi ciudadanía y condición migratoria, es, a mi mejor entender, veraz, correcta y completa.

Firma del solicitante o representante autorizado

Date

Nombre en letra de molde del solicitante o representante autorizado