

Departamento de Servicios Sociales de Arkansas

Solicitud del programa **SNAP** y **TEA**

(Asistencia alimentaria y asistencia en efectivo)

¡Verifique si reúne los requisitos para SNAP y TEA en línea! ¡Solicítelo en línea en www.access.arkansas.gov!



El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) ayuda a las personas de bajos recursos a comprar los alimentos que necesitan para una buena salud. Los beneficios de SNAP complementan los ingresos de una persona o familia para ayudarlos a comprar alimentos nutritivos. La mayor parte de los hogares debe utilizar parte de su propio dinero, junto con su beneficio de SNAP, para comprar los alimentos que necesitan.

Usted puede ser apto para recibir beneficios de SNAP si trabaja por salarios bajos, trabaja medio tiempo, está desempleado, recibe pagos de asistencia pública, tiene una discapacidad, es mayor o está sin hogar. Todos los participantes deben cumplir con requisitos financieros y no financieros.



El Programa de **Asistencia de Empleo Transitorio** (Transitional Employment Assistance, TEA) ayuda a que las familias con necesidades económicas con niños menores de 18 años de edad sean más responsables de su propia manutención y menos dependientes de la asistencia pública. El TEA brinda asistencia en efectivo mensualmente a las familias que cumplen con los requisitos para ayudarlas a cubrir sus necesidades básicas. También les proporciona servicios de apoyo, tales como ayuda para el cuidado de los niños y servicios relacionados con el empleo, mientras un padre u otro pariente adulto trabajan para aumentar su potencial de ingresos. La legislación estatal limita la recepción del beneficio de TEA a 24 meses de por vida.

Usted puede tener algunos ingresos, incluso sus sueldos, y aún ser apto para recibir los beneficios de TEA si sus ingresos contables son inferiores al ingreso promedio. Puede poseer recursos (efectivo, cuentas bancarias, propiedades no utilizadas como hogar, etc.) si el valor total de estos recursos no excede los \$3,000. La asistencia en efectivo de TEA también está disponible para ayudar a cubrir las necesidades de los niños cuidados por un pariente adulto que no sea su padre o madre. La ayuda a estos parientes se proporcionará a los niños sin importar el límite de tiempo.

¿Cuándo debo realizar la solicitud?

Es importante que entregue su solicitud inmediatamente. Si su núcleo familiar es apto, se le pagará su primer mes de beneficios de SNAP desde el día que se recibió su solicitud en línea o desde la fecha que entregue su solicitud impresa en la oficina del Departamento de Servicios Sociales (Department of Human Services, DHS) del condado. La fecha de entrada en vigor del pago de TEA es el primer día del mes en que aprueben su solicitud.

Tiene el derecho a entregar una solicitud de SNAP solo con el nombre y la dirección del solicitante y la firma de un miembro responsable del núcleo familiar o de un representante autorizado del núcleo familiar. Sin embargo, el llenar una solicitud en su totalidad puede llevar a una determinación de elegibilidad más rápida.

¿Necesita ayuda para llenar su solicitud?



Por teléfono
Atención al cliente
1-800-482-8988



En persona
Contacte a su oficina local de DHS
del condado para más información

¡Ayuda!

En español
Llame a nuestro centro
de ayuda gratis al
1-800-482-8988

CONSERVE LA PARTE EXTERNA DE ESTA SOLICITUD PARA SU INFORMACIÓN

Requisitos para la entrevista tanto para SNAP como para TEA:

Las familias que solicitan SNAP y TEA deben participar en una entrevista para determinar su elegibilidad. Esta entrevista puede ser en persona o por teléfono. A las personas que hacen la solicitud en línea en www.access.arkansas.gov se les ofrece automáticamente una entrevista telefónica. Solo es necesaria una entrevista cuando se realiza una solicitud para ambas, SNAP y TEA. [Si falta a su cita para la entrevista, no programaremos otra cita a menos que usted lo solicite.](#)



Su núcleo familiar puede escoger a alguien que conozca su situación para realizar la entrevista ya sea en persona o por teléfono. A esta persona se le denomina “representante autorizado”.

Documentos útiles para SNAP y TEA:



- Un Número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) o comprobante de solicitud de un SSN para cada miembro del núcleo familiar que solicita los beneficios.
- Documentación del estado legal como extranjero para cada persona sin ciudadanía que solicita los beneficios.
- Comprobante de identidad del solicitante.
- Comprobante de residencia.
- Comprobante de ingresos.
- Comprobante del valor de los recursos, tales como, entre otros, cuentas bancarias, certificados de depósito, acciones, bonos y vehículos.
- Comprobantes de gastos médicos de miembros del núcleo familiar mayores de 60 años o que tengan una discapacidad, *solo* si desea que estos gastos sean reclamados.
- Comprobantes de facturas de servicios actuales, *solo* si desea utilizar sus gastos de servicios actuales para calcular el monto del beneficio de su SNAP. NOTA: SNAP les permite a ciertas familias utilizar un “promedio de servicios públicos”. Consulte con su trabajador si los costos reales del promedio de los servicios públicos es el mejor para su núcleo familiar.
- Si solicita el beneficio de TEA para un niño, comprobante de la edad del niño y comprobante de su relación con usted.
- Cada adulto miembro del núcleo familiar que solicita el beneficio de TEA debe completar un Cuestionario de Evaluación de Drogas (Drug Assessment Questionnaire, DAQ).

¿Cuánto tiempo toma procesar una solicitud?

- La mayoría de las solicitudes de **SNAP** deben ser procesadas dentro de un lapso de 30 días. Sin embargo, debemos procesar su solicitud de SNAP en un lapso de siete días (servicio expedito) si:
 - Su núcleo familiar posee \$100 o menos en efectivo, cuentas bancarias u otros recursos disponibles y menos de \$150 en ingresos contables; **O**
 - Sus gastos actuales de alojamiento son superiores a sus ingresos y recursos disponibles; **O**
 - Usted es un trabajador inmigrante o un trabajador agrícola temporal y su núcleo familiar tiene muy pocos o no posee ingresos al momento de su solicitud.
- Las solicitudes de **TEA** deben ser procesadas en un lapso de 30 días.



Si usted contesta todas las preguntas de identificación en la sección de Servicio Expedito de SNAP, nosotros estableceremos si su núcleo familiar califica para el servicio expedito de SNAP.

¿Cómo sabré si se aprobó o rechazó mi solicitud?

Cuando tomemos una decisión acerca de su solicitud de SNAP o TEA, le enviaremos un aviso para informarle si se aprobó o rechazó su solicitud.

Si soy apto, ¿cómo obtendré mis beneficios?



Si participa en el Programa SNAP o TEA, usted recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (electronic benefits transfer, EBT) similar a una tarjeta de débito. Podrá utilizar su

tarjeta EBT para tener acceso a sus beneficios de SNAP o TEA. Tendrá acceso a los beneficios de SNAP solo en comercios autorizados, tales como supermercados y mercados de productores aprobados.

¿Cuáles son mis derechos de apelación?

Si no está satisfecho con nuestras acciones o si no tomamos medidas con su solicitud de SNAP o TEA, usted o su representante pueden solicitar una audiencia. Existen tres maneras para que usted o su representante pueden solicitar una audiencia.

1. Puede solicitar una audiencia siguiendo las instrucciones enumeradas en el reverso del formulario de Notificación de Acción que recibió en relación con su solicitud.
2. También puede solicitar una audiencia llamando a la oficina de DHS del condado, escribiendo una carta a la oficina de DHS del condado o yendo a la oficina de DHS del condado.
3. Igualmente puede solicitar una audiencia escribiendo o llamando a la Sección de Apelaciones y Audiencias:

Arkansas Department of Human Services

ATTN: Appeals and Hearings Section

P.O. Box 1437, Slot N401

Little Rock, AR 72203-1437

Teléfono: (501) 682-8622

TTY para personas con discapacidad auditiva: 501-682-6974

FAX: (501) 682-6605



¿Quién es no es elegible para participar en SNAP o TEA?

- Cualquier persona que actualmente esté clasificada como criminal prófugo o quien haya infringido su régimen de libertad provisional o condicionada.

Nota: Si una familia tiene una mezcla de individuos elegibles y no elegibles, los individuos elegibles recibirán los beneficios de SNAP siempre que cumplan con los demás criterios del programa.



Infracciones intencionales del programa

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria

Los participantes en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria deben seguir estas normas:

- No suministrar información falsa u ocultar información para obtener o seguir obteniendo los beneficios de SNAP.
- No alterar ningún documento de autorización para obtener los beneficios de SNAP si no es elegible.
- No utilizar los beneficios de SNAP para comprar artículos no alimenticios como bebidas alcohólicas, tabaco o artículos de aseo personal.
- No negociar ni vender los beneficios de SNAP ni permitir el uso no autorizado de la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT).
- No utilizar la tarjeta EBT de SNAP de otra persona para el beneficio de su núcleo familiar.
- No comprar ni vender, ni intentar comprar ni vender, los beneficios de SNAP o de la tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) por efectivo o cualquier otro artículo que no sean alimentos elegibles tanto en público como en línea. Comprar o vender, o intentar comprar o vender, su tarjeta EBT se denomina tráfico ilícito y es motivo para que pierda sus beneficios o sea retirado del programa de manera permanente (para siempre).

Una infracción intencional del programa (intentional program violation, IPV) ocurre cuando usted o algún miembro de su núcleo familiar: 1) realiza una declaración falsa o engañosa o tergiversa, oculta o retiene hechos; o 2) comete cualquier acto que constituye una violación de la Ley de Alimentación y Nutrición, las Normativas de SNAP o los Estatutos del Estado con el fin de utilizar, presentar, transferir, adquirir, recibir, poseer o traficar ilícitamente las tarjetas de autorización de SNAP o los documentos reutilizables usados como parte del sistema automático de entrega de beneficios. Quien cometa una IPV será inhabilitado para su participación en SNAP por: un año para la primera infracción, dos años para la segunda infracción y permanentemente para la tercera infracción. También recibirá una multa o será encarcelado, o ambas, y estará sujeto a juicio y sanciones federales.

Se aplican períodos de inhabilitación especiales cuando una persona es declarada culpable de cualquiera de las siguientes infracciones:

- Realizar una declaración o tergiversación fraudulenta acerca de su identidad o residencia para obtener los beneficios de SNAP en dos ubicaciones durante un mismo mes: una inhabilitación por diez años.
- Comprar o vender sustancias ilícitas a cambio de beneficios de SNAP: una inhabilitación por 24 meses por la primera infracción y una inhabilitación permanente por la segunda infracción.
- Comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de los beneficios de SNAP: una inhabilitación permanente.

- Traficar ilícitamente los beneficios de SNAP que excedan \$500: una inhabilitación permanente.**



Infracciones intencionales del programa Programa TEA

Los participantes de TEA deben seguir las siguientes normas:

Si usted suministra cualquier información falsa o engañosa o si oculta o retiene hechos con el fin de establecer o mantener la elegibilidad de su familia para TEA, será declarado culpable de cometer una infracción intencional al programa (IPV) por medio de una Audiencia Administrativa o a través de un tribunal.

Si se declara culpable o *nolo contendere* (no me opongo) o es declarado culpable de una IPV, su familia no será elegible para TEA por un año para la primera infracción, dos años para la segunda infracción y de forma permanente para cualquier infracción subsiguiente. Adicionalmente, su familia seguirá siendo no elegible para recibir los beneficios de TEA hasta que el sobrepago derivado se devuelva al Estado.

Si es declarado culpable de suministrar información falsa sobre su residencia para recibir Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) en dos o más estados al mismo tiempo, su familia no será elegible para la asistencia de TEA por un mínimo de diez años comenzando en la fecha de la sentencia. (El Programa TEA es el Programa TANF de Arkansas).



¿Sabía que si es elegible para SNAP o TEA, puede ser elegible para los siguientes programas?

- Asistencia para vivienda a través del Departamento de Vivienda y Desarrollo Urbano (Housing and Urban Development, HUD). Visite www.hud.gov para obtener más información.
- Ayuda para gastos de servicios públicos a través del Programa de Asistencia Financiera para Gastos de Energía en el Hogar (Home Energy Assistance Program, HEAP). Visite www.aaaa.org para conocer la agencia que atiende a su condado.
- Algunas categorías de Medicaid. Visite www.access.arkansas.gov o a su oficina de DHS del condado para solicitar Medicaid.
- Ayuda con su servicio telefónico a través de Lifeline and Link Up o visite www.lifelinesupport.org para realizar la solicitud. Solicite más información a su proveedor actual de servicio telefónico.
- Servicio de preparación de impuestos gratuito o con descuento a través de ciertas empresas. Contacte a su especialista en impuestos para verificar si ofrece estos servicios.
- Asesoría legal gratuita o con descuento. Contacte a los bufetes jurídicos locales para remisiones en su zona.
- Comidas escolares gratuitas para los niños que asisten a escuelas públicas. Los niños serán inscritos de manera automática a través de un programa administrativo de cotejo.

Se derecho a la confidencialidad

La LEY DE CONFIDENCIALIDAD DE INFORMACIÓN de 1974 exige que el Departamento de Servicios Sociales (DHS) le informe: (1) si la divulgación de información es voluntaria u obligatoria; (2) cómo el DHS utilizará su SSN; y (3) la legislación o norma que le permite al DHS solicitarle su SSN. Estamos autorizados para recaudar cierta información de su núcleo familiar, incluido el número de seguro social (SSN) de cada miembro apto del núcleo familiar. La Ley de Nutrición y Alimentación de 2008 nos otorga esta autoridad según enmienda de la sección 2001-2036 del título 7 del Código de Estados Unidos (United States Code, U.S.C.) para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria. Para los programas Medicaid y TEA, la legislación federal establecida en las secciones 1320b-7(a)(1) y 1320b-7(b)(2) del título 42 del U.S.C. nos otorga esta autoridad. Esta información puede verificarse a través de programas de cotejo electrónicos. Utilizaremos esta información para establecer la elegibilidad para el programa, monitorear el cumplimiento de las normas del programa y para la gestión del programa. Esta información puede divulgarse a otras agencias federales y estatales y a funcionarios del orden público. Si existiera un reclamo en contra de su núcleo familiar, la información en esta solicitud, incluidos los SSN, será proporcionada a los funcionarios federales o estatales o a agencias privadas con fines de recolección de datos.

Solicitud de SNAP y TEA

SI NECESITA ESTA SOLICITUD EN LETRA GRANDE, CONTACTE A SU OFICINA DE DHS.

Si necesita este formulario en español, llame al 1-800-482-8988 y pida la versión en español.

Nombre del jefe del núcleo familiar				FDN	Tel. de trabajo
Dirección postal (P.O. Box, Calle, Apt./Lote #)	Ciudad	Estado	Cod. Postal	Tel. de habitación o celular	
Dirección de habitación (Calle, Apt./Lote #)	Ciudad	Estado	Cod. Postal	Dirección de correo electrónico	

¿Qué servicios está solicitando? *Utilice tinta azul o negra.*

Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)

♦ ¿Recibe actualmente los beneficios de SNAP? Sí NO

Si considera que su núcleo familiar necesita los beneficios de SNAP inmediatamente, responda las preguntas en la página 2 de este formulario. Si lo hace, podemos establecer si tiene derecho a los beneficios de SNAP en un lapso de 7 días.

Asistencia de Empleo Transitorio (TEA) para familias con hijos menores de 18 años de edad

♦ ¿Recibe TEA actualmente? Sí NO

♦ ¿Tiene un hijo menor de 18 años de edad viviendo en casa? Sí NO

1.	¿Ud. o alguno de los miembros de su núcleo familiar ha recibido ayuda en otro estado? Si respondió Sí, marque todas las opciones que apliquen	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> TEA
2.	¿Tiene o ha tenido una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) en Arkansas? Si respondió Sí, ¿tiene la tarjeta actualmente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Preferiría una entrevista en persona o una entrevista telefónica? Si seleccionó una entrevista telefónica, debe proporcionar un número telefónico activo. <i>Asegúrese de tener servicio telefónico o minutos disponibles.</i>	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Por teléfono
4.	Si no es inglés, ¿qué idioma hablan en casa? ¿Necesita un intérprete?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

Miembros del núcleo familiar: Enumere a todas las personas que vivan en su casa, incluido usted. Si es necesario, anexe una hoja con los miembros adicionales.

Número de Seguro Social	Nombre completo (Primero, Segundo y apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Esta persona compra y prepara comidas por separado?	¿Esta persona es ciudadana de los EE UU.?
				<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
				<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> NO

La legislación federal exige que cada estado brinde la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública. Responda las siguientes preguntas relacionadas con el registro de votantes:

• ¿Le gustaría registrarse para votar o cambiar su dirección de registro como votante? Sí No

Si seleccionó **Sí**, complete y firme la Solicitud de Registro como Votante anexa. Si seleccionó **No**, envíe su solicitud a la oficina local de DHS de su condado.

Con mi firma, autorizo al Departamento de Servicios Sociales (DHS) de Arkansas a obtener información de otras agencias estatales, instituciones financieras, empleadores, agencias federales y otras fuentes para verificar que mis declaraciones son correctas. Comprendo que, si hay diferencias entre lo que informo y la información provista por las fuentes mencionadas anteriormente, el DHS puede contactar a otras fuentes para verificar la información. Comprendo que esta información puede afectar la elegibilidad de los beneficios de mi núcleo familiar. **Comprendo que, si lo solicitan, debo cooperar con el Departamento de Protección al Menor como requisito de elegibilidad.** Certifico, bajo pena de perjurio, que la información que he suministrado conforme consta en este formulario, es correcta a mi leal saber y entender.

Firma:	Fecha:
Firma del testigo si el candidato firma con una "X":	

Algunos candidatos de SNAP tienen derecho a recibir los beneficios de SNAP en un lapso de siete días (servicio expedito). Las respuestas a las preguntas a continuación nos ayudarán a evaluar a su núcleo familiar para el servicio expedito de SNAP. Responda todas las preguntas para usted y los miembros de su núcleo familiar.

Servicio expedito de SNAP para todos los núcleos familiares:

1.	¿Cuál es el ingreso mensual total de su núcleo familiar antes de deducir los impuestos? <i>Las deducciones son montos extraídos para impuestos, seguro, etc. El total mensual debe incluir el dinero que usted y los demás miembros de su núcleo familiar reciben por su trabajo y el dinero que haya recibido en cheques o efectivo. Igualmente, debe incluir el dinero que usted y otros miembros de su núcleo familiar han recibido hasta ahora durante este mes y el dinero que recibirá antes del final del mes.</i>	\$
2.	¿Cuánto dinero en efectivo, cuentas corrientes, cuentas de ahorro, etc. tienen usted y los demás miembros de su núcleo familiar en este momento?	\$
3.	¿Cuántos son sus gastos mensuales en vivienda y servicios públicos? <i>Solo montos habituales. No incluya montos vencidos.</i>	\$

Servicio expedito de SNAP para familias con trabajadores migrantes o trabajadores agrícolas temporales:

1.	¿Alguien de su núcleo familiar es un trabajador migrante o trabajador agrícola temporal?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
2.	¿Los ingresos de su núcleo familiar se detuvieron recientemente?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
3.	¿Ud. o alguien de su núcleo familiar esperan algún ingreso de una nueva fuente este mes?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
	(A) Si respondió SÍ, ¿cuál será el monto del ingreso?	\$
	(B) ¿Cuándo espera recibir el ingreso?	FECHA:

Solo para uso del condado	Expedito: <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO
Examinador:	Fecha de evaluación: Fecha de LD :
Notas:	

Declaración de grupo étnico: DHS exige que solicitemos datos de raza y grupo étnico a las familias que solicitan o participan en SNAP. No es necesario que complete esta sección para recibir asistencia. Si se aprueba su solicitud, el nivel de sus beneficios no se verá afectado por su decisión de completar o no esta sección. DHS lo exhorta a contestar las preguntas a continuación. **¿Es usted hispano o latino? (Elija solo una)** SÍ NO

¿Cuál es su raza? (Elija una o más)

- Indígena estadounidense o nativo de Alaska Isleño del Pacífico o nativo de Hawái
 Negro o Asiático afroamericano Blanco Otro

Ingresos: Marque cada tipo de ingreso que Ud. y cualquiera que viva en su hogar reciben actualmente.

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Sueldos/Salario/Ganancias | <input type="checkbox"/> Subsidios de desempleo | <input type="checkbox"/> Subsidio de formación |
| <input type="checkbox"/> Ingresos del Seguro Social (SSA o SSI) | <input type="checkbox"/> Indemnización por accidente laboral/subsidio por enfermedad | <input type="checkbox"/> Ingresos por intereses |
| <input type="checkbox"/> Jubilación/Pensión/Añualidad | <input type="checkbox"/> Ingresos como trabajador autónomo | <input type="checkbox"/> Ingresos por Americorp VISTA/Programa Americorp |
| <input type="checkbox"/> Manutención/Pensión alimenticia | <input type="checkbox"/> Asignación militar | <input type="checkbox"/> Contribuciones en efectivo |
| <input type="checkbox"/> Beneficios de jubilación del ferrocarril o de veterano | <input type="checkbox"/> Ingresos por propiedad en alquiler | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

Recursos

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Cuenta corriente/ahorros | <input type="checkbox"/> Casa rodante/autocaravana (casa móvil) | <input type="checkbox"/> Acciones/Bonos/Fondos mutuos |
| <input type="checkbox"/> Fondo fiduciario | <input type="checkbox"/> Motocicleta o Vehículo todo terreno | <input type="checkbox"/> Vivienda móvil |
| <input type="checkbox"/> Certificado de depósito (CD) | <input type="checkbox"/> Carro de golf/ Go-kart/ Motoneta | <input type="checkbox"/> Parcela para sepultura/Plan prepagado |
| <input type="checkbox"/> Cuenta del club de navidad | <input type="checkbox"/> Auto/Camión/Furgoneta | <input type="checkbox"/> Bienes raíces (no su casa) |
| <input type="checkbox"/> IRA/ KEOGH/ 401K | <input type="checkbox"/> Botes/ Motores/Remolques | <input type="checkbox"/> Otro _____ |

¿Ud. o alguien en su hogar han vendido o cedido algún recurso en los últimos 3 meses? SÍ NO

¿Ha recibido regalos en efectivo, reconocimientos o premios de al menos \$3,500 o más en los últimos tres meses? SÍ NO

¿Ha ganado un total de \$3,500 o más en la lotería? SÍ NO

Gastos: Marque cualquier tipo de gasto que Ud. o alguien de su hogar tengan.

- | | | |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> Renta | <input type="checkbox"/> Seguro de hogar | <input type="checkbox"/> Niñera o cuidado diario |
| <input type="checkbox"/> Pago de hipoteca | <input type="checkbox"/> Servicios públicos | <input type="checkbox"/> Gastos médicos |
| <input type="checkbox"/> Impuesto sobre propiedad | <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Manutención infantil |

El incumplimiento de informe y verificación de cualquiera de los gastos enumerados anteriormente será tomado como declaración por parte de su familia de que no desea recibir una deducción por gastos no reportados.

Estudiantes: ¿Alguien en su hogar está actualmente inscrito en una universidad, escuela vocacional, escuela técnica o cualquier otro programa de formación posterior a la escuela secundaria? SÍ NO Si respondió SÍ, complete la sección a continuación.

1.	Nombre del estudiante	
2.	Escuela o programa de formación	
3.	Estado del registro	<input type="checkbox"/> Tiempo completo <input type="checkbox"/> Medio tiempo
4.	¿Participa en un programa de trabajo y estudios?	<input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO

Cooperación obligatoria con el Departamento de Protección al Menor: Si responde SÍ a las preguntas a continuación, debe proporcionar los nombres del padre y el(los) hijo(s). No proporcionar la información correcta será considerado fraude. Si tiene una razón justificada para no cooperar con el Departamento de Protección al Menor, debe informarlo a su trabajador de elegibilidad. Deberá suministrar evidencia para ayudar a determinar si tiene una razón justificada.

Padre con custodia	Padre sin custodia	
¿Alguien en su núcleo familiar posee una orden judicial para manutención infantil? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su núcleo familiar tiene un hijo menor viviendo fuera del hogar? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No	¿Alguien en su núcleo familiar debe realizar pagos de manutención infantil? <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> No

Representante autorizado: Si desea elegir a alguien que lo represente, complete la siguiente información. Si nombra un representante autorizado, esta persona podrá tomar su lugar en la entrevista y hablar con el trabajador de DHS del condado en su nombre.

Nombre				
Dirección postal (P.O. Box, Calle, Apt./Lote #)	Ciudad	Estado	Cod. Postal	Teléfono de habitación o celular

De acuerdo con la legislación federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (U.S. Department of Agriculture, USDA), el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, y las instituciones que participan o administran los programas de USDA tienen prohibida la discriminación por motivo de raza, color, origen nacional, sexo, credo, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividad de derechos civiles anteriores en cualquier programa o actividad conducida o financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que requieran medios de comunicación alternativos para información de programas (por ejemplo, Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben contactar a la agencia (estatal o local) en la cual solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades de habla pueden contactar al USDA a través del Servicio Federal de Transmisiones al (800) 877-8339. Adicionalmente, la información del programa está disponible en otros idiomas diferentes al inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación, llene el Formulario de Reclamo por Discriminación de un Programa del USDA (AD-3027), el cual consigue en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario lleno o su carta al USDA a:

(1) Correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax: (202) 690-7442; o

(3) Correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Proporcionar un Número de Seguro Social o información sobre ciudadanía o estado de inmigración es voluntario. Sin embargo, cualquiera que no lo haga o se rehúse a proporcionar esta información no será elegible para recibir los beneficios de SNAP o TEA. Otros miembros del grupo familiar que proporcionen esta información podrán participar en SNAP o TEA si la familia es considerada elegible.

Si tiene entre **18 años de edad o 49 años de edad** y recibe los beneficios de SNAP también debe cumplir con los Requisitos para Trabajar (Requirement To Work) o normativa RTW a menos de estar exento de RTW o el Registro de Trabajo. La normativa RTW solo se aplica a Adultos Capacitados sin Menores Dependientes (Able Bodied Adults without Dependents, ABAWD) que tengan entre **18 años de edad o 49 años de edad**. Si no cumple con los requisitos de trabajo de esta normativa, un ABAWD solo puede recibir los beneficios de SNAP por tres meses en un período de 3 años. Sin embargo, si cumple con los requisitos de trabajo, los beneficios pueden continuar. Su trabajador social puede proporcionarle más información.

Puede seguir recibiendo los beneficios de SNAP siempre y cuando sea elegible según las normas del programa. Esto es válido aún si alguien en su hogar recibe TEA o asistencia en efectivo Works Pays. Si alguien en su hogar recibe TEA o asistencia en efectivo Works Pays, su participación en SNAP no cuenta para su límite de tiempo para TEA/Works Pays.

Suministro de información: debe declarar el Número de Seguro Social de todos los que reciban los beneficios. Llevar a la entrevista artículos como su recibo de pago más reciente, cartas de concesión y estados de cuentas bancarias puede acelerar el proceso de solicitud. Durante la entrevista, el trabajador de DHS le informará si debe proporcionar cualquier información adicional.

Direcciones postales de las oficinas de DHS del condado

Condado	Dirección	Ciudad	C. P.	Condado	Dirección	Ciudad	C. P.	Condado	Dirección	Ciudad	C. P.
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Road	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave.	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71801	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St.	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murreesboro	71958
Benton	900 SE 13th Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72601	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	P.O. Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N. Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd.	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	1603 Edison Ave.	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 E. 2nd St.	Booneville	72927	Searcy	106 School St.	Marshall	72650
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison	Ft. Smith	72901
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Cross	803 E. Hwy 64	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yelville	72687	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	75229
Dallas	1202 W. 3rd St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W. 18th St.	El Dorado	71730
Faulkner	1000 E. Siebenmorgan	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	449 Ingram St.	Clinton	72031
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mt. Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Darville	72833

Doble a la mitad y pegue las puntas.

Utilice las direcciones anteriores para enviar su solicitud a su oficina local de DHS del condado

Dirección del remitente

**Coloque
su
estampilla
aquí**

Cada adulto miembro del núcleo familiar debe llenar el cuestionario de Evaluación de Drogas antes de que se determine su elegibilidad para TEA o Work Pays.

Estado de Arkansas

Departamento de

SERVICIOS LABORALES (ADWS)

TANF
HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE DROGAS

Nombre del participante (Letra de imprenta)

Caso Nro.

A partir del 1 de enero de 2016, de acuerdo con la Ley 1205 de 2015, todos los candidatos/beneficiarios adultos de TANF (mayores de 18) que sean elegibles para asistencia de TANF deben ser evaluados para determinar el uso de sustancias ilícitas. Si el candidato/beneficiario es sospechoso de uso de drogas ilícitas, tendrá que realizarse una prueba de drogas y, potencialmente, un tratamiento para el uso de sustancias. Si el candidato/beneficiario no cumple con alguno de estos requisitos, se le negará/cerrará el caso de TANF o será aprobado con un beneficiario protector existente.

Uso ilegal de una sustancia ilícita (droga ilícita) significa:

- El uso de una droga que está en contra de las leyes, o
- El uso de un medicamento recetado que sea una sustancia regulada no prescrita para usted.

Cada persona de 18 años de edad o más en el caso de su núcleo familiar debe responder las siguientes preguntas.

Fecha de devolución

FIRME Y COLOQUE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO

Comprendo los procedimientos de evaluación de drogas detallados en este formulario y contestaré cada pregunta a continuación de manera veraz.

Firma del candidato

Fecha

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

SÍ NO ¿Ha utilizado alguna droga ilícita en los últimos 30 días?

SÍ NO ¿Ha perdido o le han negado un trabajo en los últimos 30 días debido al uso actual de drogas ilícitas?

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USTED

Si no llena este formulario y lo devuelve a DHS para la fecha de devolución expuesta anteriormente, su solicitud será negada. Si usted es beneficiario, su caso será cerrado. Le enviaremos una notificación por separado si tomamos esta acción.

- Mientras reciben asistencia en efectivo, los adultos miembros de su núcleo familiar pueden tener que someterse a una prueba de drogas si existe causa razonable para pensar que utilizan drogas ilícitas.
- Si da positivo para el uso de drogas ilícitas, debe cooperar con los requisitos para la prueba de drogas y su Plan de Acción o su caso será negado/cerrado o procesado con un beneficiario protector existente.

ADWS y DHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades | Conforme a los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973 y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo en función de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidades. El Departamento debe realizar las adaptaciones razonables para permitir que una persona con discapacidades pueda tomar parte en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el Departamento debe proporcionar intérpretes del lenguaje de señas para las personas sordas, un espacio accesible para las sillas de ruedas o materiales con letras agrandadas. También significa que el Departamento asumirá cualquier otra medida razonable que le permita formar parte y comprender un programa o actividad, incluidos cambios razonables a la actividad. Si usted piensa que no podrá comprender o tomar parte en un programa o actividad debido a su discapacidad, infórmenos de sus necesidades con antelación si es posible. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para más información acerca de esta política, contacte al gerente de su oficina local.

Cada adulto miembro del núcleo familiar debe llenar el cuestionario de Evaluación de Drogas antes de que se determine su elegibilidad para TEA o Work Pays.

Estado de Arkansas

Departamento de

SERVICIOS LABORALES (ADWS)

TANF
HERRAMIENTA DE EVALUACIÓN DE DROGAS

Nombre del participante (Letra de imprenta)

Caso Nro.

A partir del 1 de enero de 2016, de acuerdo con la Ley 1205 de 2015, todos los candidatos/beneficiarios adultos de TANF (mayores de 18) que sean elegibles para asistencia de TANF deben ser evaluados para determinar el uso de sustancias ilícitas. Si el candidato/beneficiario es sospechoso de uso de drogas ilícitas, tendrá que realizarse una prueba de drogas y, potencialmente, un tratamiento para el uso de sustancias. Si el candidato/beneficiario no cumple con alguno de estos requisitos, se le negará/cerrará el caso de TANF o será aprobado con un beneficiario protector existente.

Uso ilegal de una sustancia ilícita (droga ilícita) significa:

- El uso de una droga que está en contra de las leyes, o
- El uso de un medicamento recetado que sea una sustancia regulada no prescrita para usted.

Cada persona de 18 años de edad o más en el caso de su núcleo familiar debe responder las siguientes preguntas.

Fecha de devolución

FIRME Y COLOQUE LA FECHA EN ESTE FORMULARIO

Comprendo los procedimientos de evaluación de drogas detallados en este formulario y contestaré cada pregunta a continuación de manera veraz.

Firma del candidato

Fecha

RESPONDA CADA UNA DE LAS SIGUIENTES PREGUNTAS

SÍ NO ¿Ha utilizado cualquier droga ilícita en los últimos 30 días?

SÍ NO ¿Ha perdido o le han negado un trabajo en los últimos 30 días debido al uso actual de drogas ilícitas?

INFORMACIÓN IMPORTANTE PARA USTED

Si no llena este formulario y lo devuelve a DHS para la fecha de devolución expuesta anteriormente, su solicitud será negada. Si usted es beneficiario, su caso será cerrado. *Le enviaremos una notificación por separado si tomamos esta acción.*

- Mientras reciben asistencia en efectivo, los adultos miembros de su núcleo familiar pueden tener que someterse a una prueba de drogas si existe causa razonable para pensar que utilizan drogas ilícitas.
- Si da positivo para el uso de drogas ilícitas, debe cooperar con los requisitos para la prueba de drogas y su Plan de Acción o su caso será negado/cerrado o procesado con un beneficiario protector existente.

ADWS y DHS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades | Conforme a los Títulos VI y VII de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Título VI) y la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) de 1990, Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y la Ley de Discriminación por Edad de 1975, el Departamento prohíbe la discriminación en admisiones, programas, servicios, actividades o empleo en función de raza, color, religión, sexo, origen nacional, edad y discapacidades. El Departamento debe realizar las adaptaciones razonables para permitir que una persona con discapacidades pueda tomar parte en un programa, servicio o actividad. Por ejemplo, esto significa que, si es necesario, el Departamento debe proporcionar intérpretes del lenguaje de señas para las personas sordas, un espacio accesible para las sillas de ruedas o materiales con letras agrandadas. También significa que el Departamento asumirá cualquier otra medida razonable que le permita formar parte y comprender un programa o actividad, incluidos cambios razonables a la actividad. Si usted piensa que no podrá comprender o tomar parte en un programa o actividad debido a su discapacidad, infórmenos de sus necesidades con antelación si es posible. Para solicitar este documento en un formato alternativo o para más información acerca de esta política, contacte al gerente de su oficina local.

SOLICITUD DE REGISTRO COMO VOTANTE DE ARKANSAS

Marque todas las que apliquen: <input type="checkbox"/> Este es un registro nuevo. <input type="checkbox"/> Este es un cambio de nombre. <input type="checkbox"/> Este es un cambio de dirección. <input type="checkbox"/> Este es un cambio de partido.		Solo para uso de la oficina					
ID asignada							
1	Sr. Sra. Srta.	Apellido	Jr.	Sr.	Primer nombre	Segundo nombre	
2	Dirección donde vive (Ver Sección "C" abajo) (Las direcciones rurales deben dibujar un mapa.)		Apto o Lote	Ciudad/Pueblo		Condado	
3	Dirección donde recibe el correo si es diferente a la anterior		Apto o Lote	Ciudad/Pueblo		Condado	
4	Fecha de Nacimiento / / Mes Día Año		5	Números telefónicos de habitación y trabajo (Opcional) (H) (T)		6	
7	Dirección de correo electrónico (Opcional)					8	
						¿Ha votado en elecciones federales en este estado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
Firma del elector – Firme el nombre completo o ponga una marca.							
9	Número de ID – Marque el cuadro que aplica y coloque el número apropiado. <input type="checkbox"/> Nro. de licencia de conducir de Arkansas _____ <input type="checkbox"/> Si no tiene una licencia de conducir, coloque los últimos 4 dígitos de su número de seguro social _____ <input type="checkbox"/> No tengo licencia de conducir ni número de seguro social.						
10	(A) ¿Es Ud. ciudadano de los Estados Unidos de América y residente de Arkansas? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (B) ¿Tendrá dieciocho (18) años de edad el día o antes del día de las elecciones? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (C) ¿Un tribunal con jurisdicción competente lo declaró mentalmente incompetente en la actualidad? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No (D) ¿Ha sido condenado de un crimen sin que su sentencia haya sido desechada o indultada? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si marcó No como respuesta a las preguntas A o B, no llene este formulario. Si marcó Sí como respuesta a las preguntas C o D, no llene este formulario.						
11	La información que he suministrado es veraz a mi leal saber y entender. No reclamo el derecho a votar en otro condado o estado. Si he suministrado información falsa, puedo ser sujeto de una multa de hasta \$10,000 y/o encarcelación por hasta 10 años bajo las leyes del estado y federales. Fecha: / / Mes Día Año Si el candidato no puede firmar su nombre, coloque el nombre, dirección y número telefónico de la persona que le brinda asistencia: Nombre _____ Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Teléfono#: _____						

Complete la sección a continuación si: REGISTRADORES DE CORREO: VER SECCIÓN D.

- Estaba registrado previamente en otro condado o estado, o
- Desea cambiar el nombre o dirección en su registro actual.

Código de la agencia (solo para uso oficial)
PA 04

Fecha de nacimiento / /
Mes Día Año

A	Sr. Sra. Srta.	Apellido anterior	Jr.	Sr.	Primer nombre	Segundo nombre
B	Número de casa y nombre de la calle anterior		Apto o Lote	Ciudad/Pueblo		Condado

Si vive en una zona rural pero no tiene número de casa o de calle, o si no tiene dirección, muestre dónde vive en el mapa.

C

- Escriba los nombres de las intersecciones (o calles) más cercanas a donde vive.
- Dibuje una "X" para mostrar dónde vive.
- Use un punto para mostrar escuelas, iglesias, tiendas u otros puntos de referencia cerca de donde vive y escriba el nombre de la referencia.

Ejemplo

• Tienda de víveres

Woodchuck Road

• Escuela pública

Route #2

X

NORTE ↑

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN

IMPORTANTE: Se les exigirá a los candidatos verificar su registro cuando voten en persona o por voto por correo, proporcionando un documento requerido o tarjeta de identificación según lo dispone la Constitución de Arkansas, Enmienda 51, Sección 13. Si envía su formulario de solicitud de registro como votante por correo y se registra por primera vez y no posee un número de licencia de conducir válido de Arkansas o número de Seguro Social, para evitar los requisitos adicionales de identificación al votar por primera vez, debe entregar con el formulario de registro: (a) una identificación con foto válida y actual, o (b) una copia de una factura de servicios públicos, estado de cuenta, cheque del gobierno, recibo de pago u otro documento gubernamental actual que muestre su nombre y dirección.

ATTN: Voter Registration
Arkansas Secretary of State
P.O. BOX
8111
Little Rock, Arkansas 72203-8111

Franchise
de
Primera
Clase
Obligatorio

De:

Información de fecha límite

Para ser elegible para votar en las siguientes elecciones, debe solicitar registrarse como votante 30 días antes de la elección. Si envía este formulario por correo, debe tener matasellos para esa fecha. También puede entregárselo a un representante de una agencia de registro de votantes para esa fecha. Si deja pasar la fecha límite no estará registrado a tiempo para votar en esa elección. *No se retrase. Asegúrese de que su voto cuente.*

Si califica y la información en su formulario está completa, su Secretario de Condado local le notificará su distrito electoral de votación.

Para enviar por correo

Doble el formulario en la perforación del medio, quite la banda de plástico, cierre por la parte inferior, selle y envíe por correo.

¿Preguntas?

Llame a Secretario de Condado local

O al

Secretario de Estado de Arkansas

Mark Martin

División de Elecciones – Servicios al Votante 1-800-482-1127

Contacte a su Secretario de Condado si no ha recibido confirmación de esta solicitud en un lapso de dos semanas.

INFORMACIÓN DE REGISTRO COMO VOTANTE EN ARKANSAS

La Sección 7 de la Ley Nacional de Registro de Votantes (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993 exige que cada estado le brinde la oportunidad de registrarse para votar con cada solicitud de asistencia pública y cada recertificación, renovación y cambio de dirección. Este paquete de Registro como Votante es una oportunidad para que se registre para votar o cambie su dirección de registro como votante. Solicitar registrarse o negarse a registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le proporcionará esta agencia.

Si le gustaría que lo ayudaran a llenar el formulario de solicitud de registro como votante, le brindaremos ayuda. La decisión de buscar o aceptar la ayuda es suya. Debe completar la solicitud de registro como votante en privado.

Ninguna información relacionada con la negación a registrarse para votar con relación a una solicitud podrá ser utilizada para cualquier fin que no sea el registro como votante.

Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a: 1) registrarse para votar, 2) negarse a registrarse para votar, 3) confidencialidad para decidir si se registra o solicita registrarse para votar o 4) elegir su propio partido u otra preferencia política,

Puede presentar un reclamo a:

Secretary of State
Room 256 State Capitol
Little Rock, Arkansas 72201
1-800-482-1127

Instrucciones de envío por correo para el registro de votantes

Tiene dos opciones para enviar su formulario de Registro como Votante.

1. Puede entregar el formulario de registro en persona o enviarlo junto con su solicitud para SNAP o Medicaid a la oficina local de DHS de su condado. Puede encontrar la dirección de la oficina de su condado en la última página de este paquete. Algunas solicitudes (DCO-151 y DCO-152) deben ser enviadas a la oficina de DHS del Condado de Jefferson. Si utiliza uno de estos formularios, puede enviar el formulario de Registro como Votante por correo con su solicitud a esa oficina. Una vez que cualquier oficina del condado la reciba, esa oficina le enviará el formulario por correo al Secretario de Estado por usted.
2. También puede enviar el formulario de Registro como Votante por correo directamente a la Oficina del Secretario de Estado. Para enviar el formulario directamente a la oficina del Secretario de Estado, separe el formulario de su solicitud/renovación, doble el formulario a lo largo de la perforación en el medio, cierre por la parte inferior con cinta adhesiva o grapa, y envíelo a la dirección en el formulario. Se requiere una estampilla o un sobre estampillado para su envío.

Direcciones postales de las oficinas de DHS del condado

Condado	Dirección	Ciudad	C. P.	Condado	Dirección	Ciudad	C. P.	Condado	Dirección	Ciudad	C. P.
Arkansas	100 Court Square	DeWitt	72042	Grant	PO Box 158	Sheridan	72150	Ouachita	PO Box 718	Camden	71711
Arkansas	PO Box 1008	Stuttgart	72160	Greene	809 Goldsmith Rd	Paragould	72450	Perry	213 Houston Ave	Perryville	72126
Ashley	PO Box 190	Hamburg	71646	Hempstead	116 N. Laurel	Hope	71802	Phillips	PO Box 277	Helena	72342
Baxter	PO Box 408	Mt. Home	72654	Hot Spring	2505 Pine Bluff St	Malvern	72104	Pike	PO Box 200	Murfreesboro	71958
Benton	900 SE 13 th Court	Bentonville	72712	Howard	PO Box 1740	Nashville	71852	Poinsett	PO Box 526	Harrisburg	72432
Boone	PO Box 1096	Harrison	72602	Independence	100 Weaver Ave	Batesville	72501	Polk	PO Box 1808	Mena	71953
Bradley	PO Box 509	Warren	71671	Izard	PO Box 65	Melbourne	72556	Pope	701 N Denver	Russellville	72801
Calhoun	PO Box 1068	Hampton	71744	Jackson	PO Box 610	Newport	72112	Prairie	PO Box 356	DeValls Bluff	72041
Carroll	PO Box 425	Berryville	72616	Jefferson	PO Box 5670	Pine Bluff	71611	Pulaski East	PO Box 8083	Little Rock	72203
Chicot	PO Box 71	Lake Village	71653	Johnson	PO Box 1636	Clarksville	72830	Pulaski Jax.	PO Box 626	Jacksonville	72078
Clark	PO Box 969	Arkadelphia	71923	Lafayette	2612 Spruce St.	Lewisville	71845	Pulaski No.	PO Box 5791	N. Little Rock	72119
Clay	PO Box 366	Piggott	72454	Lawrence	PO Box 69	Walnut Ridge	72476	Pulaski So.	PO Box 2620	Little Rock	72203
Cleburne	PO Box 1140	Heber Springs.	72543	Lee	PO Box 309	Marianna	72360	Pulaski Sw.	PO Box 8916	Little Rock	72219
Cleveland	PO Box 465	Rison	71665	Lincoln	101 W. Wiley St.	Star City	71667	Randolph	1408 Pace Rd	Pocahontas	72455
Columbia	PO Box 1109	Magnolia	71754	Little River	90 Waddell St.	Ashdown	71822	Saline	PO Box 608	Benton	72018
Conway	PO Box 228	Morrilton	72110	Logan-1	#17 W. McKeen	Paris	72855	Scott	PO Box 840	Waldron	72958
Craighead	PO Box 16840	Jonesboro	72403	Logan-2	398 East 2 nd St.	Booneville	72927	Searcy	106 School St	Marshall	72650
Crawford	704 Cloverleaf Circle	Van Buren	72956	Lonoke	PO Box 260	Lonoke	72086	Sebastian	616 Garrison Ave	Ft. Smith	72901
Crittenden	401 S. College Blvd	W. Memphis	72301	Madison	PO Box 128	Huntsville	72740	Sevier	PO Box 670	DeQueen	71832
Cross	803 Hwy 64E	Wynne	72396	Marion	PO Box 447	Yellville	72687	Sharp	1467 Hwy 62/412 Ste. B	Cherokee Village	72529
Dallas	1202 W. 3 rd St.	Fordyce	71742	Miller	3809 Airport Plaza	Texarkana	71854	St Francis	PO Box 899	Forrest City	72336
Desha	PO Box 1009	McGehee	71654	Mississippi 1	1104 Byrum Rd.	Blytheville	72315	Stone	1821 E Main	Mountain View	72560
Drew	PO Box 1350	Monticello	71657	Mississippi 2	437 S Country Club	Osceola	72370	Union	123 W 18 th St.	El Dorado	71730
Faulkner	1000 East Siebenmorgan Road	Conway	72032	Monroe-1	PO Box 354	Clarendon	72029	Van Buren	449 Ingram Street	Clinton	72031
Franklin	800 W Commercial	Ozark	72949	Monroe-2	301½ N New Orleans	Brinkley	72021	Washington	4044 Frontage	Fayetteville	72703
Fulton	PO Box 650	Salem	72576	Montgomery	PO Box 445	Mount Ida	71957	White	608 Rodgers Drive	Searcy	72143
Garland	115 Stover Lane	Hot Springs	71913	Nevada	PO Box 292	Prescott	71857	Woodruff	PO Box 493	Augusta	72006
				Newton	PO Box 452	Jasper	72641	Yell	PO Box 277	Danville	72833

***Si vive en el condado de Pulaski verifique el listado de códigos postales a continuación para garantizar que envíe o devuelva su solicitud a la oficina apropiada de DHS del condado.**

Pulaski Este: 72016, 72053, 72126, 72135, 72201, 72202, 72203, 72205, 72207, 72212, 72223, 72227

Pulaski Norte: 72046 (England), 72113, 72114, 72115, 72117, 72118, 72119, 72142 (Scott), 72190, 72231

Pulaski Jacksonville: 72023 (Cabot), 72076, 72078, 72099, 72106, 72116, 72120, 72124

Pulaski Sur: 72204, 72206 (Shared with Southwest)

Pulaski Suroeste: 72002, 72065, 72103, 72208, 72209, 72210, 72211, 72164, 72180, 72183, 72206 (Compartida con el Sur)