DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE RHODE ISLAND (DHS)

Programa de Ayuda para Cuidado de Niños (CCAP)

Solicitud de Ayuda para Cuidado de Niños

Este sobre indica que debe enviarnos comprobantes para la pregunta que esté respondiendo. Lea el recuadro a la par del sobre para saber lo que debe enviar.

Si necesita ayuda para completar este formulario, por favor llame al 401-462·5300. Al llenar esta solicitud, usted puede utilizar la "Hoja de" secciones ubicadas en la página 12 para espacio adicional.

1.

NOMBRE DEL SOLICITANTE (jefe de familia) Apellido 1er. nombre Inicial del 2do. nombre	Número de Seguro Social
Nº TELEFÓNICO AL QUE SE LE PUEDA LLAMAR ENTRE 8:30 AM Y 4:00 PM	☐Casado(a) ☐Divorciado(a) ☐Viudo(a) ☐Separado(a) ☐Soltero(a)
DIRECCIÓN Número Calle	Ciudad/Pueblo Estado Código Postal
DIRECCIÓN POSTAL (si es distinta)	

Por favor incluya comprobante de domicilio como, por ejemplo, un recibo de alquiler, de alquiler con opción de compra, de servicio público, de pago de hipoteca u otros comprobantes de gastos de alojamiento.

2. ¿Usted u otro adulto de su casa habla inglés? ☐Sí ☐No

Si no es así, ¿qué idioma(s) usan en su casa? _____

3. ¿Se mudó a Rhode Island en los últimos tres (3) meses? ☐Sí ☐No

Si es así, en qué fecha: _____ ¿De dónde? _____

DHS le programará una cita con un intérprete o miembro de su personal bilingüe para que le ayude a entender avisos, cartas u otros documentos del DHS escritos en inglés. Si tiene problemas para obtener servicios de intérprete o personal bilingüe en una oficina de DHS, por favor póngase en contacto con el Coordinador de Inglés limitada habilidad en (401) 462-2130 (para marcar sordas / audiencia 711).

SÓLO PARA USO OFICIAL

Date Received

4. MIEMBROS DE SU CASA:

Incluya a cada persona que vive actualmente con usted, ya sea que esté solicitando servicios de cuidado de niños para esa persona o no.

NOMBRE	PARENTESCO	SEXO	FECHA DE NACIMIENTO	Nº DE SEGURO SOCIAL (si tiene)	¿ESTÁ SOLICITANDO CUIDADO DE NIÑOS?	¿EL NIÑO ESTÁ EN PREESCOLAR?	CIUDADANÍA	RAZA (vea bajo opcional)	¿Su origen étnico es latino/hispano? (opcional)
Apellido 1er. nombre Inicial 2do. Nombre	Usted/Jefe de Familia	☐ Femenino ☐ Masculino					Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No
		☐ Femenino ☐ Masculino			☐ Sí ------> ☐ No	☐ Sí ☐ No	Estadounidense ☐ Sí ☐ No	☐ B ☐ N ☐ A ☐ N ☐ I	☐ Sí ☐ No

Por favor, aporte copias de certificados de nacimiento o comprobante del INS de estatus de inmigración de todos los menores para quienes esté solicitando ayuda para cuidado de niños. Si alguno de ellos no tiene número de seguro social, deberá solicitarle uno en las oficinas del Seguro Social y proporcionarnos confirmación de esa solicitud. Si ya nos la confirmó porque es beneficiario del Programa de Independencia Familiar (FIP), Food Stamps o Medical Assistance a través de DHS, no necesita proporcionárnosla nuevamente.

***Raza**

Por favor, marque una o más de las casillas anteriores por persona.

B = Blanco
B = Negro o afroamericano
A =Asiático
N = Nativo de Hawai o de otra isla del Pacífico
I = Indígena americano o nativo de Alaska

5. ESTATUS DE INMIGRACIÓN:

Por favor, escriba el nombre y estatus de inmigración de cada menor de edad para quien solicite la ayuda para cuidado de niños, que no sea estadounidense.

Apellido	1er. nombre	Inicial del 2do. nombre	ESTATUS DE INMIGRACIÓN

ESTATUS DE INMIGRACIÓN

1. Residente legal permanente
2. Admitido como refugiado
3. Asilado
4. Con deportación suspendida
5. Con entrada condicionada
6. Con permanencia en Estados Unidos por un mínimo de un año bajo palabra
7. Inmigrante cubano/haitiano
8. Indocumentado

Si el estatus de inmigración del menor corresponde a cualquier número del 1 al 7 (arriba), debe presentarnos comprobante de su estatus de inmigración.

6. PADRE(S) AUSENTE(S): ¿Hay niños en la casa que no vivan con ambos padres biológicos o adoptivos?

☐ Sí ☐ No

Incluya como padre ausente al esposo o ex esposo, para niños nacidos dentro del matrimonio o en los 10 meses posteriores a la sentencia de divorcio de ese esposo. Si la orden judicial de sentencia de divorcio excluye a su esposo o ex esposo como padre de cualquier menor de edad mencionado en la solicitud, usted deberá proporcionar el nombre del padre biológico y adjuntar copias de la sentencia de divorcio u orden judicial a esta solicitud. Si hay más de un padre ausente o si usted tuvo más de tres hijos con este padre ausente, por favor copie el cuadro de abajo y preséntelo en una hoja aparte, junto con la información de cualquier otro padre ausente.

Apellido, 1er. nombre e inicial del 2do. nombre del padre ausente	Sexo ☐ M ☐ F	Nº de Seguro Social del padre ausente _____/_____/_____	Fecha de nacimiento del padre ausente _____/_____/_____
Dirección actual o la más reciente que conozca del padre ausente			Número telefónico del padre ausente
¿Este padre falleció? ☐ Sí ☐ No Si es así, anote la fecha de fallecimiento _____/_____/_____	Nombre y dirección del empleador (patrono)		¿Este padre ausente está discapacitado y/o es veterano? ☐ Sí ☐ No
¿Los padres de estos niños estaban casados entre sí? ¿Los padres de estos niños están actualmente casados entre sí?	☐ Sí ☐ No ☐ Sí ☐ No	Si es así, anote la fecha de matrimonio __/__/__ Si no es así, anote la fecha de divorcio __/__/__	

Hijos del padre ausente que vivan con usted: Apellido 1er. nombre Inicial del 2do. nombre	El Estado donde nació	¿Hay orden judicial de manutención de menores, seguro médico o paternidad? (si es así, indique la fecha de la orden judicial)			
1.		☐ Sí ☐ No	Manutención Seguro Médico Paternidad	1 1 1	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____
2.		☐ Sí ☐ No	Manutención Seguro Médico Paternidad	1 1 1	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____
3.		☐ Sí ☐ No	Manutención Seguro Médico Paternidad	1 1 1	Fecha _____ Fecha _____ Fecha _____

¿Tiene motivos para temer que el padre ausente le haga daño a usted o a su(s) niño(s)? ☐ Sí ☐ No

Actualmente, ¿le gustaría que su trabajador social remita su caso a un intercesor de víctimas de violencia intrafamiliar? ☐ Sí ☐ No

¿Alguna vez ha presentado una denuncia ante la policía sobre algún incidente con este padre ausente o solicitado una orden de restricción? ☐ Sí ☐ No

Si es así, entregue copia de la orden de restricción a su trabajador social o llame al 415-8200 y solicite un trabajador social de cuidado de niños. Si respondió "sí" a alguna de estas preguntas, complete el AP-35-CCAP incluido entre las páginas de presentación de este paquete y envíenoslo junto con esta solicitud.

7. INGRESOS POR CONCEPTO DE TRABAJO:

¿Usted u otro miembro de su casa tiene o espera recibir ingresos por concepto de trabajo este mes?

☐ Sí ☐ No

Si obtiene ingresos por empresa propia, por favor díganoslo en la pregunta 8.

Si es así, complete las siguientes casillas. Use otra hoja si tiene un empleo adicional o para el empleo del otro padre.

Apellido, 1er. nombre e inicial del 2do. nombre	FRECUENCIA DE PAGO ☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ dos veces por mes ☐ otra: _____	DÍA DE PAGO: (encierre en un círculo) NO ES UN DÍA FIJO D L K M J V S
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (PATRONO):	TELÉFONO DEL EMPLEADOR: FECHA DE CONTRATACIÓN/RECONTRATACIÓN:	NOMBRE DEL PUESTO:

COMPLETE ESTA INFORMACIÓN BASÁNDOSE EN SUS COMPROBANTES DE PAGO DE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:

COMPROBANTE DE PAGO Nº	FECHA DE PAGO	HORAS REGULARES	HORAS EXTRA	SALARIO BRUTO ANTES DE IMPUESTOS	PROPINAS/ COMISIONES	OTROS
1				$	$	$
2				$	$	$
3				$	$	$
4				$	$	$

Por favor, incluya copias de los comprobantes de pago de las últimas cuatro (4) semanas y una constancia de su empleador de las horas y días de trabajo. Si es un empleo nuevo o ha vuelto a su empleo después de ausentarse por tres (3) o más semanas y no tiene cuatro (4) comprobantes de pago, deberá aportar una carta de su empleador que indique la fecha de su primer día de trabajo, su salario por hora o semana, sus horas o días de trabajo, y el total de horas de trabajo por semana (ejemplo: "Trabaja de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., de lunes a viernes").

	Horas de Trabajo	
Horario de trabajo	Hora de entrada	Hora de salida
Domingo		
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Marque las afirmaciones sobre su trabajo que sean ciertas

- ☐ Si es empleo nuevo, indique fecha de inicio _____/_____/_____
- ☐ Dejaré de recibir estos ingresos en la fecha _____/_____/_____
- ☐ Trabajo los mismos días cada semana.
- ☐ Generalmente trabajo el mismo número de horas por semana.
- ☐ Mis días de trabajo varían por semana / mes (encierre uno en un círculo)
- ☐ Mi turno de trabajo varía por semana / mes / otro _____ (encierre uno en un círculo)
- ☐ Trabajo horas extra: a veces / siempre que me lo piden / otro _____ (encierre uno en un círculo)
- ☐ Dependo del transporte público para ir al trabajo.
- ☐ Este trabajo es estacional y mis horas disminuirán a menos de 20 por semana.
- ☐ Trabajo durante el año escolar y no en el verano.
- ☐ Estoy volviendo a mi empleo después de ausentarme por tres (3) o más semanas y la fecha de regreso es _____/_____/_____

Si su cónyuge u otro padre de familia en la casa también tiene empleo, o si usted tiene un empleo adicional, use esta página para información sobre ese otro empleo.

Apellido, 1er. nombre e inicial del 2do. nombre	FRECUENCIA DE PAGO ☐ semanal ☐ cada dos semanas ☐ dos veces por mes ☐ otra: _____	DÍA DE PAGO: (encierre en un círculo) NO ES UN DÍA FIJO D L K M J V S
NOMBRE Y DIRECCIÓN DEL EMPLEADOR (PATRONO):	TELÉFONO DEL EMPLEADOR: FECHA DE CONTRATACIÓN/RECONTRATACIÓN:	NOMBRE DEL PUESTO:

COMPLETE ESTA INFORMACIÓN BASÁNDOSE EN SUS COMPROBANTES DE PAGO DE LAS ÚLTIMAS CUATRO SEMANAS:

COMPROBANTE DE PAGO Nº	FECHA DE PAGO	HORAS REGULARES	HORAS EXTRA	SALARIO BRUTO ANTES DE IMPUESTOS	PROPINAS/ COMISIONES	OTROS
1				$	$	$
2				$	$	$
3				$	$	$
4				$	$	$

Por favor, incluya copias de los comprobantes de pago de las últimas cuatro (4) semanas y una constancia de su empleador de las horas y días de trabajo. Si es un empleo nuevo o ha vuelto a su empleo después de ausentarse por tres (3) o más semanas y no tiene cuatro (4) comprobantes de pago, deberá aportar una carta de su empleador que indique la fecha de su primer día de trabajo, su salario por hora o semana, sus horas o días de trabajo, y el total de horas de trabajo por semana (ejemplo: "Trabaja de 9:00 a.m. a 3:00 p.m., de lunes a viernes").

	Horas de Trabajo	
Horario de trabajo	Hora de entrada	Hora de salida
Domingo		
Lunes		
Martes		
Miércoles		
Jueves		
Viernes		
Sábado		

Marque las afirmaciones sobre su trabajo que sean ciertas

- ☐ Si es empleo nuevo, indique fecha de inicio _____/_____/_____
- ☐ Dejaré de recibir estos ingresos en la fecha _____/_____/_____
- ☐ Trabajo los mismos días cada semana.
- ☐ Generalmente trabajo el mismo número de horas por semana.
- ☐ Mis días de trabajo varían por semana / mes (encierre uno en un círculo)
- ☐ Mi turno de trabajo varía por semana / mes / otro _____ (encierre uno en un círculo)
- ☐ Trabajo horas extra: a veces / siempre que me lo piden / otro _____ (encierre uno en un círculo)
- ☐ Dependo del transporte público para ir al trabajo.
- ☐ Este trabajo es estacional y mis horas disminuirán a menos de 20 por semana.
- ☐ Trabajo durante el año escolar y no en el verano.
- ☐ Estoy volviendo a mi empleo después de ausentarme por tres (3) o más semanas y la fecha de regreso es _____/_____/_____

8. INGRESOS DE EMPRESA PROPIA: ¿Usted o alguien de su casa recibe ingresos de empresa propia o trabajando por cuenta propia? ☐Sí ☐No

Por favor, indíquenos en la pregunta 9 si recibe ingresos por cuidado de niños.

Tipo de ingresos	Ingresos brutos	Cada cuándo	Gastos	¿Continuará recibiendo estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
TRABAJO POR CUENTA PROPIA Tipo de trabajo _____	$		$	☐Sí ☐No ☐No sé	

Por favor, complete la siguiente información sobre cuántos días y horas trabaja en la empresa propia.

Día	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida
Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						

Por favor, indique todos sus ingresos y gastos empresariales:

Tipo de ingresos	Monto del ingreso	Cada cuándo*	Tipo de gasto	Monto del gasto	Cada cuándo*
1.			$		
2.			$		
3.			$		
4.			$		
5.			$		
6.			$		
7.			$		

*Cada cuándo: una vez por semana, dos veces por semana, dos veces por mes, una vez por mes, una vez cada tres meses, etc.

- Debe presentar comprobantes, tales como facturas, de todos los gastos.
- Los gastos empresariales permisibles son aquellos esenciales para producir o proporcionar mercadería y servicios.
- Los gastos pueden incluir mano de obra, materiales, suministros, impuestos, gastos de operación, gastos de viaje, intereses sobre préstamos para la compra de equipo y otros bienes que generen ingresos.
- Cuando un negocio se maneja desde la casa, ningún gasto de operación se considera como gasto empresarial.
- No se consideran gastos empresariales los rubros de depreciación, gastos de representación y gastos empresariales personales, transporte personal, impuestos sobre la renta personales o planes de jubilación, donaciones, compra de bienes de capital y pagos del principal de préstamos para bienes de capital o mercadería imperecedera.

Por cada tipo de ingreso indicado anteriormente, incluya comprobante de los ingresos brutos devengados y gastos relacionados, si los hay. Si su empresa está incorporada, debe indicarse en la documentación. También necesitaremos una copia de sus más recientes formularios de Declaración del Impuesto sobre la Renta Federal que incluya Estado de Ganancias y Pérdidas, o Estado de Ganancias y Pérdidas elaborado por su contador que corresponda a los últimos tres (3) meses si sus formularios de Declaración del Impuesto sobre la Renta Federal más recientes se hicieron hace más de tres (3) meses.

9. INGRESO POR CUIDADO DE NIÑOS: ¿Usted o alguien de su casa recibe ingresos por cuidar a niños?

☐Sí ☐No

Si trabaja por cuenta propia proporcionando servicios de cuidado de niños, no se le autorizará ningún pago para el cuidado de su(s) hijo(s) durante las horas en que usted trabaje cuidando a otros niños.

Tipo de ingresos	Ingresos brutos	Cada cuándo	Gastos	¿Continuará recibiendo estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
TRABAJO POR CUENTA PROPIA Tipo de trabajo _____	$		$	☐Sí ☐No ☐No sé	

Por favor, complete la siguiente información sobre cuántos días y horas trabaja cuidando a niños.

Día	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida	Hora de entrada	Hora de salida
Domingo						
Lunes						
Martes						
Miércoles						
Jueves						
Viernes						
Sábado						

Por favor, indique todos sus gastos empresariales:

Tipo de gasto	Monto del gasto	Cada cuándo*
1.	$	
2.	$	
3.	$	
4.	$	
5.	$	
6.	$	
7.	$	

*Cada cuándo: una vez por semana, dos veces por semana, dos veces por mes, una vez por mes, una vez cada tres meses, etc.

- Debe presentar comprobantes, tales como facturas, de todos los gastos.
- Los gastos empresariales permisibles incluyen productos para el hogar, deterioro y desgaste de mobiliario doméstico, mayor gasto en servicios públicos, equipo especial suministrado por el proveedor para uso específico de parte de los niños bajo su cuidado, etc.
- Los gastos pueden incluir mano de obra, materiales, suministros, impuestos, gastos de operación, gastos de viaje, intereses sobre préstamos para la compra de equipo y otros bienes que generen ingresos.
- Cuando un negocio se maneja desde la casa, ningún gasto de operación se considera como gasto empresarial.
- Se permite una deducción estándar de $32 semanales por niño como gasto empresarial de cuidado de niños deducible. Los proveedores pueden deducir este monto semanal por cada niño inscrito, con pagos por servicios de cuidado de niños comprobados. No se necesitan recibos u otros comprobantes cuando se aplica la deducción estándar. Los proveedores no pueden aplicar una deducción por sus propios niños.
- Se tomarán en cuenta los gastos permisibles actuales de aquellos proveedores que presenten comprobantes de gastos superiores a la deducción estándar de $32 semanales por niño. Los proveedores que prefieran desglosar sus gastos actuales deberán proporcionar un desglose de gastos permisibles correspondiente al mes más reciente de cuidado de niños y presentar facturas de cada gasto permisible indicado en el desglose.

Incluya comprobantes de ingresos brutos devengados y de gastos relacionados, si los hay, por cada tipo de ingresos indicado anteriormente.

10. INGRESOS NO GENERADOS POR TRABAJO:

¿Usted o alguien de su casa tiene otros ingresos? ☐Sí ☐No

A continuación, incluya todos los demás ingresos. Estos son sólo algunos ejemplos de tipos de ingresos. Use la categoría de "otro" para tipos de ingresos no incluidos en esta lista. "Otro" puede incluir subsidios por adopción, regalos/premios/herencia/lotería, beneficios de jubilación, fondos fiduciarios, fondos de veteranos, etc.

TIPO DE INGRESOS	MONTO	CADA CUÁNDO	¿CONTINUARÁ RECIBIENDO ESTOS INGRESOS?	NOMBRE DE LA PERSONA QUE RECIBE EL DINERO
FONDO DE DESEMPLEO	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
DISCAPACIDAD TEMPORAL (TDI)	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
MANUTENCIÓN DE MENORES	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
PENSIÓN ALIMENTICIA	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
COMPENSACIÓN LABORAL	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
FONDOS DE VETERANOS	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
INGRESOS SUPLEMENTARIOS DE SEGURO SOCIAL (SSI)	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
SEGURO PARA JUBILADOS, SUPÉRSTITES Y DISCAPACITADOS (RSDI)	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
PATROCINIO PARA EXTRANJEROS	$		☐Sí ☐No ☐No sé	Nombre y dirección del patrocinador:
INTERESES/DIVIDENDOS	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
OTRO: _____	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
OTRO: _____	$		☐Sí ☐No ☐No sé	
OTRO: _____	$		☐Sí ☐No ☐No sé	

Por favor, envíe copia de comprobante de ingresos (ejemplo: carta de adjudicación o cheque).

11. RECURSOS:

¿Usted, su cónyuge u otra persona de su casa posee alguno de estos recursos? ☐Sí ☐No

Los activos líquidos son bienes como dinero en efectivo, títulos valores o cuentas convertibles fácilmente en efectivo o su equivalente. Incluyen, pero no se limitan a dinero en efectivo; cuentas de ahorros, de cheques y de mercado monetario con bancos, cooperativas de crédito u otros tipos de institución financiera; certificados de depósito o cualquier tipo de depósito a plazo; acciones, bonos, fondos mutuales y otros valores o cuentas similares.

No incluyen cuentas, planes ni programas de ahorro para educación; cuentas, planes ni programas para jubilación; ni tampoco cuentas mancomunadas con otro adulto, no incluyendo a cónyuge, que no viva en la misma casa, pero sólo en la medida en que la familia solicitante/beneficiaria proporcione comprobantes de que los fondos se derivan de fuentes pertenecientes al otro adulto que no vive con la familia, más la participación proporcional en cualquier interés, dividendo o ganancia de capital que se obtenga.

Si necesita más de un renglón para cualquiera de las siguientes categorías, por favor use los espacios señalados como “otro” para esas cuentas adicionales. Si es necesario, copie este cuadro y preséntelo en una hoja aparte.

TIPO DE RECURSO	MONTO/VALOR	NÚMERO DE CUENTA	NOMBRE Y DIRECCION DE INSTITUCIÓN FINANCIERA	NOMBRE DEL DUEÑO DEL RECURSO
DINERO EN EFECTIVO	$			
CUENTA con BANCO o COOPERATIVA DE CRÉDITO	$	_____ ☐De ahorros ☐De cheques		
CUENTA con BANCO o COOPERATIVA DE CRÉDITO	$	_____ ☐De ahorros ☐De cheques		
CUENTA con BANCO o COOPERATIVA DE CRÉDITO	$	_____ ☐De ahorros ☐De cheques		
CUENTA DE MERCADO MONETARIO o CERTIFICADO DE DEPÓSITO	$	_____ ☐MM ☐CD		
ACCIONES/BONOS	$			
FONDOS MUTUALES	$			
OTRO _____	$			
OTRO _____	$			

Por cada recurso indicado anteriormente, incluya comprobante del valor de ese recurso como, por ejemplo, estados de cuenta bancaria. Si tiene preguntas sobre cómo demostrar sus recursos, sírvase hablar con un trabajador social de cuidado de niños, llamando al 415-8200.

12. INGRESOS POR CONCEPTO DE ALQUILER: ¿Usted o alguien de su casa recibe ingresos por alquiler de propiedad? ☐ Sí ☐ No

Tipo de ingresos	Ingresos brutos	Cada cuándo	Gastos	¿Continuará recibiendo estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
INGRESOS POR ALQUILER Número de unidades de alquiler _____	$		$	☐Sí ☐No ☐No sé	

Incluya comprobantes de ingresos brutos devengados y de gastos relacionados, si los hay, por cada recurso indicado anteriormente.

13. INGRESOS POR ALQUILER DE HABITACIÓN U HOSPEDAJE CON COMIDA:

¿Usted o alguien de su casa tiene ingresos por alquiler de habitación u hospedaje con comida?

☐ Sí ☐ No

Tipo de ingresos	Ingresos brutos	Cada cuándo	Gastos	¿Continuará recibiendo estos ingresos?	Nombre de la persona que recibe este dinero
HABITACIÓN U HOSPEDAJE CON COMIDA ¿Cuántas comidas por día? _____ ¿Sólo habitación? 1 Sí 1 No	$		$	☐ Sí ☐ No ☐ No sé	

Incluya comprobantes de ingresos brutos devengados y de gastos relacionados, si los hay, por cada recurso indicado anteriormente.

14. DISCAPACIDAD DE PADRE O MADRE:

El padre o madre que no trabaja, ¿tiene alguna discapacidad que le impida cuidar a sus niños? ☐ Sí ☐ No

Si es así, complete la información sobre la persona.

Apellido	1er. nombre	Inicial del 2do. nombre	Problema de salud (describa)
Apellido	1er. nombre	Inicial del 2do. nombre	Problema de salud (describa)

Debe presentar comprobante del problema de salud. DHS le dará un formulario que su médico de cabecera deberá completar y firmar para enviárnoslo a la oficina.

15. DISCAPACIDAD DE MENOR DE EDAD:

¿Está solicitando servicios de cuidado de niños para un menor discapacitado? ☐ Sí ☐ No

Si es así, complete la información sobre el menor.

Apellido	1er. nombre	Inicial del 2do. nombre	Problema de salud (describa)
Apellido	1er. nombre	Inicial del 2do. nombre	Problema de salud (describa)

Debe presentar comprobante del problema de salud. DHS le dará un formulario que su médico de cabecera deberá completar y firmar para enviárnoslo a la oficina.

16. PARTICIPACIÓN EN PROGRAMA DE COLABORACIÓN PARA AUTOSUFICIENCIA DE ADOLESCENTES (ASSC):

¿Es usted menor de 21 años y no ha concluido sus estudios secundarios?

Si es así, ¿está participando en un programa ASSC? ☐ Sí ☐ No

Si respondió “sí”, ¿en cuál programa ASSC? _____

Por favor, incluya carta de su programa ASSC que indique que usted está participando actualmente en dicho programa.

17. SOLICITUD DE HORAS DE CUIDADO DE NIÑOS:

Por favor, complete el siguiente cuadro indicando cuándo necesita el servicio de cuidado de niños. Si ambos padres tienen otras actividades, debe solicitarse el cuidado de niños para las horas en que ninguno de los padres pueda cuidar a los niños. Sírvase contestar estas preguntas para entender mejor qué servicios de cuidado de niños necesita.

Horas por día por niño que necesite cuidado (las horas de escuela no se permiten como horas de cuidado)	DOMINGO De: A:	LUNES De: A:	MARTES De: A:	MIÉRCOLES De: A:	JUEVES De: A:	VIERNES De: A:	SÁBADO De: A:
Nombre del niño: _____							
Nombre del niño: _____							
Nombre del niño: _____							
Nombre del niño: _____							

¿Las horas solicitadas variarán regularmente conforme a su horario de actividades? ☐ Sí ☐ No

Si es así,¿cuántas horas por semana ocupa usted en sus actividades aproximadamente? _____

¿Cuánto tarda en ir del sitio de cuidado de niños al sitio donde realiza sus actividades? _____

¿Necesita cuidado de niños antes de las horas de escuela (antes de las 9:00 a.m.) para hijos en edad escolar? ☐ Sí ☐ No

¿Necesita a más de un proveedor de cuidado de niños para las horas solicitadas? (por ejemplo, otro proveedor para fines de semana o noches) ☐ Sí ☐ No

AVISO DE NO DISCRIMINACIÓN

De acuerdo con el Título VI de la Ley de derechos civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000 y sucesivos), Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, y su enmienda (29 U.S.C. 794), la ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 y sucesivos), Título IX de las Reformas a la Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 y sucesivos), la Ley de Estampillas para la Compra de Alimentos y la Ley contra la Discriminación por la Edad de 1975, las regulaciones de implementación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (45 C.F.R. Partes 80 y 84), las regulaciones de implementación del Departamento de Educación de EE.UU. (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y el Departamento de Agricultura, Servicios de Alimentos y Nutrición de EE.UU. (7 C.F.R. 272.6), el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS), no discrimina con base en la raza, color, procedencia nacional, incapacidad, orientación política, edad, religión, o de género en cuanto a la aceptación o la prestación de servicios, empleo o tratamiento, en sus programas o actividades de carácter educativo u otros. Bajo otras cláusulas de la ley que corresponda, DHS no discrimina sobre la base de la orientación sexual.

Para más información sobre estas leyes, regulaciones y los procedimientos de DHS para reclamos por discriminación para la resolución de quejas sobre discriminación, comuníquese con DHS en el Nº 57 Howard Avenue, Cranston, RI 02920, número de teléfono 462-2130 (TDD 462-6239 o 711). El funcionario de enlace para relaciones con la comunidad es el coordinador para la implementación del Título VI; el administrador de la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS) o su designado, son los coordinadores para la implementación del Título IX, Sección 503 y ADA. El Director de DHS o su designado tienen la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles en DHS.

INFORMACIÓN ADICIONAL
HOJA DE TRABAJO

Por favor, use esta hoja de trabajo para incluir a cualquier miembro adicional y / o información. Para asegurar la precisión de procesamiento, escribir el número de la pregunta y el número de página se refiere la solicitud de su respuesta en el espacio proporcionado.

Nombre:_____Últimos 4 dígitos de su Seguro Social #:_____

Dirección:_____ Teléfono:_____

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

La pregunta No. Página de la aplicación No.

DERECHOS Y OBLIGACIONES

De los Solicitantes/Beneficiarios del Programa de Ayuda para Cuidado de Niños

DERECHOS

Usted tiene el DERECHO de solicitar y, si califica, de recibir ayuda para cuidado de niños, según las políticas y estándares establecidos por las leyes estatales.

Usted tiene el derecho de recibir información en una manera que entienda y de ser tratado con cortesía, consideración y respeto.

Usted tiene el DERECHO de apelar y obtener una audiencia rápida ante un Funcionario de Apelaciones de DHS si no está satisfecho con una decisión del Departamento o si el Departamento tarda en tomar una decisión. Usted puede ser representado por un abogado o cualquier otra persona que usted elija que lo represente. Los formularios de audiencia en los que puede presentar una queja, están disponibles en todas las oficinas locales y estatales. Debe solicitar la audiencia en los treinta (30) días siguientes a la fecha de notificársele por escrito la ayuda para cuidado de niños.

Usted tiene el DERECHO de rehusarse a dar información sobre su origen racial/étnico.

Usted tiene DERECHO a la confidencialidad. El Departamento usa su información y la de otros miembros de su hogar sólo para propósitos directamente relacionados con la administración de los programas y de conformidad con los estándares de privacidad de información médica personal identificable, de la Ley de Transferabilidad y Responsabilidad de Seguros Médicos (HIPAA, por sus siglas en inglés). El Departamento no divulga información sobre usted u otros miembros de su hogar sin su consentimiento, exceptuando lo dispuesto en las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 y 40-6-12.1, y las regulaciones expuestas en los Manuales de las Políticas de DHS y de la Ayuda para Cuidado de Niños. Cualquier persona encontrada culpable de quebrantar disposiciones de las leyes generales de Rhode Island 40-6-12, será considerada culpable de delito menor. Tales personas estarán sujetas a una multa máxima de doscientos dólares ($200) o encarcelamiento hasta por seis (6) meses, o ambos.

OBLIGACIONES

Usted tiene la OBLIGACIÓN de proporcionar al Departamento la información correcta respecto a sus ingresos, recursos y situación habitacional.

Usted tiene la OBLIGACIÓN de informarnos sobre cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte su hogar, en los diez (10) días siguientes al cambio.

Usted tiene la OBLIGACIÓN de proporcionar los números de Seguro Social de usted y los miembros de su hogar, o de solicitarlos si es necesario, como requisito para calificar. Su número de Seguro Social, así como los de todos los miembros de su casa para quienes usted reciba ayuda, serán utilizados para cotejo de datos por computadora con el Departamento de Trabajo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Rentas Internas (IRS, por sus siglas en inglés), los Servicios de Alimentación y Nutrición, y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por ley, regulación o contrato, y estarán sujetos a verificación de parte de funcionarios federales, estatales y locales.

La información sobre ingresos y elegibilidad obtenida de estas entidades será utilizada para verificar que los miembros de su casa califiquen y reciban el monto correcto de ayuda para cuidado de niños. Los números de Seguro Social también se utilizan para evitar la duplicación de beneficios a personas o familias en programas, para facilitar la implementación de cambios masivos en beneficios federales y para determinar la exactitud y fiabilidad de la información proporcionada al Departamento por los solicitantes y beneficiarios de la ayuda.

Usted tiene la OBLIGACIÓN de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que realiza controles de calidad.

Usted tiene la OBLIGACIÓN de dar su consentimiento y cooperar con el Departamento para la determinación de paternidad y determinación y/o acatamiento de órdenes de manutención de menores y de ayuda con gastos médicos para todos los menores de edad en su familia, conforme a la Ley General de Rhode Island, Sección 40-5, 1-17, y el Título 15 de las Leyes Generales y sus enmiendas, a menos que se encuentre un motivo válido para no cumplir con los requisitos de esta ley. No cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención de Menores respecto a cualquier niño de su familia, dará lugar a la denegación o cese de la ayuda para el cuidado de todos los niños de su casa.

Sin necesidad de firmar ningún documento y según la Ley General de Rhode Island, Secciones 40-6-9, 40-6-10 y 40-8-15:

Entiendo y acepto que la oficina de DHS se ponga en contacto con otras personas u organizaciones para comprobar mi elegibilidad y determinar el nivel de beneficios.

Entiendo que esta solicitud servirá como autorización al Departamento de Servicios Humanos para obtener de proveedores de servicios médicos, información pertinente a mí o a cualquier persona incluida en esta solicitud, mientras el caso permanezca abierto. DHS tiene mi consentimiento para utilizar o divulgar nuestra información médica protegida, para fines de tratamiento, pago y funcionamiento de servicios médicos, según el aviso de prácticas de privacidad de DHS.

DHS puede utilizar o compartir la información en esta solicitud para la administración de programas de DHS y administración de programas de ayuda con financiamiento federal, de conformidad con leyes, contratos y regulaciones estatales y federales.

DHS puede divulgar información que no identifique a personas, para propósitos de investigación. Cualquier divulgación de información que identifique a personas, se hará conforme a las leyes estatales y federales.

Entiendo las preguntas incluidas en esta solicitud y la sanción aplicable por ocultar información o dar información falsa, o por incumplir cualquier norma indicada en esta advertencia sobre sanciones.

SANCIONES POR PERJURIO: Certifico so pena de perjurio que mis respuestas son correctas, incluyendo la información sobre ciudadanía y estatus de extranjería, y que están completas hasta donde sé y creo. Tengo entendido que según las Leyes Generales del Estado de Rhode Island, Sección 40-6-15, puede aplicarse una multa máxima de $1000 o encarcelamiento hasta por cinco (5) años, o ambos, a personas que obtengan o intenten obtener, o ayuden o inciten a otras personas a obtener, ayuda pública a la que no se tenga derecho o que intencionalmente no declaren ingresos, recursos o circunstancias personales, o incrementos en montos previamente declarados.

CERTIFICO so pena de perjurio que toda la información que he proporcionado en esta solicitud es verdadera.

Firma del solicitante o beneficiario	Fecha	Firma de tutor, curador o apoderado	Fecha
Firma de cónyuge o del otro padre del(de los) menor(es)	Fecha	Firma del representante de la institución gubernamental	Fecha

Notificación al solicitante que se inscribe para votar en Rhode Island

La Junta de Elecciones del estado anima a todos sus ciudadanos a que se inscriban para votar. Su voto le beneficiará a usted y a su familia.

Este paquete de formularios incluye un formulario de inscripción para votantes. Si desea inscribirse para votar, complete y firme el formulario y remítalo a su junta de elecciones local (el directorio está al dorso del formulario).

Inscríbase para votar.

- Si no está inscrito/a para votar en el lugar donde vive actualmente, complete el formulario adjunto.

- El que solicite o no la inscripción como votante no afectará la cantidad de asistencia que le proporcione esta agencia.

- Si desea que alguien le ayude a completar el formulario de inscripción para votar, puede traerlo cuando venga a devolver los otros formularios completados de este paquete o puede llevarlo a la Junta de Elecciones de la ciudad/pueblo donde vive. (El directorio de ciudades/pueblos está al dorso del formulario de inscripción para votantes) La decisión en cuanto a pedir o aceptar esta ayuda le corresponde a usted.

- Si piensa que alguien ha interferido con su derecho a inscribirse para votar o a renunciar al mismo, o con su derecho a tomar la decisión sobre si inscribirse o solicitar la inscripción para votar en privado, o con su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede interponer una queja ante el Voter Registration Coordinator, Rhode Island Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, R.I. 02904 o llamando al (401) 222-2345.

RHODE ISLAND
FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Sírvase usar tinta y escribir en letra de molde legible.
A menos que esté marcada como optativa, toda la información solicitada es obligatoria.

Puede usar este formulario para:

- Inscribirse para votar en Rhode Island.
- Cambiar su nombre o dirección en la inscripción.
- Escoger un partido político o cambiar de partido.

Para inscribirse para votar en RI, tiene que:

- Vivir en Rhode Island.
- Ser ciudadano de los Estados Unidos.
- Haber cumplido 16 años de edad.
  (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciónes)

INSTRUCCIONES

Casilla 2: Obligatorio. Ciudadanos y residentes de Rhode Island de 16 años de edad pueden inscribirsen para votar usando este formulario. Si no marca alguna de estas casillas, se le devolverá el formulario. Si contesta NO, no complete este formulario.

Casilla 3: Si es la primera vez que se inscribe por correo para votar en Rhode Island o si alguien entrega este formulario a nombre suyo, se le **EXIGE** que dé el número de su licencia de conductor o número de identificación estatal expedido por el Departamento de Automotores (DMV) de Rhode Island. Si no tiene ninguno de los dos, deberá dar su los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social. Si no da los datos indicados arriba o si estos no se pueden verificar, se le pedirá que antes de votar le muestre al funcionario electoral un documento de identidad. Los documentos de identidad aceptables se detallan en la sede de la Junta de Elecciones en http://www.elections.ri.gov puede comunicarse con la Junta de Escrutadores local (ver el dorso de este formulario).

Casilla 5: Cada persona puede tener una sola residencia legal. Tiene que inscribirse con su residencia actual. Sólo puede indicar una casilla postal o ruta rural en la Casilla 6, "Dirección postal".

Casilla 9: Si deseas inscribirse como miembro de un partido político, marque la casilla correspondiente. **Si dejas la Casilla 9 en blanco, se inscribe sin afiliación.**

Casilla 10: Tiene que FIRMAR y FECHAR el formulario de inscripción. Si no lo hace, se le devolverá el formulario.

Casilla 11: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de nombre legalmente, indique su nombre legal anterior.

Casilla 12: Si está actualizando su inscripción de votante porque cambió de dirección, indique su dirección anterior, **incluso si era fuera del estado.**

Antes de que transcurran 3 semanas, recibirá un acuse de recibo del formulario de inscripción de votante. Si no lo recibe, comuníquese con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso). Si tiene preguntas o para averiguar más sobre las fechas límite, acuda a la sede en Internet de la Junta Electoral del estado en http://www.elections.ri.gov o póngase en contacto con la Junta de Escrutadores local (ver la lista al dorso).

(Se autoriza la reproducción de este formulario)

Formulario de Inscripción de Votantes de Rhode Island

1. Marque lo que corresponda: ☐ Inscripción votante nuevo ☐ Cambio dirección ☐ Cambio partido ☐ Cambio nombre

2. Soy ciudadano de EE.UU. y residente de Rhode Island ☐ Sí ☐ No

Cumplido 16 años de edad. (Necesitas tener 18 años ó mas de edad para votar el día de las elecciónes) ☐ Sí ☐ No

Si marcó NO en cualquiera de estas casillas, no complete este formulario.

3. No. de licencia de conductorde RI
No. de tarjeta de identidad de RI: _____

Si no tiene licencia o ID de RI, escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social: _____

Si no puso ningún número, vea arriba en Instrucciones, Casilla 3.

4. Apellido	Nombre	2° nombre (o la inicial)

5. Dirección residencial (No puede ser una casilla postal)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código ZIP
			RI	

6. Dirección postal (si es distinta de la dirección de la Casilla 5)	Apto.	Ciudad/Pueblo	Estado	Código ZIP

7. Fecha de nacimiento
Mes Día Año

8. No. de teléfono / Correo electrónico (optativo)

9. Selleccione su partido: ☐ Americans Elect ☐ Demócrata ☐ Moderado ☐ Republicano ☐ Sin afiliación ☐ Otro_____

10. Juro o afirmo que:
- No estoy recluido ni en cárcel ni prisión, condenado por un delito mayor.
- No he sido declarado "incompetente mental" para votar por ningún juzgado.
- A mi leal entender, la información que he dado es verídica, so pena de perjurio. Si doy información falsa, puedo ser multado, encarcelado o (si no soy ciudadano de EE.UU.) deportado del país o se me puede negar el ingreso a Estados Unidos.

Uso oficial para código de barras

Firme aquí con su nombre completo o ponga su marca.

Fecha de la firma MM/DD/AAAA

¿Le interesa trabajar en las urnas? (marque esta casilla) ☐

Advertencia: Si firma este formulario a sabiendas de alguna falsedad, pueden ser condenado y multado hasta $5,000 o encarcelado hasta 10 años.

11. Nombre anterior (si es disinto del de la Casilla 4)

12. Dirección de su inscripción anterior (Ciudad/Pueblo, Estado, ZIP y Condado)

2/2012 S

Remite

_____

_____

_____

Requiere franqueo. La Oficina Postal no hará entrega si no tiene el debido franqueo.

Remitir a: **BOARD OF CANVASSERS**

_____

_____

_____

**********Plegar aquí y pegar arriba con cinta**********

INSTRUCCIONES PARA REMITIR EL FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN DE VOTANTE

Todo solicitante que opte por remitir su formulario de inscripción de votante por correo, deberá hacerlo de la manera siguiente:

1. Plegar el formulario en la línea punteada y usar cinta pegante para pegar el borde inferior del formulario con su borde superior.
2. Ubicar, en la lista que figura a continuación, la dirección de la Junta de Escrutadores en la ciudad o pueblo en el que se está inscribiendo para votar. Inserte dicha dirección en el espacio correspondiente debajo de "**Remitir a: BOARD OF CANVASSERS**" en el costado de la dirección del formulario de inscripción de votante. Escriba su remite en el espacio indicado.

NOTIFICACIÓN: *Toda intromisión de su privacidad al inscribirse para votar o al escoger un partido político es contravención de la ley. Si usted considera que alguna persona ha interferido con su derecho a inscribirse o no inscribirse, o con su privacidad al tomar esta decisión, o al escoger un partido político, puede presentar una queja ante la Junta Estatal de Elecciones, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.*

JUNTAS DE ESCRUTADORES LOCALES

Barrington Town Hall 283 County Rd. Barrington, RI 02806

Bristol Town Hall 10 Court St. Bristol, RI 02809

Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830

Central Falls City Hall 580 Broad St. Central Falls, RI 02863

Charlestown Town Hall, 4540 So. County Trail, Charlestown, RI 02813

Coventry Town Hall 1670 Flat River Rd. Coventry, RI 02816

Cranston City Hall 869 Park Ave. Cranston, RI 02910

Cumberland Town Hall 45 Broad St. Cumberland, RI 02864

East Greenwich Town Hall PO Box 111 East Greenwich, RI 02818

East Providence City Hall 145 Taunton Ave. East Providence, RI 02914

Exeter Town Hall 675 Ten Rod Rd. Exeter, RI 02822

Foster Town Hall 181 Howard Hill Rd. Foster, RI 02825

Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814

Hopkinton Town Hall One Town House Rd. Hopkinton, RI 02833

Jamestown Town Hall 93 Narragansett Ave. Jamestown, RI 02835

Johnston Town Hall 1385 Hartford Ave Johnston, RI 02919

Lincoln Town Hall 100 Old River Rd. PO Box 100, Lincoln, RI 02865

Little Compton Town Hall PO Box 226 Little Compton, RI 02837

Middletown Town Hall 350 East Main Rd. Middletown, RI 02842

Narragansett Town Hall 25 Fifth Ave. Narragansett, RI 02882

New Shoreham Town Hall PO Drawer 220 Block Island, RI 02807

Newport City Hall 43 Broadway Newport, RI 02840

No. Kingstown Town Hall 80 Boston Neck Rd. North Kingstown, RI 02852

North Providence Town Hall 2000 Smith St. North Providence, RI 02911

North Smithfield Municipal Annex 575 Smithfield Rd, North Smithfield, RI 02896

Pawtucket City Hall 137 Roosevelt Ave. Pawtucket, RI 02860

Portsmouth Town Hall 2200 East Main Rd Portsmouth, RI 02871

Providence City Hall 25 Dorrance St. Providence, RI 02903

Richmond Town Hall 5 Richmond Townhouse Rd. Wyoming, RI 02898

Scituate Town Hall PO Box 328 North Scituate, RI 02857

Smithfield Town Hall 64 Farnum Pike Smithfield, RI 02917

So. Kingstown Town Hall 180 High St Wakefield, RI 02879.

Tiverton Town Hall 343 Highland Rd. Tiverton, RI 02878

Warren Town Hall 514 Main St. Warren, RI 02885

Warwick City Hall 3275 Post Rd. Warwick, RI 02886

W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway W. Greenwich, RI 02817

West Warwick Town Hall 1170 Main St. West Warwick, RI 02893

Westerly Town Hall 45 Broad St. Westerly, RI 02891

Woonsocket City Hall P.O. Box B, 169 Main St. Woonsocket, RI 02895

Toda consulta sobre la inscripción de votantes puede dirigirse a:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov