

Solicitud sencilla del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) para hogares con personas mayores y/o discapacitadas



Puede utilizar esta solicitud para los beneficios de SNAP si:

- Todos los miembros del hogar tienen 65 años o más, o son discapacitados y compran y preparan la comida juntos y no reciben ingresos laborales; O BIEN
- Todos los miembros del hogar mayores de 65 años o discapacitados sin ingresos por trabajo compran y preparan los alimentos por separado de los demás miembros del hogar.

A continuación se indican las opciones para presentar su solicitud. Su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) revisará y hará un seguimiento.



Por correo:

RI Department of Human Services,
P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787



Oficina local del DHS:

Encuentre la ubicación más cercana en:
www.dhs.ri.gov/DHSOffices o llame al 855-MY-RIDHS (1-855-697-4347)



¿Tiene preguntas?

1-855-MY-RIDHS

Para preguntas relacionadas con servicios y apoyo a largo plazo (LTSS): 401-574-8474

Estamos obligados a verificar la información que nos proporciona y a tramitar su solicitud en un plazo de treinta (30) días a partir de la fecha de presentación, a menos que tenga derecho a un servicio acelerado (7 días). Para determinar si es o no candidato a ese servicio rápido, debe ser entrevistado. La fecha de presentación de la solicitud para los solicitantes de pre-libertad es la fecha de salida de la institución.

Se le enviará una petición por escrito de cualquier verificación/documento que falte en su solicitud. Su solicitud será denegada si no se recibe la verificación que falta en un plazo de diez (10) días a partir de la solicitud por escrito.

¿Qué idioma prefiere? Idioma hablado:

Idioma escrito:

☐ Tiene derecho a recibir la ayuda que necesita para completar esta solicitud. Marque aquí si necesita ayuda para completar esta solicitud.

Háganos saber si necesita algo de lo siguiente para completar esta solicitud:

☐

Intérprete

☐

Intérprete de lenguaje de signos

☐

Número de teléfono debemos llamar o de teletipo (TDD/TTY)

☐

Dispositivo de ayuda a la audición

☐

Otro

Si no habla inglés o tiene un impedimento auditivo o una discapacidad, infórmenos cómo podemos ayudarle (con un intérprete, lenguaje de señas, número de teléfono TDD/TTY al que debemos llamar, dispositivo de ayuda para escuchar, etc.) o proporcione su propia asistencia.

Se você não falar Inglês, or tiver uma deficiência auditiva or uma deficiência física, Informe-nós como podemos ajudar (um intérprete, língua de sinais, podemos chamar um número de telefone TDD/TTY, um dispositivo de escuta, etc.) or você poder trazer o seu próprio apoio.

Si se le niega la ayuda, llame al funcionario de enlace de relaciones comunitarias al 415-8500 (TDD 462-6239)



PARA EL ENVÍO MANUAL, RELLENE CON TINTA AZUL O NEGRA E IMPRIMA EN BLANCO Y NEGRO

REGISTRO DE SOLICITUD



Si no puede terminar toda la solicitud hoy, puede completar esta página y devolverla al DHS. Para asistencia con los alimentos (SNAP), sólo tiene que rellenar su nombre, su dirección (a menos que no tenga hogar) y su firma.

NOMBRE

Nombre

Segundo nombre

Apellido

DIRECCIÓN DE LA VIVIENDA – el lugar donde vive actualmente no tengo hogar.

☐ Si es una persona sin hogar, incluya una ciudad/pueblo y una dirección postal. Si no tiene una dirección postal, por favor escriba la de la oficina del DHS.

Dirección

Ciudad/Poblado

Estado

Código Postal

Apto/Lote#

DIRECCIÓN POSTAL – si es diferente de la anterior (calle, ciudad, estado, código postal)

Dirección

Ciudad/Poblado

Estado

Código Postal

Apto/Lote#

Número de Seguro Social

Fecha de nacimiento

Número de teléfono móvil

Número de teléfono de la vivienda

Correo electrónico

¿Cuál es su método de contacto preferido? ☐ Correo postal ☐ Correo electrónico

¿Cuánto dinero tienen usted y los miembros de su hogar en el banco? \$

¿Cuál es el total de ingresos mensuales (antes de impuestos) que reciben usted y los miembros de su hogar? \$

¿Cuál es su actual pago mensual de alquiler/hipoteca? \$

¿Paga usted la calefacción o climatización (por ejemplo, el aire acondicionado)? ☐ S ☐ N

¿Algún solicitante es un trabajador agrícola migrante o por temporada? ☐ S ☐ N



Firme aquí

Bajo pena de perjurio, declaro que he leído esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, incluida la información relativa a la condición de ciudadano o no ciudadano, las respuestas que doy en esta solicitud son verdaderas. Si declaro un representante autorizado, al firmar abajo, permito que esta persona firme mi solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en mi nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia. Si firma esta página y la envía hoy, todavía tendrá que rellenar una solicitud completa. Los beneficios comienzan a partir de la fecha en que la oficina recibe su solicitud.

Firma del solicitante

Firma del representante

Fecha

¿Necesita más espacio para escribir? Consulte las páginas 13 y 14 para disponer de más espacio.

☐ Sí, he añadido más anotaciones

MIEMBROS DEL HOGAR

Por favor, indique los miembros de su hogar a continuación, incluyéndose a usted y a todas las personas que viven en su casa ahora, aunque no quieran asistencia.

La etnia/raza es opcional para asegurar que los beneficios del programa se distribuyan sin tener en cuenta la raza, el color y el origen nacional.

Persona 1

Relación con usted	Nombre legal	Nro. de Seguro Social	Fecha de nac.
Sexo ☐ M ☐ F ☐ X	Ciudadano/nacional ☐ S ☐ N	¿Ciudadano naturalizado/derivado? ☐ S ☐ N	Married ☐ S ☐ N
Etnia (opcional):		Raza (opcional):	
☐ Hispano(a)/Latino(a)	☐ Afroamericano(a)/Negro(a)	☐ Indio(a) americano(a) o	☐ Asiático(a)
☐ No	☐ Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico	☐ Blanco/a	☐ Otra raza

Persona 2

Relación con usted	Nombre legal	Nro. de Seguro Social	Fecha de nac.
Sexo ☐ M ☐ F ☐ X	Ciudadano/nacional ☐ S ☐ N	¿Ciudadano naturalizado/derivado? ☐ S ☐ N	Married ☐ S ☐ N
Etnia (opcional):		Raza (opcional):	
☐ Hispano(a)/Latino(a)	☐ Afroamericano(a)/Negro(a)	☐ Indio(a) americano(a) o	☐ Asiático(a)
☐ No	☐ Nativo(a) de Hawái o de otras islas del Pacífico	☐ Blanco/a	☐ Otra raza

MIEMBROS DEL HOGAR, CONTINUACIÓN



Si usted o alguien de su núcleo familiar solicita beneficios y no es ciudadano estadounidense, complete esta sección.

Los miembros del hogar que decidan no solicitar beneficios no están obligados a proporcionar información sobre ciudadanía/inmigración. Los miembros del hogar que aspiran a beneficios debe suministrar información sobre la ciudadanía o el estatus migratorio.

Si usted es una persona sin ciudadanía estadounidense que solicita los beneficios, la información que proporcione en esta sección estará sujeta a verificación por parte de Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS- antes conocido como INS) mediante el envío de la información de esta solicitud al USCIS. La información recibida de USCIS puede afectar a la elegibilidad de su hogar y al nivel de beneficios.

El importe de los beneficios dependerá del número de personas que solicitan las prestaciones, pero los miembros del hogar que reúnan los requisitos podrán obtenerlas aunque algunas personas del hogar no soliciten beneficios.

Los miembros del hogar que no solicitan ayudas estarán obligados a proporcionar su información financiera si es necesaria para determinar la elegibilidad y el importe de las ayudas para las personas que las solicitan.

No ciudadano 1

	/ /
Nombre del ciudadano no estadounidense	Fecha de entrada en EE. UU.
País de origen	Número de registro de extranjeros
	/ /
Nombre en el documento de inmigración	Fecha de caducidad del documento
/ /	
USCIS/INS o Fecha de residencia permanente (si procede)	Visado de extranjero o SEVIS ID

Condición de no ciudadano (seleccione una)

☐ Residente permanente legal	☐ Asilado
☐ Entrada condicional a EE. UU. bajo "parole"	☐ Inmigrante condicional
☐ Víctima de la trata de personas	☐ Ingresante cubano/haitiano
☐ Residente temporal legal	☐ Cónyuge/hijo/padre maltratado
☐ Visado de estudiante	☐ Visado de trabajo
☐ Con estatus de protección temporal	☐ Refugiado
☐ Concedido retención de la deportación/expulsión	
☐ Otro:	

¿Esta persona fue patrocinada? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, facilite la información del patrocinador a continuación:

Nombre del patrocinador:	Número de teléfono del patrocinador

¿Es el patrocinador un individuo o una agencia? ☐ Individuo ☐ Agencia

¿Es el patrocinador un miembro del hogar? ☐ S ☐ N

¿Recibe apoyo financiero de su patrocinador? ☐ S ☐ N

MIEMBROS DEL HOGAR, CONTINUACIÓN

No ciudadano 2

/ /
Nombre del ciudadano no estadounidense Fecha de entrada en EE. UU.

País de origen Número de registro de extranjeros

/ /
Nombre en el documento de inmigración Fecha de caducidad del documento

/ /
USCIS/INS o Fecha de residencia permanente (si procede) Visado de extranjero o SEVIS ID

Condición de no ciudadano (seleccione una)

- | | |
|--|--|
| ☐ Residente permanente legal | ☐ Asilado |
| ☐ Entrada condicional a EE. UU. bajo "parole" | ☐ Inmigrante condicional |
| ☐ Víctima de la trata de personas | ☐ Ingresante cubano/haitiano |
| ☐ Residente temporal legal | ☐ Cónyuge/hijo/padre maltratado |
| ☐ Visado de estudiante | ☐ Visado de trabajo |
| ☐ Con estatus de protección temporal | ☐ Refugiado |
| ☐ Concedido retención de la deportación/expulsión | |
| ☐ Otro: | <input type="text"/> |

¿Esta persona fue patrocinada? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, facilite la información del patrocinador a continuación:

Nombre del patrocinador: Número de teléfono del patrocinador

¿Es el patrocinador un individuo o una agencia? ☐ Individuo ☐ Agencia

¿Es el patrocinador un miembro del hogar? ☐ S ☐ N

¿Recibe apoyo financiero de su patrocinador? ☐ S ☐ N

DETALLES DEL NÚCLEO FAMILIAR

Deberá seleccionar un jefe de familia. Un jefe de familia es normalmente uno de los padres adultos de los niños del hogar o una persona que trabaja y proporciona apoyo financiero al hogar. Si no hay ningún padre o persona que trabaje, puede seleccionar a cualquier adulto para que sea el jefe de familia. Por favor, seleccione un jefe de familia a continuación.

IDENTIFICAR AL JEFE DE FAMILIA

¿Quién es el jefe de familia?

Nombre legal completo

¿Cuál es su forma preferida de realizar una entrevista para el SNAP?

☐ Entrevista telefónica ☐ Entrevista en persona

REPRESENTANTE AUTORIZADO

Los representantes autorizados pueden completar la entrevista, obtener información sobre su caso, y usted y su representante autorizado recibirán correo/notificaciones sobre su caso.

¿Desea que otra persona actúe en su nombre o le represente en este caso? ☐ S ☐ N

Si la respuesta es afirmativa, rellene la información que aparece a continuación:

Nombre de su representante autorizado

Nombre

Segundo nombre

Apellido

SSN

Fecha de nac.

Dirección del representante:

Dirección

Ciudad/Población

Estado

Código Postal

Apto./Lot#

Número de teléfono del representante

Correo electrónico del representante

DATOS DEL NÚCLEO FAMILIAR, CONTINUACIÓN

¿Alguien en su hogar compra y hace la comida por separado del resto de la familia? ☐ S ☐ N

Si es así, ¿quién?

¿Hay alguien que esté viviendo en una vivienda colectiva (como un refugio para personas sin hogar, un refugio para víctimas de la violencia doméstica, un hospital, un centro de vida asistida, una residencia o un hogar de grupo) ahora, o espera estarlo por más de 30 días? ☐ S ☐ N

Si es así, ¿quién?

Nombre de la institución

Tipo de institución

¿Algún solicitante está participando en un programa de tratamiento de alcohol o drogas? ☐ S ☐ N

Si es así, ¿quién?

¿Hay alguien que sea pensionista? ¿Hay alguien que sea niño o adulto de acogida? ☐ S ☐ N

¿Hay algún solicitante que reciba SNAP de otro estado? ☐ S ☐ N

¿Algún solicitante ha solicitado o recibido alguna vez SNAP/cupones de alimentos en RI u otro estado? ☐ S ☐ N

Si es así, ¿quién?

¿Hay alguien en el hogar que viva con una discapacidad o enfermedad mental, emocional o física, o que sea ciego?

☐ S ☐ N Si es así, ¿quién?

Favor de describir:

¿Algún solicitante está temporalmente ausente (menos de 30 días) del hogar (trabajo, ejército, hospital, etc.)?

☐ S ☐ N Si es así, ¿quién?

¿Algún solicitante es un cuidador no parental?

☐ S ☐ N Si es así, ¿quién?

¿Hay algún solicitante encarcelado?

☐ S ☐ N Si es así, ¿quién?

Ejemplos: Ingresos laborales;
Seguro de Desempleo; Ingreso de
Seguridad Suplementario (SSI);
Pensión alimenticia;
Compensación laboral;
Manutención de los hijos;
Prestación de la Seguridad
Social por jubilación,
supervivencia, discapacidad y
seguro (RSDI/SSDI); Pensión/
jubilación; Subsidio por
acogida/adopción; Préstamos;
Intereses/dividendos; Ingresos/
beneficios tribales; Prestaciones
de los veteranos de
guerra/asignaciones militares;
TDI/TCI/Pago por discapacidad;
Otros (describir)

¿Tiene el solicitante ingresos?

☐ S ☐ N En caso afirmativo, marque los ingresos aplicables a continuación:

Ingreso 1

\$

Persona 1

Cantidad

- ☐ Ingresos laborales
- ☐ Manutención infantil
- ☐ Préstamos
- ☐ Ingresos/beneficios tribales
- ☐ Seguro de desempleo
- ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- ☐ Pensión alimenticia
- ☐ Indemnización laboral
- ☐ Pensión/Jubilación
- ☐ TDI/TCI/Pago por discapacidad
- ☐ Préstamos
- ☐ Subsidio de acogida/adopción
- ☐ Interés/Dividendos
- ☐ Prestación de jubilación, supervivencia, discapacidad y seguro de la Seguridad Social (RSDI/SSDI)
- ☐ Prestaciones de los veteranos/
Asignaciones militares
- ☐ Préstamos/becas para estudiantes
- ☐ Otro

Tipo de ingreso

¿Con qué frecuencia recibe sus otros ingresos?

☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Anual

Ingreso 2

\$

Persona 1

Cantidad

- ☐ Ingresos laborales
- ☐ Manutención infantil
- ☐ Préstamos
- ☐ Ingresos/beneficios tribales
- ☐ Seguro de desempleo
- ☐ Ingreso de Seguridad Suplementario (SSI)
- ☐ Pensión alimenticia
- ☐ Indemnización laboral
- ☐ Pensión/Jubilación
- ☐ TDI/TCI/Pago por discapacidad
- ☐ Préstamos
- ☐ Subsidio de acogida/adopción
- ☐ Interés/Dividendos
- ☐ Prestación de jubilación, supervivencia, discapacidad y seguro de la Seguridad Social (RSDI/SSDI)
- ☐ Prestaciones de los veteranos/
Asignaciones militares
- ☐ Préstamos/becas para estudiantes
- ☐ Otro

Tipo de ingreso

¿Con qué frecuencia recibe sus otros ingresos?

☐ Por hora ☐ Semanal ☐ Cada dos semanas ☐ Mensual ☐ Anual

GASTOS

Se insta a todos los hogares solicitantes a que respondan estas preguntas.

Ejemplos: Alquiler; Contrato de arrendamiento; Seguro del propietario*; Hipoteca; Alquiler del lote de la casa móvil; Impuesto sobre la propiedad*; Otros (describa en la tabla a continuación)

*Sólo indique el seguro/impuesto sobre la propiedad si no está incluido en la hipoteca

Para algunos hogares, informar de los gastos puede afectar a su elegibilidad. Además, la notificación de los gastos en esta sección puede afectar a la cuantía de las ayudas que recibe. Si se determina que su hogar es elegible y usted no informa de un gasto, asumiremos que no quiere que ese gasto se contabilice. Si informa de sus gastos, puede ayudar a aumentar sus beneficios del SNAP.

GASTOS DEL HOGAR

¿Alguien paga los gastos del hogar? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, indíquelos a continuación

¿Quién?

\$

Tipo de gasto

Cantidad

Con qué frecuencia se paga:

☐ Por semana

☐ Cada dos semanas

☐ Dos veces por mes

☐ Por mes

☐ Trimestral

☐ Por año

¿Quién?

\$

Tipo de gasto

Cantidad

Con qué frecuencia se paga:

☐ Por semana

☐ Cada dos semanas

☐ Dos veces por mes

☐ Por mes

☐ Trimestral

☐ Por año

¿Alguien más ayuda a pagar (compañeros de cuarto, padres, etc.)? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, indíquelo a continuación

\$

¿Quién?

Cantidad

SERVICIOS PÚBLICOS

¿Hay alguien que pague los servicios públicos (incluidos los gastos de temporada)? ☐ S ☐ N

En caso de que sí:

☐ Calefacción

☐ Aire acondicionado

☐ Teléfono

☐ Otro:

¿Alguien que esté solicitando SNAP ha recibido una ayuda de pagos de energía para hogares de bajos ingresos (LIHEAP) en los últimos 12 meses?

☐ S ☐ N

GASTOS, CONTINUACIÓN

CUESTIONES MÉDICAS

¿Tiene algún solicitante gastos médicos propios? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, indíquelo a continuación

¿Quién?

 \$

Tipo de gasto

Cantidad por mes

¿Quién?

 \$

Tipo de gasto

Cantidad por mes

¿Algún solicitante se desplaza hacia y/o desde la atención médica (como una farmacia, un médico, terapeuta, etc.)? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, indíquelo a continuación

¿Quién?

Nro. de viajes en carro por semana

 \$

Costo

Dirección del proveedor médico

CUIDADO DE DEPENDIENTES

¿Algún solicitante paga los gastos de cuidado de los dependientes? ☐ S ☐ N

En caso afirmativo, indíquelo a continuación

Persona que paga

 \$

Tipo de gasto

Cantidad

Con qué frecuencia se paga: ☐ Por semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestral ☐ Por año

Persona 2 que paga

 \$

Tipo de gasto

Cantidad

Con qué frecuencia se paga: ☐ Por semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestral ☐ Por año

MANUTENCIÓN DE NIÑOS

¿Paga usted, su cónyuge o alguien de la casa la manutención de infantil ordenada por un tribunal para alguna persona que no viva en este hogar? ☐ S ☐ N

En caso de que sí:

\$ Con qué frecuencia se paga: ☐ Por semana ☐ Cada dos semanas ☐ Dos veces por mes ☐ Trimestral ☐ Anual

Cantidad

Ejemplos: Atención médica, atención dental, seguro de salud, medicamentos, otros (medicamentos sin receta, suministros médicos, etc.)

Ejemplos: Costo del estacionamiento, transporte público, lanzadera, taxi, etc.

Ejemplos: Cuidado de niños (guardería, programas extraescolares, etc.) o Cuidado de un adulto incapacitado

INFORMACIÓN ADICIONAL

¿Usted o algún miembro de su hogar se esconde o huye de la ley para evitar ser procesado, ser detenido o ir a la cárcel, por un delito grave o un intento de delito grave, o por violar una condición de la libertad condicional o de la libertad vigilada?

☐ S ☐ N Si es así, ¿quién?

 / /

Fecha de la orden de arresto o del tribunal

Estado

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado como adulto por abuso sexual con agravante, asesinato, explotación sexual y otros abusos contra los niños, un delito federal o estatal que implique una agresión sexual, o un delito bajo la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a dicho delito, después del 7 de febrero de 2014?

☐ S ☐ N

En caso afirmativo, ¿está cumpliendo su sentencia por esta condena?

☐ S ☐ N

¿Algún solicitante ha sido descalificado alguna vez de la asistencia alimentaria debido a un fraude en la asistencia social o una violación intencionada del programa en cualquier estado, incluyendo Rhode Island?

☐ S ☐ N

Nombre:

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios del SNAP para la obtención de armas, municiones o explosivos después del 22 de septiembre de 1996?

☐ S ☐ N

Nombre:

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de SNAP de más de \$500 después del 22 de septiembre de 1996?

☐ S ☐ N

Nombre:

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 22 de septiembre de 1996?

☐ S ☐ N

Nombre:

TODOS LOS SOLICITANTES DEBEN FIRMAR ESTA PÁGINA

SUS DERECHOS

Una vez determinada su elegibilidad, si cree que el Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) se ha equivocado al determinar su elegibilidad, puede solicitar una audiencia.

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias o venganza por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas discapacitadas que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron las prestaciones. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión, llamando al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el demandante debe rellenar el formulario AD-3027, Formulario de queja por discriminación en el programa del USDA, que puede obtenerse en línea en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del demandante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con el suficiente detalle como para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben ser enviados: (1) Por correo a: Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o (2) al fax: (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o (3) por correo electrónico a: FNCSIVIL- RIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades. El Departamento de Servicios Humanos de Rhode Island (DHS) no discrimina a ningún individuo o grupo por motivos de raza, religión, edad, origen nacional, color, altura, peso, estado civil, información genética, sexo, orientación sexual, identidad o expresión de género, creencias políticas o discapacidad.

SUS RESPONSABILIDADES

 Al firmar esta solicitud, usted acepta estas responsabilidades. Consulte el Manual para leer una descripción completa de sus derechos y responsabilidades.

- ✓ He dicho la verdad; entiendo que puedo ser considerado responsable penalmente por mentir en esta solicitud.
- ✓ Tendré que presentar documentos que demuestren que lo que he dicho al departamento es cierto.
- ✓ Tendré que devolver las prestaciones del SNAP que no debería haber recibido, aunque sea un error del departamento.
- ✓ Tengo que comunicar al departamento cualquier cambio en la información que proporcioné en mi solicitud. Sus requisitos de notificación de cambios se incluirán en su notificación de decisión. Your change notification requirements will be included in your decision notice.
- ✓ Acepto cooperar con los revisores estatales o federales para una auditoría.
- ✓ Utilizaré mis beneficios legalmente y no venderé, intercambiaré o regalaré mis beneficios en línea o en persona.
- ✓ Entiendo que la información proporcionada en esta solicitud estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales o locales para determinar si la información es real. Si cualquier información es incorrecta, las prestaciones pueden ser denegadas y usted puede ser objeto de un proceso penal por proporcionar a sabiendas información incorrecta.
- ✓ Entiendo que cualquier miembro de mi hogar que infrinja intencionadamente una norma del SNAP será excluido del mismo desde un año hasta permanentemente, multado con hasta \$250,000, encarcelado hasta 20 años o ambas cosas. También puede ser objeto de un proceso judicial en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede prohibir el acceso al SNAP durante 18 meses más si así lo ordena el tribunal.
- ✓ Entiendo que el DHS está obligado a utilizar el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS) en el momento de la solicitud y en cada recertificación. La información disponible a través de los IEV se solicitará, se utilizará y podrá verificarse a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias. Esta información puede afectar a la elegibilidad del hogar y al nivel de las prestaciones.
- ✓ Entiendo que para el programa SNAP estoy obligado a informar de las ganancias de lotería/juegos de azar que superen el límite de recursos para un hogar de ancianos/discapacitados (aunque yo no sea anciano o discapacitado) para mí o para cualquier persona de mi hogar y que mi hogar será descalificado del programa SNAP si un beneficiario del programa SNAP de mi hogar gana más de esta cantidad.

 ☐ He revisado y acepto los Derechos y Responsabilidades adjuntos a esta solicitud

 **Firme aquí**

Bajo pena de perjurio, declaro que he revisado esta solicitud y que, a mi leal saber y entender, las respuestas que doy en esta solicitud son verdaderas, incluida la información sobre el hogar, la ciudadanía y la no ciudadanía, y que he enumerado todas las cantidades y fuentes de ingresos y bienes que recibo/poseo. Si declaro un representante autorizado, al firmar abajo, permito que esta persona firme mi solicitud, obtenga información oficial sobre esta solicitud y actúe en mi nombre en todos los asuntos futuros con esta agencia. Si estoy firmando como representante autorizado para la cobertura sanitaria, doy fe de mi acuerdo para cumplir con la confidencialidad y actuar en el mejor interés del beneficiario.

Firma del solicitante

Fecha

PARA USO EXCLUSIVO DEL PERSONAL FOR STAFF USE ONLY:

When in-person interview completed:

Firma del cónyuge

Si corresponde

Fecha

Applicant Signature

Firma del representante autorizado

Si corresponde

Fecha

Fecha

¿Necesita más espacio para escribir? Consulte las páginas 13 y 14 para disponer de más espacio.

☐ Sí, he añadido más anotaciones

NOTAS

Página #

[illegible]

Sus derechos y responsabilidades

Usted tiene derecho a un trato no discriminatorio. De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalias por actividades anteriores relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener la información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de signos americano), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, el denunciante debe rellenar el formulario AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del denunciante, así como una descripción escrita de la supuesta acción discriminatoria con suficiente detalle para informar al Secretario Adjunto de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y la fecha de una supuesta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta deben enviarse

por correo a:

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

por fax a:

(833) 256-1665 o (202) 690-7442; o

correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

De acuerdo con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (42 U.S.C. 2000d y siguientes), la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, en su versión modificada (29 U.S.C. 794), la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 (42 U.S.C. 12101 y siguientes), y el Título IX de las Enmiendas a la Educación de 1972 (20 U.S.C. 1681 y siguientes), la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 (antes Ley de Cupones de Alimentos), la Ley de Discriminación por Edad de 1975, la Reglamentos de aplicación del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (45 C.F.R. Partes 80 y 84) y los reglamentos de aplicación del Departamento de Educación de los Estados Unidos (34 C.F.R. Partes 104 y 106), y el El Departamento de Agricultura de EE.UU., Servicios de Alimentación y Nutrición (7 C.F.R. 272.6); el EOHHS y el Departamento de Servicios Humanos (DHS), no discrimina por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, religión, creencias políticas, edad, religión o género en la aceptación o prestación de servicios, empleo o tratamiento, en su educación y otras actividades del programa. En virtud de otras disposiciones de otras leyes aplicables, el EOHHS/DHS no discrimina por motivos de orientación sexual, identidad o expresión de género. Para obtener más información sobre estas leyes de no discriminación, reglamentos y procedimientos de queja o para la resolución de quejas de discriminación, póngase en contacto con el DHS en el

1-855-697-4347 (para personas sordas/con problemas de audición 1-800-745-6575 Voz; 1-800-745-5555 TTY, o 711).

El Oficial de Enlace de Relaciones con la Comunidad es el coordinador de la aplicación del Título VI, la Oficina de Servicios de Rehabilitación (ORS)

El Administrador del DHS o su designado es el coordinador de la aplicación del Título IX, la Sección 504 y la ADA. El Director del DHS o su designado tiene la responsabilidad general del cumplimiento de los derechos civiles para todos los programas de la agencia. El Secretario del EOHHS es responsable de las cuestiones de discriminación relacionadas con Medicaid y cualquier queja de este tipo se remitirá en consecuencia.

Usted tiene derecho a la confidencialidad. De acuerdo con la ley estatal, todas las agencias que administran programas incluidos como parte de esta solicitud están obligadas por las leyes y reglamentos estatales y federales a utilizar la información sobre usted y otros miembros de su unidad familiar solo para fines directamente relacionados con la administración de los programas y en cumplimiento de los estándares de la Ley de Portabilidad y Responsabilidad del Seguro Médico (HIPAA) para la privacidad de la información de salud individualmente identificable. Las restricciones de la HIPAA nos impiden hablar de la información sobre su salud o la de cualquier miembro de su unidad familiar con cualquier persona, incluso con un representante no autorizado, a menos que esa persona tenga un poder notarial, o que usted haya firmado un formulario de consentimiento autorizando la divulgación de esta información. Esto incluye la divulgación de información sobre salud mental, VIH, SIDA, resultados de pruebas de ETS o tratamiento y servicios de dependencia química. Entiendo que al firmar esta solicitud, estoy dando al EOHHS y al DHS mi consentimiento para usar o divulgar información de salud protegida para los propósitos de tratamiento, pago y operaciones de atención médica de acuerdo con los avisos de prácticas de privacidad aplicables de la agencia. El EOHHS y el DHS no divulgan información sobre usted u otros miembros de su unidad familiar sin su consentimiento, excepto en los casos previstos en las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1 y 42-7.2-5(13), las normas establecidas en el Código Administrativo del DHS y los Códigos de Normas Administrativas de Medicaid. Toda persona declarada culpable de infringir las disposiciones de las Leyes Generales de Rhode Island 40-6-12 será considerada culpable de un delito menor. Los infractores están sujetos a una multa máxima de doscientos dólares (\$200), o a una pena de prisión de hasta seis (6) meses, o a ambas.

Usted tiene DERECHO a presentar una solicitud conjunta para más de un programa o presentar una solicitud separada para los beneficios de SNAP o Medicaid sin solicitar los beneficios de otros programas. Todas las solicitudes de SNAP, sin importar si son solicitudes conjuntas o separadas, deben ser procesadas para los propósitos de SNAP de acuerdo con los requisitos de procedimiento, puntualidad, notificación y audiencia justa. No se denegará la solicitud de SNAP o Medicaid a ninguna unidad familiar únicamente porque se haya denegado su solicitud de participación en otro programa o se hayan cancelado sus beneficios bajo otro programa sin que la agencia correspondiente haya determinado por separado que la unidad familiar no cumplió con un requisito de elegibilidad de SNAP. Las unidades familiares que presenten una solicitud conjunta para el SNAP y otro programa y a las que se les denieguen los beneficios del otro programa no estarán obligadas a volver a presentar la solicitud conjunta ni a presentar otra solicitud para el SNAP, sino que se determinará su elegibilidad para el SNAP basándose en la solicitud conjunta de acuerdo con los plazos de tramitación del SNAP a partir de la fecha en que el Departamento aceptó la solicitud conjunta.

Tiene derecho a nombrar un representante autorizado. Un representante autorizado es una persona designada por el cabeza de familia o el cónyuge, o cualquier otro miembro responsable de la unidad familiar, para que actúe en nombre de la unidad familiar a la hora de solicitar los beneficios del programa o de utilizarlos. El representante autorizado para los beneficios puede ser o no la misma persona designada como representante autorizado para el proceso de solicitud o para cumplir con los requisitos de información. La designación del representante autorizado debe hacerse por escrito.

RESPONSABILIDADES

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de suministrar en esta solicitud información precisa sobre sus ingresos, recursos y condiciones de vida.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informar al DHS en un plazo de diez (10) días de cualquier cambio en sus ingresos, recursos, composición familiar o cualquier otro cambio que afecte a su unidad familiar. Si no nos da la información o pide más tiempo, podemos denegar, cancelar o cambiar sus o beneficios. Si no está seguro de sus obligaciones de información, póngase en contacto con el DHS para que le ayude.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de proporcionar los números de la Seguridad Social (o la prueba de que ha solicitado uno) para usted y su unidad familiar, o de solicitarlos, si está obligado a ello, como condición para tener derecho a la ayuda. La recopilación de información en la solicitud, así como de los números de la Seguridad Social de todos los miembros de su unidad familiar para los que recibe asistencia, está autorizada por la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008 (antes Ley de Cupones de Alimentos), en su versión modificada, 7 U.S.C. 2011-2036 y por la Ley Federal (45 CFR 155.305 y 42 CFR 435.910). Esta información se utilizará para determinar si su unidad familiar es elegible o continúa siendo elegible para participar en SNAP.

El Departamento verificará esta información a través de un cotejo por computadora con el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS), el Departamento de Trabajo y Capacitación, la Administración del Seguro Social, el Servicio de Rentas Internas, el Servicio de Alimentos y Nutrición y otras entidades gubernamentales y no gubernamentales autorizadas por ley, reglamento o contrato, y estarán sujetas a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales. La información sobre los ingresos y la elegibilidad obtenida de estas agencias se utilizará para asegurarse de que su unidad familiar es elegible y recibe la cantidad correcta de beneficios de SNAP. La información disponible a través de IEVS puede ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentran discrepancias, que pueden afectar la elegibilidad de su unidad familiar y el nivel de beneficios. Esta información también se utilizará para supervisar el cumplimiento de las normas del programa, para la gestión del programa, así como para prevenir el fraude. Esta información puede ser revelada a otros organismos federales y estatales para su examen oficial, así como a los agentes de la ley con el fin de detener a las personas que huyen para evitar la ley. Si surge una reclamación contra su unidad familiar, la información de esta solicitud, incluidos todos los números de la seguridad social, puede remitirse a organismos federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamaciones, para que lleven a cabo una acción de cobro de reclamaciones. El suministro de la información solicitada es voluntario. Sin embargo, el hecho de no proporcionar un SSN dará lugar a la denegación de beneficios a cualquier persona que solicite beneficios. Cualquier SSN proporcionado se utilizará y divulgará de la misma manera que los SSN de los miembros de la unidad familiar que reúnan los requisitos.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de informar y proporcionar pruebas de sus gastos para obtener la cantidad máxima de beneficios SNAP permitidos. Si no informa o no proporciona pruebas de sus gastos, se considerará como su declaración de que no desea recibir una deducción por el gasto no informado o no comprobado.

Usted tiene la RESPONSABILIDAD de cooperar plenamente con el personal estatal y federal que realiza las revisiones de control de calidad.

Solo los ciudadanos estadounidenses y algunos inmigrantes legales pueden tener derecho a los beneficios de SNAP. Si hay personas que no son ciudadanas y que viven con usted y no reúnen los requisitos, aún puede solicitar y recibir beneficios para otros miembros de la unidad familiar que sí cumplen con los requisitos. No está obligado a proporcionar información sobre la inmigración de las personas que no solicitan beneficios, pero es posible que tenga que proporcionar otra información sobre esas personas, como los ingresos y los recursos.

Disposiciones de sustitución de la tarjeta EBT del SNAP:

Los titulares de tarjetas que soliciten cuatro (4) o más tarjetas EBT de sustitución en un período de doce (12) meses pueden ser remitidos a la Unidad de Fraude para que se investigue el mal uso o el abuso de la tarjeta EBT. Las violaciones documentadas pueden dar lugar a una o más de las siguientes acciones:

- Descalificación del programa;
- Recuperación mediante recuperación/restitución; y/o
- Remisión a la vía penal

En todos los casos, la agencia actuará para proteger a las unidades familiares en las que haya personas sin hogar, miembros mayores o con discapacidad, víctimas de delitos y otras personas vulnerables que puedan perder las tarjetas EBT pero que no estén cometiendo fraude.

AVISOS DE PENALIZACIÓN DE SNAP

Entiendo que:

Cualquier miembro de mi unidad familiar que infrinja intencionadamente una norma del SNAP será excluido del SNAP de un año a permanentemente, multado con hasta 250.000 dólares, encarcelado hasta 20 años o ambas cosas. También puede ser objeto de un proceso judicial en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede prohibir el acceso al SNAP durante 18 meses más si así lo ordena el tribunal. Cualquier miembro de mi unidad familiar que infrinja intencionalmente una norma del SNAP puede ser excluido del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria:

- Por un período de un (1) año para la primera infracción, con las excepciones de los números 1. a 5. siguientes;
 - Durante un período de dos (2) años a partir de la segunda infracción, con las excepciones de los números 1. a 5. siguientes; y,
 - Permanentemente por la tercera ocasión de cualquier violación intencional del programa.
1. Las personas a las que un tribunal federal, estatal o local declare que han utilizado o recibido beneficios del SNAP en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, quedarán inhabilitadas permanentemente para el Programa de Asistencia Nutricional Complementaria en la primera ocasión en que se produzca dicha infracción.
 2. Los individuos que hayan hecho una declaración o representación fraudulenta con respecto a la identidad o el lugar de residencia del individuo para recibir múltiples beneficios del SNAP simultáneamente no podrán participar en el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria por un período de diez (10) años.
 3. Las personas declaradas culpables por un tribunal federal, estatal o local por utilizar o recibir beneficios en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada (tal como se define en la sección 102 de la Ley de Sustancias Controladas (21 U.S.C. 802)) no podrá recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y de forma permanente por la segunda.
 4. Las personas declaradas culpables por un tribunal de justicia por la compra o venta de drogas ilegales o de determinados medicamentos de venta con receta a cambio de beneficios del SNAP tendrán prohibida su participación en el SNAP durante 24 meses por la primera infracción y de forma permanente por la segunda.
 5. Una persona condenada por un tribunal federal, estatal o local por haber traficado con beneficios por una cantidad total de 500 dólares o más no podrá recibir permanentemente los beneficios del SNAP en la primera ocasión en que se produzca dicha infracción.

Tráfico, tal como se define en el 7 CFR 271.2, significa:

- 1) Comprar, vender, robar o intentar comprar, vender, robar o efectuar de cualquier otro modo un intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o por medio de vales y firmas manuales, por dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o colusión con otros, o actuando solo;
- 2) El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas por beneficios del SNAP;
- 3) Comprar un producto con beneficios del SNAP que tenga un envase que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo desechando el producto y devolviendo el envase por el importe del depósito, desechar intencionadamente el producto y devolver intencionadamente el envase por el importe del depósito;
- 4) Comprar un producto con los beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sea un alimento elegible mediante la reventa del producto, y posteriormente revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sea un alimento elegible; o
- 5) La compra intencionada de productos adquiridos originalmente con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o de una contraprestación que no sea un alimento elegible.

NO mienta ni oculte información para obtener o seguir obteniendo beneficios del SNAP que su hogar no debería recibir.

NO utilice los beneficios del Programa SNAP para comprar artículos no alimentarios, como bebidas alcohólicas y cigarrillos, ni para pagar cuentas de crédito.

NO intercambie ni venda (ni intente hacerlo) tarjetas EBT ni utilice la tarjeta EBT de otra persona para su hogar.

El DHS puede utilizar o compartir la información de esta solicitud para la administración de los programas del DHS, así como para la administración de otros programas de asistencia financiados con fondos federales de acuerdo con las leyes, contratos y reglamentos estatales y federales.

El DHS puede divulgar información no identificable para fines de investigación. Cualquier divulgación de información de identificación se hará de acuerdo con las leyes estatales y federales.



Rhode Island Formulario de Inscripción de Votante

Official use for barcode

Para: ☐ Votante Nuevo ☐ Actualizar mi información ☐ Cambio de partido

! Elegibilidad

Si marca "No" en respuesta a cualquiera de estas preguntas, no complete este formulario.

Información personal

Toda la información ingresada en este formulario es pública excepto:

Número de licencia de conducir o tarjeta de identificación de RI.
Número de seguro social (SSN).

Números de identificación

Si nunca ha votado en Rhode Island, por favor ingrese el número de identificación correspondiente.

La licencia de conducir y la tarjeta de identificación del estado deben ser emitidas por la División de Automotores de Rhode Island.

También puede enviar una copia de su identificación con este solicitud.

Dirección de su domicilio en Rhode Island

Dirección postal

Si es diferente de su domicilio de Rhode Island.

Afiliación a un partido

Afirmación y Firma

Advertencia: Si firma este formulario y sabe que es falso, usted puede ser condenado y multado hasta \$5,000 o encarcelado hasta 10 años.

Actualizar mi información

¡Involúcrese!

¿Es ciudadano de los Estados Unidos? ☐ Sí ☐ No

¿Es residente de Rhode Island? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene al menos 16 años? ☐ Sí ☐ No *Debe tener 18 años para votar*

Apellido Sufijo

Primer Nombre Segundo Nombre

Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa) Teléfono/ correo electrónico (opcional)

☐ Licencia de conducir de RI, o tarjeta de identificación de RI: _____

☐ No me han emitido una licencia de conducir, o una tarjeta de identificación del Estado de RI.
Escriba los últimos 4 dígitos de su número de Seguro Social (SSN): ____ ____ ____ ____

☐ No me han emitido una licencia de conducir, o una tarjeta de identificación de RI, o un SSN.

Dirección de domicilio (No use un P.O. Box) Apto.

RI

Ciudad/Municipio Estado Código postal

Dirección postal Apto.

Ciudad/Municipio Estado Código postal

☐ Demócrata ☐ Republicano ☐ Sin Afiliación ☐ Otro: _____

Juro o afirmo que:

Soy un/a ciudadano/a estadounidense; Vivo en la dirección arriba indicada; Tendré por lo menos dieciocho (18) años de edad cuando vote; No estoy encarcelado/a en una institución correccional por una condena por delito grave; No he sido legalmente juzgado/a "mentalmente incompetente" para votar por un tribunal de justicia. La información que he proporcionado es verdadera a mi leal saber y entender so pena de perjurio. Si proporcioné información falsa, me pueden multar, encarcelar o (si no soy un/a ciudadano/a de los Estados Unidos) deportarme o negarme la entrada a los Estados Unidos.

FIRME AQUÍ:

X

Fecha de firma
(mm/dd/aaaa)

Nombre anterior

Dirección previa (Condado, Ciudad/Población, Estado, Código Postal)

☐ Me interesa ser un trabajador electoral.

Return Address

**Sello
necesario**

Correos no
tramitará sin
el franqueo
adecuado.

Enviar a: **BOARD OF CANVASSERS**

Barrington Town Hall
283 County Rd. 02806
247-1900 x4

Bristol Town Hall
10 Court St. 02809
253-7000

Burrillville Town Hall
105 Harrisville Main St.
Harrisville 02830
568-4300

Central Falls City Hall
580 Broad St. 02863
727-7450

Charlestown Town Hall
4540 South County Trl. 02813
364-1200

Coventry Town Hall
1670 Flat River Rd. 02816
822-9150

Cranston City Hall
869 Park Ave. 02910
780-3126

Cumberland Town Hall
45 Broad St. 02864
728-2400

East Greenwich Town Hall
125 Main St.,
P.O. Box 111 02818
886-8603

East Providence City Hall
145 Taunton Ave. 02914
435-7502

Exeter Town Hall
675 Ten Rod Rd. 02822
294-2287

Foster Town Hall
181 Howard Hill Rd. 02825
392-9201

Glocester Town Hall
1145 Putnam Pike
P.O. Box B, Chepachet 02814
568-6206 x0

Hopkinton Town Hall
1 Town House Rd. 02833
377-7777

Jamestown Town Hall
93 Narragansett Ave. 02835
423-9804

Johnston Town Hall
1385 Hartford Ave. 02919
553-8856

Lincoln Town Hall
100 Old River Rd.
P.O. Box 100 02865
333-1140

Little Compton Town Hall
40 Commons
P.O. Box 226 02837
635-4400

Middletown Town Hall
350 East Main Rd. 02842
849-5540

Narragansett Town Hall
25 Fifth Ave. 02882
782-0625

Newport City Hall
43 Broadway 02840
845-5386

New Shoreham Town Hall
16 Old Town Rd.
P.O. Box 220 02807
466-3200

North Kingstown Town Hall
100 Fairway Dr, 02852
294-3331 x128

North Providence Town Hall
2000 Smith St. 02911
232-0900 x234

**North Smithfield
Municipal Annex**
575 Smithfield Rd. 02896
767-2200

Pawtucket City Hall
137 Roosevelt Ave. 02860
722-1637

Portsmouth Town Hall
2200 East Main Rd. 02871
683-3157

Providence City Hall
25 Dorrance St. 02903
Sala 102
421-0495

Richmond Town Hall
5 Richmond Townhouse Rd.
Wyoming 02898
539-9000 x9

Scituate Town Hall
195 Danielson Pike
P.O. Box 328
North Scituate 02857
647-7466

Smithfield Town Hall
64 Farnum Pike, 02917
233-1000 x116

South Kingstown Town Hall
180 High St.
Wakefield 02879
789-9331 x1231

Tiverton Town Hall
343 Highland Rd. 02878
625-6703

Warren Town Hall
514 Main St. 02885
245-7340

Warwick City Hall
3275 Post Rd. 02886
738-2010

West Greenwich Town Hall
280 Victory Hwy. 02817
392-3800

West Warwick Town Hall
1170 Main St. West Warwick, RI
02893
822-9201

Westerly Town Hall
45 Broad St. Westerly, RI 02891
348-2503

Woonsocket City Hall
169 Main St.
P.O. Box B 02895
767-9221