

Branch:	Case number:	Worker ID:
Case name:		SSN:
Due by the 10 th of:	Filing date:	



Solicitud para el Cuidado Infantil Relacionado con el Empleo (ERDC) y el Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP)

- Llene este formulario y envíelo a su oficina local del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés).
- Adjunte documentos que comprueben la información que está reportando. *No espere el pago de este mes.* Si necesita más espacio, use una hoja de papel adicional.

Si está renovando sus beneficios:

• **Sus beneficios podrían retrasarse si:**

- Devuelva este formulario después del día 10 del mes, o
- El formulario está incompleto.

Sus beneficios terminarán si usted no completa y devuelve este formulario a más tardar en el mes que aparece en el recuadro “Due by the 10th of (Vence el 10 de):” que está en la esquina superior derecha de esta página.

Díganos si necesita:

- Un intérprete Idioma que hablo: _____
- Un intérprete para lengua de señas
- Traducción de materiales escritos (*qué idioma*): _____

Materiales en: Braille Letra grande Cinta de audio Disco de computadora Presentación oral

Si no está inscrito para votar en su domicilio actual, ¿le gustaría registrarse hoy para votar? Sí No

Registrarse o no para votar no afectará la cantidad de ayuda que le proporcionará esta agencia.

- Marque una opción:** Solo estoy solicitando beneficios de cuidado infantil
 Solo estoy solicitando beneficios alimentarios
 Estoy solicitando beneficios de cuidado infantil y beneficios alimentarios

1. Nombre (<i>apellido, nombre, inicial del segundo nombre</i>):	Nombre de soltera u otros nombres usados:	¿Tiene pensado permanecer en Oregon? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No			
	Dirección particular:	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número de teléfono:
Dirección postal (<i>si es distinta</i>):	Ciudad:	Estado:	Código postal:	Número para mensajes:	

Si desea darle permiso a otra persona para solicitar u obtener beneficios en su nombre, inclúyala aquí:

Representante autorizado:	Nombre (<i>apellido, nombre, inicial</i>):	Número telefónico (<i>incluya el código de área</i>):
----------------------------------	--	---

2. ¿Quién vive en esta dirección con usted? Mencione a todos los integrantes de su hogar, incluyéndose a sí mismo/a, incluso si no está volviendo a solicitar beneficios para ellos. Incluya a niños no nacidos y las fechas previstas del nacimiento.

***Origen étnico — racial:** Puede elegir no compartir información sobre su grupo étnico o ascendencia racial. Esto no afectará su elegibilidad. Esta información nos ayuda a cumplir con el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964.

*Para el grupo étnico (*Origen étnico), elija uno por cada persona: H — Hispano o latino NH — No hispano ni latino*

*Para la ascendencia racial (*Raza), elija una o más por cada persona: B — Negro o afroestadounidense A — Asiático W — Blanco I — Indígena estadounidense o de Alaska P — Indígena de Hawái o de otras islas del Pacífico*

	Propio	Persona 1	Persona 2	Persona 3
Nombre (apellido, nombre, inicial):				
Relación:	Propio			
Sexo:	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	<input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer
Fecha de nacimiento:				
*Etnia:	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> NH	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> NH	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> NH	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> NH
*Raza (haga un círculo):	B A W I P	B A W I P	B A W I P	B A W I P
¿Compra y prepara alimentos con usted?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es ciudadano estadounidense?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Quiere servicios para esta persona?	<input type="checkbox"/> ERDC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> ERDC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> ERDC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Ninguno	<input type="checkbox"/> ERDC <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Ninguno
Número de Seguro Social (solo para aquellos que desean recibir servicios):				

Si hay más personas que viven con usted, agréguelas en otra hoja de papel.

3. ¿Está usted sin hogar? Sí No
Estar sin hogar puede significar vivir en un refugio de emergencia, compartir vivienda con otra familia por pérdida de empleo o pérdida de su vivienda, en un motel, carro, parque, lugar público, área de camping u otro lugar similar.
4. ¿Alguien en el hogar es un miembro activo de las fuerzas armadas? Sí No
De ser así, ¿quién? _____
 Militar activo de tiempo completo
 Guardia Nacional o Unidad Militar de Reserva
5. ¿Necesita cuidado infantil para un niño en crianza temporal? Sí No
6. ¿Tiene custodia compartida de cualquiera de los niños que necesita cuidado? Sí No
7. ¿Necesita cuidado infantil mientras usted trabaja y asiste a clases? Sí No
Las horas de clase solo se pueden aprobar si usted está trabajando y asistiendo a una escuela elegible para ayuda financiera federal. Debe presentar una copia de su inscripción escolar y su horario de clases actual.
8. Para las necesidades de cuidado infantil, ¿están al día los registros de vacunación (vacunas) de sus hijos? Sí No

*Para las familias que están pidiendo una **exención médica o no médica**, presente el formulario de Exención de la Autoridad de Salud de Oregon. **Las exenciones médicas deben incluir una declaración de un médico y las exenciones no médicas deben incluir un Certificado de educación sobre la vacunación. Puede encontrar el formulario de exención e información adicional en:***

<http://www.oregon.gov/oha/PH/PREVENTIONWELLNESS/VACCINESIMMUNIZATION>.

9. ¿Alguien tiene necesidades especiales de cuidado infantil? Sí No
Si contestó sí, ¿quién? _____

10. Los bienes de mi familia no exceden un millón de dólares (\$1,000,000). Marque esta casilla si esto es verdadero.

11. ¿Alguien trabaja? (Los estudiantes deben incluir trabajo estudiantil). Sí No

Si contestó "Sí", llene a continuación. Indique cada trabajo para cada persona empleada o que trabaje por cuenta propia. Adjunte comprobante de los ingresos recibidos el mes pasado y este mes. Si es un trabajo nuevo, indique la fecha en que empezó a trabajar: _____.

Si trabaja por cuenta propia, marque aquí <input type="checkbox"/>	Empleo 1	Empleo 2	Empleo 3
Persona que trabaja:			
Nombre y número de teléfono del empleador:			
Cargo:			
Paga por hora:	\$	\$	\$
Si no le pagan por hora, explique sus ingresos aquí:			
Horas (por semana):			
¿Con qué frecuencia le pagan? (semanalmente, mensualmente):			
Fechas de pago:			
Propinas a la semana:	\$	\$	\$
Retiros, horas extras, bonos o comisiones:	\$	\$	\$
¿Continuarán estos ingresos?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
*Si cambiarán los ingresos, indique el motivo del cambio aquí:			
Nueva cantidad:	\$	\$	\$
Fecha del cambio:			

12. Para las necesidades de cuidado infantil, dé información sobre su horario de trabajo y sus proveedores de cuidado:

Horas normales de trabajo: De: _____ a. m. / p. m. A: _____ a. m. / p. m.
Jornadas laborales normales: Lunes Martes Miércoles Jueves Viernes Sábado Domingo
Otros horarios (describa): _____
 Si su horario varía, describa los días y las horas que podría trabajar. No escriba "varía".

Dé información sobre el proveedor de cuidado infantil:

Nombre de proveedor	Teléfono del proveedor	Porcentaje de horas para el proveedor
1.º		
2.º		

El DHS no pagará el cuidado infantil proporcionado por proveedores de cuidado infantil sin licencia antes de que el DHS apruebe al proveedor. Si usted necesita ayuda para escoger un proveedor, comuníquese con 211Info marcando 211, enviando un mensaje de texto con la palabra "children" al 898211, enviando un correo electrónico a children@211.org o visitando 211Info.org.

13. ¿Alguna de estas personas recibe dinero de otra fuente? Sí No

De ser así, conteste a continuación. Adjunte comprobante de cada fuente.

- Ejemplos:
- Seguro Social
 - Ingresos por intereses
 - Compensación por desempleo
 - Beneficios para veteranos
 - Compensación de trabajadores
 - Ingresos de estudiante/dinero para la escuela
 - Manutención de menores
 - Préstamos o regalos
 - Premios

Nombre de la persona que obtuvo dicho dinero	Fuente de dicho dinero	Frecuencia recibe el pago?	Cantidad de cada pago	Cantidad este mes	¿Este ingreso continuará?
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*
			\$	\$	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No*

* Si cambiarán los ingresos, indique el nuevo monto. ¿A qué se debió el cambio y cuándo se efectuará?

14. ¿Estudia alguien en la universidad, escuela profesional u otro programa de capacitación? Sí No
 Si contestó "Sí", adjunte una copia de su carta de adjudicación de ayuda financiera.

	Estudiante 1	Estudiante 2
Nombre del estudiante:		
Nombre del centro de estudios / programa de capacitación:		
Tipo de estudiante:	<input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario	<input type="checkbox"/> Secundario <input type="checkbox"/> GED <input type="checkbox"/> Graduado <input type="checkbox"/> Vocacional <input type="checkbox"/> Universitario
Créditos:		
¿Fue estudiante en el último trimestre, este trimestre o ambos?	<input type="checkbox"/> Último trimestre <input type="checkbox"/> Este trimestre <input type="checkbox"/> Ambos	<input type="checkbox"/> Último trimestre <input type="checkbox"/> Este trimestre <input type="checkbox"/> Ambos
¿Solicitó o recibe ayuda financiera?	<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Recibe	<input type="checkbox"/> Solicitó <input type="checkbox"/> Recibe

Si SOLO está solicitando cuidado infantil y NO beneficios alimentarios, pase a la mitad de la página 5. Lea y firme la página 7.

15. ¿Paga usted por costos de cuidado infantil además de su copago? Sí No
 Si contestó "Sí", ingrese la cantidad mensual. \$ _____ al mes.

16. ¿Usted o alguna persona de su unidad familiar cubre los gastos de vivienda? Sí No
 Si contestó "Sí", complete lo siguiente: Renta Hipoteca (si está comprando)

¿Cuánto paga usted? \$ _____ al _____	Seguro contra incendios/riesgos, si es aparte: \$ _____ al _____	Impuesto predial (a la propiedad), si lo paga por separado: \$ _____ al _____
Persona o compañía a la que le paga la renta/hipoteca:	¿Podemos comunicarnos con esta persona/compañía? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si contestó "Sí", ¿cuál es su número telefónico?	

17. ¿Recibe ayuda para pagar la vivienda? Sí No
 Si contestó "Sí", complete lo siguiente:

Persona que paga	Pagado a	Cantidad pagada
		\$ _____

18. ¿Qué tipo de aire acondicionado/calefacción tiene su apartamento o casa?
 Madera Aceite Eléctrico Gas Otro
 a) El gasto: Está incluido en la renta Se paga por separado Se paga con una cantidad fija
 Se comparte con otro hogar Lo paga el HUD u otras personas
 b) ¿Qué otro tipo de servicios públicos paga? _____

19. ¿Alguna persona que vive en su hogar paga manutención de menores por orden del tribunal a alguien que no vive en su hogar?
 Sí No Si contestó "Sí", complete lo siguiente:

Persona que paga la manutención	Nombre del/de la menor	Cantidad pagada
		\$ _____

20. ¿Alguna de las personas para las que está solicitando tiene 60 años o más o es una persona con una discapacidad de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés)/Seguro de Discapacidad del Seguro Social (SSD, por sus siglas en inglés)? Sí No
 Si contestó "Sí", proporcione evidencia de gastos médicos pagados por usted e incluya los gastos del seguro médico.

Persona con gasto de su propio bolsillo	Cantidad pagada
	\$ _____ al mes

Se aplican sanciones en el Programa de Asistencia para Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) por realizar cualquiera de las siguientes opciones:

Si usted...	Perderá sus beneficios alimentarios...
<ul style="list-style-type: none"> • Oculta información o proporciona información falsa; • Utiliza las tarjetas de Beneficios por Transferencia Electrónica (EBT, por sus siglas en inglés) de alguien más; • Utiliza beneficios alimentarios para comprar bebidas alcohólicas o productos de tabaco; • Cambia o vende sus beneficios o tarjetas de EBT; • Vacía recipientes únicamente por su valor de canje en efectivo; • Revende, por dinero en efectivo, alimentos que ha comprado con beneficios alimentarios. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 12 meses por la primera infracción; • Por 24 meses por la segunda infracción; • De forma permanente por la tercera infracción.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia sus beneficios alimentarios por sustancias controladas, como drogas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 24 meses por la primera infracción; • De forma permanente por la segunda infracción.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia sus beneficios alimentarios por armas de fuego, municiones o explosivos. 	<ul style="list-style-type: none"> • De forma permanente.
<ul style="list-style-type: none"> • Cambia, compra o vende sus beneficios alimentarios de \$500 o más. 	<ul style="list-style-type: none"> • De forma permanente.
<ul style="list-style-type: none"> • Proporciona información falsa sobre su identidad o dónde vive para poder obtener beneficios alimentarios adicionales. 	<ul style="list-style-type: none"> • Por 10 años por cada infracción.
<p>Podría imponérsele una multa de hasta \$250,000 o encarcelársele hasta por 20 años, o ambos, por actuar de cualquiera de las maneras a continuación. Asimismo, podría imputársele cargos bajo otras leyes federales.</p>	
Si, a sabiendas, usted...	Usted podría...
<ul style="list-style-type: none"> • Usa tarjetas de EBT que no son suyas; • Traspasa sus tarjetas de EBT a otras personas; • Adquiere o posee tarjetas de EBT que no son suyas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ser culpable de un delito mayor o menor; • Ser multado; • Ser encarcelado; • No ser elegible para beneficios alimentarios por un periodo de tiempo.

Por qué necesitamos su número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés): El Departamento está autorizado para solicitar su SSN bajo las siguientes leyes y normas: 42 USC 1320b-7(a) y (b), 7 USC 2011-2036, 42 CFR 435.910, 42 CFR 435.920, 42 CFR 457.340(b) y OAR 461-120-0210. Su SSN será utilizado para encontrar su archivo y expediente. Para los clientes que solo están en el programa ERDC, proporcionar un SSN es voluntario.

Información sobre sus derechos y responsabilidades

Léalos con detenimiento. Puede pedirle al personal del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) que se los explique. Haga preguntas si hay algo que no entiende. Está aceptando realizar ciertas cosas cuando usted (*y su cónyuge o pareja*) recibe beneficios del DHS. Podría perder sus beneficios si no las lleva a cabo. También se le puede pedir que reembolse los beneficios si recibe demasiados.

Sus derechos (lo que usted puede esperar del DHS)

- El DHS le tratará con respeto, de forma justa y amable.
- Puede solicitar un comprobante de cualquier formulario que usted le entregue a una oficina del DHS.
- Puedo hablar con mi trabajador social o con una persona a cargo si tengo alguna pregunta sobre este formulario.
- Puede solicitar un intérprete para que le ayude a llenar los formularios o reportar cambios.
- El DHS le dará información en un formato o idioma que usted entienda.
- El DHS hará todo lo posible por satisfacer sus necesidades especiales si usted tiene alguna discapacidad. El DHS acata la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación.
- Lo que usted le diga al DHS se tratará de forma privada y confidencial. El DHS acata el “Aviso sobre prácticas de privacidad” publicado en todas sus oficinas.
- El DHS le dirá si usted califica para recibir beneficios de cuidado infantil en un plazo de 45 días a partir de la fecha en la cual usted presenta una solicitud.

- El DHS le dirá si reúne los requisitos para los beneficios alimentarios en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la cual usted presenta una solicitud.
- Si no está de acuerdo con una decisión del DHS, puede solicitar una audiencia. Puede solicitar una audiencia en el MSC 0443, por teléfono, por escrito o en persona. Si usted recibe beneficios de cuidado infantil, debe solicitar una audiencia en un plazo de 45 días a partir de la fecha del aviso sobre la decisión. Para los beneficios alimentarios, debe solicitar una audiencia en un plazo de 90 días a partir de la fecha en el aviso.

Sus responsabilidades (lo que usted debe hacer). Mediante mi firma, entiendo y acepto:

- Entiendo que las declaraciones falsas o la omisión de información pueden hacerme objeto de sanciones estatales y federales.
- El DHS puede revisar mi caso. Esto podría incluir venir a mi casa.
- Declaro que soy residente de Oregon.
- He proporcionado información verdadera acerca de la ciudadanía sobre mí mismo/a y las otras personas que estoy incluyendo en la solicitud.
- Sé que el DHS verificará la situación migratoria de las personas que están solicitando o recibiendo beneficios. Sé que la información que el DHS obtiene del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (USCIS, por sus siglas en inglés) podría afectar quién obtiene beneficios. El DHS no contactará al USCIS con respecto a alguien que no solicite beneficios.
- Autorizo a la División de Manutención de Menores (DCS, por sus siglas en inglés) del Departamento de Justicia (DOJ, por sus siglas en inglés) a divulgar mis expedientes al DHS.
- El DHS puede usar computadoras para revisar toda la información en este formulario. Lo anterior incluye verificar que coincidan los expedientes bancarios, de ingresos y de beneficios por desempleo.
- El DHS puede compartir la información en este formulario con:
 - Agencias federales y estatales que están realizando revisiones;
 - Oficiales de policía, para ayudarlos a arrestar a alguien que está huyendo de la ley;
 - Agencias federales y estatales y agencia privadas de cobranza, si tengo que reembolsar el pago de beneficios al DHS.
- El DHS no utilizará los costos de refugio, atención médica, cuidado infantil y manutención de menores ordenada por el tribunal para calcular mis beneficios alimentarios si no los reporto.
- Me registro en el programa OFSET y registro a todos los adultos en mi hogar que desean recibir beneficios alimentarios.
- Entiendo que no puedo obtener beneficios alimentarios del programa de Distribución Tribal de Alimentos y del programa SNAP al mismo tiempo.
- Cualquier persona en mi grupo que esté recibiendo beneficios puede perder sus beneficios alimentarios si renuncia a un trabajo o reduce sus horas laborales a menos de 30 horas a la semana sin un motivo válido.
- Acepto pagar mi copago en su totalidad cada mes.
- **Para el cuidado infantil (ERDC), acepto reportar ciertos cambios** que afecten a cualquier persona que está recibiendo beneficios, incluyéndome a mí mismo. Acepto reportar los siguientes cambios en un plazo de 10 días para todos los miembros de mi grupo:
 - Cambio de dirección;
 - Cantidad de ingresos del grupo familiar igual o superior a la indicada en este cuadro.
 - Un miembro del ejército que regresa con licencia luego de estar en servicio militar activo en una zona de guerra;
 - El miembro del ejército que estaba con licencia consigue trabajo o regresa al servicio militar activo;
 - Usted cambia o agrega un nuevo proveedor de cuidado infantil.
 - Una persona se muda al hogar o fuera del hogar, incluyendo un niño, un cónyuge o el padre o la madre de un bebé no nacido;
 - Hay una pérdida de trabajo o usted está con licencia por enfermedad.
 - Alguien que estaba buscando trabajo empieza a trabajar.
 - Alguien regresa al trabajo luego de estar con licencia por enfermedad.
 - Se necesita cuidado infantil mientras alguien asiste a la escuela.

N.º de integrantes del grupo familiar	Ingreso mensual bruto:	
	ERDC	SNAP
1	-----	\$1,383
2	\$4,012	\$1,868
3	\$4,956	\$2,353
4	\$5,899	\$2,839
5	\$6,843	\$3,324
6	\$7,787	\$3,809
7	\$8,259	\$4,295
8	\$9,192	\$4,780
Más de 8	\$9,192	Más de \$486 cada uno

- **Para los beneficios alimentarios (SNAP)**, acepto reportar cuando el ingreso mensual bruto de mi hogar alcance o supere las cantidades del SNAP en la tabla.

Los cambios para el Cuidado Infantil Relacionado con el Empleo (ERDC, por sus siglas en inglés) deben reportarse en el DHS 0862, *Informe de cambio para el ERDC*.

Los cambios para los beneficios alimentarios (SNAP) deben reportarse en el DHS 0853, *Sistema simplificado de informes* o en el DHS 0854, *Sistema simplificado de informes para Adulto sin discapacidades y sin dependientes (ABAWD, por sus siglas en inglés)*.

- Entiendo que mis respuestas en este formulario afectarán mis beneficios. Esta información podría hacer que mis beneficios aumenten, disminuyan o sean suspendidos. Recibiré un aviso en el que se me explicará la manera en que mis respuestas en el formulario afectarán mis beneficios y cómo solicitar una audiencia.
- Daré comprobantes de la información que he compartido con el DHS. También permitiré que el DHS se ponga en contacto con otras personas y agencias para obtener pruebas.
- Para los beneficios de cuidado infantil, entiendo que debo pagarle mi copago a mi proveedor de cuidado infantil cada mes para continuar siendo elegible para el programa de cuidado infantil.
- Entiendo que la persona que firme este formulario debe reembolsar el pago de beneficios al DHS cuando ocurra un sobrepago en mi caso. Los adultos en la unidad familiar del SNAP durante el periodo del sobrepago también deben hacer reembolsos.
- Afirmo bajo pena de perjurio que las declaraciones realizadas sobre las personas en mi unidad familiar, los ingresos y el resto de la información que le he dado al DHS es verdadera y correcta.

Entiendo que cualquier beneficio que reciba se reportará ante el Departamento de Hacienda de Oregon, lo cual podría afectar mi deuda fiscal y/o mi declaración fiscal potencial.

Firma legal completa del solicitante

Fecha

Firma legal completa del otro padre/madre, del cónyuge o de otro adulto

Fecha

Nuestra política de no discriminación

El Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés) no discrimina a nadie. Esto significa que el DHS ayudará a todas las personas que reúnan los requisitos necesarios y no tratará a nadie de manera diferente, debido a su edad, raza, color, procedencia nacional, sexo, religión, ideas políticas, discapacidad u orientación sexual².

Puede presentar una queja si cree que el DHS le trató de manera diferente por cualquiera de esas razones. Para presentar una queja ante el estado, puede llamar a la Oficina de Defensoría del Gobernador (Governor's Advocacy Office) al 1-800-442-5238 (TTY, para personas con problemas auditivos, 711), o envíe una carta a dicha oficina:

Oficina de Defensa del Gobernador (Governor's Advocacy Office)

500 Summer Street NE, E17

Salem, OR 97301

Correo electrónico: DHS.info@state.or.us

“¡La ley exige oportunidades equitativas!”

El Departamento de Agricultura de Estados Unidos (United States Department of Agriculture o USDA) y el Departamento de Servicios de Salud y Humanos (Health and Human Services o HHS) de Estados Unidos son proveedores y empleadores que ofrecen oportunidades equitativas. De solicitarse, se facilitarán ayudas y servicios auxiliares a personas con discapacidades.

Para presentar una demanda ante el USDA y el HHS, lea el formulario “Información sobre quejas por discriminación de clientes” (Spanish MSC 9001). Hallará esta información en el “Paquete de información y derivación” (Information and Referral Packet, DHS 6609).

¹ Los clientes de SNAP están amparados de la discriminación en base a sus ideas políticas.

² La orientación sexual está amparada por el Estado de Oregon, pero no por las leyes federales.