

DECLARACIÓN Y CONSENTIMIENTO DEL DEPARTAMENTO DE SERVICIOS HUMANOS DE MISSISSIPPI PARA PARTICIPAR EN EL PROYECTO DE SOLICITUD COMBINADA DE MISSISSIPPI (MSCAP)

AL FIRMAR CON MI NOMBRE A CONTINUACIÓN, ESTOY RECONOCIENDO LO SIGUIENTE:

1. que se me ha informado sobre el Proyecto MSCAP;
2. que he leído, o me han explicado, y que entiendo mis derechos y responsabilidades en virtud del Programa MSCAP;
3. que entiendo que, como destinatario de Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), para recibir beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) solo para mí, tendré que participar en el programa del Proyecto de Solicitud Combinada de Mississippi (Mississippi Combined Application Project, MSCAP) a menos que tenga gastos de alojamiento o servicios públicos de más de \$552 o gastos médicos de bolsillo de más de \$35 cada mes;
4. que no estoy pagando manutención infantil ordenada por un tribunal a nadie fuera de mi hogar.

DECLARO LO SIGUIENTE:

5. que vivo solo o compro y preparo comidas por separado de otros miembros de mi hogar; **tengo 21 años o menos** ☐ Sí ☐ No. Si la respuesta es "Sí", vivo con mis **padres/padre o madre** ☐ Sí ☐ No.
6. que no tengo ningún ingreso de trabajo;
7. que no recibo ingresos del Plan de Distribución de la Banda de Nativos de Choctaw de Mississippi.
8. **Verifique el importe de gastos mensuales reales de alojamiento y servicios públicos:**
 - ☐ Entre \$0 y \$400.00
 - ☐ Entre \$400.01 y \$552.00
 - ☐ \$552.01 o más (**en este caso, puede elegir participar en el programa SNAP regular**)
 - ☐ Me gustaría participar en el programa MSCAP.

SI NO INDICA SUS GASTOS REALES DE VIVIENDA O SERVICIOS PÚBLICOS, RECIBIRÁ LA DEDUCCIÓN DE VIVIENDA MÁS BAJA.

9. **Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse aquí hoy?** ☐ Sí ☐ No

Si no marca una casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. Su solicitud de registro o rechazo del registro para votar no afectará el importe de asistencia que le brindará esta agencia. Si se niega a registrarse para votar, este hecho será confidencial. Si se registra para votar, la oficina donde presentó su solicitud se mantendrá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro del votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante: Secretario de Estado de Mississippi, División Electoral, P. O. Box 136, Jackson, MS 39205-0136.

Nombre (**en imprenta**): _____ Teléfono: _____
(Nombre de pila) (Segundo nombre) (Apellido)

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Número de seguridad social: _____ Fecha de nacimiento: _____

Firma: _____ Fecha: _____

Firma del testigo (si se firma con una marca): _____ Fecha: _____