

NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2
ADDRESS LINE 3

**SEMIANNUAL REPORTING
FORM**
**READ FORM & INSTRUCTIONS
CAREFULLY**

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2

**This signed and completed form along
with the required proof must be in the
County Assistance Office by:**

DATE

REPORTING FOR

MONTH

DPW USE ONLY

COMPLETE		DATE	
☐			
INCOMPLETE			
☐ 1	☐ 2	☐ 2V	☐ 3V
☐ 4	☐ 4V	☐ 5	☐ 5V
☐ 8	☐ 8V		
☐ ALL			
☐ UNSIGNED			
AUTHORIZED			
WORKER			
CLERICAL			

Si necesita formulario en español, comuníquese con su trabajador inmediatamente, tiene que completar, firmar y devolver esta forma la "County Assistance Office" para la fecha de vencimiento que se indica o su caso será cerrado, incluyendo su asistencia médica, y/o sus cupones de comida (7 CFR 273.12 (a)(1)(vii) and 55 PA Code 133.23 (a)(1)(viii), 133.84(d), 140.401, 140.513(3), 201.1, 201.3).

**We must review your eligibility so you may continue to receive benefits.
YOU MUST:**

- Review and answer the questions on this form (if you need additional space for any of the questions, use a separate piece of paper and attach it to this form).
- Sign the certification section. An unsigned form is considered incomplete.
- Mail completed form in the return envelope provided or fax the form to the County Assistance Office with:
 - Proof of all household members' income from work.
 - Proof of any changes reported on this form.

Please read the instructions on page A and if you need help or if you have questions about the proof needed to verify changes, call your caseworker or the Change Center.

Please return ALL pages of this form in the enclosed envelope.

If you wish to claim good cause, sign and include page A.

For Voter Registration information, See Page C

IMPORTANT

THIS ADDRESS MUST APPEAR
IN THE WINDOW OF THE
ENCLOSED ENVELOPE WHEN
RETURNING THIS FORM.



NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2
ADDRESS LINE 3



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

1.

These are the household members you last reported to be in your household.

Last Name	First Name	M.I.	Date of Birth
# LAST NAME	FIRST NAME	X	DATE
# LAST NAME	FIRST NAME	X	DATE

Did anyone move into or out of your household? Yes___ No___ If yes, list who and their relationship to you.

2.

These are the household members you last reported to be working and where they worked.

First Name	Where Employed	Date Employment Began
# FIRST NAME	EMPLOYER	DATE

Did any household member start a new job, change a job, or stop working? Yes ___ No ___ If yes, list any changes, such as job start date, end date, date of first pay, how often paid.) Provide proof (pay stubs, employer statements, etc.)

3.

Provide proof (pay stubs, employer statements, etc.) of all work income any household member received in the month of: Month



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

4.

These are the household members you last reported to have income from a source other than work or public assistance
 (Examples: child support, Social Security, pension income, etc.)

First Name		Type of Income	Amount
#	FIRST NAME	TEXT	\$###.##
#	FIRST NAME	TEXT	\$###.##

Did any household member lose or start receiving income or have a change in amount? Yes ___ No ___
 If yes, list any changes. Provide proof (award letter, support court orders, etc.)

5.

Is the address on this form your current address? Yes ___ No ___ For voter registration information see page C.
 If no, what is your new address? Provide proof. (Examples: Lease, landlord statement, deed, etc.)

If you receive food stamps and you have moved, what are your shelter (rent/mortgage) and utility costs? Do you pay for your own heating and/or air conditioning? Yes ___ No ___
 *Answering these questions may help you receive more food stamp benefits.



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

6.

This is the last reported amount of child support paid for children outside the household.

####.##

Did any household member have a change in the amount he is requested to pay? Yes ___ No ___ If yes, list any changes. Provide copy of support court order or letter and proof of payment.

* You do not have to answer this question or provide proof. Answering this question and providing proof may help you to remain eligible or receive more benefits.

7.

This is the information you last reported about child care or for care of a sick or disabled person.

Caregiver	Paid For	Amount

Are there any changes? Yes ___ No ___ If yes, list any changes. Provide copy of bill or statement from caregiver.

* You do not have to answer this question or provide proof. Answering this question and providing proof may help you to remain eligible or receive more benefits.

8.

These are the household members you last reported to have resources, including vehicles. (Examples: bank accounts, property, etc.)

* If this form is to determine eligibility for medical benefits only and you are pregnant OR under 21 years of age OR living with your dependent child who is under the age of 21, you do not have to answer this question.

First Name	Resource Type	Total Value	Amount Owed	Resource Description
#	FIRST NAME	TEXT	####.##	####.##

Has the information in this section changed? Yes ___ No ___

Does any household member have resources not listed above? Yes ___ No ___

If you answered yes to either question, list any changes. Provide proof (copy of bank statement, vehicle registration, etc.)



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

CERTIFICATION

I swear that the information given on this form is complete and correct to the best of my knowledge. I agree to report any changes in circumstances that may affect my eligibility or the amount of cash, Medicaid and/or food stamp benefits. I understand that willful failure to give accurate information or to report changes may result in a fine or imprisonment or both. I understand that changes in income, circumstances, and/or other factors as reported on this form may cause my cash assistance, medicaid and/or food stamp benefits to be increased, decreased or stopped.

Signature of Payment Name

or

Authorized Representative for Food Stamps

DATE

Daytime Telephone Number



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	###



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

INSTRUCTIONS

Your household circumstances require you to report semiannually (every 6 months). The information on the semiannual reporting form is needed to determine your continued eligibility for cash, food stamps, Extended Medical Coverage and/or Medicaid. It is also needed to calculate the amount of your monthly cash and/or food stamp benefits. You must give us information for the reporting month shown on page 1 of the form. You are asked to provide child care information: failure to do so could lead to lower benefits or ineligibility.

Note: You may report changes at any time if the change would increase your benefits (such as if you lose your job or your hours of work decrease).

When answering the questions, you must give us information for all persons included in your cash, food stamps and/or Medicaid benefits. This includes stepparents and information for sponsors of aliens, even if the sponsor does not live in your home. You can use a separate sheet of paper to explain any of your answers or give additional information. A separate sheet of paper must be sent in with the form.

You must complete, sign and return the form to the county assistance office by the date shown on page 1 of the form. IF YOU NEED HELP TO COMPLETE THE FORM, CALL YOUR CASEWORKER OR CHANGE CENTER.

NOTICE

- If the form is late or incomplete, you may not receive you cash and/or food stamp benefits on time.
- If you DO NOT return the form, action may be taken to close your case. This action may include your cash assistance, food stamps, child care payments, and/or Medicaid (55 Pa Code 133.84(d), 104.401, 140.513(3), 201.1, 201.3, 7 CFR 273.12 (a)(1)(viii) and 273.7(d)(4)(i)).
- If you disagree with the decision to reduce or stop your benefit(s), you have the right to appeal. You will be sent a notice to tell you about any proposed reduction or stoppage of your benefits.
- If your case is closed, you may have to complete a new application and be otherwise eligible to have benefits restored.

GOOD CAUSE

YOU MAY CLAIM "GOOD CAUSE" if you have good reason for not completing the form or for returning it late. To claim "good cause", you must state your reason(s) in the space below, sign your statement and return this form to the county assistance office as soon as possible, within 30 days from the due date. You may also claim "good cause" orally by contacting your caseworker, but you must also return this form to the county assistance office as soon as possible, within 30 days from the due date.

I AM CLAIMING "GOOD CAUSE" BECAUSE:

CLIENT SIGNATURE:

For DPW use ONLY

Approved _____

Disapproved _____

-PAGE A-



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

Important Information

About the Department of Public Welfare's Notice of Privacy Practices.

If you need a free translation of this information, contact your County Assistance Office.

YOU MAY REQUEST A COPY OF THE DEPARTMENT'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The Department of Public Welfare's Notice of Privacy Practices explains how information about you is used and disclosed. This Notice is available at any time through your County Assistance Office and online at www.dpw.state.pa.us. If you would like us to send you a copy of the Notice of Privacy Practices, please contact your caseworker. You may also request a copy in person at your County Assistance Office.

USTED PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DEL AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO

El Aviso de las Normas de Privacidad del Departamento de Bienestar publico explica como se utiliza y divulga información sobre usted. El Aviso esta disponible en cualquier momento en la Oficina de Asistencia del Condado o en linea en www.dpw.state.pa.us. Si desea que nosotros le enviemos una copia del Aviso de las Normas de Privacidad, comuníquese con su asistenete social. También puede solicitar una copia un persona en También puede solicitar una copia un persona en la Oficina de Asistencia del Condado.



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

Please return this page if you wish to register to Vote

Voter Registration

If you or any other adult in your household is not registered to vote where you live now, would you like to register to vote? __ Yes __ No

If yes, enter names below. IF YOU DO NOT CHECK 'YES' or 'NO', or RETURN THIS PAGE, you are choosing not to register to vote at this time.

To register you must: 1) Be at least age 18 on the day of the next election; 2) Be a citizen of the United States for at least one month PRIOR TO THE NEXT ELECTION; 3) Reside in Pennsylvania and the voting district at least 30 days prior to the next election.

Line No CAO Only	LAST NAME	FIRST NAME	Line No CAO Only	LAST NAME	FIRST NAME

YOUR BENEFIT WILL NOT BE AFFECTED IF YOU REGISTER OR DO NOT REGISTER

If you need help filling out the voter registration form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours.
You may fill out the application form in private. Please contact the County assistance office if you need help.

If you believe that someone has interfered with your right to register to vote, or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with the Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120 (Toll-free telephone number 1-800-552-VOTE).

Do Not Complete - County Assistance office use

☐ GIVEN TO CLIENT __/__/__	☐ SENT TO VOTER REGISTRATION __/__/__	☐ MAILED TO CLIENT __/__/__
☐ DECLINED, NOT INTERESTED __/__/__	☐ NOT A U.S. CITIZEN __/__/__	☐ DECLINED, ALREADY REGISTERED __/__/__

-PAGE C-



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	###



**FORMULARIO DE REPORTE
SEMESTRAL
LEER CUIDADOS ESTA
AMENTE FORMA Y**

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2
ADDRESS LINE 3

NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2

Esta forma completa y firmada y las verificaciones requeridas debe estar en la Oficina de Asistencia Publica por:

DATE

REPORTANDO POR:

MONTH

DPW USE ONLY

COMPLETE		DATE	
☐			
INCOMPLETE			
☐ 1	☐ 2	☐ 2V	☐ 3V
☐ 4	☐ 4V	☐ 5	☐ 5V
☐ 8	☐ 8V		
☐ ALL			
☐ UNSIGNED			
AUTHORIZED			
WORKER			
CLERICAL			

If you need this form in English, please contact your caseworker. You must complete, sign and return this form to your local County Assistance Office on or before the date indicated on this form. If not, your case may close. This includes your cash, medical assistance and food stamp benefits.
(7 CHR 273.12(a)(1)(vii) and 55 Pa Code 133.23(a)(1)(vii), 133.64(d), 140.401, 140.513(3), 201.1, 201.3)

Debemos evaluar su elegibilidad para que pueda continuar recibiendo beneficios. USTED DEBERA:

- Leer y contestar las preguntas de este formulario (si necesita espacio adicional para alguna de las preguntas, use un papel separado y adjúntelo a este formulario).
- Firmar la sección de certificación. Si no firma el formulario, se considera incompleto.
- Envíe el formulario completado en el sobre proporcionado o por fax a la Oficina de Asistencia del Condado con:
 - comprobante del ingreso del trabajo de todos los integrantes de la unidad
 - familiar
 - comprobante de cualquier cambio reportado en este formulario.

Lea las instrucciones de la pagina A y si necesita ayuda o si tiene preguntas sobre los comprobantes necesarios los cambios, hable con su asistente social o llame al Centro de Cambios

Devuelva TODAS las páginas de este formulario en el sobre adjunto.

Si desea alegar causa justificada, firme la página A e inclúyala.

Para la informacsn del registro de votantes, vea la pagina C

IMPORTANTE

ESTA DIRECCION TIENE QUE APARECER EN LA VENTANILLA DEL SOBRE ADJUNTO CUANDO ENVIE ESTE FORMULARIO



NAME
ADDRESS LINE 1
ADDRESS LINE 2
ADDRESS LINE 3



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

1.

Estos son los miembros de la unidad familiar que reportó que viven en su casa

Apellido	Nombre	Inicial	Fecha de nacimiento
# LAST NAME	FIRST NAME	X	DATE
# LAST NAME	FIRST NAME	X	DATE

¿Llegó a vivir o se fue alguien de su casa?
 Sí ____ No ____
 Si sí, explique quién y su relación con usted

2.

Estos son los miembros de la unidad familiar que reportó que trabajan y donde trabajan.

Nombre	Lugar de empleo	Fecha en que comenzó el empleo
# FIRST NAME	EMPLOYER	DATE

¿Comenzó, cambio o dejó de trabajar algún miembro de la unidad familiar?
 Sí ____ No ____
 Si sí, anote los cambios, como fecha de inicio o fecha final del trabajo, fecha del primer pago, frecuencia de pagos.
 Proporcione comprobantes (ejemplos: talonarios de cheques, declaraciones del empleador, etc.)

3.

Proporcione comprobantes (talonarios de cheques, declaraciones del empleador, etc.) de todo el ingreso de trabajo recibido por cualquier miembro de la unidad familiar en el mes de
 Month



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

4.

Estos son los miembros de la unidad familiar que usted reportó tienen ingresos de una fuente que no es trabajo o asistencia pública

(Ejemplos: manutención de los hijos, Seguro Social , pensión, etc.)

Nombre		Tipo de ingreso	Cantidad
--------	--	-----------------	----------

#	FIRST NAME	TEXT	\$###.##
---	------------	------	----------

¿Algún miembro de la unidad familiar dejó de recibir o comenzó a recibir ingreso o tuvo un cambio en la cantidad? Sí ____ No ____ Si sí, anote los cambios:

Proporcione comprobantes (ejemplos: carta, ordenes del tribunal, etc.)

5.

¿Su dirección actual es la que se indica en este formulario? Sí ____ No ____ Vuelva por favor esta pagina si usted desea registrarse para votar

Si no, ¿cual es su nueva dirección? Proporcione comprobantes. (Ejemplos: contrato de alquiler, carta del casero, escritura, etc.)

Si recibe cupones de alimentos y se mudó, ¿cuales son sus gastos de vivienda (renta/hipoteca) y de servicios básicos?

¿Paga su propia calefacción y/o aire acondicionado? Sí ____ No ____

*Responder a estas preguntas podría ayudarle a recibir mas beneficios de cupones de alimentos.



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

6.

Esta es la ultima cantidad reportada de manutención de hijos que no viven en su casa.

####.##

¿Algún miembro de la unidad familiar tuvo algún cambio en la cantidad que debe pagar?
 Sí ____ No ____
 Si sí, anote los cambios:
 Proporcione una copia de la carta u orden de manutención y comprobante de pago.
 * Usted no tiene que responder a esta pregunta ni proporcionar comprobante.
 Responder a esta pregunta y proporcionar comprobante puede ayudarle a seguir satisfaciendo los requisitos y recibir más beneficios.

7.

Esta es la información que reporto sobre cuidado infantil o cuidado de una persona enferma o discapacitada.

	Cuidador	Pago por	Cantidad
#	FIRST NAME	TEXT	####.##
#	FIRST NAME	TEXT	####.##

¿Hay cambios?
 Sí ____ No ____
 Si sí, anote los cambios:
 Proporcione unos copia la factura del cuidador.
 *Usted no tiene que responder a esta pregunta ni proporcionar comprobante.
 Responder a esta pregunta y proporcionar comprobante puede ayudarle a seguir satisfaciendo los requisitos y recibir mas beneficios.

8.

Estos son los miembros de la unidad familiar que reporto que tienen ingresos, incluidos los vehículos.
 (Ejemplos: cuentas bancarias, bienes raíces, etc.)
 *Si este formulario es para determinar si califica para beneficios médicos solamente y esta embarazada
 O es menor de 21 anos de edad
 O vive común hijo a su cargo menor de 21 anos de edad,
 no tiene que responder a esta pregunta.

	Nombre	Tipo de recurso	Valor total	Cantidad que debe	Descripción
#	FIRST NAME	TEXT	####.##	####.##	

¿Ha cambiado alguna información de esta sección?
 Sí ____ No ____
 ¿Algún miembro de la unidad familiar tiene recursos que no se indican arriba?
 Sí ____ No ____
 Si respondió Si a alguna de las preguntas, anote los cambios.
 Proporcione comprobantes (copia del estado bancario, registro del vehículo, etc.)



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

CERTIFICACIÓN

Juro que la información proporcionada es completa y correcta a mi mejor saber y entender. Prometo reportar cualquier cambio en las circunstancias que pudieran afectar mi elegibilidad o la cantidad de beneficios en efectivo, beneficios médicos y/o beneficios de cupones de alimentos. Entiendo que no proporcionar información precisa o no reporta cambios intencionadamente puede dar como resultado una multa, encarcelamiento o ambos. Entiendo que los cambios en ingresos, circunstancias y/u otros factores reportados en este formulario podrían causar que mi asistencia en efectivo, beneficios médicos y/o beneficios de cupones de alimentos aumenten o disminuyan o sean suspendidos.

Firma del beneficiario

or

Representante autorizado para Cupones de Alimentos

FECHA

Teléfono durante el día



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

INSTRUCCIONES

Debido a su situación domestica, usted tiene que hacer un reporte semestral (cada 6 meses). La información del informe semestral es necesaria para determinar si continua calificando para recibir asistencia en efectivo, cupones de alimentos, cobertura medica extendida o beneficios médicos. También se requiere para calcular la cantidad de sus beneficios mensuales de efectiva y/o cupones de alimentos. Usted debe proporcionarnos información para el mes de informe que se indica en la pagina 1 del formulario. Se le pide que proporcione información sobre cuidado infantil, si no lo hace podrían disminuir sus beneficios o podría dejar de calificar.

Nota: Puede reportar los cambios en cualquier momento si dicho cambio aumentaría sus beneficios (como por ejemplo si pierde su trabajo o le disminuyen las horas de trabajo).

Cuando conteste las preguntas, nos debe proporcionar información para toda las personas incluidas en sus beneficios de efectivo, cupones de alimentos y/o beneficios incluidas en sus beneficios de efectivo, cupones de alimentos y/o beneficios médicos. Eso incluye a los padrastros y madrastras e información sobre padrinos (patrocinadores) de extranjeros, aunque el patrocinador no viva en su casa. Puede usar una hoja de papel aparte para explicar cualquiera de sus respuestas o para proporcionar información adicional. Toda hoja de papel separada deberá ser enviada con el formulario.

Debe completar, firmar y devolver el formulario a la Oficina de Asistencia del Condado antes de la fecha indicada en la pagina 1. SI NECESITA WYUDA PARA COMPLETAR ESTE FORMULARIO, LLAME A SU ASISTENTE SOCIAL O AL CENTRO DE CAMBIOS

AVISO

- Si el formulario esta incompleto, es posible que no le lleguen a tiempo sus beneficios de efectivo y/o cupones de alimentos
- Si NO devuelve el formulario, es probable que se lleve a cabo una acción para cerrar su caso. Esta acción puede incluir su asistencia en efectivo, cupones de alimentos, pagos de atención infantil y/o Medicaid (55 Pa Code 133.84(d), 104.401, 140.513(3), 201.1, 201.3, 7 CFR 273.12(a)(1)(viii) y 273.7(d)(4)(i)).
- Si no esta de acuerdo con la decisión de reducir o suspender sus beneficios, usted tiene el derecho de apelar. Le enviará un aviso para informarle sobre cualquier posible reducción o suspensión de beneficios.
- Si se cierra su caso, es posible que tenga que completar una nueva solicitud y calificar por otros medios para que le restablezcan los beneficios

CAUSA JUSTIFICADA

USTED PUEDE ALEGAR "CAUSA JUSTIFICADA" si tiene una causa que justifique no haber completado este formulario o haberlo entregado tarde. Para alegar "causa justificada" tiene que indicar su(s) motivo(s) en espacio de abajo, firmar su declaración y devolver este formulario a la Oficina de Asistencia del Condado lo antes posible, antes de que transcurran 30 días de la fecha de vencimiento. También puede alegar "causa justificada" oralmente comunicándose con su trabajador social, pero también deberá devolver este formulario a la Oficina de Asistencia del Condado lo antes posible, en su plazo de 30 días de la fecha de vencimiento

YO ALEGO "CAUSA JUSTIFICADA" PORQUE :

FIRMA DE CLIENTE :

Solo para uso del DPW

Aprobado _____

No aprobado _____



-PAGE A-

#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

Important Information

About the Department of Public Welfare's Notice of Privacy Practices.

If you need a free translation of this information, contact your County Assistance Office.

YOU MAY REQUEST A COPY OF THE DEPARTMENT'S NOTICE OF PRIVACY PRACTICES

The Department of Public Welfare's Notice of Privacy Practices explains how information about you is used and disclosed. This Notice is available at any time through your County Assistance Office and online at www.dpw.state.pa.us. If you would like us to send you a copy of the Notice of Privacy Practices, please contact your caseworker. You may also request a copy in person at your County Assistance Office.

USTED PUEDE SOLICITAR UNA COPIA DEL AVISO DE LAS NORMAS DE PRIVACIDAD DEL DEPARTAMENTO

El Aviso de las Normas de Privacidad del Departamento de Bienestar publico explica como se utiliza y divulga información sobre usted. El Aviso esta disponible en cualquier momento en la Oficina de Asistencia del Condado o en linea en www.dpw.state.pa.us. Si desea que nosotros le enviemos una copia del Aviso de las Normas de Privacidad, comuníquese con su asistenete social. También puede solicitar una copia un persona en También puede solicitar una copia un persona en la Oficina de Asistencia del Condado.



#####

CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####

Vuelva por favor esta pagina si usted desea registrarse para votar

INSCRIPCIÓN VOTANTE (Opcional)

Si usted u otro adulto de su casa no se ha registrado para votar donde vive ahora, ¿desea registrarse para votar? __Sí __No

Si su respuesta es afirmativa, escriba los nombres abajo: SI NO MARCA 'SÍ' O 'NO', equivale a escoge no registrarse para votar por ahora.

Para registrarse debe: 1) Cumplir o haber cumplido 18 años de edad el día de la siguiente elección; 2) Ser ciudadano de EE.UU. por lo menos un mes ANTES DE LA SIGUIENTE ELECCIÓN; 3) Residir en Pennsylvania y el distrito de votación por lo menos 30 días antes de la siguiente elección.

Line No CAO Only	APELLIDO	NOMBRE	Line No CAO Only	APELLIDO	NOMBRE

SUS BENEFICIOS NO SE VERÁN AFECTADOS SI SE REGISTRA O NO SE REGISTRA

Si necesita ayuda para completar el formulario de inscripción de votante, nosotros le ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar la solicitud en privado. Comuníquese con la oficina de asistencia del condado si necesita ayuda. Si piensa que alguien ha interferido con su derecho de registrarse para votar, o rechazar la oferta de registrarse para votar, su derecho a la privacidad en cuanto a la decisión de registrarse o presentar la solicitud para registrarse para votar o su derecho de elegir su propio partido político o cualquier otra preferencia política, puede presentar una queja con: Secretary of the Commonwealth, PA Department of State, Harrisburg, PA 17120. (Línea directa gratuita 1-800-552-8683).

Do Not Complete - County Assistance office use

☐ GIVEN TO CLIENT __/__/____
 ☐ SENT TO VOTER REGISTRATION __/__/____
 ☐ MAILED TO CLIENT __/__/____
☐ DECLINED, NOT INTERESTED __/__/____
 ☐ NOT A U.S. CITIZEN __/__/____
 ☐ DECLINED, ALREADY REGISTERED __/__/____

-PAGE C-



CASE IDENTIFICATION						
CO	RECORD	CASH	MA	FS	DIST	CSLD
X	#####		##	X	X	####



#####