

ESTADO DE ALABAMA - SOLICITUD SIMPLIFICADA DE ASISTENCIA ALIMENTARIA PARA ADULTOS MAYORES

Número de caso _____
 Fecha de solicitud _____
 Condado _____

Marque aquí su idioma preferido: Inglés _____ Español _____ Otro _____

¿Necesita ayuda para rellenar esta solicitud debido a una discapacidad? ¿Necesita un intérprete? ¿Necesita material traducido? En caso afirmativo, pida ayuda en la Oficina de Asistencia Alimentaria de su localidad. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden llamar al 1-833-822-2202 utilizando el Servicio de Retransmisión de Alabama al 711 o al 1-800-548-2546 (TTY) para obtener ayuda para ponerse en contacto con su Oficina local de Asistencia Alimentaria.

Esta solicitud es para las personas que solicitan asistencia alimentaria cuando:

- Todos los miembros del grupo familiar de asistencia alimentaria tienen 65 años o más.
- Todos los miembros del grupo familiar tienen 65 años o más y compran y preparan la comida por separado de las demás personas del hogar.
- Ningún miembro del grupo familiar de asistencia alimentaria recibe ingresos por trabajo.

Puede presentar esta solicitud rellenando al menos su nombre, dirección y firmando el formulario. Si necesita ayuda para rellenar esta solicitud, llame gratis al 1-800-438-2958. Para obtener la dirección o el número de teléfono de su oficina local, llame gratis al 1-833-822-2202 o en línea en www.dhr.alabama.gov.

Díganos quién es y dónde vive.

Nombre y apellidos _____ Fecha de nacimiento _____ **Número del Seguro Social _____
 (Nombre, segundo nombre, apellido)
 Dirección postal _____ Dirección del hogar (si es diferente) _____
 Ciudad _____ Condado _____ Estado _____ Código postal _____
 Número de teléfono o de mensajes _____ (debemos poder localizarlo en este número de lunes a viernes de 8:00 a. m. a 5:00 p. m.)

SERVICIOS URGENTES

Si aún no está certificado para recibir asistencia alimentaria este mes, es posible que pueda recibirla en un plazo de 7 días si su grupo familiar tiene poco o nada de dinero. Si desea saber si puede calificar para los servicios urgentes, responda a estas preguntas.

1. ¿De cuánto disponen los miembros de su grupo familiar en efectivo o en una cuenta bancaria? \$ _____
2. ¿Cuál es el monto total de ingresos que ha recibido o espera recibir este mes, incluido el dinero en efectivo? \$ _____
3. ¿Cuál es el monto mensual de su alquiler/hipoteca? \$ _____ Servicios públicos distintos del teléfono \$ _____
4. ¿Usted o alguien de su grupo familiar ha recibido o espera recibir beneficios de asistencia alimentaria este mes? Sí ☐ No ☐
 En caso afirmativo, ¿de dónde? _____

REPRESENTANTE AUTORIZADO

¿Quiere dar permiso a otra persona para que solicite o reciba beneficios de asistencia alimentaria por usted? Sí ☐ No ☐

Persona responsable de presentar la solicitud en su nombre. Persona responsable de conseguir una tarjeta EBT para comprar alimentos por usted.

Nombre _____ Nombre _____
 Número de teléfono _____ Número de teléfono _____

1. Indique todas las personas para las que solicita asistencia alimentaria. Usted DEBE incluir a su cónyuge, si vive con usted.

** Número del Seguro Social	Nombre	Segundo nombre	Apellido	FDN	Edad	Sexo/ H/M	*Etnia	*Raza	***Ciudadano	Relación con usted
							Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	Usted mismo
							Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
							Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	
							Hispano <input type="checkbox"/> No hispano <input type="checkbox"/>		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>	

* Esta información es voluntaria. Indique todas las razas que correspondan solo si la persona solicita beneficios. Sus beneficios no se verán afectados si no contesta a los puntos de etnia o raza (la agencia elegirá por usted si no contesta). Facilitamos esta información contribuirá a garantizar que los beneficios del programa se distribuyan sin distinción de raza, color u origen nacional.

**Es voluntario facilitar el número de Seguro Social (Social Security Number, SSN) de cada miembro del grupo familiar. No obstante, si no se facilita el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, dicho miembro será descalificado.

***Suministrar información sobre ciudadanía/inmigración es voluntario. Si no se facilita esta información por cada miembro del grupo familiar, dicho miembro será descalificado.

ADJUNTE UNA HOJA APARTE SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS DEL GRUPO FAMILIAR.

2. Haga una lista de todas las personas que viven en su casa y con las que no compra ni prepara sus comidas.

Nombre	Relación con usted	FDN	
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas del grupo familiar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Esta persona le da dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas del grupo familiar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Esta persona le da dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
			¿Esta persona paga alguna parte de las facturas del grupo familiar? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> ¿Esta persona le da dinero? Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>

ADJUNTE UNA HOJA APARTE SI NECESITA MÁS ESPACIO PARA LOS MIEMBROS QUE NO FORMAN PARTE DEL GRUPO FAMILIAR.

3. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar beneficiario de la asistencia alimentaria es un delincuente fugitivo o un infractor de la libertad condicional? Sí ☐ No ☐
4. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar beneficiario de la asistencia alimentaria ha sido condenado por un delito grave relacionado con drogas ocurrido después del 22 de agosto de 1996? Sí ☐ No ☐
5. Después del 7 de febrero de 2014, ¿usted o algún miembro de su grupo familiar ha sido condenado como adulto por abuso sexual con agravantes, asesinato, explotación sexual y otros abusos de menores, un delito federal o estatal de agresión sexual o un delito tipificado en la legislación estatal que el fiscal general haya determinado que es sustancialmente similar a un delito de este tipo? Sí ☐ No ☐
- En caso afirmativo, ¿cumple el miembro condenado los términos de la sentencia? Sí ☐ No ☐

6. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar ha recibido premios de lotería o juegos de azar por valor de \$4,500 o más este mes? Sí ☐ No ☐

7. Díganos **TODOS** los ingresos que recibe su grupo familiar de asistencia alimentaria. Los tipos de ingresos pueden incluir el Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSDI), pensiones o jubilaciones, beneficios a veteranos, manutención de hijos, dinero de amigos o familiares, seguro por desempleo, jubilación ferroviaria, dividendos, intereses y cualquier otro ingreso. * Monto antes de deducciones.

Tipo de ingresos	¿Quién los recibe?	*Monto bruto mensual

8. ¿Usted o algún miembro de su grupo familiar beneficiario de la asistencia alimentaria trabaja? Sí ☐ No ☐

En caso afirmativo, indique el nombre de esa persona en esta línea. _____

9. Háblenos de sus gastos de refugio.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	Con qué frecuencia
Pago de la hipoteca o el alquiler			
Alquiler de lote para casa móvil			
Impuestos sobre la propiedad de su vivienda **			
Seguro del hogar **			

** Indique solo si estos gastos se pagan aparte de la hipoteca

10. Háblenos de sus gastos en servicios públicos.

Tipo de gasto	¿Quién paga este gasto?	Monto pagado	Con qué frecuencia
Electricidad			
Gas			
Agua			
Basura			
Teléfono			

11. ¿Cómo calienta su hogar? Gas ☐ Electricidad ☐ Madera ☐ Otro _____
 Dispone de aire acondicionado? Sí ☐ No ☐

12. ¿Ha recibido el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) o espera recibirlo? Sí ☐ No ☐ En caso afirmativo, ¿cuándo? _____

13. ¿Hay alguien en su grupo familiar beneficiario de la asistencia alimentaria que pague gastos médicos de su bolsillo? Sí ☐ No ☐
 En caso afirmativo, indique cada tipo de gasto médico que está pagando y aporte pruebas. Ejemplo: (recetas médicas, visitas al médico, facturas de hospital, seguro médico, primas de Medicare, transporte, etc.)

SI NO SE INCLUYE LA PRUEBA, NO SE CONCEDERÁ LA DEDUCCIÓN POR ESTOS GASTOS

Gastos médicos	Monto mensual	Gastos médicos	Monto mensual

14. ¿Algún miembro de su grupo familiar beneficiario de la asistencia alimentaria paga manutención de hijos a alguien que no viva en su hogar? Sí ☐ No ☐
 En caso afirmativo, indique el monto pagado al mes \$ _____ y aporte la prueba para recibir la deducción adecuada. Ejemplo: (una copia de la orden judicial o una declaración del Departamento de Recursos Humanos (Department of Human Resources, DHR)).

Certifico que, bajo pena de perjurio, la información que yo o mi representante autorizado hemos facilitado más arriba es verdadera a mi leal saber y entender. Autorizo al Departamento de Recursos Humanos a establecer los contactos necesarios para comprobar mis declaraciones. Sé que podrían sancionarme si doy información falsa u oculto información a sabiendas. Certifico que he recibido el Folleto de derechos y responsabilidades.

15. Firma del solicitante: _____ Fecha: _____

Firma del testigo si se firma con una "x": _____

INFORMACIÓN IMPORTANTE SOBRE LA ASISTENCIA ALIMENTARIA

Tiene derecho a que se dé curso a su solicitud en un plazo de **treinta días** sin distinción de raza, sexo, religión, nacionalidad, edad, discapacidad o convicciones políticas. Tiene derecho a saber por qué se deniega su solicitud o se reducen o suprimen sus beneficios. Tiene derecho a solicitar una conferencia o una audiencia imparcial, de forma oral o por escrito, si no está satisfecho con alguna decisión del departamento del condado. Tiene derecho a ser representado por cualquier persona de su elección. Tiene derecho a examinar el expediente de su caso de asistencia alimentaria en relación con cualquier audiencia que pueda tener.

Tiene derecho a la **confidencialidad**. La utilización o divulgación de la información se hará solo para determinados fines limitados permitidos por las leyes y reglamentos estatales y federales; La información también puede divulgarse a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley con el fin de detener a personas que huyen para evitar la ley.

La información facilitada en relación con esta solicitud estará sujeta a verificación por parte de funcionarios federales, estatales y locales para determinar si dicha información es veraz. Si se comprueba que alguna información es falsa o incorrecta, se podrán denegar los beneficios de asistencia alimentaria al solicitante y éste podrá ser objeto de **acciones penales por facilitar información incorrecta a sabiendas**. Cualquier persona autorizada a actuar en nombre del grupo familiar puede ser excluida de la participación como representante durante un periodo máximo de un año o puede ser objeto de multas o acciones judiciales si incumple alguna norma a propósito.

Si surge una reclamación de asistencia alimentaria contra su grupo familiar, la información de esta solicitud, incluidos todos los números del Seguro Social, podrá remitirse a agencias federales y estatales, así como a agencias privadas de cobro de reclamaciones, para que emprendan acciones de cobro de reclamaciones.

NÚMEROS DEL SEGURO SOCIAL: la recopilación del número del Seguro Social (Social Security Number, SSN) de cada miembro del grupo familiar está autorizada en virtud de la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, en su versión modificada, en el Título 7 del Código de los EE. UU. (U.S. Code, USC), Secciones 2011-2036, para determinar el derecho a la asistencia alimentaria. El número del Seguro Social se utilizará en la administración del programa de asistencia alimentaria para verificar la identidad de los miembros del grupo familiar con el fin de evitar la participación por duplicado y facilitar la realización de cambios. Su SSN también se utilizará en cotejos informáticos y revisiones o auditorías de programas para asegurarse de que su grupo familiar es elegible para recibir asistencia alimentaria. Esto puede dar lugar a reclamaciones administrativas penales o civiles contra las personas que participen de manera fraudulenta en el programa de asistencia alimentaria. **Es voluntario facilitar el SSN de cada miembro del grupo familiar. No obstante, si no se facilita el SSN de cada uno de los miembros del grupo familiar, dicho miembro será descalificado. Seguirá teniendo que facilitar información como los ingresos de este miembro.**

VERIFICACIÓN: para determinar la elegibilidad, es posible que tenga que aportar documentos que prueben lo que ha declarado en la solicitud. Si no puede aportar pruebas, **puede solicitar ayuda a su trabajador**. La información facilitada en esta solicitud se verificará mediante el Sistema Estatal de Verificación de Ingresos y Requisitos, otros sistemas informáticos de verificación, revisiones de programas y auditorías; esto incluye información como la percepción de beneficios del Seguro Social, beneficios por desempleo, ingresos no derivados del trabajo, como intereses y dividendos, y salarios de trabajo. Cuando se detecten discrepancias, la verificación de esta información podrá obtenerse a través del contacto con terceros, como empleadores, representantes de reclamaciones o instituciones financieras. Esta información puede afectar su elegibilidad y nivel de beneficios. Además, toda la información facilitada podrá ser comprobada por otros programas de ayuda federal y programas estatales con ayuda federal, como los de almuerzos escolares, asistencia familiar y Medicaid. **Si facilita información falsa a propósito, se emprenderán acciones legales o administrativas contra usted. Es posible que tenga que devolver beneficios de asistencia alimentaria que recibe, pero no debería.**

Algunos gastos médicos de miembros del grupo familiar que sean adultos mayores o con discapacidades pueden deducirse si los declaran y nos facilitan un justificante del gasto. Los gastos médicos admisibles incluyen gastos como: medicamentos recetados, facturas de hospitales y residencias de adultos mayores, visitas a médicos, dentistas u otros profesionales de atención médica, medicamentos de venta libre recetados por un médico, prima de Medicare, prima de seguro hospitalario, seguro de cobertura de medicamentos recetados, gastos de transporte para acudir a médicos, hospitales, farmacias, como el monto cobrado por el transporte o por el número de millas recorridas en su vehículo personal, aparatos o equipos médicos como aparatos auditivos, sillas de ruedas, miembros artificiales, gafas, lentes de contacto, dentaduras postizas, etc., asistencia o servicios de ama de casa, gastos de animales de servicio como comida y cuidados veterinarios.

CIUDADANÍA Y SITUACIÓN EN MATERIA DE INMIGRACIÓN: la información sobre ciudadanía/inmigración se utiliza para determinar el derecho a recibir ayuda alimentaria. Solo pueden participar en el programa de asistencia alimentaria los ciudadanos estadounidenses y los inmigrantes elegibles. Cualquier miembro del hogar que no sea ciudadano o no sea un no ciudadano calificado puede dejarse fuera de su hogar para SNAP. **Facilitar información sobre ciudadanía/inmigración es voluntario. Si no se facilita esta información por cada miembro del grupo familiar, dicho miembro será descalificado. Seguirá teniendo que facilitar información como los ingresos de este miembro.** La División de Asistencia Alimentaria comprobará con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los EE. UU. (U. S. Citizenship and Immigration Service, USCIS) todos los no ciudadanos para los que solicite beneficios de asistencia alimentaria. No verificaremos a los no ciudadanos que decida no incluir en su grupo familiar de asistencia alimentaria.

No podrá ser elegible para los beneficios si se niega a cooperar para completar el proceso de solicitud o en las revisiones posteriores de la elegibilidad, incluidas las revisiones derivadas de cambios notificados, recertificación o como parte de una revisión de control de calidad estatal o federal.

Su firma en la solicitud servirá como autorización para que los revisores de control de calidad estatales y federales verifiquen las circunstancias de su grupo familiar a efectos de elegibilidad para la asistencia alimentaria.

Usted o cualquier miembro de su grupo familiar pueden quedar excluidos de la recepción de beneficios si usted o dicho miembro abandonan de manera voluntaria un empleo o reducen el número de horas trabajadas sin causa justificada.

Su grupo familiar no recibirá un aumento de los beneficios de asistencia alimentaria si alguno de los miembros de su grupo familiar incumple los requisitos de otro programa basado en los ingresos (comprobación de recursos), como la asistencia familiar.

No debe utilizar los beneficios de asistencia alimentaria para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco, ni para pagar cuentas de crédito.

State of Alabama Agency-Based Voter Registration Form

NVRA-1B-H
2022.12.20

FOR USE BY U.S. CITIZENS ONLY ♦ FILL IN ALL BOXES ON THIS FORM ♦ PLEASE USE INK ♦ PRINT LEGIBLY

To register to vote in the State of Alabama, you must:

- ▶ Be a citizen of the United States.
- ▶ Live in Alabama.
- ▶ Be at least 18 years of age on or before election day.
- ▶ Not have been convicted of a disqualifying felony, or if you have been convicted, you must have had your civil rights restored.
- ▶ Not have been declared "mentally incompetent" by a court.

FOR USE BY AGENCY OFFICIAL ONLY

Check one (1) box:

- ☐ Registrars
☐ Motor Voter
☐ State Designated Agency
☐ Agency-Based
☐ Disabilities Services Office

Signature of Agency Representative

Business Phone of Agency Representative

ID requested: You may send with this application a copy of valid photo identification. You will be required to present valid photo identification when you vote at your polling place or by absentee ballot, unless exempted by law. For more information, go to www.alabamavotes.gov or call the Elections Division: 800-274-8683.

① Are you a citizen of the United States of America? ☐ Yes ☐ No
 ② Will you be 18 years of age on or before election day? ☐ Yes ☐ No

• **ATTENTION!** If you answer "No" to either of these questions, do not complete this application.

③ Print Your Name:

First Middle Last Suffix

Alabama Driver's License or Non-Driver ID Number:

STATE NUMBER

④ Print Maiden Name / Former Name (if reporting a change of name)

First Middle Last Suffix

IF YOU HAVE NO ALABAMA DRIVER'S LICENSE OR ALABAMA NON-DRIVER ID NUMBER

Last four digits of Social Security number:

⑤ Date of Birth (mm/dd/yyyy) ⑥ Primary Telephone ⑦ Email Address

()

☐ I do not have an Alabama driver's license or Alabama non-driver ID or a social security number.

⑧ **Addresses**

Current

Address where you live: (Do not use post office box)

Home Address (include apartment or other unit number if applicable)

City State ZIP

Address where you receive your mail:

Mailing Address, if different from Home Address

City State ZIP

Old

Address where you were last registered to vote: (Do not use post office box)

Former Address

City County State ZIP

⑨ Sex (check one)

☐ Female ☐ Male

⑩ Place of Birth

City County State Country

⑪ Race (check one)

☐ White ☐ Black
☐ Asian ☐ American Indian
☐ Hispanic ☐ Other

⑫ Map / Diagram

If your home has no street name or name, please draw a map of where your house is located. Please include roads and landmarks.

⑬ Did you receive assistance?

If you are unable to sign your name, who helped you fill out this application? Give name, address, and phone number (phone number is optional).

REGISTRARS USE ONLY

DATE ☐ APPROVED ☐ DENIED

(mm/dd/yyyy)

County Pct _____

City Pct _____

Board member _____

Board member _____

Board member _____

Voter Declaration - Read and Sign Under Penalty of Perjury

▶ I am a U.S. citizen
 ▶ I live in the State of Alabama
 ▶ I will be at least 18 years of age on or before election day
 ▶ I am not barred from voting by reason of a disqualifying felony conviction (The list of disqualifying felonies is available on the Secretary of State's web site at: sos.alabama.gov/mtfelonies)
 ▶ I have not been judged "mentally incompetent" in a court of law

I solemnly swear or affirm to support and defend the constitution of the United States and the State of Alabama and further disavow any belief or affiliation with any group which advocates the overthrow of the governments of the United States or the State of Alabama by unlawful means and that the information contained herein is true so help me God.

☐ **OPTIONAL:** Because of a sincerely held belief, I decline to include the final four words of the oath above.

YOUR SIGNATURE _____ **DATE** (mm/dd/yyyy) _____

If you falsely sign this statement, you can be convicted and imprisoned for up to five years.

The decision to register to vote is yours. If you decide to register to vote, the office at which you are submitting this application will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. If you decline to register to vote, your decision will remain confidential and will be used only for voter registration purposes.



Wes Allen - Secretary of State

Questions? Call the Elections Division at 1-800-274-8683 or 334-242-7210

No envíe solicitudes aquí

Declaración de no discriminación del USDA

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y las reglamentaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA tienen prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, religión, sexo, discapacidad, edad, estado civil, situación familiar o parental, ingresos provenientes de programas de asistencia pública, creencias políticas, o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles, en cualquier programa o actividad conducida o financiada por el USDA (no todos los motivos de protección aplican a todos los programas). Los recursos legales y los plazos para presentar quejas varían según el programa o el incidente.

Las personas con discapacidades que requieran medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabaciones de audio, Lengua de Señas Estadounidense, etc.) deben comunicarse con la agencia estatal o local que administra el programa, o con el USDA a través del Servicio de Retransmisión de Telecomunicaciones marcando el 711 (voz y TTY). Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, complete el Formulario de Quejas por Discriminación en el Programa del USDA, disponible en <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf>, en línea en la página Cómo Presentar una Queja por Discriminación en el Programa, o en cualquier oficina del USDA. También puede redactar una carta dirigida al USDA que incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de quejas, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta completados al USDA a:

1. **Correo:** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o
2. **Correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

El USDA es un proveedor, empleador y prestamista que ofrece igualdad de oportunidades.

No envíe solicitudes aquí

REGISTRO DE VOTANTES

SI NO ESTÁ INSCRITO EN EL CENSO ELECTORAL DE SU LUGAR DE RESIDENCIA ACTUAL, ¿LE GUSTARÍA SOLICITAR SU INSCRIPCIÓN HOY?

- ☐ **Sí, me gustaría inscribirme para votar.**
- ☐ **Sí, estoy inscrito, pero me gustaría cambiar mi dirección para votar.**
- ☐ **No, no quiero solicitar el registro para votar.**

Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará el monto de la asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para rellenar el formulario de inscripción de votantes, lo ayudaremos. Puede solicitar ayuda con el formulario de solicitud solicitando asistencia en el momento de la entrevista o llamando al Departamento de Recursos Humanos localizado en su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede rellenar el formulario de solicitud en privado.

Si decide solicitar registrarse para votar o si lo rechaza, la información de su formulario de solicitud o declinación permanecerá confidencial y se utilizará solo para fines de registro de votantes.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad a la hora de decidir si se registra o de solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el secretario de estado en State Capitol, 600 Dexter Avenue Suite E-208, Montgomery, AL 36130 o llamando al 334-242-7210 o al 1-800-274-VOTE (1-800-274-8683).