

SOLICITUD DE RECERTIFICACIÓN PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SUPPLEMENTAL NUTRITION ASSISTANCE PROGRAM SNAP), ASISTENCIA EN EFECTIVO Y/O ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL

Solicitud de registro de votantes adjunta - Asistencia disponible

Si **NO** está registrado para votar en el lugar en el que vive actualmente, ¿le gustaría presentar su solicitud de registro hoy para votar aquí?

Sí. Deseo registrarme para votar.

No. **NO** deseo registrarme para votar.

Nota: Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que, en este momento, **NO** desea registrarse para votar.

| | |
|--|---------------------------------------|
| Número del caso | Contacto del condado |
| Número de teléfono de contacto del condado | Número de fax de contacto del condado |

Para continuar recibiendo sus beneficios, es necesario que revisemos su caso a fin de asegurarnos de que sigue cumpliendo con los requisitos y que recibe el monto correcto de beneficios.

Complete el siguiente formulario y devuélvalo a la oficina de JFS de su condado para continuar recibiendo sus beneficios. Si tiene alguna pregunta, llame a la oficina de JFS de su condado.

Solicitantes de Asistencia Médica: Este **NO** es un formulario aprobado para los programas de asistencia médica. Debe realizar la recertificación mediante los formularios de solicitud de Asistencia Médica aprobados. Cualquier información que proporcione durante la entrevista se usará para actualizar su caso y puede afectar sus beneficios de asistencia médica.

Paso 1: Complete su información a continuación o realice las correcciones necesarias

Si necesita más espacio, escriba sus respuestas en una hoja de papel adicional y adjúntela a este formulario.



| | | | | | |
|--|--------------------------|---------------|--------------------------------------|--------|-----------------------------|
| Nombre (<i>nombre, segundo nombre, apellido</i>) | | | | | |
| Dirección postal | | | Dirección (<i>si es diferente</i>) | | |
| Ciudad | Estado | Código postal | Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección de correo electrónico | Teléfono (<i>casa</i>) | | Teléfono (<i>trabajo</i>) | | Teléfono (<i>celular</i>) |



BENEFICIARIOS DE SNAP Y/O ASISTENCIA EN EFECTIVO:

Firme y devuelva este formulario antes de la fecha de la entrevista el _____ y a más tardar el _____ si desea realizar la recertificación para recibir los beneficios de SNAP y/o de Asistencia en Efectivo.

Nota: Si no devuelve este formulario firmado y no completa la entrevista, los beneficios de Asistencia en Efectivo se suspenderán y los beneficios de SNAP expirarán.

Si NO hay ninguna fecha indicada en el párrafo anterior: NO necesita volver a certificarse para recibir los beneficios de SNAP y/o de Asistencia en Efectivo en este momento.



BENEFICIARIOS DE CUIDADO INFANTIL:

Está programado que su elegibilidad actual para los beneficios de Cuidado Infantil finalice el _____.

Debe completar este formulario y enviarlo antes del _____. Si no recibimos el formulario completo y toda la documentación de respaldo antes de la fecha en que su elegibilidad actual termina, los beneficios de Asistencia para el Cuidado Infantil se suspenderán y todas las autorizaciones para los proveedores finalizarán.

Si NO hay ninguna fecha indicada en el párrafo anterior: NO necesita volver a certificarse para recibir los beneficios de cuidado infantil en este momento.

Formas de enviar este formulario:

- En línea.
- Por correo postal.
- En persona en la oficina local de JFS de su condado.
- Por fax.

Cómo completar su solicitud para la recertificación en línea:

- 1 Inicie sesión o cree una cuenta en ssp.benefits.ohio.gov.
- 2 Haga clic en la sección "Access" (acceso) en el lado derecho de la pantalla.
- 3 Seleccione "Recertification" (recertificación) y siga las indicaciones.

Nota: Si lleva los documentos a la oficina de JFS del condado, le proporcionarán un acuse de recibo.

Paso 2: Para los beneficios de SNAP, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia para el Cuidado Infantil, revise la información que figura a continuación y firme en el recuadro de la siguiente página

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD:

Para todos los programas (SNAP, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia para el Cuidado Infantil), reconozco y estoy de acuerdo con lo siguiente:

- Con las preguntas en este formulario y certificado, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre el estado migratorio o de ciudadanía de cada miembro del hogar que solicita asistencia.
- La oficina de Trabajo y Servicios Familiares (Job and Family Services, JFS) del condado puede comunicarse con otras personas u organizaciones con el fin de obtener las pruebas necesarias para comprobar mi elegibilidad y nivel de asistencia. Asimismo, en algunos casos, es posible que me pidan otorgar mi consentimiento a la oficina de JFS del condado para que se comuniquen con dichas personas u organizaciones.
- Es posible que me exijan cooperar con la Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil (Child Support Enforcement Agency, CSEA) a fin de determinar la paternidad o de establecer o hacer cumplir una orden de manutención. Si me exigen cooperar con la CSEA, se enviará una derivación a la agencia en mi nombre. Asimismo, comprendo que si no me piden cooperar con la CSEA, puedo solicitar servicios de manutención infantil al completar la Solicitud para los servicios de manutención infantil (formulario 07076 de JFS).
- La oficina de JFS del condado puede ayudarme a obtener las verificaciones necesarias, siempre y cuando coopere.
- La ley establece que cualquier persona declarada culpable de recibir asistencia para la cual no es elegible de manera fraudulenta recibirá una sanción de multa o encarcelamiento, o ambas.
- Al firmar a continuación otorgo mi autorización a la oficina de JFS del condado para acceder a la información disponible en el Sistema de Seguimiento para el Cumplimiento de la Manutención (Support Enforcement Tracking System, SETS) a fin de que verifique el ingreso que recibo por manutención infantil/conyugal/médica.
- El estado migratorio de los miembros del hogar que no son ciudadanos puede estar sujeta a verificación por parte del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de Estados Unidos (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) a través del Sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para la Otorgación de Beneficios (Systematic Alien Verification and Eligibility, SAVE). La información presentada por parte del USCIS puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios del hogar.
- Al firmar a continuación otorgo mi consentimiento y autorizo a la oficina de JFS del condado a acceder al portal para trabajadores Ohio Benefits con el propósito de verificar el estado de ciudadanía de los niños de este caso, así como la recepción de asistencia pública adicional. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la oficina de JFS del condado.
- Si no está de acuerdo con la acción tomada en relación con su caso, tiene derecho a solicitar una conferencia con el condado y una audiencia estatal. Para solicitar una conferencia con el condado, debe comunicarse con la oficina de JFS de su condado o revisar los avisos recibidos por correspondencia.

Si solicité los beneficios de SNAP, reconozco y acepto lo siguiente:

- Al firmar esta solicitud, se solicitará información al Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (Income and Eligibility Verification System, IEVS) y se podrá verificar dicha información a través de cualquier contacto necesario para determinar mi elegibilidad.
- Los números de seguro social (Social Security Number, SSN) se usarán con el fin de verificar la identidad de los miembros del hogar, evitar la doble participación y realizar cambios en mi caso. Si alguno de los miembros del hogar no proporciona su SSN, se designará como no solicitante. Esto significa que NO se considerará como solicitante y, por lo tanto, no será elegible para los beneficios de SNAP. Proporcionar cualquier información solicitada, incluido el SSN de cada miembro del hogar, es voluntario. Sin embargo, si no proporciono la información que me solicitan con el fin de determinar si cumplo con los requisitos para recibir asistencia, podrían denegarse o reducirse los beneficios de SNAP que recibe mi hogar. La información recopilada en la solicitud puede divulgarse a las autoridades encargadas del cumplimiento de la ley con el fin de detener a las personas que huyan para evitar la ley.
- Si un tribunal me declara culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que implique la venta de una sustancia controlada, no seré elegible para recibir los beneficios durante dos años por el primer delito y de forma permanente por el segundo.
- Si un tribunal me declara culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, no volveré a ser elegible para participar en SNAP de forma permanente tras el primer delito de dicha infracción.
- Los beneficios de SNAP se emiten en la tarjeta Ohio Direction Card y está prohibido usar mis beneficios de SNAP para comprar o vender armas de fuego o sustancias controladas. Comprendo que puedo usar los beneficios de SNAP solo para comprar artículos elegibles. No puedo usar los beneficios de SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, como bebidas alcohólicas y tabaco, entre otros.
- Si cualquier miembro de mi hogar infringe intencionalmente las normas, es posible que no reciba los beneficios de SNAP durante un año por el primer delito, dos años por el segundo delito y de forma permanente por el tercero.
- Si un tribunal de justicia me declara culpable de traficar con los beneficios por un monto total de \$500 o más, no volveré a ser elegible para participar en SNAP de forma permanente tras el primer delito de dicha infracción.

Paso 2 (continuación): Para los beneficios de SNAP, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia para el Cuidado Infantil, revise la información que figura a continuación y firme en el recuadro de la siguiente página

- Si cualquier miembro de mi hogar infringe intencionalmente las normas, es posible que no reciba los beneficios de SNAP durante un año por el primer delito, dos años por el segundo delito y de forma permanente por el tercero.
- Si un tribunal de justicia me declara culpable de traficar con los beneficios por un monto total de \$500 o más, no volveré a ser elegible para participar en SNAP de forma permanente tras el primer delito de dicha infracción.
- Está prohibido vender, comercializar o comprar beneficios de SNAP y no puedo usar los beneficios de SNAP de otra persona para mi hogar. Me pueden descalificar del programa SNAP por cualquiera de estas infracciones.
- No puedo usar los beneficios para comprar alimentos a una persona que no es un miembro de mi hogar.
- Si se determina que hice una afirmación o declaración fraudulenta con respecto a la identidad o el lugar de residencia con el fin de recibir múltiples beneficios de SNAP de forma simultánea, no volveré a ser elegible para participar en SNAP durante un período de 10 años.
- La información proporcionada con mi solicitud para recibir los beneficios de SNAP estará sujeta a verificación por parte de las autoridades federales, estatales y locales a fin de determinar si dicha información es verdadera y, si cualquier información es incorrecta, es posible que me denieguen los beneficios de SNAP. Si proporciono información incorrecta de forma deliberada, podría estar sujeto a un proceso penal.
- Si recibo beneficios de SNAP que no debería haber recibido, es posible que:
 - Me exijan reembolsar los beneficios.
 - Me acusen de fraude.
 - Me multen (hasta por \$250,000) o me envíen a prisión (hasta por 20 años) o ambas.
 - Me prohíban recibir beneficios en el futuro.
- Si mi representante autorizado proporciona información incorrecta, seré responsable por cualquier beneficio de SNAP que reciba y que no debería haber recibido.
- Si no estoy de acuerdo con la acción tomada en relación con mi caso, puedo solicitar una conferencia con el condado o una audiencia estatal. Puedo solicitar una conferencia con el condado o una audiencia estatal en línea, por correo electrónico o postal, o comunicarme con la oficina de JFS de mi condado. Puedo pedirle a otra persona que asista a la audiencia en mi lugar con una autorización firmada por mí.
- Si eligen mi caso al azar con el fin de asegurarse de que cumpla con los requisitos para recibir la asistencia y que estoy recibiendo el monto correcto, debo cooperar si revisan mi caso. Si me rehúso a cooperar con la revisión, es posible que concluyan mis beneficios.
- A fin de seguir cumpliendo con los requisitos para participar en SNAP, dentro de los 60 días posteriores a la solicitud y en cualquier momento mientras recibe los beneficios, un empleado o trabajador por cuenta propia no podrá renunciar a su trabajo ni reducir las horas de trabajo a menos de 30 horas por semana de forma voluntaria y sin un motivo justificable o ganar menos del salario mínimo federal por 30 horas de trabajo.

Si solicité los beneficios de Asistencia en Efectivo, reconozco y acepto lo siguiente:

- Al firmar esta solicitud y recibir Asistencia en Efectivo de OWF, es posible que me exijan cooperar con la Agencia de Cumplimiento de Manutención Infantil (Child Support Enforcement Agency, CSEA) a fin de determinar la paternidad o de establecer o hacer cumplir una orden de manutención. Si se me exigen cooperar con la CSEA, se enviará una derivación a la agencia en mi nombre y cualquier derecho a toda la manutención que me deban a mí y a los niños menores de edad en el grupo de asistencia se asignará al estado de Ohio.
- Al firmar esta solicitud y recibir Asistencia en Efectivo de OWF, asigno al estado de Ohio todos los derechos a la manutención infantil o conyugal que se me deba a mí y/o a los hijos menores de edad en el grupo de asistencia durante el período de elegibilidad de Ohio Works First.
- Los beneficios en efectivo se emiten en la tarjeta Way2Go. La tarjeta Way2Go se puede usar en los bancos afiliados a MasterCard, los cajeros automáticos y la mayoría de las tiendas minoristas que aceptan MasterCard. No puedo usar mi tarjeta Way2Go en licorerías, casinos, establecimientos de juegos ni en cualquier establecimiento minorista que proporcione espectáculos para adultos en los que las personas se desnuden o se presenten sin ropa con fines de entretenimiento.
- Debo activar mi tarjeta Way2Go en un plazo de 90 días a partir de la fecha en que emitan mi primera tarjeta y los beneficios. Además, si no activo mi tarjeta Way2Go en un plazo de 90 días, se retirarán los beneficios de mi cuenta.

Si solicité los beneficios de cuidado infantil, reconozco y acepto lo siguiente:

- La oficina de JFS de mi condado o el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (Ohio Department of Job and Family Services, ODJFS) pueden compartir información sobre la aprobación, la denegación y el estado de envío de mi solicitud de cuidado infantil a los proveedores que figuran en esta solicitud o a cualquier proveedor nombrado como resultado de un cambio en mi solicitud. Comprendo que, para que puedan compartir esta información con cualquier otro proveedor que no figure en la solicitud, es necesario que firme una autorización de divulgación por separado de conformidad con el Código Revisado de Ohio.
- Podré usar los beneficios de Cuidado Infantil con Fondos Públicos (Publicly Funded Child Care, PFCC) únicamente para los niños elegibles y solo hasta el máximo de horas autorizadas por la oficina de JFS del condado. A fin de seguir siendo elegible para recibir los beneficios de PFCC, debo realizar el copago requerido al proveedor (si corresponde). Si no realizo el copago requerido, puede dar lugar a la terminación de los beneficios de PFCC.
- Si aprueban mi solicitud de asistencia para el cuidado infantil, seré responsable de registrar con precisión la asistencia de mi hijo al Programa de Cuidado Infantil mediante el uso de un sistema automatizado de monitoreo de la asistencia. Esto incluye registrarme en el sistema y crear la información de identificación personal que usaré para acceder al sistema y que actuará como mi firma electrónica. Comprendo que mi proveedor de atención infantil no está autorizado para registrar la asistencia de mi hijo en mi nombre y que no debe tener acceso a mi información de identificación personal. Comprendo que, como parte del proceso de ingreso y salida, el sistema de monitoreo de la asistencia puede tomar una fotografía de mi persona o de la persona designada/patrocinador. Comprendo que soy responsable de aprobar cualquier cambio que mi proveedor realice en el sistema de monitoreo de la asistencia con respecto a la asistencia de mi hijo al programa.

Paso 2 (continuación): Para los beneficios de SNAP, Asistencia en Efectivo y/o Asistencia para el Cuidado Infantil, revise la información que figura a continuación y firme en el siguiente recuadro

- Si mi hijo asiste a un programa con calificación de Step Up To Quality y se realiza una evaluación de mi hijo, la información se recopilará y se comunicará al ODJFS.
- Recibí una explicación respecto a los requisitos para determinar la elegibilidad para el cuidado infantil, los motivos por los que podría no ser elegible, mi derecho a una audiencia estatal y mi responsabilidad de informar cualquier cambio a la oficina de JFS del condado, así como la sanción, incluso una posible demanda civil o proceso penal por ocultar o falsificar información de forma intencional o por el uso indebido de los beneficios de cuidado infantil, incluido el uso indebido del sistema automatizado de monitoreo de la asistencia para el cuidado infantil.
- Debo informar a la oficina de JFS del condado sobre cualquier cambio que afecte mi elegibilidad, incluidos los cambios en el ingreso familiar, las horas de empleo/capacitación/educación, el tamaño de la familia y la dirección. Comprendo que debo informar los cambios dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que se producen.
- Mi firma también otorga consentimiento para emitir un código de identificación estatal de estudiante (Statewide Student Identifier, SSID) generado por sistema para cada niño incluido en esta aplicación.
- Información acerca de los proveedores de cuidado infantil:
 - Los padres pueden elegir cualquier programa aprobado para ofrecer cuidado infantil con fondos públicos. Estos programas incluyen centros, hogares de cuidado infantil familiar, auxiliares en el hogar y campamentos infantiles de día ubicados en todo el estado de Ohio.
 - Si desea ayuda para elegir un proveedor, puede comunicarse con la Agencia de Recursos y Derivación para el Cuidado Infantil de su localidad.
 - Puede consultar nuestro directorio de cuidado infantil para buscar programas que se adapten a sus necesidades de cuidado infantil en el sitio web <http://childcaresearch.ohio.gov>. El directorio le permite buscar por ubicación, tipo de programa, servicios ofrecidos, así como días y horarios de atención. Además, proporciona información acerca de cada programa, incluida la calificación de Step Up To Quality, todas las acreditaciones o afiliaciones adicionales, las inspecciones de licencias y las denuncias fundamentadas.
 - Step Up To Quality ayuda a las familias a elegir programas de cuidado infantil que superen los estándares mínimos para obtener una licencia. Los programas con calificación de estrellas demuestran niveles más altos de calidad en una diversidad de formas. Si desea obtener información adicional sobre el programa Step Up To Quality, visite el sitio web de cuidado infantil de ODJFS en <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> y haga clic en "Step Up To Quality".
 - Asimismo, puede visitar nuestro sitio web para obtener más información sobre los exámenes de salud de Medicaid y los servicios de intervención temprana para su hijo. Para obtener esta información, diríjase a <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> y haga clic en "Families".
- Si desea presentar una queja sobre un proveedor con respecto a presuntas infracciones a las normas de licencias, puede comunicarse con el servicio de asistencia de la política de cuidado infantil llamando al 1-877-302-2347, opción 4.



Firma del solicitante O el representante autorizado

Fecha

Nombre en letra de imprenta del solicitante O el representante autorizado

Fecha

Paso 3: Si está solicitando asistencia para el cuidado infantil, complete el recuadro

¿Cuántas personas viven en su hogar? _____. Enumérelas a continuación.

| Nombre <i>(nombre, segundo nombre, apellido)</i> | Últimos 4 dígitos del número de seguro social (SSN) | Fecha de nacimiento | Sexo | Relación con el solicitante | ¿El niño necesita atención? | Fecha de mudanza dentro/fuera del hogar |
|---|---|---------------------|--|-----------------------------|--|---|
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |
| | | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | | <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N | |

Paso 4: Complete la información sobre los ingresos de su hogar en el recuadro que figura a continuación (adjunte pruebas)

Cuidador 1 - Nombre y dirección del empleador

| Fecha de inicio | Tarifa de pago | Frecuencia de pago |
|-----------------|----------------|--|
| | | Semanal Quincenal Otra <i>(especifique)</i> _____ |

Cuidador 1 - Horario de trabajo/escuela/capacitación

| |
|-----------------------------|
| Miércoles, de _____ a _____ |
| Domingo, de _____ a _____ |
| Jueves, de _____ a _____ |
| Lunes, de _____ a _____ |
| Viernes, de _____ a _____ |
| Martes, de _____ a _____ |
| Sábado, de _____ a _____ |

Cuidador 2 - Nombre y dirección del empleador

| Fecha de inicio | Tarifa de pago | Frecuencia de pago |
|-----------------|----------------|--|
| | | Semanal Quincenal Otra <i>(especifique)</i> _____ |

Cuidador 2 - Horario de trabajo/escuela/capacitación

| |
|-----------------------------|
| Miércoles, de _____ a _____ |
| Domingo, de _____ a _____ |
| Jueves, de _____ a _____ |
| Lunes, de _____ a _____ |
| Viernes, de _____ a _____ |
| Martes, de _____ a _____ |
| Sábado, de _____ a _____ |

JFS 07204-SPA (Rev. 6/2024)

Página 5 de 8

Paso 4 (continuación): Complete la información sobre los ingresos de su hogar en el recuadro que figura a continuación (adjunte comprobantes)

¿Ha cambiado el ingreso no derivado del trabajo que recibe alguno de los miembros del hogar? Esto incluye el ingreso de fuentes como la manutención infantil, el seguro social (SSA o SSI), los beneficios por desempleo, los beneficios por discapacidad, la indemnización para trabajadores, los beneficios de jubilación/pensión o los ingresos por alquiler.

Sí. Adjunte comprobantes y complete la información:

- Fuente del ingreso no derivado del trabajo _____
- Fecha de inicio/cambio del ingreso no derivado del trabajo: _____
- Monto del ingreso mensual no derivado del trabajo: \$ _____

No. El ingreso no derivado del trabajo **NO** ha cambiado para ninguna persona del hogar.

¿Su obligación de manutención infantil ha cambiado desde la última solicitud?

Sí. De ser así, ¿cuál es el monto mensual de su obligación de manutención infantil?

\$ _____. **Adjunte**

comprobantes.

No. Mi obligación de manutención infantil **NO** ha cambiado.

¿Su hogar cuenta con más de un millón de dólares en efectivo, cuentas de cheques o cuentas ahorros (como cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos)?

Sí

No. Mi hogar **NO** cuenta con más de un millón de dólares en efectivo, cheques o ahorros.

¿Alguno de los miembros de su hogar forma parte de las fuerzas armadas?

Sí. En servicio activo.

Sí. Guardia Nacional/Reserva

No. Ningún miembro de mi hogar forma parte de las fuerzas armadas.

Paso 5: Complete la información sobre la escuela o capacitación de los cuidadores (adjunte pruebas)

| | |
|---|-----------------|
| Cuidador 1 - Nombre y dirección de la escuela o centro de capacitación | Fecha de inicio |
| Cuidador 2 - Nombre y dirección de la escuela o centro de capacitación | Fecha de inicio |


Paso 6: Complete la información de los niños que necesitan cuidado

| | | | |
|--|--|---|----------------------|
| Niño 1 - Nombre (<i>nombre, segundo nombre, apellido</i>) | | Apellido de soltera de la madre del niño | Ciudad de nacimiento |
| Nombre y dirección del proveedor de cuidado infantil | | | |
| Nombre y dirección de la escuela del niño (<i>SOLO si el niño está en jardín de infantes o un nivel escolar superior</i>) | | | |
| ¿El niño entrará al jardín de infantes? <div> <div>Sí</div> <div>No. Mi hijo NO</div> </div> <div> <div>Mañanas</div> <div>Tardes</div> <div>Jornada completa</div> </div> <div>entrará al jardín de infantes.</div> | | Nivel escolar actual (<i>si el niño está en la escuela</i>) _____ Fecha de inicio del año escolar _____ Fecha de finalización del año escolar _____ Cantidad total de horas de clase _____ Horas de clase: de _____ a _____ | |
| Niño 2 - Nombre (<i>nombre, segundo nombre, apellido</i>) | | Apellido de soltera de la madre del niño | Ciudad de nacimiento |
| Nombre y dirección del proveedor de cuidado infantil | | | |
| Nombre y dirección de la escuela del niño (<i>SOLO si el niño está en jardín de infantes o un nivel escolar superior</i>) | | | |
| ¿El niño entrará al jardín de infantes? <div> <div>Sí</div> <div>No. Mi hijo NO</div> </div> <div> <div>Mañanas</div> <div>Tardes</div> <div>Jornada completa</div> </div> <div>entrará al jardín de infantes.</div> | | Nivel escolar actual (<i>si el niño está en la escuela</i>) _____ Fecha de inicio del año escolar _____ Fecha de finalización del año escolar _____ Cantidad total de horas de clase _____ Horas de clase: de _____ a _____ | |

Fecha:
Número de su caso:

Declaración de no discriminación del USDA

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 entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al **(800) 877-8339**. 

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un 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/ad-3027s.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al **(833) 620-1071**, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. **El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:**



Correo:

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



Fax:

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



Correo electrónico:

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

No envíe información, como solicitudes o verificaciones, a la dirección del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (United States Department of Agriculture, USDA) indicada anteriormente. Esta dirección es solo para quejas sobre derechos civiles. Envíe los materiales de la solicitud o las verificaciones a la oficina local de JFS de su condado.

Formulario de Registro de Votante o Actualización de Registro Actual

Por favor lea las instrucciones atentamente. Por favor escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra. Para más información puede consultar el Sitio web del Secretario de Estado en: VoteOhio.gov o llamar al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

Elegibilidad

Usted puede registrarse para votar si cumple todos los requisitos siguientes:

1. Usted es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Usted tendrá al menos 18 años de edad el día de las elecciones generales o antes de las mismas.
3. Usted habrá sido un residente de Ohio durante al menos los 30 días previos a las elecciones en las que quiere votar.
4. Usted no está encarcelado (en la cárcel o en prisión) por un delito grave.
5. Usted no ha sido declarado incompetente a fines de votación por un tribunal testamentario.
6. Usted no ha sido privado de sus derechos de forma permanente por violaciones de leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro actual en Ohio si ha cambiado de domicilio o nombre.

AVISO: Este formulario debe ser recibido o estar matasellado al menos 30 días antes de unas elecciones en las que usted tiene intención de votar. La junta electoral del condado le notificará el lugar donde usted vota. Si no recibe una notificación después de entregar su formulario a tiempo, por favor póngase en contacto con la junta electoral de su condado.

Números 1 y 2 del formulario a continuación son obligatorias por ley. Debe contestar a ambas preguntas para que su registro pueda ser procesado.

Por favor consulte la información en el otro lado de este formulario para averiguar cómo obtener una boleta o papeleta de voto en ausencia.

Requisitos de Identificación

Si tiene una tarjeta de identificación estatal o una licencia para conducir de Ohio vigente, deberá proporcionar el número en la línea 10. Si no cuenta con una tarjeta de identificación estatal o una licencia para conducir de Ohio, deberá proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de Seguro Social en la línea 10. Si no cuenta con ninguno, por favor escriba "Ninguno."

Requisitos de Domicilio

Su domicilio de votar es el lugar que usted considera ser su domicilio permanente y no temporario. Su domicilio de votar es el lugar en lo que su habitación es fijada y el lugar a lo que, cuando usted esté ausente, tiene la intención de regresar. Si usted no tiene una habitación fijada, pero está habitante consistente y regular de un refugio o de otro lugar a lo que tiene la intención de regresar, se permite usar ese refugio como domicilio para su registro de votante. Si usted tiene preguntas sobre su circunstancia específica de domicilio, pongase en contacto con la junta electoral de su condado.

Su Firma

En la área debajo de la flecha en casilla 14, por favor firme en cursiva y por mano o ponga su marca, teniendo cuidado de no tocar las líneas o el texto que la rodean para que cuando la junta electoral de su condado lo hacen una imagen digital, la pueden usar para identificar su firma.

AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.

Quiero: ☐ Registrarme para votar en Ohio ☐ Actualizar mi domicilio ☐ Actualizar mi nombre

| | | |
|--|-----------------------------|-----------------------------|
| 1. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| 2. ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes? | <input type="checkbox"/> Sí | <input type="checkbox"/> No |
| Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario. | | |

| | | | |
|-------------|--------|--------------------------|---------------|
| 3. Apellido | Nombre | Segundo Nombre o Inicial | Jr., II, etc. |
|-------------|--------|--------------------------|---------------|

| | | | |
|---|-----------------------|--------------------------------|------------------|
| 4. Numero de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado) | Apt. o No. de Parcela | 5. Ciudad u Oficina de Correos | 6. Código Postal |
|---|-----------------------|--------------------------------|------------------|

| | | |
|--|--|--|
| 7. Dirección Postal Adicional (si es necesario) | 8. Condado (donde vive) | FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (rev. 2/7/23) |
| 9. Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO) (obligatorio) | 10. Número de la licencia de conducir de Ohio, número de la tarjeta de identificación estatal o los últimos cuatro dígitos del número de Seguridad Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación) | |

| | | | | |
|--|------------------|-----------------|---------------------|--------------|
| 12. DOMICILIO ANTERIOR SI ESTÁ ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior | | | City, Village, Twp. | |
| Ciudad u Oficina de Correos | Condado Anterior | Estado Anterior | | Ward |
| 13. SÓLO CAMBIO DE NOMBRE - Nombre Legal Anterior | | | | Precinct |
| Firma Anterior | | | | School Dist. |

| | | | |
|--|----------|---|---------------------|
| 14. Declaro, so pena de fraude electoral, que soy ciudadano de los Estados Unidos, que habré vivido en este estado durante al menos los 30 días previos a las elecciones siguientes y que tendré al menos 18 años de edad en el momento de las elecciones generales. | Su firma | ↓ | Fecha (MES/DÍA/AÑO) |
| <div></div> | | | |

PARA ASEGURAR SU INFORMACIÓN SE RECIBA, POR FAVOR HAGA LO SIGUIENTE

1. Imprima este formulario.
2. Asegúrese de que todos los campos requeridos estén completos.
3. Firme su forma y escriba la fecha.
4. Doble e inserte su formulario en un sobre.
5. Envíe su formulario por correo a la junta electoral del condado.

Para la dirección de la junta electoral del condado, por favor visite
VoteOhio.gov/Boards

Si tiene preguntas adicionales, por favor llame a la Oficina de
Secretario de Estado de Ohio 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

CÓMO CONSEGUIR UNA BOLETA O PAPELETA DE VOTO EN AUSENCIA

Usted tiene derecho a votar mediante una boleta o papeleta de voto en ausencia en Ohio sin tener que dar un motivo. Las solicitudes de boletas o papeletas de voto en ausencia se pueden obtener de la junta electoral de su condado o del Secretario de Estado en: VoteOhio.gov o llamando al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO

Los votantes deben traer una identificación con fotografía vigente a las urnas para verificar su identidad. Los votantes que no faciliten ninguno de estos documentos aún podrán votar ejerciendo una papeleta provisional de conformidad con R.C. 3505.181. Para obtener más información acerca de los requisitos de identificación de los votantes, por favor consulte el Sitio web del Secretario de Estado en: VoteOhio.gov o llame al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

**AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL
SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.**