

**SOLICITUD PARA EL PROGRAMA DE ASISTENCIA NUTRICIONAL SUPLEMENTARIA (SNAP),  
ASISTENCIA EN EFECTIVO, ASISTENCIA MÉDICA Y/O ASISTENCIA PARA EL CUIDADO INFANTIL**



**Si necesita asistencia de SNAP de forma inmediata, responda las preguntas en el paso 6 de la solicitud.**

Es posible que cumpla con los requisitos para recibir los beneficios de SNAP con mayor rapidez. Tiene derecho a solicitar asistencia de SNAP el mismo día en que se comunica con la oficina local de JFS de su condado.



**Comuníquese con la oficina de JFS de su condado:**

- **Si necesita ayuda para completar el proceso de solicitud**, desea realizar la entrevista en persona o requiere una visita domiciliaria para completar la entrevista.
- **Si cualquier parte de la información proporcionada en este formulario cambia** después de que lo entregue.

**Otros recursos de contacto:**

- **Si el inglés no es su idioma principal, llame a la oficina de JFS de su condado** para que un intérprete le ayude a entender las preguntas de este formulario.
- **Si tiene dificultades auditivas y/o visión reducida, llame al 7-1-1** a fin de obtener ayuda para completar este formulario o la entrevista. 

**¿Necesita ayuda para completar esta solicitud?**

Un representante autorizado puede ayudarle a completar sus entrevistas y/o formularios.

- No es necesario que el representante autorizado viva con usted; sin embargo, debe ser un adulto responsable. Usted debe informar por escrito el nombre de su representante autorizado a la oficina de JFS de su condado.
- Si usted es un representante autorizado, complete los pasos de esta solicitud con la información del solicitante.
- Otras agencias comunitarias, como bancos de alimentos, también pueden ayudarle a completar esta solicitud.

**Para solicitar asistencia, siga los cuatro pasos a continuación:**

**1**

**Complete esta solicitud: LA SOLICITUD COMIENZA EN LA PÁGINA 5**

En el paso 1 de esta solicitud, seleccione los programas que desea solicitar. **Responda tantas preguntas de la solicitud como le sea posible. No obstante, para comenzar con el proceso de solicitud, debe al menos completar su nombre, dirección y firma** y entregar la solicitud a la oficina de JFS de su condado. **Nota:** Puede pedir que le proporcionen una copia de su solicitud completa.

**2**

**Presente la solicitud**

También puede presentar la solicitud en línea en <https://ssp.benefits.ohio.gov> o continuar completando esta solicitud impresa. Envíe esta solicitud impresa a la oficina local de JFS de su condado. Para encontrar la información de la oficina de JFS de su condado, diríjase a <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory>.

**3**

**Complete una entrevista: SOLO para SNAP y/o Asistencia en Efectivo**

La oficina de JFS de su condado le enviará una carta para indicarle la fecha y la hora en que se realizará la entrevista por teléfono. La carta le informará si debe comunicarse con la oficina de JFS de su condado o si el personal le llamará.

**4**

**Presente los documentos de verificación: TODOS los programas**

La oficina de JFS de su condado le indicará los comprobantes que debe proporcionar. Puede enviar los documentos de verificación con la presente solicitud. Consulte la siguiente página para ver una lista de los tipos de documentos que le pueden solicitar.

## Información sobre los documentos de verificación

- Revise la siguiente tabla para obtener más información acerca de los documentos de verificación necesarios para cada programa.
- La oficina de JFS de su condado puede pedirle que proporcione talones de pago, facturas de servicios públicos, estados de cuenta bancarios, entre otros documentos.
- La oficina de JFS de su condado le proporcionará la **Lista de verificación** (formulario 07105 de JFS). Asegúrese de presentar toda la información requerida antes de la fecha límite que figura en el formulario.
- Si no proporciona todos los documentos de verificación es posible que la oficina de JFS de su condado rechace su solicitud.

**¿Necesita ayuda?** Si necesita ayuda para obtener los documentos requeridos, solicite ayuda a la oficina de JFS de su condado.

**No ciudadano estadounidense calificado:** si usted NO es ciudadano estadounidense y ÚNICAMENTE solicita los beneficios de un programa de asistencia para un ciudadano estadounidense O una persona no ciudadana calificada, o solicita asistencia médica de emergencia por tiempo limitado, NO es necesario que verifique su estado migratorio o de ciudadanía ni que proporcione un número de seguro social (Social Security Number, SSN).

Ejemplos de documentos de verificación	Programas de asistencia				
	SNAP	Médica (familias y niños)	Médica (adultos mayores y personas ciegas o con discapacidad)	Cuidado infantil	Efectivo/Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA)
<b>Su número de seguro social</b> o prueba de que ha solicitado uno.	✓	✓	✓		✓
<b>Tarjeta de residente permanente ("Green Card")</b> u otros documentos migratorios si no es ciudadano estadounidense.	✓	✓	✓		✓
<b>Prueba de ciudadanía estadounidense.+</b>		✓	✓	✓	✓
<b>Comprobantes de ingresos</b> o de cualquier otra suma de dinero que perciba su hogar (como recibos de nómina, registros de impuestos, cartas de adjudicación, manutención infantil).	✓	✓	✓	✓	✓
<b>Estados de cuenta bancarios más recientes</b> (como de una cuenta de cheques o ahorros).			✓		✓
<b>Prueba de propiedad de vehículos</b> (como automóviles, camionetas, motocicletas, botes o casas rodantes).			✓		
<b>Prueba del valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida, fideicomisos, anualidades.</b>			✓		✓
<b>Prueba de identidad</b> (como licencia de conducir, tarjeta de identificación estatal o pasaporte).	✓				✓
<b>Prueba de todos los gastos de cuidado infantil/de dependientes</b>	*	✓			✓
<b>Comprobantes de manutención infantil pagada</b> para niños que no viven con usted.	*	✓	✓	✓	✓
<b>Comprobantes de todos los gastos de vivienda y servicios públicos.</b>	*		✓		
<b>Prueba de todos los gastos médicos para personas con discapacidad o mayores de 60 años</b> (incluidos los medicamentos recetados)	*		✓		
<b>Prueba de seguro médico.</b>		✓	✓		
<b>Comprobante de una actividad elegible para todos los cuidadores del hogar</b> (como el horario de la escuela o el trabajo o un contrato de autosuficiencia).				✓	
<b>Nombre y dirección de un proveedor de cuidado infantil elegible para cada niño que necesita cuidado.</b>					✓

# Preguntas frecuentes

## Elegibilidad para el programa:



### 1. ¿Cuándo sabré si cumple con los requisitos para recibir asistencia?

**SNAP, Asistencia en Efectivo y Asistencia para el Cuidado Infantil:** la oficina de JFS de su condado determinará su elegibilidad para estos programas **en un plazo de 30 días** a partir de la fecha en que presentó la solicitud.

- Si cumple con los requisitos, es posible que sus beneficios se aprueben de forma retroactiva desde la fecha en que presentó la solicitud.
- **SOLO Asistencia para el Cuidado Infantil:** si deniegan su solicitud, es posible que sea responsable de pagar por los servicios de cualquier proveedor de cuidado infantil que haya empleado desde que presentó la solicitud.

**Asistencia Médica:** la oficina de JFS de su condado determinará su elegibilidad para la Asistencia Médica **en un plazo de 45 días** a partir de la fecha en que presentó la solicitud.

- Si declara tener una discapacidad, es posible que deban llevar a cabo una determinación de discapacidad, lo que puede tomar hasta 90 días.
- Si cumple con los requisitos, es posible que sus beneficios de Asistencia Médica se aprueben de forma retroactiva desde la fecha en que presentó la solicitud. Si tiene facturas médicas de los 3 meses previos a la solicitud, informe a la oficina de JFS de su condado. Es posible que puedan aprobar los beneficios de Asistencia Médica para esos 3 meses.

### 2. ¿Qué programas requieren una entrevista?

- SNAP y Asistencia en Efectivo REQUIEREN una entrevista.
- Asistencia para el Cuidado Infantil y Asistencia Médica NO REQUIEREN una entrevista.

### 3. ¿Qué sucede si no asisto a mi entrevista para SNAP o Asistencia en Efectivo?

Si no se presenta a la entrevista, comuníquese con la oficina de JFS de su condado de inmediato. Si no completa la entrevista con la oficina de JFS de su condado **dentro de los 30 días** posteriores a la fecha en que entregó la solicitud, es posible que denieguen dicha solicitud y que deba presentarla nuevamente.

### 4. ¿Debo ser ciudadano estadounidense para obtener asistencia?

Muchas personas que no son ciudadanos estadounidenses pueden recibir beneficios de asistencia. La Asistencia Médica de Emergencia para No Ciudadanos (Non-Citizen Emergency Medical Assistance, NCEMA) también puede estar disponible independientemente de su estado de ciudadanía estadounidense.

### 5. ¿Qué otros servicios pueden estar disponibles?

Es posible que sea elegible para recibir otros servicios como los siguientes:

- Servicios de Prevención, Retención y Contingencia (Prevention, Retention, and Contingency, PRC).
- Servicios de intervención temprana.
- Habilidades para el trabajo.
- Ayuda para conseguir un trabajo.

**Nota:** Es posible que deba solicitar estos servicios mediante una solicitud separada. Si está interesado, comuníquese con la oficina de JFS de su condado.

**Para obtener más información acerca de las organizaciones comunitarias que pueden brindarle ayuda, visite <https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>.**

# Preguntas frecuentes

## Asistencia para el Cuidado Infantil:



### 1. ¿Cómo elijo un proveedor de cuidado infantil?

Los cuidadores pueden elegir cualquier programa aprobado para ofrecer cuidado infantil con fondos públicos (Publicly Funded Child Care, PFCC). Estos programas incluyen centros, hogares de cuidado infantil familiar, campamentos de día aprobados y auxiliares en el hogar 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 (Child Care Resource and Referral Agency) Infantil de su localidad. Visite <https://occrra.org/ccrr-membership/> para obtener la información de contacto.
- Use el directorio de cuidado infantil en <https://childcarenetwork.ohio.gov> para buscar programas que se adapten a sus necesidades de cuidado infantil. El directorio le permite buscar por ubicación, tipo de programa y calificación de Step Up To Quality. De igual modo, las inspecciones de licencias y las denuncias fundamentadas están disponibles para su revisión.
- **Nota:** El proceso será más rápido si ya seleccionó a un proveedor de cuidado infantil al momento de presentar la solicitud.

### 2. ¿Qué sucede si mi hijo tiene una discapacidad o sospecho que puede tener un retraso en el desarrollo?

Puede obtener más información sobre la asistencia para el cuidado de niños con necesidades especiales en el sitio web del ODJFS en <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.

- Si el hijo que necesita cuidado tiene necesidades especiales, es posible que cumpla con los requisitos para recibir beneficios de cuidado infantil hasta los 18 años.
- Si su proveedor de atención infantil adapta su programa o servicios para su hijo, puede solicitar recibir un aumento en la tarifa de pago.
- Comuníquese con la oficina de JFS de su condado para solicitar más información.

### 3. ¿Cómo presento una queja sobre un proveedor de cuidado infantil?

Si desea presentar una queja sobre una presunta infracción a las normas de licencias, puede comunicarse con el servicio de asistencia de la política de cuidado infantil llamando al **877-302-2347**, opción 4.

### 4. ¿Qué es Step Up To Quality?

Step Up To Quality es el sistema de calificación de calidad para los programas de cuidado infantil de Ohio. Las calificaciones se otorgan con base en los estándares que implementa el programa y que superan los estándares mínimos de salud y seguridad. Para obtener más información, visite el sitio web de cuidado infantil del ODJFS en <https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality> y haga clic en "Step Up To Quality".

**Conserve esta página para sus registros.**

**SOLICITUD PARA SNAP, ASISTENCIA EN EFECTIVO, ASISTENCIA MÉDICA  
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.

**Si no marca ninguna de las dos casillas, se considerará que, en este momento, decidió no registrarse para votar.**  
**Solicitar o negarse a registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.**

**Paso 1: Marque la casilla de cada programa que el solicitante desea solicitar**

*Puede solicitar cualquiera y todos los programas enumerados a continuación. Si no marca ninguna casilla, solo revisaremos si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de SNAP.*

SNAP

Asistencia para el Cuidado Infantil

Asistencia Médica

Asistencia en Efectivo: para familias con hijos menores de edad o mujeres embarazadas

Asistencia en Efectivo para Refugiados (Refugee Cash Assistance, RCA): para personas refugiadas dentro de los 12 meses posteriores a su llegada

**Paso 2: Proporciónenos información sobre el solicitante**

*Si usted es un representante autorizado, proporcione la información de la persona por la que presenta la solicitud.*

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
<b>¿Necesita alguno de los siguientes servicios?</b>		<b>¿Cuál es su idioma de preferencia?</b>
Avisos en letra grande	Intérprete de lenguaje de señas	Hablado: _____
Traductor	Otro _____	Escrito: _____

**¿Usted, o alguna persona que vive con usted, ha recibido alguna vez los beneficios de SNAP, Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica o Asistencia para el Cuidado Infantil?**

**No**

Lugar (ciudad/condado/estado): \_\_\_\_\_

**Sí.** En caso afirmativo, indique quién:

\_\_\_\_\_

**Paso 3: Infórmenos cómo comunicarnos con el solicitante**

*Si usted es un representante autorizado, proporcione la información de la persona por la que presenta la solicitud.*

Dirección	Marque aquí si no tiene una dirección permanente y proporcione una dirección postal.		
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono (celular)	Teléfono (casa)	Dirección de correo electrónico	
<b>Dirección donde recibe correspondencia (si es diferente)</b>			
Ciudad	Condado	Estado	Código postal



**Recordatorio:** ¿Nos informó qué programas está solicitando el solicitante?

Asegúrese de marcar las casillas correspondientes en el paso 1.

#### Paso 4: Infórmenos si es un representante autorizado

Un representante autorizado es una persona que ayuda al solicitante con el proceso de solicitud y puede actuar en su nombre. **Si está completando este formulario como representante autorizado, proporcionenos la siguiente información sobre usted. Es posible que le soliciten presentar un documento de autorización. No figurará como representante autorizado hasta que proporcione el documento.**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido
Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Teléfono (celular)	Teléfono (casa)	
Dirección de correo electrónico		
<b>¿Necesita alguno de los siguientes servicios?</b>		<b>¿Cuál es su idioma de preferencia?</b>
Avisos en letra grande	Intérprete de lenguaje de señas	Hablado: _____
Traductor	Otro _____	Escrito: _____

#### Paso 5. SOLO para solicitantes y representantes autorizados de SNAP

Al firmar a continuación, acepta **querevisó y está de acuerdo con los términos del paso 14**. Además, certifica, bajo pena de perjurio, que la información contenida en esta solicitud es verdadera, incluida la información proporcionada a continuación sobre la ciudadanía y la condición de extranjero de los miembros que solicitan beneficios.

**Aunque puede presentar la solicitud solo con la información antes proporcionada, es posible que esta se procese con mayor rapidez si continua y responde las siguientes preguntas.**

 Firma del solicitante O el representante autorizado	Fecha
Nombre en letra de imprenta del solicitante O el representante autorizado	Fecha

#### Paso 6: Responda lo siguiente ÚNICAMENTE si solicita los beneficios de SNAP

¿Cuántas personas viven con usted que compran, preparan y comen los alimentos en conjunto con usted?

\_\_\_\_\_ Este número se considera su "**hogar**". Téngalo en mente cuando responda las siguientes dos preguntas.

**Nota:** Sus respuestas nos ayudarán a decidir con mayor rapidez si puede recibir los beneficios de SNAP. Si vive con otra persona que ya está recibiendo beneficios de SNAP, es posible que usted aún sea elegible para recibir dichos beneficios.

¿El ingreso total bruto de su hogar antes de impuestos del mes en curso es menor a \$150?

Sí      No

¿El ingreso total neto de su hogar para el mes en curso es de cero después de impuestos y de pagar cosas como gastos de vivienda, gastos de cuidado infantil/de dependientes o pagos de manutención infantil?	Sí	No
¿El total de sus recursos en efectivo, cuentas de cheques y cuentas de ahorros es de \$100 o menos?	Sí	No
¿Los gastos mensuales de alquiler o hipoteca y servicios públicos (como gas, electricidad, agua y teléfono) son superiores a su ingreso mensual bruto total antes de impuestos?	Sí	No
¿Es usted trabajador agrícola por temporadas o migrante?	Sí	No

## Paso 7: Proporcionenos la información del solicitante

Debe incluir una lista de todas las personas que viven con usted, incluso si dichas personas no están solicitando beneficios. Asegúrese de incluir primero el nombre de usted. Si necesita más espacio, escriba sus respuestas en una hoja de papel adicional y adjúntela a este formulario. Use los siguientes puntos como ayuda para completar la siguiente sección:

- **Número de seguro social (Social Security Number, SSN):** Si usted u otra persona en su hogar NO son ciudadanos estadounidenses ni no ciudadanos calificados, no tiene que proporcionarnos su SSN. Si existen otros motivos por los que usted u otra persona en su hogar no cuentan con un SSN, escriba dichos motivos a continuación. (por ejemplo, la solicitud está pendiente con la SSA).
- **Ciudadano estadounidense:** solo debe informarnos si un miembro es ciudadano estadounidense si solicita los beneficios de SNAP, Asistencia en Efectivo, Asistencia Médica o Asistencia para el Cuidado Infantil.
- **Raza u origen étnico:** el título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 (Civil Rights Act of 1964) nos permite solicitar información racial/étnica (hispano o latino). Proporcionar esta información es un acto voluntario y se usa solo con fines informativos. Si no desea proporcionarnos esta información, no afectará su caso.

Nombre	Relación con usted (cónyuge, amigo, etc.)	SSN (Consulte las instrucciones en la parte superior)	Fecha de nacimiento	Sexo	Ciudadano estadounidense	Hispano o latino	Raza
	Solicitante			<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<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"/> S <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<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"/> S <input type="checkbox"/> N	
				<input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	<input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N	

¿Está casado? **No** **Sí.** En caso afirmativo, proporcione el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguna de las personas para las que solicita los beneficios está embarazada?

**No** **Sí.** En caso afirmativo, ¿quién?, ¿y cuál es la fecha de parto prevista? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguna de las personas para las que solicita los beneficios recibe atención en el hogar o servicios en un asilo de ancianos?

**No** **Sí.** En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o alguno de los miembros de su hogar cuida de una persona con discapacidad dentro o fuera del hogar?

**No** **Sí.** En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Usted o algún miembro de su hogar forma parte de las fuerzas armadas?

<b>No</b>	<b>Sí.</b> En caso afirmativo, seleccione todas las opciones que correspondan:	<b>Servicio activo</b>	<b>Guardia Nacional/Reservas</b>
-----------	---	------------------------	----------------------------------

¿Alguna vez lo han declarado culpable de fraude en relación con los  
beneficios de cuidado infantil?

**No** **Sí**

## Paso 8: Miembros del hogar de 60 años o más

¿Alguno de los miembros tiene 60 años o más?

No. En caso negativo, vaya al paso 9. Sí. En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas del paso 8.

¿Esta persona recibe beneficios por discapacidad?

No Sí. En caso afirmativo, ¿de qué programa? \_\_\_\_\_

¿Esta persona(s) es incapaz de preparar alimentos debido a una discapacidad? No Sí

Si respondió "Sí" a las tres preguntas del paso 8, ¿esta persona(s) desea recibir los beneficios de SNAP de forma separada a las otras personas con las que vive? No Sí

## Paso 9: Proporcionenos información sobre las finanzas del hogar

¿Usted o las personas de su hogar han recibido o esperan recibir ingresos\* este mes?

No Sí. En caso afirmativo, complete la siguiente tabla.

\*Ingreso se refiere a todo el dinero que usted y las personas en su hogar reciben. Esto incluye los ingresos del empleo o el trabajo por cuenta propia, la manutención infantil o conyugal, los beneficios por discapacidad, los beneficios de jubilación, la indemnización para trabajadores, la indemnización por desempleo, el seguro social, la Seguridad de Ingreso Suplementario (Supplemental Security Income, SSI), los beneficios de veteranos, Ohio Works First (OWF) y los regalos monetarios de personas, entre otros.

Nombre	Tipo de ingreso o nombre del empleador	Frecuencia con que recibe el ingreso (semanal, bisemanal, etc.)	Monto del ingreso (antes de impuestos)	Fecha en que recibió el último ingreso

¿Cuánto dinero tienen usted y las personas de su hogar en efectivo, cuentas de cheques o cuentas de ahorros?

(Como en cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos)

Proporcione el cálculo más aproximado al monto total: \$ \_\_\_\_\_

¿Usted y las personas de su hogar cuentan con un total de más de un millón de dólares en efectivo, cuentas de cheques o cuentas de ahorros (como en cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos)? No Sí

¿Alguno de los miembros de su hogar dejó o perdió su trabajo en los últimos 60 días?

No Sí. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

¿Alguno de los miembros de su hogar está en huelga laboral?

No Sí. En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Este formulario continúa en la siguiente página



## Paso 10: Proporcionenos información sobre los gastos del hogar del solicitante

Marque todas las opciones que correspondan. Indique el monto de cada gasto.

**Gastos de cuidado infantil/dependientes:**

Monto estimado que paga por mes: \$ \_\_\_\_\_

**Pagos de manutención infantil o conyugal que realiza para una persona fuera de su hogar:**

Monto estimado que paga por mes: \$ \_\_\_\_\_

**Gastos médicos de todas las personas con discapacidad o que tienen 60 años o más.** Dichos gastos incluyen facturas médicas, medicamentos recetados, primas de seguro médico, transporte a citas médicas u otros servicios médicos.

Monto estimado que paga por mes: \$ \_\_\_\_\_

**Alquiler, pagos de hipoteca, alquiler de terreno, impuesto a la propiedad, seguro de propietario de vivienda, etc.**

Monto estimado pagado por mes: \$ \_\_\_\_\_

**¿Paga por calefacción o aire acondicionado?**      **Sí**      **No**

Pago los siguientes servicios públicos (*marque todas las opciones que correspondan*):

Teléfono	Recolección de basura	Alcantarillado	Aqua	Electricidad	Gas
----------	--------------------------	----------------	------	--------------	-----

## Paso 11: Si solicita Asistencia para el Cuidado Infantil, indíquenos el motivo por el que el solicitante necesita servicios de cuidado infantil

*Si usted o las personas de su hogar trabajan, asisten a la escuela o participan en un programa de capacitación, complete la siguiente tabla con todas las actividades elegibles. Si tiene un empleo, incluya la información de su empleador actual. Esto incluye el trabajo por cuenta propia y los trabajos ocasionales. Si necesita más espacio, escriba sus respuestas en una hoja de papel adicional y adjúntela a este formulario.*

Nombre del miembro del hogar 1	Nombre del empleador, la escuela o información de la capacitación
Número de teléfono del lugar de la actividad	Fecha de inicio/fecha de finalización
Dirección	
<b>Horario de trabajo/escuela/capacitación del miembro del hogar</b>	
Domingo, de _____ a _____	Jueves, de _____ a _____
Lunes, de _____ a _____	Viernes, de _____ a _____
Martes, de _____ a _____	Sábado, de _____ a _____
Miércoles, de _____ a _____	Cambia de una semana a otra _____
Nombre del miembro del hogar 2	Nombre del empleador, la escuela o información de la capacitación
Número de teléfono del lugar de la actividad	Fecha de inicio/fecha de finalización
Dirección	

**Horario de trabajo/escuela/capacitación del miembro del hogar**

Domingo, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Jueves, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Lunes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Viernes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Martes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Sábado, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Miércoles, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Cambia de una semana a otra \_\_\_\_\_

Nombre del miembro del hogar 3

Nombre del empleador, la escuela o información de la capacitación

Número de teléfono del lugar de la actividad

Fecha de inicio/fecha de finalización

Dirección

**Horario de trabajo/escuela/capacitación del miembro del hogar**

Domingo, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Jueves, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Lunes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Viernes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Martes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Sábado, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Miércoles, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Cambia de una semana a otra \_\_\_\_\_

**Paso 12: Proporcionenos información sobre los niños que necesitan cuidado infantil****Niño 1 - Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)**

Apellido de soltera de la madre del niño

Ciudad de nacimiento

Relación con el solicitante

Idioma hablado de preferencia del niño

¿El niño es ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado? **Nota:** A fin de recibir asistencia para el cuidado infantil, debe proporcionar documentos de verificación.**Sí****No.** Mi hijo **NO** es un ciudadano estadounidense ni un no ciudadano calificado.**Necesidades del niño:** ¿El niño requiere cuidados de protección infantil?**Sí****No.** Mi hijo **NO** requiere cuidados de protección infantil.**En caso AFIRMATIVO, ¿tiene un plan de caso?****No.** Mi hijo **NO** tiene un plan de caso.

¿El niño asiste a Head Start?

**Sí.** ¿Cuál es su horario? De \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_**No.** Mi hijo **NO** asiste a Head Start.**Días/horarios que requiere servicios de cuidado infantil**

Domingo, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Miércoles, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Lunes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Jueves, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Martes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Viernes, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Sábado, de \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor

Dirección del proveedor

Ciudad

Estado

Código postal

## Niño 2

Niño 2 - Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Apellido de soltera de la madre del niño	Ciudad de nacimiento		
Relación con el solicitante	Idioma hablado de preferencia del niño			
¿El niño es ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado? <b>Nota:</b> A fin de recibir asistencia para el cuidado infantil, debe proporcionar documentos de verificación.				
<b>Sí</b> <b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> es un ciudadano estadounidense ni un no ciudadano calificado.				
<b>Necesidades del niño:</b> ¿El niño requiere cuidados de protección infantil? <b>Sí</b> <b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> requiere cuidados de protección infantil.				
<b>En caso AFIRMATIVO</b> , ¿tiene un plan de caso?				
<b>Sí</b>	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> tiene un plan de caso.			
¿El niño asiste a Head Start?				
<b>Sí.</b> ¿Cuál es su horario? De _____ a _____	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> asiste a Head Start.			
<b>Días/horarios que requiere servicios de cuidado infantil</b>				
Domingo, de _____ a _____	Miércoles, de _____ a _____			
Lunes, de _____ a _____	Jueves, de _____ a _____			
Martes, de _____ a _____	Viernes, de _____ a _____			
Sábado, de _____ a _____				
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor	Ciudad	Estado	Código postal

## Niño 3

Niño 3 - Nombre (nombre, segundo nombre, apellido)	Apellido de soltera de la madre del niño	Ciudad de nacimiento		
Relación con el solicitante	Idioma hablado de preferencia del niño			
¿El niño es ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado? <b>Nota:</b> A fin de recibir asistencia para el cuidado infantil, debe proporcionar documentos de verificación.				
<b>Sí</b> <b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> es un ciudadano estadounidense ni un no ciudadano calificado.				
<b>Necesidades del niño:</b> ¿El niño requiere cuidados de protección infantil? <b>Sí</b> <b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> requiere cuidados de protección infantil.				
<b>En caso AFIRMATIVO</b> , ¿tiene un plan de caso?				
<b>Sí</b>	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> tiene un plan de caso.			
¿El niño asiste a Head Start?				
<b>Sí.</b> ¿Cuál es su horario? De _____ a _____	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> asiste a Head Start.			
<b>Días/horarios que requiere servicios de cuidado infantil</b>				
Domingo, de _____ a _____	Miércoles, de _____ a _____			
Lunes, de _____ a _____	Jueves, de _____ a _____			
Martes, de _____ a _____	Viernes, de _____ a _____			
Sábado, de _____ a _____				
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor	Ciudad	Estado	Código postal

## Niño 4

Niño 4 - Nombre ( <i>nombre, segundo nombre, apellido</i> )	Apellido de soltera de la madre del niño	Ciudad de nacimiento		
Relación con el solicitante	Idioma hablado de preferencia del niño			
¿El niño es ciudadano estadounidense o no ciudadano calificado? <b>Nota:</b> A fin de recibir asistencia para el cuidado infantil, debe proporcionar documentos de verificación.				
<b>Sí</b>		<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> es un ciudadano estadounidense ni un no ciudadano calificado.		
<b>Necesidades del niño:</b> ¿El niño requiere cuidados de protección infantil?				
<b>En caso AFIRMATIVO</b> , ¿tiene un plan de caso?				
<b>Sí</b>	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> tiene un plan de caso.			
¿El niño asiste a Head Start?				
<b>Sí.</b> ¿Cuál es su horario? De _____ a _____	<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> asiste a Head Start.			
<b>Días/horarios que requiere servicios de cuidado infantil</b>				
Domingo, de _____ a _____		Miércoles, de _____ a _____		
Lunes, de _____ a _____		Jueves, de _____ a _____		
Martes, de _____ a _____		Viernes, de _____ a _____		
Sábado, de _____ a _____		Sábado, de _____ a _____		
Nombre del proveedor	Dirección del proveedor	Ciudad	Estado	Código postal
¿Su hijo(s) tiene una afección de salud crónica, una discapacidad del desarrollo o una necesidad especial?				
<b>No.</b> Mi hijo <b>NO</b> tiene una afección de salud crónica, una discapacidad del desarrollo ni una necesidad especial.				
<b>Sí.</b> Complete la siguiente tabla:				
<b>Nombre</b> ( <i>nombre, segundo nombre, apellido</i> )		<b>Describa las necesidades específicas del niño</b>		

Este formulario continúa en la siguiente página



**Paso 13: Proporcione información sobre la asistencia a la escuela de los niños que necesitan servicios de cuidado infantil**

**Nota:** Complete esta sección si alguno de los niños asiste o asistirá al jardín de infantes o a un grado escolar superior.

Nombre del niño (nombre, segundo nombre, apellido)	Nivel escolar actual	Nombre y dirección de la escuela	Horario de la escuela (p. ej: de 8 a. m. a 3 p. m.)	Horario del jardín de infantes	Fecha de inicio/ finalización del año escolar
				<b>Matutino</b> <b>Vespertino</b> <b>Jornada completa</b>	
				<b>Matutino</b> <b>Vespertino</b> <b>Jornada completa</b>	
				<b>Matutino</b> <b>Vespertino</b> <b>Jornada completa</b>	
				<b>Matutino</b> <b>Vespertino</b> <b>Jornada completa</b>	

**Paso 14: Revise cuidadosamente la siguiente información y coloque su firma en la última 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 certifico, 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 estoy 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.

## Paso 14: Revise la siguiente información y coloque su firma (continuación)

### ► 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 cumple 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 huyen 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.
- 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 cumple 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.

## Paso 14: Revise la siguiente información y coloque su firma (continuación)

- 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 EPPICard™. La tarjeta EPPICard™ 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 EPPICard 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 EPPICard™ en un plazo de 90 días a partir del día en que se emitan los beneficios y mi primera tarjeta. Además, si no activo mi tarjeta EPPICard™ 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.
- Si mi hijo asiste a un programa con calificación 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 <https://childcarenetwork.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 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 del Departamento de Niños y Jóvenes (Department of Children and Youth, DCY) en <https://jfs.ohio.gov/child-care/step-up-to-quality/for-families>.
  - 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, visite <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.
- 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.

► **Si solicité los beneficios de Asistencia Médica**, reconozco y acepto lo siguiente:

- Bajo pena de perjurio, confirmo que proporcioné la información sobre todas las anualidades y otros dispositivos financieros similares en los que mi cónyuge y yo tenemos participación.
- Al firmar esta solicitud y recibir Medicaid, asingo al estado de Ohio todos los derechos al apoyo médico y todos los derechos a los pagos por parte de un tercero responsable por la asistencia médica que se me deba a mí y/o a los hijos menores de edad en el grupo de asistencia. Comprendo que debo informar al Departamento de Medicaid de Ohio sobre todos los seguros médicos que tenga o sobre todos los terceros responsables de mis gastos médicos. Le otorgo a dicho departamento el derecho de solicitar apoyo médico por parte de un excónyuge o padre. Si considero que cooperar para obtener apoyo médico nos perjudicará a mí o a mi hijo(s), entiendo que puedo informárselo al departamento y es posible que no deba cooperar.
- Que el Departamento de Medicaid de Ohio verificará mis respuestas mediante el uso de los números de seguro social y la información de fuentes de datos informáticos, que incluyen el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), la Administración del Seguro Social (Social Security Administration, SSA) y el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security, DHS), entre otros. Si la información no coincide, el Departamento de Medicaid de Ohio puede solicitarme que le envíe información adicional.
- El Departamento de Medicaid de Ohio obtendrá información sobre mis recursos financieros de parte de bancos, cooperativas de crédito u otras instituciones financieras con el fin de determinar si cumple con los requisitos para recibir asistencia médica. La autorización para obtener dicha información permanecerá vigente hasta que:
  - Deniegue mi solicitud para recibir asistencia médica.
  - O finalice mi elegibilidad para recibir asistencia médica.
  - O informe por escrito al Departamento de Medicaid de Ohio que deseo anular mi autorización.
- Si me niego a autorizar al Departamento de Medicaid de Ohio que obtenga información sobre mí de parte de las instituciones financieras o si decido anular mi autorización, entiendo que me pueden denegar o suspender los beneficios de asistencia médica.
- Si me encuentro recluido en una institución de forma permanente o si tengo 55 años o más al momento de recibir los beneficios de Medicaid, después de mi fallecimiento, el Programa de Recuperación del Patrimonio puede recuperar de mi patrimonio el costo de mi atención que Medicaid pagó. El costo de mi atención puede incluir el pago por capitación que Medicaid le paga a mi plan de atención administrada, incluso si el pago por capitación es mayor que el costo de los servicios que realmente recibí.
- Autorizo a todas las personas que proporcionan atención médica, suministros médicos o servicios a brindarle al Departamento de Medicaid de Ohio, el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio o el Departamento de Salud de Ohio cualquier información relacionada con la extensión, la duración y el alcance de los servicios prestados bajo el programa Medicaid, WIC y otros programas de asistencia médica. Comprendo que autorizo a los departamentos antes mencionados a intercambiar toda la información que haya proporcionado a fin de facilitar que estos puedan determinar si cumple con los requisitos para recibir los beneficios de asistencia médica.
- El programa Medicaid exige que la mayoría de los beneficiarios se inscriban en un plan de atención administrada. Si se determina que cumple con los requisitos para recibir los beneficios de Medicaid, recibirá información relacionada con esta cuestión por correo postal.
- El programa Healthchek ofrece servicios de atención médica preventiva a todos los niños menores de 21 años y mujeres embarazadas que cumplen con los requisitos de Medicaid. Un niño que cumple con los requisitos de Medicaid puede recibir exámenes de visión y audición sin costo por parte de Healthchek.

Autorizo a \_\_\_\_\_ para que sea mi representante para \_\_\_\_\_ programa.  
(Nombre del rep. aut.) (P. ej., SNAP, OWF)

- Para Medicaid: deberá completar el formulario 06723 del ODM "Designación de un representante autorizado".
- Si necesita más de un representante autorizado, comuníquese con la oficina de JFS de su condado.

 <b>Firma del solicitante O el representante autorizado</b>	<b>Fecha</b>
<b>Nombre en letra de imprenta del solicitante O el representante autorizado</b>	<b>Fecha</b>

**- FIN DE LA SOLICITUD -**

**Entregue esta solicitud a la oficina local de JFS de su condado**

# 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.

**Esta página se deja en blanco de manera intencional.**

# 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](http://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.?  Sí  No

2. ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?  Sí  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 (Enscriba 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)		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)
11. No. Tfno. (voluntario)		FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (rev. 2/7/23)	
City, Village, Twp.		Ward	
School Dist.		Precinct	
Cong. Dist.		Senate Dist.	
Senate Dist.		House Dist.	
12. DOMICILIO ANTERIOR SI ESTÁ ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior			
Ciudad u Oficina de Correos	Condado Anterior	Estado Anterior	
13. SÓLO CAMBIO DE NOMBRE - Nombre Legal Anterior		Firma Anterior	
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)	

## **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](http://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](http://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](http://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.**