

# SOLICITUD PARA ASISTENCIA ECONÓMICA, ALIMENTARIA O MÉDICA

**Sólo Para Uso Interno** – A usted se le proporcionará la fecha y la hora de la cita una vez que haya completado la siguiente solicitud.

Fecha de la Cita: \_\_\_\_\_

Hora de la Cita: \_\_\_\_\_

## ¿Cómo solicito la asistencia?



### Necesitará:

1. Llenar esta solicitud.
2. Entregar esta solicitud en el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS).
3. Asistir a una entrevista.
4. Proporcionar pruebas a los programas que solicite. Las pruebas se explican en la siguiente página.

## ¿Necesita ayuda para llenar la solicitud?



1. **Si el inglés no es su lengua materna**, el CDJFS le asignará a una persona que le ayude a entender las preguntas de esta solicitud en la entrevista.
2. **Si tiene alguna incapacidad, problemas auditivos o visuales**, lo ayudaremos a llenar esta solicitud y a contestar en la entrevista.
3. **También lo ayudaremos en las siguientes situaciones:** si reporta cambios o si tiene dudas acerca de su caso.

## ¿Cómo lleno esta solicitud?



1. **Llene esta solicitud:** Conteste todas las preguntas que pueda en la solicitud. Tiene derecho a solicitar asistencia a partir del día en que se ponga en contacto con el CDJFS de su localidad. **No olvide indicar qué programa(s) está solicitando.**
2. **Si no puede llenar esta solicitud hoy**, escriba en la primera página de esta solicitud su nombre, dirección y firma, y entréguela en la oficina del CDJFS de su localidad para que podamos brindarle asistencia a partir de hoy si cumple con los requisitos. Puede llenar el resto de la solicitud en casa y entregarla en la oficina del CDJFS.
3. **Solicitar asistencia para otra persona:** Puede elegir a alguien para que solicite asistencia por usted. A esta persona se le denomina "representante autorizado". Si usted es quien solicita asistencia para otra persona, conteste las preguntas respecto a dicha persona.

## ¿Dónde entrego esta solicitud?

1. **Entregue la solicitud en la oficina del CDJFS de su localidad:** Con esto iniciará el proceso de solicitud de todos los programas de asistencia. El horario de las oficinas varía de un condado a otro. Para buscar la oficina de su condado, consulte el documento [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf)

## ¿Cómo realizo la entrevista en persona?

1. **Asista a la entrevista:** Durante esta entrevista, nosotros finalizaremos lo que falte del proceso de solicitud. Además, le diremos qué tipo de asistencia puede obtener.
2. **Si no puede asistir a la entrevista**, debe comunicarse al CDJFS de su localidad y reprogramarla. Si usted no se comunica con nosotros en un plazo de 30 días a partir de que presente esta solicitud, es posible que le neguemos la asistencia que solicite y que tenga que volver a solicitarla. Es posible que no tenga que venir a la entrevista si decidimos que tiene dificultades para hacerlo, como una enfermedad o que no tenga un medio de transporte.

-- Guarde esta página en su expediente. --

## ¿Qué tipo de pruebas necesito?

En el siguiente recuadro están los documentos que se piden en cada programa que solicite. Comuníquese con el CDJFS de su localidad para que se le proporcionen ejemplos de los documentos que puede usar como pruebas. Si no puede presentar todo, acuda a la entrevista de todas formas y nosotros le ayudaremos.

- Si no cuenta con la ciudadanía estadounidense y sólo va a solicitar asistencia médica de emergencia para extranjeros, no tiene que comprobar su ciudadanía ni su situación migratoria, ni presentar un número de seguro social.
- El monto de asistencia alimenticia que reciba puede aumentar si presenta pruebas de los siguientes gastos: cuidado de los hijos o dependientes económicos, manutención de menores que no viven con usted, vivienda, servicios públicos, gastos médicos de personas con incapacidades o mayores de 60 años (se aceptan recetas).

	Asistencia Financiera	Asistencia alimenticia	Asistencia médica Familias e hijos	Asistencia médica Adultos mayores, personas ciegas o incapacitadas
Comprobante de que ha solicitado un número de seguro social (si todavía no lo tiene)	✓	✓	✓	✓
Permiso de residencia permanente ("green card") u otro documento del Servicio de Nacionalización e Inmigración (INS) si no tiene la ciudadanía estadounidense	✓	✓	✓	✓
Comprobante de su ciudadanía estadounidense, si es ciudadano	✓		✓	✓
Comprobante de ingresos u otro tipo de dinero que entre en su hogar (como recibos de nómina, declaraciones de impuestos, cartas de otorgamiento de prestaciones, manutención de menores)	✓	✓	✓	✓
Los últimos estados de cuentas bancarias (de cheques, de cooperativas de ahorro y crédito y de ahorros)	✓			✓
Comprobante de propiedad de vehículos (como automóviles, camionetas, motocicletas, botes y casas rodantes)				✓
Comprobante del valor actual de acciones y bonos, certificados de depósitos, seguros de vida, fideicomisos y pensiones anuales	✓		✓	✓
Identificación	✓	✓		
Comprobantes de los gastos del cuidado de los hijos o dependientes económicos	✓	✓	✓	
Comprobante de pagos de manutención de menores para niños que no viven con usted	✓	✓	✓	
Comprobante de gastos de vivienda y servicios públicos		✓		
Comprobante de cualquier gasto médico de personas con incapacidades o mayores de 60 años (se aceptan recetas)		✓		✓
Comprobante de cualquier seguro médico			✓	✓

## ¿Cuándo recibiré la ayuda?



**Asistencia Financiera y alimenticia:** Basamos la elegibilidad para entrar en el programa de asistencia financiera o alimenticia en la fecha en la que recibimos las solicitudes fechadas y firmadas. Su elegibilidad para entrar a estos programas se determina en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que hayamos recibido su solicitud fechada y firmada.

**Asistencia médica:** Basamos la elegibilidad para recibir asistencia médica en la fecha en la que recibimos las solicitudes fechadas y firmadas. Su elegibilidad se determina en un plazo de 30 días a menos que declare tener una incapacidad. En caso de que declare tener una incapacidad, su elegibilidad se determinará en un plazo de 90 días. Además, también consideraremos la posibilidad de brindar la asistencia médica de los 3 meses anteriores al mes en el que recibamos su solicitud.

## ¿Y si necesito comida de inmediato?



**Si necesita asistencia alimenticia inmediata y no está recibéndola actualmente,** conteste las preguntas de la primera y la segunda página de la solicitud. Es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia alimenticia más rápido.

## ¿Debo tener la ciudadanía?



**No.** No deje de pedir la asistencia que necesita para su familia por miedo al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Muchos inmigrantes pueden recibir asistencia financiera, alimenticia y médica. También hay asistencia médica de emergencia para extranjeros sin importar su situación migratoria.

## ¿Qué otros servicios ofrecen?



**Es posible que reúna los requisitos para recibir otros servicios como:** asistencia para el cuidado de los hijos, atención prenatal, gastos de vivienda, habilidades laborales y ayuda para encontrar trabajo. Es posible que necesite llenar una solicitud aparte para estos servicios. Pregunte acerca de estos servicios al trabajador social que está a cargo de su caso. Si necesita ayuda con los gastos del cuidado de los hijos, póngase en contacto con el CDJFS de su localidad para pedir una solicitud del cuidado de los hijos.

**-- Guarde esta página en su expediente. --**

# SOLICITUD PARA ASISTENCIA ECONÓMICA, ALIMENTARIA O MÉDICA

## 1. SOLICITUD DE REGISTRO PARA VOTAR ADJUNTA: AYUDA DISPONIBLE

Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse hoy para votar?

Sí, quiero registrarme para votar.  NO, no quiero registrarme para votar.

**Si no marcó ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento. La solicitud de registro o la negativa a registrarse para votar no afectará la cantidad de asistencia que le proporcionará esta agencia.**

## 2. Díganos qué programa(s) está solicitando (seleccione todos los que correspondan. Solo se evaluará la elegibilidad para los programas que han sido seleccionados).

Asistencia alimentaria  Asistencia médica  Asistencia económica para familias con hijos menores o mujeres que tengan al menos 6 meses de embarazo, o para refugiados dentro de los 8 meses de su llegada

## 3. Información personal (del solicitante)

Llene la siguiente sección respecto a usted o a la persona por quien está solicitando la asistencia.

Primer nombre  Inicial del segundo nombre

Apellido

**¿Tiene...?**  Problemas visuales  Problemas auditivos  
**¿Requiere alguno de los siguientes servicios?**  Intérprete  Lenguaje de señas  Otro:

### Para Uso Exclusivo de la Oficina

Fecha Recibida:

Número de Solicitud:

Número de Caso:

Asistencia Alimenticia

Acelerada:  Sí  No

Solicitó PRC:  Sí  No

Solicitó Cuidado de niños:  Sí  No

**¿Usted, o alguna persona que viva con usted, ha recibido asistencia financiera, alimenticia o médica alguna vez?**  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién?  ¿Dónde? (Ciudad/Condado/Estado):

## 4. Indique dónde podemos localizarlo.

Llene la siguiente sección respecto a usted o a la persona por quien está solicitando la asistencia.

Dirección   Marque esta casilla si no tiene hogar

Ciudad  Condado  Estado  Código postal

Número de teléfono ( )  Hora ideal para llamarle  Número de teléfono adicional ( )  Dirección de correo electrónico

### Dirección postal (si es diferente):

Dirección

Ciudad  Condado  Estado  Código postal

## 5. Indique si es usted un representante autorizado.

Un representante autorizado es alguien que ayuda al solicitante a realizar el proceso de solicitud. Si usted está llenando este formulario en calidad de representante autorizado, escriba lo siguiente.

Primer nombre  Inicial del segundo nombre  Apellido

Dirección

Ciudad  Condado  Estado  Código postal

Número de teléfono ( )  Hora ideal para llamarle  Número de teléfono adicional ( )  Dirección de correo electrónico

## 6. Firme aquí

Firma del solicitante o del representante autorizado  Nombre en letra de molde  Fecha

**NO OLVIDE DECIRNOS QUÉ PROGRAMA(S) ESTÁ SOLICITANDO EN LA PREGUNTA 2**

## 7. Indique si requiere asistencia alimenticia inmediata.

Estas preguntas nos servirán para decidir si usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de asistencia alimenticia más rápido.

¿Cuántas personas viven con usted y compran, preparan y comen alimentos en su casa? \_\_\_\_\_

Conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta solamente a las personas que compran, preparan y comen alimentos en su casa.

¿El total de sus ingresos brutos del mes actual es de menos de \$150 antes de pagar impuestos?  Sí  No

¿El total de sus ingresos netos es cero para el mes actual después de pagar impuestos y diversas cosas, como los gastos de la vivienda, del cuidado de los hijos o dependientes o de la manutención de menores?  Sí  No

¿El total del dinero que tiene en cuentas corrientes, de cheques y de ahorros es de menos de \$100?  Sí  No

¿El monto de la renta mensual o la hipoteca y los servicios públicos (como el gas, la luz, el agua y el teléfono) es mayor al total de sus ingresos brutos mensuales antes de pagar impuestos?  Sí  No

¿Es usted inmigrante o un trabajador agrícola que trabaja según las estaciones?  Sí  No

## 8. Información sobre las personas que viven con usted

Debe incluir en esta lista a todas las personas que viven con usted, aunque éstas no soliciten asistencia. Asegúrese de escribir su nombre primero. Si necesita más espacio, use una hoja aparte y adjúntela.

- **Número de seguro social:** Es necesario que incluya su número de seguro social únicamente si está solicitando asistencia financiera, alimenticia o médica. No tiene que incluir su número de seguro social si está solicitando asistencia médica de emergencia para extranjeros.
- **Sexo (género):** si su hogar solo solicita asistencia alimentaria, no tiene que completar la pregunta sobre sexo (género).
- **Ciudadanía estadounidense:** Es necesario que indique si tiene la ciudadanía estadounidense únicamente si está solicitando asistencia financiera, alimenticia o médica.
- **Raza/Etnicidad:** el Título VI de la Ley de Derechos Civiles de 1964 nos permite solicitar información racial/étnica (hispana o latina). Proporcionar esta información es de carácter voluntario y se utiliza únicamente con fines informativos. Si no desea proporcionar esta información, no tendrá impacto en su caso, pero el trabajador ingresará una respuesta.

Nombre (Nombre y apellido)	Parentesco (cónyuge, hijo, amigo, etc.)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo Escriba M o F	Ciudadanía estadounidense Escriba Sí o No	Raza	Hispano o Latinoamericano Escriba Sí o No
	Yo mismo						

¿Está casado?  Sí  No Nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

¿Usted, o la persona a quien representa, está embarazada? Únicamente conteste si está solicitando asistencia financiera o médica.  
 Sí  No En caso afirmativo, ¿quién y en qué mes de embarazo se encuentra? \_\_\_\_\_

¿Usted, o la persona a la que representa, necesita recibir atención en un asilo o a domicilio?  
 Sí  No Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

¿En qué idioma prefiere hacer lo siguiente? Hablar \_\_\_\_\_ Escribir \_\_\_\_\_

## 9. Información sobre las personas que viven con usted (continuación)

¿Alguna de ellas tiene 60 años o más?  Sí  No

Si la respuesta es sí, conteste las preguntas de esta sección. Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 10.

**¿Esa persona(s) está recibiendo beneficios por incapacidad?**  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿de dónde? \_\_\_\_\_

**¿A esa persona(s) le es imposible preparar los alimentos debido a su incapacidad?**  Sí  No

**Si contestó “sí” en las últimas tres preguntas, ¿esas persona(s) desean recibir asistencia alimenticia de manera independiente de las demás personas con quienes usted vive?**  Sí  No

**¿Está usted o cualquier individuo de su hogar cuidando a una persona discapacitada dentro o fuera del hogar?**  
 Sí  No En caso afirmativo, ¿a quién? \_\_\_\_\_

## 10. Información sobre su situación económica

**¿Usted o las personas que viven con usted recibirán ingresos este mes?**  Sí  No

La palabra “ingresos” se refiere a todo el dinero que usted o las personas que viven con usted reciben, por ejemplo, el salario de un empleo, la manutención de menores o de cónyuges o médica, los beneficios por incapacidad, la jubilación, la indemnización para trabajadores, el seguro social, los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), los beneficios para los veteranos, etc.

**Si la respuesta es sí, complete la siguiente tabla.**

Nombre	Tipo de ingreso	Monto del ingreso (antes de pagar impuestos)	¿Cada cuánto lo recibe? (semanalmente, quincenalmente, etc.)	Fecha en la que lo recibió por última vez

**¿Con cuánto dinero cuentan usted y las personas que viven con usted en cuentas corrientes, de cheques y de ahorros (también en otras cuentas bancarias, pensiones anuales, acciones y bonos)?**  
Haga el cálculo más aproximado del total: \$ \_\_\_\_\_

**¿Alguna de las personas que viven con usted renunció o perdió el empleo en los últimos 60 días?**  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_ ¿Cuándo? \_\_\_\_\_  
¿Por qué motivo? \_\_\_\_\_

**¿Alguna de las personas que viven con usted está en huelga en su trabajo?**  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

## 11. Información sobre sus gastos

**¿Qué gastos tienen usted y las personas que viven con usted?** Marque todas las opciones que correspondan. Indique el monto de cada gasto.

**Gastos del cuidado de niños u otros dependientes económicos**  
Monto aproximado que se paga al mes: \$ \_\_\_\_\_  
Si necesita ayuda con los gastos de cuidado de niños, póngase en contacto con el CDJFS de su localidad para pedir una solicitud del cuidado de los niños.

**Pagos de manutención de menores, de cónyuges o médica**  
Monto aproximado que se paga al mes: \$ \_\_\_\_\_

**Gastos médicos de alguien que esté incapacitado o que tenga 60 años o más.** Incluya gastos como las facturas médicas, las recetas, las primas del seguro médico y otros servicios médicos. No incluya ningún pago de ayuda médica que haya incluido en la casilla anterior. Monto aproximado que se paga al mes: \$ \_\_\_\_\_

**Pagos de renta o hipoteca**  
Monto aproximado que se paga al mes: \$ \_\_\_\_\_

**Servicios públicos:** Marque los servicios públicos que paga.

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

Luz  Gas  Agua  
 Teléfono  Alcantarillado  
 Recolección de basura  Otros

## 12. Firma de la persona que llenó esta solicitud

### Al firmar esta solicitud:

- Entiendo las preguntas de esta solicitud y, al estar enterado de las penas en las que incurren los que declaran con falsedad, declaro que todas mis respuestas son correctas y están completas a mi entender, incluida la información sobre la ciudadanía y la situación migratoria de cada una de las personas de mi hogar que esté solicitando asistencia.
- Declaro bajo pena de perjurio que revelé todas las pensiones anuales y demás recursos económicos similares en los que yo o mi cónyuge tenemos acciones.
- Acepto presentar documentos que prueben lo que acabo de decir.
- Comprendo y acepto que el CDJFS puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de asistencia.
- Al firmar esta solicitud y recibir asistencia de Ohio Trabaja Primero, delego al Estado de Ohio todos los derechos a recibir manutención de menores o de cónyuges que se me deben a mí y a los menores del grupo de asistencia durante el periodo de elegibilidad de Ohio Trabaja Primero.
- Comprendo que, al firmar esta solicitud y recibir Medicaid, delego al Estado de Ohio todos los derechos a recibir manutención médica y pagos por parte de los terceros responsables de la asistencia médica que se me deben a mí o a los menores del grupo de asistencia durante el periodo de elegibilidad de Medicaid.
- Comprendo que es posible que me pidan que coopere con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores para establecer la paternidad o para establecer o hacer cumplir una disposición de manutención. Si se me pide cooperar con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores, se entregará un documento de canalización a la agencia en mi nombre. Asimismo, comprendo que, si no se me pide cooperar con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores, puedo solicitar servicios de manutención de menores mediante la JFS 07076, "Solicitud de servicios de manutención de menores".
- Comprendo que en algunos casos es posible que me pidan que dé consentimiento al CDJFS para contactar a las personas que sea necesario para determinar mi elegibilidad.
- Entiendo que, si recibo asistencia económica a través de la tarjeta de pago electrónico, debo activar mi tarjeta dentro de los 90 días a partir del momento en que se otorgan los beneficios y se emite mi primera tarjeta. Si la tarjeta de pago electrónico no se activa en un plazo de 90 días, mis beneficios serán eliminados de mi cuenta.

Firma del solicitante o del representante autorizado	Si usted es un representante autorizado, indique cuál es su parentesco con el solicitante.	Fecha

## 13. Qué hacer una vez que llené esta solicitud

### Entregar esta solicitud en la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado

Para buscar la oficina de su condado, consulte el documento en la internet: [http://jfs.ohio.gov/County/County\\_Directory.pdf](http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf)

### Sus derechos civiles

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas. El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas. Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410 (2) fax: (202) 690-7442; o (3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#). Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY). Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Para presentar una queja ante el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio (ODJFS) escriba a: ODJFS, Oficina de Derechos Civiles, 30 E. Broad St., 30th Piso, Columbus, OH 43215 o por fax al (614) 752-6381; o llame al (614) 644-2703 (voz), (866) 227-6353 (llamada gratuita) o al (866) 221-6700 (TTY).

# 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: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llamar al (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.

## Registrarse en Persona

Si usted tiene una licencia de conducir de Ohio válida, tiene que facilitar ese número en la línea 10. Si usted no tiene una licencia de conducir de Ohio, tiene que facilitar los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en la línea 10. Si no tiene ninguno de los dos, por favor escriba "Ninguno."

## Registrarse por Correo

Si usted se registra por correo y no facilita un número de licencia de conducir de Ohio o los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social, por favor incluya con su solicitud una copia de una de las siguientes formas de identificación:

Actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, cheque del gobierno, nómina, o otro documento del gobierno (con excepción de una notificación de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre el nombre de votante y domicilio actual.

## 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.

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

**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 (Enscriba la nueva dirección si ha cambiado)	Apt. o No. de Parcela	5. Ciudad u Oficina de Correos	6. Codigo Postal
--	-----------------------	--------------------------------	------------------

7. Dirección Postal Adicional (si es necesario)	8. Condado (donde vive)
---	-------------------------

9. Fecha de Nacimiento (MES/DÍA/AÑO) (obligatorio)	10. No. de la licencia de conducir de Ohio o últimos cuatro dígitos del No. del Seguro Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación)	11. No. Tfno. (voluntario)
--	--	----------------------------

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.	<b>Su firma</b> ↓ <div style="border: 1px dashed black; width: 100%; height: 50px;"></div>	<b>Fecha</b> (MES/DÍA/AÑO) _____
--	--	-------------------------------------

<b>FOR BOARD USE ONLY</b> SEC4010 (rev. 4/15)
City, Village, Twp.
Ward
Precinct
School Dist.
Cong. Dist.
Senate Dist.
House Dist.

## **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  
[www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm](http://www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm)

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: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llamando al (877) 767-6446.

## **REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO**

Los votantes deben traer identificación a los centros de votación para verificar su identidad. La identificación puede incluir actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o una copia de un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, cheque del gobierno, nómina, o otro documento del gobierno (con excepción de notificaciones de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual. Los votantes que no faciliten ninguno de estos documentos aún podrán votar facilitando los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del votante y 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: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llame al (877) 767-6446.

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