

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA ASISTENCIAL DE NUTRICIÓN SUPLEMENTARIA (SNAP), AYUDA CON DINERO EN EFECTIVO, ASISTENCIA MÉDICA O ASISTENCIA PARA EL CUIDADO DE NIÑOS

¿Qué sucede si necesito ayuda para completar este formulario?

- **Si el inglés no es su idioma materno**, solicite al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del condado (oficina JFS del condado) que le proporcione a alguien (un intérprete) que pueda ayudarlo a comprender las preguntas de este formulario.
- **Si tiene alguna deficiencia auditiva o visual**, la oficina JFS del condado lo ayudará a completar este formulario y la entrevista.

¿Cómo obtengo ayuda?

1. Entregue una solicitud. Puede **SOLICITAR UNA EN LÍNEA** en <https://ssp.benefits.ohio.gov> o llenar esta solicitud impresa. Envíe la solicitud impresa a la oficina JFS local de su condado. Para encontrar la oficina de su condado, visite http://jfs.ohio.gov/Condado/County_Directory.pdf.

2. Realice una entrevista. Tendrá una entrevista solo si solicita el programa SNAP o beneficios de dinero en efectivo. Recibirá una notificación con la fecha y hora de su entrevista. No es necesaria una entrevista para obtener asistencia médica ni para el cuidado de niños.

3. Proporcione verificaciones. La oficina JFS de su condado le indicará las verificaciones que necesitan de usted.

LEA A CONTINUACIÓN PARA OBTENER MÁS INFORMACIÓN SOBRE EL PROCESO DE SOLICITUD.

¿Cómo completo esta solicitud?

- En la pregunta n.º 2 de la solicitud, marque la casilla para indicarnos para qué programas desea asistencia. Puede marcar todas las casillas.
- Responda todas las preguntas que pueda de la solicitud. Puede llenar solo su nombre, dirección y firma, y entregarla a la oficina JFS local de su condado. Ellos iniciarán el proceso de solicitud.

Si necesita asistencia del programa SNAP de inmediato, responda las preguntas de la sección 7 de la solicitud. Es posible que califique para obtener la asistencia de SNAP de forma más rápida.

- Tiene derecho a solicitar asistencia el día que se comunica con la oficina JFS local de su condado.
- Puede escoger a alguien que solicite la asistencia por usted. Esta persona se denomina representante autorizado. Tendrá que indicarnos por escrito quién desea que sea su representante autorizado. Si usted es un representante autorizado, responda las preguntas de esta solicitud relacionadas con la persona para quien la está presentando.
- Si alguna parte de la información cambia después de que entrega esta solicitud, comuníquese con la oficina JFS de su condado e infórmeles sobre los cambios.

¿Cómo realizo la entrevista para el programa SNAP o solicito asistencia con dinero en efectivo? No tendrá una entrevista si solicita asistencia médica o cuidado de niños.

- La oficina JFS del condado le notificará la fecha y hora de su entrevista. Su entrevista será por teléfono. Si desea tener una entrevista presencial, o si necesita que lo visiten en su casa para completar su entrevista, llame a la oficina JFS de su condado y avíseles.
- Lea la notificación de su entrevista con atención; en ella se le indicará si debe llamar a la oficina JFS de su condado o si ellos lo llamarán a usted.
- Si no asiste a su entrevista, comuníquese lo antes posible con la oficina JFS de su condado. Si no se comunica con la oficina JFS de su condado en un plazo de 30 días a partir de la fecha en que entregó su solicitud, es posible que le neguemos la asistencia y tendrá que volver a presentar una solicitud.
- **Para la asistencia de cuidado de niños solamente:** Si le negamos su solicitud, es posible que deba pagar a algún proveedor de cuidado de niños que le haya prestado servicios desde que entregó su solicitud.

-- Por favor conserve esta página para sus archivos. --

¿Qué tipo de verificación necesito?

- Le indicaremos si necesitamos más información. Le enviaremos una notificación por correo postal. En la notificación, le indicaremos lo que necesita entregar a la oficina JFS de su condado. Es posible que le solicitemos comprobantes de pago, facturas de servicios públicos o estados de cuenta bancarios. Vea el cuadro a continuación. Puede enviar las verificaciones con esta solicitud.
- Asegúrese de entregar la información requerida antes de su fecha de vencimiento. Es posible que rechacemos su solicitud si no entrega toda la información que le solicitamos.
- **Si no tiene alguna parte de la información que le solicitamos, comuníquese con la oficina JFS de su condado.** Es posible que podamos ayudarlo a obtenerla o indicarle la forma en que nos puede brindar la información que necesitamos.
- Si usted no es ciudadano estadounidense y solo está solicitando asistencia para ciudadanos estadounidenses o asistencia médica de emergencia, no tiene que verificar su condición de ciudadanía, de inmigración o brindar un número de seguro social.

Aquí encontrará algunas de las verificaciones que podemos solicitarle:

	Asistencia con dinero en efectivo	SNAP	Asistencia para cuidado de niños	Asistencia médica Familias y niños	Asistencia médica Adultos mayores, ciegos o discapacitados
Su número de seguro social o prueba de que ha solicitado uno.	✓	✓		✓	✓
Tarjeta de residente permanente ("green card") u otros documentos de inmigración si no es ciudadano estadounidense	✓	✓		✓	✓
Prueba de ciudadanía estadounidense ⁺	✓		✓	✓	✓
Prueba de ingresos o cualquier otro dinero que provenga de su hogar (como comprobantes de pago, registro tributario, cartas de adjudicación, manutención infantil)	✓	✓	✓	✓	✓
Los estados de cuenta más recientes de cualquier cuenta bancaria (como cuenta corriente o caja de ahorros)	✓				✓
Prueba de propiedad de vehículos (como automóvil, camión, motocicleta, embarcación o coche caravana)					✓
Prueba del valor actual de acciones o bonos, certificados de depósito, pólizas de seguro de vida, fideicomisos, anualidades	✓				✓
Prueba de identidad (como una licencia de conductor, tarjeta de ID estatal o pasaporte)	✓	✓			
Prueba de costos del cuidado de niños o de dependientes	✓	*		✓	
Prueba de cualquier manutención infantil pagada a hijos que no viven con usted	✓	*	✓	✓	✓
Prueba de costos de alojamiento y servicios públicos		*			✓

Prueba de costos médicos para personas con discapacidades o para personas de más de 60 años (incluidas recetas)		*			✓
Prueba de seguro de salud				✓	✓
Verificación de una actividad elegible para todos los cuidadores en el hogar (como el cronograma de la escuela o del trabajo, contrato de autosuficiencia)			✓		
Nombre y dirección de un proveedor elegible para el cuidado de niños para cada niño que necesite cuidados.			✓		

* Al solicitar asistencia para el cuidado de niños, solo se verifica la ciudadanía del niño que necesita cuidados.

* El monto de su SNAP puede aumentar si verifica estos costos.

¿Cuándo me enteraré si soy elegible para la asistencia?

Asistencia con dinero en efectivo, SNAP y asistencia para el cuidado de niños: Determinaremos su elegibilidad para estos programas en un periodo de 30 días posterior a la fecha en que entrega su solicitud. Si es elegible, es posible que aprobemos sus beneficios desde la fecha en que entregó su solicitud.

Asistencia médica: Determinaremos su elegibilidad para la asistencia médica en un plazo de 45 días a partir de la fecha en que entrega su solicitud. Si está haciendo un reclamo por discapacidad, es posible que debamos tomar una determinación de la discapacidad. Este proceso tomará hasta 90 días. Si es elegible, es posible que aprobemos su asistencia médica desde la fecha en que entrega su solicitud. Si tiene facturas médicas de los 3 meses anteriores a la entrega de su solicitud, indíquese a la oficina JFS de su condado. Es posible que pueda recibir asistencia médica por esos 3 meses.

¿Tengo que ser ciudadano estadounidense para recibir asistencia?

Muchas personas que no son ciudadanos estadounidenses pueden recibir SNAP, asistencia con dinero en efectivo, asistencia médica y asistencia para el cuidado de niños. Además, puede tener asistencia médica de emergencia disponible independientemente de su condición de ciudadanía estadounidense.

¿Qué otros servicios pueden estar disponibles?

Puede ser elegible para recibir otros servicios, como:

- servicios de prevención, retención y contingencia (PRC, por sus siglas en inglés);
- servicios de intervención temprana;
- habilidades laborales;
- ayuda para obtener un empleo.

Es posible que, para estos servicios, se requiera una solicitud por separado. Pregunte en la oficina JFS de su condado sobre estos servicios.

¿Qué es el programa Step Up To Quality?

Step Up To Quality es el sistema de calificación y mejora de calidad por niveles de Ohio para los programas de cuidado de niños. La clasificación mediante estrellas se otorga con base en la implementación de las normas del programa que van más allá de las normas mínimas de salud y seguridad. Para recibir más información, visite el sitio web de cuidado de niños ODJFS, en <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> y haga clic en "Step Up To Quality".

¿Cómo elijo un proveedor de cuidado de niños?

- Los cuidadores pueden seleccionar cualquier programa aprobado para ofrecer cuidado para niños con financiamiento público. Estos programas incluyen centros, hogares de cuidado de niños en familia y sistemas de apoyo a domicilio ubicados a lo largo del estado de Ohio.
- Si desea ayuda para seleccionar un proveedor, puede comunicarse con su agencia de referencia o recurso de cuidados para niños. Visite <http://jfs.ohio.gov/cdc/families.stm> para obtener la información de contacto.
- Puede utilizar el directorio de cuidados para niños que se encuentra en <http://childcaresearch.ohio.gov/> para buscar programas que se adapten a las necesidades de cuidado de su hijo. El directorio le permite buscar por ubicación, tipo de programa y clasificación de Step Up To Quality. Las inspecciones de licencias y los reclamos justificados están disponibles para su revisión.

¿Qué ocurre si mi hijo(a) tiene una discapacidad o sospecho que padece un retraso en el desarrollo?

Para obtener información sobre servicios adicionales para su hijo, visite el sitio web de cuidado para niños del Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio en <http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm> y haga clic en "Familias". Si tiene un hijo que necesita cuidados con una necesidad especial que puede verificar, es posible que tenga más ingresos mensuales y aún así califique para el cuidado de niños. Pregunte a la oficina JFS de su condado.

¿Cómo presento un reclamo sobre un proveedor de cuidado infantil?

Si desea presentar un reclamo sobre una sospecha de violación de las reglas de licencia, puede llamar al Departamento de Ayuda de la Política de Cuidado de niños al 1-877-302-2347, opción 4.

-- Por favor conserve esta página para sus archivos. --

-- ESTA PÁGINA SE DEJÓ EN BLANCO DE MANERA INTENCIONAL. --

SOLICITUD PARA EL PROGRAMA SNAP, ASISTENCIA CON DINERO EN EFECTIVO, ASISTENCIA MÉDICA O CUIDADO DE NIÑOS

1. SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE ADJUNTA - ASISTENCIA DISPONIBLE

Si no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar el registro para votar aquí hoy?

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

Si no marca ninguna casilla, se considera 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. MARQUE LA CASILLA PARA CADA PROGRAMA AL QUE DESEA SOLICITAR ASISTENCIA. Si no marca ninguna casilla, solo revisaremos su elegibilidad para el programa SNAP.

<input type="checkbox"/> SNAP	<input type="checkbox"/> Asistencia médica	<input type="checkbox"/> Asistencia para cuidado de niños	<input type="checkbox"/> Asistencia con dinero en efectivo para familias con hijos menores o mujeres que tengan al menos 6 meses de embarazo, o para refugiados dentro de los 12 meses de su llegada
-------------------------------	--	---	--

3. Cuéntenos sobre usted Si es un representante autorizado, ingrese información sobre la persona para quien está presentando la solicitud.

Nombre	Inicial del 2.º nombre
--------	------------------------

Apellido

¿Necesita alguno de los siguientes servicios? <input type="checkbox"/> Notificaciones en letra de imprenta <input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuál es su idioma de preferencia? Hablado: _____ Escrito: _____
---	---

¿Recibió alguna vez usted o alguien que vive con usted el programa SNAP, asistencia con dinero en efectivo, asistencia médica o asistencia para el cuidado de niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si responde "sí", quién: _____ Dónde (Ciudad/Condado/Estado): _____

4. Indíquenos cómo podemos comunicarnos con usted. Si es un representante autorizado, ingrese información sobre la persona para quien está presentando la solicitud.

Dirección de residencia <input type="checkbox"/> Marque esta casilla si no tiene hogar, sírvase brindarnos una dirección donde pueda recibir correo postal.

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Número de teléfono ()	Número de teléfono adicional ()	Dirección de correo electrónico
------------------------	----------------------------------	---------------------------------

Dirección en la que recibe correo postal (si es diferente):
--

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

5. Indíquenos si es un representante autorizado

Un representante autorizado es alguien que ayuda al solicitante con el proceso de la solicitud. Si está llenando este formulario como un representante autorizado, bríndenos la siguiente información sobre usted. Proporcione el documento de su autorización para llenar esta solicitud. No aparecerá como un representante autorizado hasta que proporcione el documento.

Nombre	Inicial del 2.º nombre	Apellido
--------	------------------------	----------

Dirección

Ciudad	Condado	Estado	Código postal
--------	---------	--------	---------------

Número de teléfono ()	Número de teléfono adicional ()	Dirección de correo electrónico
------------------------	----------------------------------	---------------------------------

¿Necesita el representante autorizado alguno de los siguientes servicios? <input type="checkbox"/> Notificaciones en letra de imprenta <input type="checkbox"/> Intérprete de lenguaje de señas <input type="checkbox"/> Intérprete <input type="checkbox"/> Otro: _____	¿Cuál es su idioma de preferencia? Hablado: _____ Escrito: _____
---	---

6. Firme aquí

Firma del solicitante o representante autorizado	Nombre en letra de imprenta	Fecha
--	-----------------------------	-------

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

7. Estas preguntas nos ayudarán a decidir si puede obtener el programa SNAP de manera más rápida.

¿Cuántas personas viven con usted y compran alimentos, preparan la comida y comen con usted?

Responda las siguientes preguntas solamente sobre las personas que viven con usted y compran alimentos, preparan la comida y comen con usted.

¿Su ingreso bruto total del mes actual antes de impuestos es de menos de \$150?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su ingreso neto total del mes actual después de impuestos y de pagar por cosas como costos del hogar, costos del cuidado de niños/dependientes o pagos de manutención infantil es de cero?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Sus recursos totales en dinero en efectivo, cuentas corrientes y de ahorros son de menos de \$100?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Su alquiler o hipoteca y gastos de servicios públicos mensuales (como gas, electricidad, agua y teléfono) representan más de su ingreso bruto total mensual antes de impuestos?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Es usted inmigrante o trabajador agrícola por temporadas?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

8. Cuéntenos acerca de las personas en su hogar.

Debe realizar una lista de todas las personas que viven en su hogar, incluidas aquellas que no presenten una solicitud en este momento. Asegúrese de poner su nombre primero en la lista. Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte.

- **Número de seguro social:** Si usted no es ciudadano estadounidense y solo está solicitando asistencia para ciudadanos estadounidenses o asistencia médica de emergencia, no tiene que verificar su condición de ciudadanía, de inmigración o brindar un número de seguro social.
- **Sexo (género):** Si en su hogar solamente solicitan el programa SNAP, no tiene que completar la pregunta sobre sexo (género).
- **Ciudadano estadounidense:** Solo tiene que indicar si alguien es ciudadano estadounidense si están solicitando el programa SNAP, asistencia con dinero en efectivo o asistencia médica, o si un menor necesita asistencia para cuidado de niños.
- **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, esto no afectará su caso.

Nombre	Relación con usted (cónyuge; hijo(a); amigo; etc.)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo/Género Escriba: M o F	Ciudadano de EE. UU. Escriba: S o N	Hispano o latino Escriba: S o N	Raza
	Usted mismo						

¿Es casado? Sí No Nombre del cónyuge: _____

Está usted, o alguien para quien realiza la solicitud, embarazada? Solamente tiene que responder si está solicitando asistencia con dinero en efectivo o asistencia médica.

Sí No Si responde "sí", ¿quién es la persona y cuál es la fecha del parto?

¿Usted o alguien para quien realiza la solicitud, necesita cuidados a largo plazo/en su hogar o cuidados de enfermería especializada?

Sí No En caso afirmativo, ¿quién?

¿Está usted o cualquier individuo de su hogar cuidando a una persona discapacitada dentro o fuera del hogar?

Sí No En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Usted o cualquier individuo de su hogar pertenece a las fuerzas armadas?

Sí (Servicio activo Guardia Nacional/Reservas) No

¿Alguna vez ha sido declarado culpable de fraude de cuidado para niños? Sí No

9. Cuéntenos sobre las personas que viven en su hogar que tengan 60 años de edad o más. Si no hay nadie de esta edad en su hogar, puede saltar esta sección.

¿Alguien tiene 60 años de edad o más? Sí No

Si su respuesta es "Sí", responda las preguntas en esta sección. Si responde "No", pase a la sección 10.

¿Esta(s) persona(s) recibe(n) beneficios por discapacidad? Sí No

Si responde "sí", ¿de qué fuente?

¿Esta(s) persona(s) no puede(n) preparar comida debido a una discapacidad? Sí No

Si su respuesta es "Sí" a las últimas tres preguntas, ¿esta(s) persona(s) desea(n) recibir el programa SNAP de forma separada del resto de las personas con las que vive? Sí No

10. Cuéntenos acerca de su situación financiera.

¿Usted o las personas en su hogar recibieron o esperan recibir ingresos este mes? Sí No

Con ingresos, nos referimos a todo el dinero que usted y las personas en su hogar reciben. Esto incluye ganancias procedentes de empleos o trabajo por cuenta propia, manutención infantil/conyugal, beneficios por discapacidad, beneficios de jubilación, compensación de trabajadores, compensación por desempleo, seguro social, SSI, beneficios por condición de veterano, Ohio Works First, obsequios de dinero procedente de personas, etc.

En caso afirmativo, sírvase completar el cuadro que se encuentra a continuación.

Nombre	Tipo de ingreso o nombre del empleador	¿Con qué frecuencia lo recibió (semanalmente, quincenalmente, etc.)?	Monto de los ingresos (antes de impuestos)	Última fecha de recepción

¿Qué cantidad tienen usted y las personas en su hogar de dinero en efectivo, en cuentas corrientes o de ahorros (como cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos)?

Proporcione su mejor estimación total: \$ _____

¿Usted y las personas que viven en su hogar tienen más de un millón de dólares en efectivo, cuentas corrientes o de ahorros (tales como: cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos)? Sí No

¿Alguien en su hogar renunció o perdió un trabajo en los últimos 60 días? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

¿Cuándo? _____

¿Por qué motivo? _____

¿Alguien en su hogar está en huelga por un empleo? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

11. ¿Qué gastos pagan usted y las personas en su hogar? Marque todas las opciones que correspondan. Enumere el monto de cada gasto.

Costos del cuidado de niños/dependientes

Monto estimado que pagan por mes: \$ _____

Pagos de manutención infantil/conyugal realizados a alguna persona que no vive en su hogar

Monto estimado que pagan por mes: \$ _____

Gastos médicos de alguna persona discapacitada o mayor de 60 años. Estos incluyen gastos como facturas médicas, recetas, primas de seguro de salud, transporte a citas médicas u otros servicios médicos.

Monto estimado que pagan por mes: \$ _____

Pagos de alquiler, hipoteca, alquiler de terrenos, impuestos a la propiedad, seguro del propietario de la vivienda, etc.

Monto estimado que pagan por mes: \$ _____

¿Paga calefacción o aire acondicionado? Sí No

Gastos públicos - Marque los gastos públicos que paga:

- | | |
|---------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Gas | <input type="checkbox"/> Agua |
| <input type="checkbox"/> Electricidad | <input type="checkbox"/> Alcantarillado |
| <input type="checkbox"/> Teléfono | <input type="checkbox"/> Otro |
| <input type="checkbox"/> Desperdicios | |

12. Cuéntenos sobre su actividad calificada para el cuidado de niños si está solicitando asistencia para este cuidado.

Si usted o las personas en su hogar trabajan, asisten a la escuela o participan en un programa de capacitación, complete la tabla a continuación. Si es empleado, sírvase indicar a su empleador actual. Esto incluye un empleo por cuenta propia y trabajos esporádicos. **Si necesita más espacio, sírvase adjuntar una hoja aparte.**

Nombre del miembro de la vivienda	Fecha de inicio/fecha de término	Información del empleador/escuela/capacitación	Horario laboral o escolar <i>(Marque la casilla junto a los días que trabaja o asiste a la escuela. Luego, indique los horarios durante los cuales trabaja o asiste a la escuela en la línea correspondiente; es decir, 8:30 - 5:30)</i>
		Nombre _____ Línea de dirección 1 _____ Línea de dirección 2 _____ Número de teléfono ()	<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Jue. _____ <input type="checkbox"/> Vie. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana
		Nombre _____ Línea de dirección 1 _____ Línea de dirección 2 _____ Número de teléfono ()	<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Jue. _____ <input type="checkbox"/> Vie. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana
		Nombre _____ Línea de dirección 1 _____ Línea de dirección 2 _____ Número de teléfono ()	<input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Jue. _____ <input type="checkbox"/> Vie. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana

13. Cuéntenos más acerca del/los niño(s) para quien(es) necesita cuidado de niños

Menor 1		
Nombre del menor (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Apellido de soltera de la madre	
Ciudad de nacimiento del menor	Relación con el solicitante	Lengua hablada de preferencia del menor
¿Es este niño ciudadano de EE. UU. o extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños.	Necesidades del niño: ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor está inscrito en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

		En caso afirmativo, ¿cuáles son los horarios del menor? De _____ a _____		
Días/horas de cuidados necesarios <input type="checkbox"/> Dom. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Lun. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mar. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mier. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Jue. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vie. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. De _____ a _____		Nombre del proveedor		
		Dirección del proveedor		
		Ciudad	Estado	Código postal
<p>¿Su hijo necesita cuidado para niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición? "Cuidado de niños con necesidades especiales" se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, dichos servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño.</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:				
Menor 2				
Nombre del menor (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Apellido de soltera de la madre		
Ciudad de nacimiento del menor	Relación con el solicitante	Lengua hablada de preferencia del menor		
<p>¿Es este niño ciudadano de EE. UU. o extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños.</p>		<p>Necesidades del niño</p> <p>¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>Si es así, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>¿El menor está inscrito en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No</p> <p>En caso afirmativo, ¿cuáles son los horarios del menor? De _____ a _____</p>		
Días/horas de cuidados necesarios <input type="checkbox"/> Dom. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Lun. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mar. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mier. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Jue. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vie. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. De _____ a _____		Nombre del proveedor		
		Dirección del proveedor		
		Ciudad	Estado	Código postal
<p>¿Su hijo necesita cuidado para niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición? "Cuidado de niños con necesidades especiales" se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, dichos servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño.</p> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:				

Menor 3

Nombre del menor (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Apellido de soltera de la madre	
Ciudad de nacimiento del menor	Relación con el solicitante	Lengua hablada de preferencia del menor	
¿Es este niño ciudadano de EE. UU. o extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños.	Necesidades del niño: ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor está inscrito en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles son los horarios del menor? De _____ a _____		
Días/horas de cuidados necesarios <input type="checkbox"/> Dom. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Lun. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mar. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mier. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Jue. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vie. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. De _____ a _____	Nombre del proveedor		
	Dirección del proveedor		
	Ciudad	Estado	Código postal
¿Su hijo necesita cuidado para niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición? "Cuidado de niños con necesidades especiales" se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, dichos servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:			

Menor 4

Nombre del menor (<i>primer nombre, segundo nombre, apellido</i>)		Apellido de soltera de la madre	
Ciudad de nacimiento del menor	Relación con el solicitante	Lengua hablada de preferencia del menor	
¿Es este niño ciudadano de EE. UU. o extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños.	Necesidades del niño: ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor está inscrito en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles son los horarios del menor? De _____ a _____		
Días/horas de cuidados necesarios <input type="checkbox"/> Dom. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Lun. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mar. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Mier. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Jue. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vie. De _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. De _____ a _____	Nombre del proveedor		
	Dirección del proveedor		
	Ciudad	Estado	Código postal
¿Su hijo necesita cuidados para niños con necesidades especiales de acuerdo con esta definición? "Cuidado de niños con necesidades especiales" se refiere al cuidado infantil que se proporciona a un menor de dieciocho años de edad y que tiene una o más afecciones de salud crónicas o no cumple con las expectativas apropiadas para su edad en una o más áreas de desarrollo, incluidas las áreas social, emocional, cognitiva, comunicativa, perceptiva, motora, física y conductual, y que puede incluir, de manera regular, dichos servicios, adaptaciones, modificaciones o ajustes necesarios para ayudar en la función o el desarrollo del niño. <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa:			

14. Cuéntenos más acerca de la asistencia escolar del/los menor(es) que necesita(n) cuidados.

Si algún menor asiste o asistirá al preescolar o grado superior, se deberá completar la siguiente sección.

Nombre del menor	Nivel de grado actual	Nombre y dirección de la escuela	Horario escolar (es decir, 8 a. m. – 3 p. m.)	Horario de preescolar	Fecha de inicio y término del año escolar
				<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día	
				<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día	
				<input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día	

15. Firma de la persona que completó esta solicitud

Al firmar esta solicitud:

- Comprendo las preguntas de 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 la condición de ciudadanía o calidad de extranjero de cada miembro del hogar que solicita asistencia.
- Declaro, bajo pena de perjurio, que he divulgado todas las anualidades y otros instrumentos financieros similares en los que yo y/o mi cónyuge tenemos algún interés.
- Comprendo y acepto proporcionar los documentos para probar lo que he dicho.
- Comprendo y acepto que la oficina JFS del condado puede comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la prueba necesaria de mi elegibilidad y nivel de asistencia.
- Comprendo que, al firmar esta solicitud y recibir Ohio Works First, estoy otorgando al Estado de Ohio los derechos para la manutención de los hijos/cónyuge que me corresponden y/o a los niños menores en el grupo de asistencia durante el período de elegibilidad de Ohio Works First.
- Comprendo que, al firmar esta solicitud y recibir Medicaid, estoy otorgando al Estado de Ohio los derechos para la asistencia médica y cualquier derecho a pagos por parte de un tercero responsable de la asistencia médica que me corresponde y/o al niño menor en el grupo de asistencia durante el período de elegibilidad de Medicaid.
- Comprendo que el Departamento de Medicaid de Ohio verificará mis respuestas utilizando la información de las fuentes de datos de la computadora, incluido el Servicio de Impuestos Internos (IRS), la Administración de Seguro Social (SSA), el Departamento de Seguridad Nacional (DHS) y otros. Si la información no concuerda, el Departamento de Medicaid de Ohio puede solicitarme que envíe más información.
- Comprendo que el Departamento de Medicaid de Ohio obtendrá información sobre mis recursos financieros de bancos, cooperativas de crédito u otras instituciones financieras con el fin de determinar mi elegibilidad para recibir asistencia médica. La autorización para obtener esta información permanecerá vigente hasta que:
 - Se rechace mi solicitud de asistencia médica; o
 - Finalice mi elegibilidad para la asistencia médica; o
 - Informe al Departamento de Medicaid de Ohio por escrito que deseo cancelar mi autorización.
- Si me niego a autorizar al Departamento de Medicaid de Ohio para que obtenga información sobre mí de instituciones financieras, o si decido cancelar mi autorización, entiendo que pueden rechazar o discontinuar mi asistencia médica.
- Comprendo que, si estoy institucionalizado(a) de manera permanente o tengo 55 años de edad o más cuando reciba los beneficios de Medicaid, después de mi muerte, el Programa de Recuperación de Patrimonio procurará recuperar los pagos por el costo de mi atención pagado por Medicaid de mi patrimonio. El costo de mi atención puede incluir el pago de la capitación que Medicaid paga para mi plan de cuidado administrado, incluso si dicho pago es superior al costo de los servicios que realmente recibí.
- Comprendo que pueden exigirme que coopere con la agencia de cumplimiento de manutención infantil para establecer mi paternidad, o establecer o hacer cumplir una orden de manutención. Si me exigen que coopere con la agencia de cumplimiento de manutención infantil, se enviará una referencia a la agencia en mi nombre. También entiendo que, si no me exigen cooperar con la agencia de cumplimiento de manutención infantil, puedo solicitar servicios de manutención infantil completando la "Solicitud de Servicios de Manutención Infantil", JFS 07076.
- Comprendo que, en algunos casos, me pueden solicitar que dé mi consentimiento a la oficina JFS del condado para que haga los contactos necesarios 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.
- Comprendo que las leyes disponen una penalización de multas o prisión, o ambas, para cualquier persona condenada por recibir ayuda para la que no es elegible.

- Al firmar y presentar la solicitud, reconozco y acepto que la oficina JFS del condado y ODJFS pueden compartir ciertos detalles acerca del estado de mi solicitud y cualquier modificación con el proveedor de cuidado para niños indicado en la sección 13 de esta solicitud, así como cualquier proveedor de cuidado para niños autorizado por mí para recibir información relacionada con mi solicitud.
- Comprendo que mi firma ubicada en la parte inferior otorga a la oficina JFS del condado autorización para acceder a la información disponible en el Sistema de Seguimiento de la Aplicación de Apoyo (SETS) para verificar los ingresos de manutención infantil/conyugal y de asistencia médica. Mi firma también otorga consentimiento para emitir un Código de Identificación Estatal del Estudiante generado por sistema (SSID) para cada menor indicado en la sección 13 de la presente solicitud.
- Mi firma ubicada en la parte inferior otorga consentimiento y autoriza a la oficina JFS del condado para acceder al Portal de Beneficios del Trabajador de Ohio, con el objetivo de verificar la condición de ciudadanía de los menores presentes en este caso y para la verificación de recepción de asistencia pública adicional. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante una notificación por escrito a la oficina JFS del condado.
- Comprendo que podré utilizar los beneficios del cuidado para niños que se financian públicamente solamente para los menores que sean elegibles y solo las horas máximas autorizadas por la oficina JFS del condado. Para permanecer elegible para los beneficios del cuidado para niños que se financia públicamente, debe realizarse cualquier copago requerido al proveedor (si corresponde). De no realizar el copago requerido, se puede proceder a la cancelación de los beneficios del cuidado para niños financiado públicamente.
- Comprendo que debo reportar cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad a la oficina JFS del condado, incluidos los cambios en los ingresos familiares, los horarios de trabajo/capacitación/educación, el tamaño de la familia y la dirección de la vivienda.
- Comprendo que debo reportar los cambios en un período de 10 días a partir de la fecha en que ocurren para el cuidado de niños.
- Comprendo que, si se aprueba mi asistencia para el cuidado de niños, seré responsable de registrar con precisión la asistencia de mi hijo en el programa de cuidado para niños, utilizando un sistema de rastreo de asistencia automatizado. Esto incluye registrar en el sistema y crear información de identificación personal que usaré para acceder al sistema y para que funcione como mi firma electrónica. Comprendo que mi proveedor del cuidado para niños no está autorizado a registrar la asistencia de mi hijo en mi nombre, y no puede acceder a mi información de identificación personal. Comprendo que el sistema de rastreo de asistencias puede tomar mi fotografía o una fotografía de mi persona designada/patrocinador como parte del proceso de inicio o cierre de sesión. Entiendo que soy responsable de aprobar los cambios que mi proveedor realice en el sistema de rastreo de asistencias con respecto a la asistencia de mi hijo al programa.
- Comprendo que, si mi hijo asiste al programa calificado Step Up To Quality y se le realiza una evaluación, los datos se recopilarán e informarán al ODJFS.
- He recibido una explicación acerca de los requisitos para determinar la elegibilidad para el cuidado de niños, las razones por las cuales es posible que no sea elegible, mi derecho a una audiencia estatal, mi responsabilidad para informar cambios a la oficina JFS del condado y la penalidad, que incluye posibles procesos penales o civiles por la retención intencional o falsificación de información o el uso indebido de los beneficios del cuidado para niños, incluido el uso indebido del sistema de rastreo de asistencias automatizado para el cuidado de niños.

Firma del solicitante o representante autorizado	Si es un representante autorizado, relación con el solicitante	Fecha

16. Devuelva esta solicitud a la oficina JFS local de su condado.

Para encontrar la oficina de su condado, visite http://jfs.ohio.gov/Condado/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.

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 un reclamo con el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio (ODJFS), escriba a: ODJFS, Bureau of Civil Rights, 30 E. Broad St., 30th Floor, Columbus, OH 43215 o envíe un fax al (614) 752-6381; o llame al (614) 644-2703 (por voz), (866) 227-6353 (teléfono de 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: VoteOhio.gov o llamar al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

Elegibilidad

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

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

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

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

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

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

Requisitos de Identificación

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

Requisitos de Domicilio

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

Su Firma

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

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

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

1. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
2. ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?	<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No

Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario.

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

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

7. Dirección Postal Adicional (si es necesario)	8. Condado (donde vive)	FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (rev. 2/7/23) City, Village, Twp.
---	-------------------------	--

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)	Ward
--	--	----------------------------	------

12. DOMICILIO ANTERIOR SI ESTÁ ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior			Precinct
--	--	--	----------

Ciudad u Oficina de Correos	Condado Anterior	Estado Anterior	School Dist.
-----------------------------	------------------	-----------------	--------------

13. SÓLO CAMBIO DE NOMBRE - Nombre Legal Anterior	Firma Anterior	Cong. Dist.
---	----------------	-------------

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

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

CÓMO CONSEGUIR UNA BOLETA O PAPELETA DE VOTO EN AUSENCIA

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

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO

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

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