

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio
APLICACIÓN PARA LOS BENEFICIOS DE CUIDADOS PARA NIÑOS

¿Como realizo una solicitud para recibir asistencia?

- Complete esta solicitud respondiendo la mayor cantidad de preguntas que pueda
- Asegúrese de firmar la solicitud.
- Usted podrá ver **ADJUNTAR PRUEBAS** al lado de las preguntas que requieren verificación. (Véase "¿Qué verificaciones necesito presentar?" Para obtener mayores detalles).
- Si se requiere mayor información para tomar una decisión acerca de su caso, se le enviará una lista de verificaciones vía correo dentro de los 10 días de la fecha de su solicitud.
- **Usted tendrá 30 días** a partir de la fecha en que la agencia del condado recibe su solicitud para proporcionar toda la información necesaria.
- **Presente la solicitud y las verificaciones en su agencia del condado local.** Los horarios de oficina pueden variar según el condado. Las solicitudes y verificaciones también pueden ser enviadas por correo, fax o correo electrónico

¿Qué verificaciones necesito presentar?

- **Comprobante de ingresos:** la verificación de ingresos incluye, pero no está limitada a, recibos de haberes, registros tributarios, carta de concesión, orden de apoyo infantil, etc.
- **Comprobante de cualquier manutención infantil pagada.**
- **Comprobante de ciudadanía o estado de extranjero documentado para niños con necesidades de cuidados:** Si la agencia del condado verifica que usted ya proporcionó el comprobante de ciudadanía para calificar a OWF, no deberá presentarlo por segunda vez.
- **Comprobante de una actividad calificada para todos los cuidadores en el hogar:** La verificación de una actividad calificada incluye, pero no está limitada a, un horario escolar oficial, calendario laboral, contrato de independencia económica, etc.
- **Proporcionar el nombre y la dirección de un proveedor elegible de cuidados para niños para cada niño en necesidad de cuidados. (A continuación, consulte los consejos acerca de cómo elegir un proveedor).**

¿Qué es «Step Up to Quality»?

«Step Up to Quality» ayuda a las familias a identificar los programas de cuidados para niños que superan los estándares mínimos de licencia. Los programas de clasificación por estrellas muestran niveles superiores de calidad de diversas maneras. Para recibir más información, visite el sitio web de cuidado para niños ODJFS en <http://jfs.ohio.gov/cdc/index.stm> y haga clic en «Step Up To Quality».

¿Cómo elijo un proveedor de cuidados para niños?

- Los padres pueden seleccionar cualquier programa aprobado para ofrecer cuidados para niños con financiamiento público. Estos programas incluyen centros, hogares de cuidado de niños en familia y sistemas de apoyo a domicilio ubicado a lo largo del estado de Ohio.
- Si desea asistencia 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 ODJFS para buscar programas que se adapten a las necesidades de cuidados de su hijo(a) en <http://childcaresearch.ohio.gov/>. El directorio le permite buscar por ubicación, tipo de programa, servicios ofrecidos y días y horarios de atención. Se proporciona información acerca de cada programa, incluidas la clasificación de «Step Up to Quality», cualquier acreditación o afiliación adicional, las inspecciones de licenciamiento y las denuncias fundadas.

Continúa en la página siguiente

| | |
|--|---|
| ¿Cómo obtengo ayuda para completar esta solicitud? | <ul style="list-style-type: none"> • Si el idioma inglés no es su lengua materna: la agencia del condado le proporcionará una persona para ayudarlo a comprender las preguntas en la presente solicitud. • Si tiene una discapacidad, ya sea discapacidad auditiva o discapacidad visual: la agencia del condado le brindará la ayuda para completar esta solicitud. |
| ¿Qué debo hacer después de devolver mi solicitud? | <ul style="list-style-type: none"> • Si alguna información cambia después de presentar la presente solicitud, deberá proporcionar actualizaciones de datos a la agencia del condado. • Manténgase pendiente del correo en caso de recibir información por parte de la agencia del condado. Cualquier correo en relación a su elegibilidad del cuidado para niños incluirá información importante que puede requerir acciones necesarias de parte de usted. • Asegúrese de presentar cualquier información requerida antes de la fecha de vencimiento. De no hacerlo, puede ocasionar el rechazo de su solicitud. • Si la solicitud es rechazada, puede ser responsable de realizar pagos a cualquier proveedor de cuidados para niños, cuyos servicios han sido utilizados a partir de la presentación de la solicitud. |
| ¿Cuándo comienza mi elegibilidad? | <ul style="list-style-type: none"> • Su elegibilidad para este programa se determinará dentro de los 30 días a partir de la fecha de recepción de la solicitud firmada y fechada en la agencia del condado. • Si la presente solicitud es aprobada y usted es elegible para los beneficios de cuidados para niños, la agencia del condado puede autorizar pagos por servicios de cuidados para niños a partir de la fecha de recepción de esta solicitud en la agencia del condado. |
| ¿Qué ocurre si mi hijo(a) tiene una discapacidad o sospecho que padece un retraso en el desarrollo? | <ul style="list-style-type: none"> • Para obtener mayor información acerca de los exámenes médicos y servicios de intervención temprana de Medicaid para su hijo(a), sírvase visitar el sitio web de cuidados para niños del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio en http://jfs.ohio.gov/CDC/childcare.stm y haga clic en «Families». • Su proveedor de cuidados para niños puede calificar para asistencia adicional, en caso de que deba realizar adaptaciones especiales para su hijo(a). Su proveedor puede comunicarse con su agencia del condado para obtener más información. |
| ¿Cómo realizo un reclamo acerca de un proveedor? | <p>Si desea realizar un reclamo acerca de una sospecha de violación de las normas de licenciamiento, puede llamar al Servicio de Asistencia de Políticas del Cuidado para Niños al 1-877-302-2347, opción 4.</p> |

Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio
APLICACIÓN PARA LOS BENEFICIOS DE CUIDADOS PARA NIÑOS

1. Solicitud de registro de votante adjunta, asistencia disponible

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

Sí, deseo registrarme para votar.

NO, no deseo registrarme para votar.

Si usted no marca una de las opciones, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

2. Cuéntenos acerca de usted (el solicitante)

| | | | |
|--|---------------------------------|----------|---|
| Nombre | Segundo nombre | Apellido | Fecha de nacimiento |
| Dirección | | | <input type="checkbox"/> Marque aquí si no tiene vivienda. (Seguiremos necesitando una dirección de envío) |
| Dirección de envío (si es diferente a la dirección física) | | | |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Número de teléfono de domicilio () | Número de teléfono celular () | | ¿Podemos enviar mensajes de texto a su número de teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número de teléfono del trabajo () | Dirección de correo electrónico | | |

3. Cuéntenos más acerca de usted (el solicitante)

Tiene:
 Discapacidad visual
 Discapacidad auditiva

¿Necesita alguno de los siguientes servicios?
 Intérprete Otro: _____
 Lenguaje de Señas

Estado civil Casado/a Divorciado/a Separado/a Viudo/a Soltero/a

¿Usted o alguien que vive con usted, ha recibido en alguna ocasión dinero en efectivo, cuidado para niños, alimentos o asistencia médica? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique quién: _____ dónde (Ciudad/Condado/Estado): _____

¿Cuál es su idioma de preferencia?
 Oral _____ Escrito _____

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

¿Usted o cualquier individuo de su hogar pertenece a las fuerzas armadas? Sí (Servicio Activo Reservas/Guardia nacional) No

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

¿Actualmente cuenta con un Plan de autonomía Ohio Works First (OWF)? Sí No

Si es menor de edad, ¿actualmente se encuentra en el LEAP? Sí No

4. Contacto de Emergencia

| | | | |
|-------------------------------------|---------------------------------|----------------|---|
| <input type="checkbox"/> N/C | Nombre | Segundo nombre | Apellido |
| Dirección | | | |
| Ciudad | Condado | Estado | Código postal |
| Número de teléfono de domicilio () | Número de teléfono celular () | | ¿Podemos enviar mensajes de texto al número de teléfono celular? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Número de teléfono del trabajo () | Dirección de correo electrónico | | |

5. Cuéntenos acerca de todas las personas que viven 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 colocar su nombre primero en la lista. Sírvase incluir a todos los miembros de la vivienda, independientemente de la persona que necesita los cuidados para niños. **Si necesita más espacio, adjunte una hoja aparte.**

| Nombre (Nombre, apellido) | Número del seguro social Opcional | Ciudadano de EE. UU. S o N | Sexo | Fecha de nacimiento | Relación con usted (cónyuge, hijo(a), etc) | Raza | Hispana o latina S o N | Nivel más alto de educación alcanzado |
|---------------------------------|---|----------------------------------|------|------------------------|---|---|------------------------------|---|
| | | | | | USTED MISMO | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |
| | | | | | | <input type="checkbox"/> Afroamericano <input type="checkbox"/> Nativo(a) de Alaska/indígena norteamericano(a) <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Caucásico(a) <input type="checkbox"/> Hawaiano(a)/isleño(a) del Pacífico | | <input type="checkbox"/> Alguna escuela preparatoria <input type="checkbox"/> Diploma de escuela preparatoria/GED <input type="checkbox"/> Título de 2 años <input type="checkbox"/> Título de 4 años <input type="checkbox"/> Maestría o superior Fecha de graduación: _____ Número de horas de créditos universitarios: _____ |

6. Cuéntenos acerca de su actividad de calificación

Si usted o las personas en su hogar trabajan, asisten a la escuela o participan en un programa de capacitación, sírvase completar la tabla que se encuentra a continuación. Si es empleado, sírvase indicar a su empleador actual. Esto incluye trabajo independiente o esporádico. Usted debe **ADJUNTAR PRUEBAS** de ingresos. Si asiste a una escuela o un programa de capacitación, debe proporcionar un horario oficial y real. **Si necesita más espacio, sírvase adjuntar una hoja aparte.**

| Nombre y puesto de trabajo del miembro de la vivienda (si corresponde) | Fecha de inicio/fecha de término | Nombre del empleador/escuela/lugar de capacitación Nombre Dirección y Número de teléfono | Tarifa de Pago (si corresponde) | Frecuencia de pagos (semanalmente, cada dos semanas, etc) | Horario laboral y escolar (Sírvase marcar el casillero al lado de los días que usted trabaja o asiste a la escuela). Luego indique los horarios durante los cuales usted trabaja o asiste a la escuela en la línea correspondiente, (es decir, 8:30 - 5:30) |
|---|----------------------------------|--|------------------------------------|--|---|
| | | Nombre Dirección Número de teléfono () Educación – Total de horas de créditos obtenidas: | | | <input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana |
| | | Nombre Dirección Número de teléfono () Educación: total de horas de créditos obtenidas: | | | <input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana |
| | | Nombre Dirección Número de teléfono () Educación: total de horas de créditos obtenidas: | | | <input type="checkbox"/> Dom. _____ <input type="checkbox"/> Lun. _____ <input type="checkbox"/> Mar. _____ <input type="checkbox"/> Miér. _____ <input type="checkbox"/> Juev. _____ <input type="checkbox"/> Vier. _____ <input type="checkbox"/> Sáb. _____ <input type="checkbox"/> Varía de acuerdo a cada semana |

7. Cuéntenos acerca de sus otras fuentes de ingresos.

Otras fuentes de ingresos se refiere a todo el dinero que tanto usted como las personas que viven en su hogar reciben, tales como ganancias provenientes de manutención infantil/conyugal, asistencia médica, beneficios por discapacidad, beneficios de jubilación, indemnización por accidente de trabajo, Seguridad Social, SSI, beneficios para veteranos, etc. **ADJUNTAR PRUEBAS** de todas las otras fuentes de ingresos.

| Nombre del miembro de la vivienda | Tipo de ingreso | Monto de ingresos (antes de impuestos) | Frecuencia (semanal, mensual, etc) | Última fecha de recepción |
|-----------------------------------|-----------------|---|------------------------------------|---------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

¿Usted o alguien en su hogar realiza pagos por manutención infantil o conyugal? Sí No

Si la respuesta es afirmativa, indique cuánto es su obligación de manutención infantil por mes _____ Usted debe **ADJUNTAR PRUEBAS** de manutención infantil.

8. Cuéntenos más acerca del (los) menor(es) que necesita cuidados para niños

| Menor 1 | |
|--|---|
| Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido) | Apellido de soltera de la madre |
| Ciudad de nacimiento del menor | Relación con el solicitante |
| | Lengua hablada de preferencia del menor |
| ¿El menor es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero documentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños. | Necesidades del Menor ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: | En caso afirmativo, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor se encuentra 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"/> Miér de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Juev. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vier. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. de _____ a _____ | | Nombre y dirección del proveedor | |
| Menor 2 | | | |
| Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido) | | Apellido de soltera de la madre | |
| Ciudad de nacimiento del menor | Relación con el solicitante | Lengua hablada de preferencia del menor | |
| ¿El menor es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero documentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños. | | Necesidades del Menor ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: | | En caso afirmativo, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor se encuentra 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"/> Miér de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Juev. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vier. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. de _____ a _____ | | Nombre y dirección del proveedor | |
| Menor 3 | | | |
| Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido) | | Apellido de soltera de la madre | |
| Ciudad de nacimiento del menor | Relación con el solicitante | Lengua hablada de preferencia del menor | |
| ¿El menor es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero documentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños. | | Necesidades del Menor ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | |
| ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: | | En caso afirmativo, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor se encuentra 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"/> Miér de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Juev. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vier. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. de _____ a _____ | | Nombre y dirección del proveedor | |

| | | |
|---|-----------------------------|--|
| Menor 4 | | |
| Nombre del menor (primer nombre, segundo nombre, apellido) | | Apellido de soltera de la madre |
| Ciudad de nacimiento del menor | Relación con el solicitante | Lengua hablada de preferencia del menor |
| ¿El menor es ciudadano de los Estados Unidos o extranjero documentado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Debe proporcionar las verificaciones para recibir cuidados para niños. | | Necesidades del Menor ¿El menor requiere cuidados de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿existe un plan del caso? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿El menor se encuentra inscrito en Head Start? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso afirmativo, ¿cuáles son los horarios del menor? De _____ a _____ |
| ¿Tiene alguna inquietud acerca del crecimiento y/o desarrollo de su hijo(a)? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Describa: | | |
| 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"/> Miér de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Juev. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Vier. de _____ a _____ <input type="checkbox"/> Sáb. de _____ a _____ | | Nombre y dirección del proveedor |

9. Cuéntenos más acerca de la asistencia escolar del (los) menor(es) que necesitan cuidados.

Si cualquier menor se encuentra asistiendo o asistirá al preescolar o superior, se deberá completar la siguiente sección.

| Nombre del menor | Ingreso del menor al preescolar | Nivel de grado actual | Nombre y dirección de la escuela | Horario escolar (es decir, 8 a. m. – 3 p. m.) | Fecha de inicio y término del año escolar |
|------------------|--|-----------------------|----------------------------------|---|---|
| | ¿El menor ingresará a preescolar durante el presente año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Horario de Preescolar <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día | | | | |
| | ¿El menor ingresará a preescolar durante el presente año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Horario de Preescolar <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día | | | | |
| | ¿El menor ingresará a preescolar durante el presente año? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Horario de Preescolar <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día | | | | |

10 . Derechos y responsabilidades

Comprendo que esta solicitud será considerada sin perjuicio de raza, color, origen, sexo, edad, discapacidad, religión o nacionalidad. A mi leal saber y entender, las respuestas de esta solicitud están completas y correctas. 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. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información es verdadera y está completa a mi leal saber y entender.

Al firmar y presentar la solicitud, reconozco y acepto que la agencia del condado y ODJFS pueden compartir ciertos detalles acerca del estado de mi solicitud o cualquier modificación con el proveedor de cuidados para niños indicado en la sección 5 de la presente, así como cualquier proveedor de cuidados para niños autorizado por mi persona para recibir información relacionada con mi solicitud.

Mi firma ubicada en la parte inferior otorga mi consentimiento a la agencia y a ODJFS para entablar contactos que sean necesarios para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia y para verificar la información proporcionada por mí en la presente solicitud. Comprendo que mi firma ubicada en la parte inferior otorga a la agencia 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 ubicada en la parte inferior también otorga consentimiento para emitir un Código de Identificación Estatal del Estudiante generado por sistema (SSID) para cada menor indicado en la sección 5 de la presente solicitud.

Mi firma ubicada en la parte inferior otorga consentimiento y autoriza a la agencia del condado para acceder a CRIS-E o el Portal de Beneficios del Trabajador de Ohio, con el objetivo de verificar el estado de ciudadanía de los menores presentes en este caso y para verificación de recepción de asistencia pública adicional. Puedo revocar esta autorización en cualquier momento mediante la presentación de una notificación por escrito a la agencia del condado.

Comprendo que podré utilizar el cuidado para niños solamente para los menores que sean elegibles y solo hasta las horas máximas autorizadas por la agencia del condado. Para permanecer elegible para el cuidado para niños, debe realizarse cualquier copago requerido al proveedor (si es aplicable). De no realizar el copago requerido, se puede proceder a la cancelación de los beneficios del cuidado para niños.

Comprendo que debo reportar cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad del cuidado para niños a la agencia 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 informar los cambios dentro de los 10 días posteriores en que se producen.**

Comprendo que si recibo la aprobación, mi información será cargada en la tarjeta electrónica de cuidados para niños de Ohio (Ohio ECC), que deberé utilizar mi tarjeta magnética electrónica de cuidados para niños de Ohio para registrar la asistencia en las instalaciones de mi proveedor de cuidados para niños y que no deberé entregarle o permitirle que la utilice. Si mi tarjeta se extravía o es hurtada, debo solicitar una tarjeta magnética de reemplazo dentro de los siete días hábiles a partir de la fecha de su último uso.

Comprendo que si mi hijo(a) asiste a un programa de clasificación de Step Up To Quality (Step Up To Quality), y se le realiza una evaluación completa, la información será recopilada y reportada a ODJFS.

He recibido una explicación acerca de los requisitos para determinar la elegibilidad, las razones por las cuales es posible que no sea elegible, mi derecho a una audiencia estatal, mi responsabilidad para informar cambios a la agencia 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 de la tarjeta magnética emitida para mí persona con el propósito de notificar la asistencia de los menores en las instalaciones del proveedor de cuidados para niños.

El fraude del cuidado para niños es la retención voluntaria o falsificación de información o uso indebido de los servicios de cuidados para niños determinados por un tribunal de justicia. El incumplimiento del requisito de reporte puede ser considerado fraude y puede resultar en lo que se indica a continuación: 1) pago de los beneficios del cuidado para niños, el cual usted recibió a pesar de no ser elegible; 2) cancelación o negación de los beneficios de cuidados para niños; 3) penalidad de multa y/o prisión si es condenado por recibir beneficios de cuidados para niños de manera fraudulenta a pesar de no ser elegible.

| Firma del solicitante | Firma de la persona que le asistió para completar la presente solicitud (si corresponde) | Fecha |
|-----------------------|--|-------|
| | | |

Derechos civiles

La ley federal y las políticas del Departamento de Salud y Servicios Sociales de los Estados Unidos (HHS) y el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS) y el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado local (CDJFS) indican que no debemos discriminar con respecto a la raza, el color, la nacionalidad, el sexo, la edad o la discapacidad. Para presentar un reclamo por discriminación, escriba o llame a HHS o ODJFS. HHS y ODJFS brindan igualdad de oportunidades a los proveedores y a los trabajadores.

| | | | |
|---------------------------|--|---------------------------|---|
| Escriba o llame a: | HHS Region V, Office of Civil Rights 233 N. Michigan Ave, Ste. 240 Chicago, IL 60601 | Escriba o llame a: | ODJFS Bureau of Civil Rights 30 E. Broad St., 37 th Floor Columbus, Ohio 43215-3414 |
| | (312) 866-2359 (correo de voz) (312) 353-5693 (TDD) (312) 886-1807 (fax) | | (614) 644-2703 (correo de voz) o 1-866-227-6353 (número gratuito) (614) 995-9961 (TTY) o 1-866-221-6700 (TTY, número gratuito) (614) 752-6381 (fax) |

Ohio Department of Job and Family Services

EXPLICACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE LAS VISTAS ADMINISTRATIVAS

¿Qué es una Vista Administrativa?

Si usted piensa que ha habido un error o demora en su caso, usted puede solicitar una vista administrativa. Usted puede solicitar una vista administrativa basada en las acciones del departamento de trabajo y servicios a la familia estatal o basada en las acciones de una agencia local. Las agencias locales incluyen al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS, por sus siglas en inglés), la Agencia para el Sustento de Menores del Condado (CSEA, por sus siglas en inglés), y las agencias bajo contrato con éstas. Una vista administrativa es una reunión con usted, con alguien de su agencia local y con un oficial examinador del Ohio Department of Job and Family Services (ODJFS, por sus siglas en inglés). La persona de la agencia local explicará la acción que se ha tomado, o se quiere tomar en su caso. Entonces, usted tendrá la oportunidad de explicar por qué usted cree que se ha cometido un error. El oficial examinador le escuchará a usted y a la agencia local, y puede hacer algunas preguntas para ayudar a establecer los hechos. El oficial examinador estudiará los hechos presentados en la vista administrativa y recomendará una decisión que estará basada en si las reglas fueron o no aplicadas correctamente en su caso.

¿Cómo solicitar una Vista Administrativa?

Para solicitar una vista administrativa, llame o escriba a su agencia local, o escríbale al Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of State Hearings, PO Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825. Si usted recibe una notificación denegándole, reduciéndole o suspendiéndole su ayuda o servicios, usted recibirá un formulario para solicitar una vista administrativa. Complete ese formulario y mándelo por correo a State Hearings. Usted también puede mandar por fax la solicitud de vista administrativa a State Hearings al 614-728-9574. Tenemos que recibir su solicitud de vista administrativa dentro de 90 días luego de que se le envíe por correo la notificación de la acción tomada en su caso. Sin embargo, si usted recibe asistencia nutricional, usted puede solicitar una vista administrativa sobre la cantidad de asistencia nutricional que recibe en cualquier momento durante el período de certificación. Si alguna persona solicita por escrito una vista administrativa en su nombre, dicha solicitud debe incluir una declaración escrita, firmada por usted, indicándonos que esa persona está autorizada para ser su representante. Solamente usted puede solicitar una vista administrativa por teléfono.

¿Cómo Solicitar una Vista Administrativa Telefónica?

Si usted no puede comparecer en persona a la vista administrativa debido a que no tiene transportación, o cuidado para sus niños, o tiene limitaciones médicas, etc., usted puede llamar al 1-866-635-3748 para comparecer por teléfono. Si usted comparece por teléfono, el oficial examinador asignado a su vista administrativa le llamará por teléfono en el día y hora fijados para su vista, al número de teléfono que usted haya proporcionado.

Continuación de Asistencia o Servicios

Si usted recibe una notificación de que su asistencia o servicios serán reducidos, cancelados, o restringidos, usted debe solicitar la vista administrativa dentro de los 15 días calendario, a partir de la fecha de envío por correo de la notificación, con el fin de que continúe recibiendo sus beneficios hasta que su decisión administrativa sea emitida. En el programa de asistencia nutricional, sus beneficios no continuarán si su aplicación es denegada o si su período de certificación ha expirado. Después de terminado su período de certificación, usted debe aplicar nuevamente y ser elegible para recibir beneficios.

Si su ayuda o servicios han sido cambiados sin una notificación escrita, o si el cambio fue efectuado a pesar de usted haber solicitado a tiempo una vista administrativa, usted puede llamar al Bureau of State Hearings, para preguntar si usted puede continuar recibiendo beneficios por el momento. Llámenos gratis al siguiente número: 1-866-635-3748, y seleccione la opción número uno ofrecida por el menú del servicio de voz automatizado. Si recibe ayuda momentánea y pierde en la vista administrativa, usted puede que tenga que reembolsar los beneficios recibidos para los cuales no era elegible.

La ayuda momentánea descrita en esta sección no aplica al programa de sustento o manutención de menores. Si usted solicita una vista administrativa sobre servicios de sustento de menores, su solicitud no tendrá impacto alguno sobre los servicios que está recibiendo mientras su vista administrativa esté pendiente.

Conferencia con el Condado

Una reunión informal con una persona de la agencia local puede solucionar el problema sin tener que recurrir a una vista administrativa. Muchas veces ésta es la manera más rápida de solucionar un problema. En esta reunión su caso será revisado con usted. Si se ha cometido algún error, éste puede ser corregido sin la necesidad de una vista administrativa. Usted puede calendarizar una conferencia con el condado a través de su trabajadora social. Si usted no está satisfecho(a) con los resultados, usted todavía puede recurrir a una vista administrativa. No es necesario que usted tenga una conferencia con el condado para tener derecho a una vista administrativa. El pedir una conferencia con el condado no demorará su vista administrativa.

¿Cuándo se llevará a cabo la Vista Administrativa?

Una vez su solicitud de una vista administrativa es recibida, el Bureau of State Hearings le enviará una notificación indicándole la fecha, la hora y el lugar de la vista administrativa. La notificación le será enviada por lo menos con 10 días de anticipación a la vista administrativa. La notificación también le dirá qué debe de hacer si usted no puede comparecer a la vista administrativa en la fecha indicada.

¿Dónde se efectúan las Vistas Administrativas?

JFS 01138-SPA (Rev. 12/2018)

Las vistas administrativas usualmente se efectúan en las agencias locales. Si no puede ir a allí, la vista administrativa puede efectuarse en cualquier otro lugar que sea conveniente para usted y para las otras personas involucradas. Si usted desea que la vista administrativa se efectúe en otro lugar que no sea la agencia local, asegúrese de decirnos esto cuando solicite la vista administrativa.

Aplazamiento de la Vista Administrativa

Si usted no puede comparecer a la vista administrativa calendarizada, o si usted necesita más tiempo para prepararse, usted puede pedir un aplazamiento a la oficina de vistas administrativas. En el programa de asistencia nutricional, el aplazamiento está limitado a 30 días a partir de la fecha de la primera vista administrativa. En todos los otros programas, usted necesita tener una razón justificada para posponer la vista administrativa.

Si usted no Comparece a la Vista Administrativa

El Bureau of State Hearings le enviará una notificación de desestimación si usted no comparece a la vista administrativa. Si usted desea continuar con su solicitud de vista administrativa, tiene que comunicarse con el Bureau of State Hearings dentro de 10 días y explicar con una verificación de la razón por la que no compareció a la vista administrativa. Verificaciones son documentos o papeles que prueban por qué usted no compareció a su vista administrativa en la fecha establecida. Una vez que usted haya presentado su verificación de razón justificada, la autoridad examinadora decidirá si la documentación que usted provee es suficiente. Si usted no llama dentro de 10 días y muestra una razón justificada, o presenta alguna prueba del motivo por no haber comparecido a la vista administrativa, ésta será desestimada y usted perderá su caso en la vista administrativa. La agencia local puede entonces seguir adelante con la acción que ya había planificado tomar. Si usted no está de acuerdo con la desestimación, la notificación de desestimación le informará cómo usted puede solicitar una apelación administrativa.

Antes de la Vista Administrativa

Usted puede tener a alguien (abogado, persona que asiste con el derecho a programas de bienestar público, amigo o un pariente) que asista a la vista administrativa para presentar su caso. Si usted no va a estar presente en la vista administrativa, la persona que comparezca en su lugar debe traer una declaración firmada por usted indicando que él o ella es su representante. Si usted se interesa en ayuda legal durante la vista administrativa, usted debe hacer los arreglos pertinentes antes de la vista. Comuníquese con su programa local de servicios legales para ver si usted califica para ayuda gratuita. Si usted no sabe cómo comunicarse con su oficina local de servicios legales, llame gratuitamente al 866-529-6446 (866-LAW-OHIO) para obtener el número de su oficina local o busque en el directorio de Asistencia Legal <http://www.ohiolegalservices.org/programs>. Si usted quiere que la notificación de la vista administrativa le sea enviada a su abogado, usted tiene que darle el nombre y dirección de su abogado al Bureau of State Hearings. Usted y su representante tienen el derecho de examinar su expediente y las reglas escritas que se han aplicado en su caso. Si su vista administrativa es sobre el registro para trabajar o empleo y entrenamiento, usted también puede examinar su expediente de empleo y entrenamiento. Usted puede obtener una copia gratuita de cualesquier documento relacionado con su vista administrativa que esté en su expediente. Cualquier persona que actúe en su nombre debe proveer una declaración suya firmada antes de acceder al expediente de su caso o de obtener copias de documentos de su expediente. La agencia local no tiene que mostrarle récords confidenciales, tales como los nombres de individuos que han dado información en contra suya, récords de procedimientos criminales, y ciertos récords médicos. Récords confidenciales que usted no puede examinar o cuestionar no pueden ser presentados en la vista administrativa ni ser usados por el oficial examinador para decidir el caso.

Citación

Usted puede pedirle a la autoridad examinadora que cite a testigos o que obtenga documentos que de otra manera no están disponibles y que son esenciales para su caso. Usted debe pedir la citación por lo menos cinco días calendario antes de la fecha de la vista administrativa y proveer el nombre y la dirección de la persona o el documento que usted quiere que sea citado.

Durante la Vista Administrativa

Usted puede traer testigos, amigos, parientes, o su abogado para que le ayuden a presentar su caso. El oficial examinador en cualquier momento puede limitar el número de testigos permitidos en la vista administrativa si no hay suficiente espacio. Usted y su representante tendrán el derecho de examinar la evidencia presentada en la vista, presentar su caso sin ninguna interferencia indebida, hacer preguntas, y ofrecer documentos u otra evidencia que apoyen su caso. La vista administrativa será grabada por el oficial examinador para que los hechos se anoten correctamente. Después de que la decisión de la vista sea emitida, usted puede recibir una copia gratuita de la grabación si se comunica con el Bureau of State Hearings. El oficial examinador escuchará a ambas partes pero no decidirá el caso durante la vista administrativa. En lugar de esto, usted recibirá una decisión escrita por correo emitida por la autoridad examinadora.

Vistas Administrativas en Grupo

El Bureau of State Hearings puede combinar varias vistas administrativas individuales en una vista administrativa grupal, pero solamente si no existe desacuerdo sobre los hechos de cada caso, y todos involucran disputas similares sobre leyes estatales o federales, o sobre las políticas de un condado. La notificación de su vista administrativa le indicará si usted está calendarizado para una vista grupal. Se le permitirá a usted y a su representante presentar su caso individualmente y tendrá los mismos derechos en la vista administrativa grupal que usted tendría en una vista administrativa individual.

Después de la Vista Administrativa

Usted debe de recibir la decisión de su vista administrativa dentro de 60 días a partir de la fecha de su solicitud solamente si la vista administrativa es sobre asistencia nutricional, y dentro de 90 días para los demás programas.

Si usted no está de acuerdo con la decisión de la vista administrativa, la decisión misma le dirá como puede solicitar una apelación administrativa.

Cumplimiento con la Decisión de la Vista Administrativa

Si la decisión de la vista administrativa ordena el aumento de su asistencia nutricional, usted debe de recibir el aumento en aproximadamente 10 días a partir de la fecha de la decisión. Si la decisión ordena la reducción de su asistencia nutricional, usted recibirá una cantidad nueva, pero reducida la próxima vez que regularmente reciba asistencia nutricional. En todos los otros programas, la agencia tiene que cumplir con la acción ordenada por la decisión dentro de los 15 días a partir de la fecha en que la decisión fue expedida, pero siempre dentro de los 90 días a partir de la fecha de la solicitud de su vista administrativa. Comuníquese con el Bureau of State Hearings si usted no ha recibido con prontitud los beneficios aprobados por la decisión administrativa.

Otra Acción Requiere Otra Vista Administrativa

Si usted recibe otra notificación previa indicando que la agencia local le quiere cambiar su asistencia o sus servicios mientras usted está esperando por una vista administrativa o decisión administrativa, usted tiene que solicitar otra vista administrativa si está en desacuerdo con la nueva acción. Una vista administrativa por separado se efectuará sobre la nueva notificación.

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

FOR BOARD USE ONLY
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

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 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 o llame al (877) 767-6446.

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