

Pedido para Recibir Efectivo, Estampillas de Alimentos y Asistencia Médica

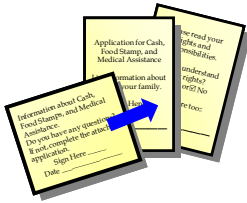
Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio

Para Uso Exclusivo de la Oficina - A usted se le proporcionará la fecha y la hora de la cita una vez que haya completado la siguiente solicitud.

Fecha de la Cita: _____

Hora de la Cita: _____

¿Cómo solicito Asistencia?



Usted tendrá que:

1. Completar esta solicitud.
2. Entregar esta solicitud al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado local (CDJFS).
3. Asistir a una entrevista en persona, a menos que se le indique que usted no necesita hacerlo.
4. Presentar una verificación para los programas que usted está solicitando. La verificación se explica en la página siguiente.

¿Necesita ayuda para completar la solicitud?



1. **Si el inglés no es su idioma natal:** CDFJS le proporcionará a alguien que pueda ayudarle a comprender las preguntas de esta solicitud durante la entrevista.
2. **Si usted tiene una incapacidad, tiene problemas de audición o de la vista:** le ayudaremos a completar esta solicitud y la entrevista.
3. **Además, le ayudaremos en otros momentos tales como:** Cuando usted desee comunicarnos cambios o tenga preguntas con relación a su caso.

¿Cómo completo esta solicitud?



1. **Complete esta solicitud:** Responda la mayor cantidad de preguntas que pueda de esta solicitud. Usted tiene el derecho de solicitar asistencia el día que se comunica con su CDJFS local.
2. **Si usted no puede completar esta solicitud en el día de hoy:** Complete la página uno de la solicitud con su nombre, dirección y firma y regrésela a su oficina CDJFS local para que le podamos proporcionar asistencia a partir del día de hoy si es elegible. Usted puede completar el resto de la solicitud en su hogar y regresarla a su oficina del CDJFS.
3. **Modo de presentar una solicitud en representación de otra persona:** Usted puede elegir que otra persona solicite asistencia en representación suya. A esta persona se la denomina "representante autorizado". Si usted está presentando una solicitud en representación de otra persona, responda las preguntas según se relacionan con esa persona.

¿Dónde entrego esta solicitud?



1. **Entregue la solicitud en su oficina del CDJFS local:** Nuestras oficinas ofrecen atención al público durante horas de la tarde y los fines de semana. Esto iniciará el proceso de solicitud para todos los programas de asistencia.

-- Por favor, guarde esta página para sus archivos. --

¿Cómo completo la entrevista en persona?



- Venga a su entrevista:** Durante esta entrevista, nosotros completaremos el resto de su proceso de solicitud. Además, le diremos qué tipo de asistencia podrá recibir.
- Si no puede venir a su entrevista:** Usted debe comunicarse con su oficina local de CDJFS y hacer otra cita para su entrevista. Si usted no se comunica con nosotros dentro de los 30 días posteriores de haber presentado esta solicitud, es posible que le neguemos la asistencia y usted tendrá que volver a solicitarla. Es posible que no tenga que venir a una entrevista si determinamos que usted está teniendo alguna dificultad tal como una enfermedad o la falta de transporte.

¿Qué tipo de verificación necesito?

La tabla que aparece a continuación enumera cuales son las cosas que se requieren para cada uno de los programas que usted está solicitando. Comuníquese con su CDJFS local para obtener ejemplos de los documentos que usted puede utilizar como comprobante. Si no puede traerlos todos, no deje de acudir a la entrevista, nosotros le ayudaremos.

- Si usted no es ciudadano de los Estados Unidos de América y está presentando una solicitud solamente para recibir asistencia médica en casos de emergencias para extranjeros sin residencia legal, usted no necesita verificar su estado de ciudadanía o inmigratorio, ni proveer un número de seguro social.
- La suma total de sus estampillas de alimentos podrá aumentar si usted también presenta comprobantes de los siguientes gastos: cuidado de los niños/ dependientes, manutención pagada a hijos que no residen con usted, gastos de vivienda, servicios públicos, gastos médicos para personas con incapacidades o para personas que tienen más de 60 años de edad (incluyendo los medicamentos recetados). The table below lists the items required for each program you are applying for. Contact your local CDJFS for examples of the documents you can use as proof. If you can't bring everything, come to the interview anyway and we will help you.

	Asistencia en Efectivo	Asistencia con Estampillas de Alimentos	Asistencia Médica Familias e hijos	Asistencia Médica Personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas
Comprobante de que usted ha solicitado un Número de Seguro Social (si es que ya no lo tiene)	✓	✓	✓	✓
Tarjeta de Residencia ("tarjeta verde") u otra documentación del Servicio de Inmigración y Naturalización ("INS") si no es ciudadano de los EE.UU.	✓	✓	✓	✓
Comprobante de ciudadanía de los Estados Unidos de América si es ciudadano de los Estados Unidos de América.	✓		✓	✓
Comprobante de los ingresos o de cualquier otro dinero que se reciba en su hogar (tales como talones de cheques, comprobantes de impuestos, cartas de indemnización, manutención de hijos)	✓	✓	✓	✓
Los estados de cuenta más recientes de cualquier cuenta bancaria (tales como de cheques, cooperativa de crédito, de ahorros)	✓			✓
Comprobante del título de propiedad de vehículos (tales como los de un automóvil, camioneta, motocicleta, botes, vehículos recreativos).				✓
Comprobante del valor actual de acciones/ bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos, anualidades (pagos periódicos)	✓		✓	✓
Comprobante de su identidad	✓	✓		
Comprobante de todos los gastos del cuidado de niños/ de dependientes	✓	✓	✓	
Comprobante de toda manutención de hijos pagada a hijos que no residen con usted	✓	✓	✓	
Comprobante de todos los gastos de vivienda y de servicios públicos		✓		
Comprobante de todos los gastos médicos de personas con incapacidades o de personas que tienen más de 60 años de edad (incluyendo los medicamentos recetados)		✓		✓
Comprobante de todo seguro de salud			✓	✓

-- Por favor, guarde esta página para sus archivos. --

¿Cuándo recibiré la asistencia?



A graphic of a calendar with the word "Calendar" at the top. The calendar shows a grid of days from 1 to 31. The days 1 through 6 are shaded grey, indicating the current month. The days 7 through 31 are white, indicating the following month.

Asistencia en forma de dinero en efectivo y estampillas de alimentos: Nosotros basamos la elegibilidad para los programas que ofrecen dinero en efectivo y/o de estampillas de alimentos en la fecha en la que recibimos su solicitud firmada y fechada. Su elegibilidad para estos programas se determina dentro de los 30 días de la fecha de recibida su solicitud firmada y fechada.

Asistencia Médica: Nosotros basamos la elegibilidad para recibir asistencia médica en la fecha en la que recibimos una solicitud firmada y fechada. Su elegibilidad deberá determinarse dentro de un período de 30 días a menos que usted esté declarando tener una incapacidad. Si usted indica que sufre de una incapacidad, su elegibilidad se determinará dentro de un período de 90 días. Además, nosotros consideraremos asistencia médica para los 3 meses anteriores al mes en el que recibimos su solicitud.

¿Qué sucede si necesito alimentos de inmediato?



Si usted necesita asistencia inmediata con estampillas de alimentos y en la actualidad no las está recibiendo: Responda las preguntas que aparecen en las páginas uno y dos de la solicitud. Usted puede llegar a calificar para obtener asistencia en forma de estampillas de alimentos dentro de un período que puede ser tan rápido como de 24 horas o de hasta 7 días.

¿Necesito ser ciudadano?



No. Por favor, no permita que el temor a los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los EE.UU. ("USCIS", por sus siglas en inglés) eviten que usted solicite la asistencia que necesita para su familia. Muchos inmigrantes pueden recibir dinero en efectivo, estampillas de alimentos y asistencia médica. Además, la asistencia médica en casos de emergencia se encuentra disponible sin importar su estado inmigratorio.

¿Qué otros servicios hay disponible?



Usted puede ser elegible para recibir otros servicios tales como: Asistencia con el cuidado de los niños, atención prenatal, gastos de vivienda, capacitación laboral y ayuda para conseguir un trabajo. Estos servicios pueden necesitar una solicitud por separado. Pregúntele a la trabajadora de su caso acerca de estos servicios. Si usted necesita ayuda con el gasto del cuidado de sus niños, comuníquese con su CDJFS local para obtener una solicitud para el cuidado de niños.

-- Por favor, guarde esta página para sus archivos. --

Pedido para Recibir Efectivo, Estampillas de Alimentos y Asistencia Médica

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio

1. Información acerca de usted (el solicitante)

Complete esta sección para usted o para la persona en representación de la cual usted está presentando esta solicitud.

Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Apellido

Tiene usted: Necesita usted alguno de los siguientes servicios?

Problemas de la vista

Intérprete

Otro: _____

Problemas de audición

Idioma Mudo

Para Uso Exclusivo de la Oficina

Fecha Recibida: _____

Número de Solicitud: _____

No. del Caso: _____

Se aceleró la emisión de estampillas

de alimentos: Sí No

Solicitó PRC: Sí No

Solicitó Cuidado de

Niños Sí No

¿Ha recibido usted o alguien que viva con usted asistencia en efectivo, estampillas de alimentos o asistencia médica? Sí No

Si es así, quién: _____ Donde (Ciudad/ Condado / Estado): _____

2. Diga de que modo nos podemos comunicar con usted

Complete esta sección para usted o para la persona en representación de la cual usted está presentando esta solicitud.

Dirección Marque aquí si está sin hogar

Ciudad

Condado

Estado

Zona Postal

Número de Teléfono
()

Número de Teléfono Adicional
()

Dirección donde recibe la correspondencia (si es distinta):

Dirección

Ciudad

Condado

Estado

Zona Postal

3. Diga si usted es un representante autorizado

Un representante autorizado es aquel que asiste al solicitante a completar el proceso de solicitud. Si usted está completando este formulario como representante autorizado, por favor, provea la siguiente información.

Nombre, Inicial del Segundo Nombre

Apellido

Dirección

Ciudad

Condado

Estado

Zona Postal

Número de Teléfono
()

Número de Teléfono Adicional
()

Dirección de E-mail (Correo electrónico)

4. Firme aquí

Firma del solicitante o de su representante autorizado

Escriba el nombre en letra de imprenta

Fecha

5. Diga si necesita asistencia inmediata con estampillas de alimentos

Estas preguntas nos ayudarán a determinar si usted califica para recibir asistencia con las estampillas de alimentos dentro de un período de 24 horas a 7 días.

¿Cuántas personas residen con usted y compran, preparan y comen con usted? _____

Responda las siguientes preguntas solamente para las personas que compran, preparan y comen con usted.

¿Es el total de sus ingresos brutos inferior a \$150 antes de que se le deduzcan los impuestos? Sí No

¿Es el total neto de sus ingresos cero, después de la deducción de los impuestos y el pago de cosas tales como los gastos de vivienda, para el cuidado de los niños/ dependientes, pagos de manutención de hijos para el mes en curso? Sí No

¿Es el total de sus recursos en efectivo, cuenta de cheques y cuenta de ahorros inferior a \$100? Sí No

¿Es su alquiler o pago mensual de la hipoteca y de los servicios públicos (tales como el gas, electricidad, agua y teléfono) superior al total de sus ingresos brutos mensuales antes de la deducción de los impuestos? Sí No

¿Es usted un trabajador migrante o que trabaja en el campo por temporadas? Sí No

6. Diga acerca de las personas que forman parte de su hogar

Usted debe incluir a todas las personas que residen con usted aún cuando ellos no estén presentando una solicitud. Por favor, asegúrese de poner su nombre primero. Si necesita más espacio, adjunte una hoja separada.

- **Número de Seguro Social:** Usted sólo tiene que incluir un número de seguro social para alguien que esté solicitando asistencia en efectivo, estampillas de alimentos o médica. Usted no tiene que proveer un número de seguro social para alguien que esté solicitando asistencia médica de emergencia para alguien sin residencia legal.
- **Ciudadanos de los EE.UU.:** Usted sólo tiene que indicar si alguien es ciudadano de los EE.UU. cuando estén solicitando dinero en efectivo, estampillas de alimentos o asistencia médica.
- **Sexo (género):** Si en su hogar sólo se está solicitando asistencia en forma de estampillas de alimentos, usted no tiene que completar la pregunta relacionada con el sexo (género).
- **Raza/ Origen Étnico:** El Título VI de la Ley/ Acta de Derechos Civiles de 1964 nos permite obtener información de índole racial, étnica (Hispano o Latino). Si usted no desea proveernos dicha información, ello no tendrá efecto alguno sobre su caso. Si usted no nos provee esta información, el trabajador colocará una respuesta.

Nombre (Nombre, Apellido)	Relación con Usted (cónyuge, hijos, amigo, etc.)	Número de Seguro Social	Fecha de Nacimiento	Sexo Escriba H o M	Ciudadano de los EE.UU. Escriba S o N	Raza	Hispano o Latino Escriba S o N
	Sí mismo						

¿Está usted casado? Sí No Nombre del cónyuge _____

¿Está usted o alguien para la cual usted está solicitando, embarazada?? Responda solamente si está solicitando efectivo o asistencia médica.

Sí No Si la respuesta es que sí, ¿Quién? _____

¿Necesita usted o alguien en representación de quién usted está presentando una solicitud, atención en un asilo de ancianos/ en el hogar?

Sí No Si la respuesta es que sí, ¿Quién? _____

¿Qué idioma prefiere usted? Hablado _____ Escrito _____

¿Hay alguien de 60 o años de edad o mayor? Sí No

Si la respuesta es que sí, responda a las preguntas de esta sección. Si la respuesta es que no, por favor pase a la pregunta 7.

¿Está esta persona o personas recibiendo beneficios en concepto de incapacidad? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿De dónde provienen? _____

¿Es esta persona o son estas personas incapaces de preparar comidas debido a una incapacidad? Sí No

Si usted respondió "Sí" a las últimas tres preguntas, ¿desea(n) esta(s) persona(s) recibir asistencia en forma de estampillas de alimentos independientemente de las otras personas con las que usted vive? Sí No

7. Diga acerca de sus finanzas

¿Recibirá usted o las personas que residen en su hogar algún ingreso este mes? Sí No

Ingreso se refiere a todo el dinero que tanto usted como las personas que residen en su hogar reciben en concepto de sueldo de un empleo, de la manutención a hijos y a un cónyuge, de los beneficios por incapacidad, beneficios jubilatorios, del seguro de Compensación para los Trabajadores, Seguro Social, SSI [Ingresos de Seguro Complementarios] Beneficios para Veteranos de Guerra, etc.

Si la respuesta es sí, por favor, complete la tabla que aparece a continuación.

Nombre	Tipo de Ingreso	Suma Total del Ingreso (antes de los impuestos)	Con qué Frecuencia se Reciben (Semanalmente, cada dos semanas, etc.)	Última Vez que se Recibió

¿Cuánto dinero en efectivo, en la cuenta de cheques, o en la cuenta de ahorros (tales como cuentas bancarias, anualidades, acciones o bonos) tienen usted y las personas que forman parte de su hogar?

Provea el mejor cálculo del total que pueda: \$ _____

¿Alguna de las personas de su hogar ha abandonado o ha sido despedido de un trabajo en los últimos 60 días? Sí No

Si es así, ¿Quién? _____ ¿Cuándo? _____

¿Cuál fue el motivo? _____

¿Hay alguien de su hogar que esté de huelga de un trabajo? Sí No

Si es así, ¿quién? _____

8. Información acerca de sus gastos

¿Cuáles gastos pagan usted y las personas que forman parte de su hogar? Marque todos los que correspondan. Indique la suma de cada uno de los gastos.

Gastos de guardería para un niño u otro(s) dependiente(s)

Suma estimada que se paga por mes: \$ _____ Si necesita ayuda con los gastos de guardería infantil, comuníquese con el CDJFS local para obtener una solicitud para recibir asistencia con el cuidado de los niños.

Pagos de manutención a hijos

Suma estimada que se paga por mes: \$ _____

Gastos médicos para cualquier persona que sea incapacitada que tenga 60 años de edad o más

Estos incluyen gastos tales como las facturas médicas, los remedios recetados, las cuotas del seguro médico u otros servicios médicos: \$ _____

Pagos de alquiler / Hipoteca

Suma estimada que se paga por mes: \$ _____

Servicios públicos -Provea el cálculo de una suma mensual para cada servicio público.

¿Paga usted la calefacción y/o el aire acondicionado?

Sí No

Gas \$ _____

Teléfono \$ _____

Basura \$ _____

Electricidad \$ _____

Agua \$ _____

Cloacas \$ _____

Otro \$ _____

9. Firma de la persona que completó esta solicitud

Al firmar esta solicitud:

- Yo comprendo las preguntas de este formulario y certifico bajo pena de falso testimonio que todas mis respuestas son correctas y que han sido completas de acuerdo a mi mejor saber y entender, incluyendo la información con respecto al estado de ciudadanía o de residencia de cada uno de los miembros de la familia que está solicitando asistencia.
- Yo declaro bajo pena de falso testimonio haber divulgado todas las anualidades (pagos periódicos) y otros dispositivos financieros sobre los cuales yo y/o mi cónyuge tengamos algún interés.
- Yo comprendo y acuerdo proveer documentos para comprobar lo que he dicho.
- Yo comprendo y acuerdo que el CDJFS podrá comunicarse con otras personas u organizaciones para obtener la evidencia necesaria en cuanto a mi elegibilidad y al nivel de asistencia.
- Yo comprendo que al firmar esta solicitud y recibir OWF, yo le estoy cediendo al estado de Ohio todos los derechos a cualquier manutención que se me adeude a mí y a mis hijos menores de edad que formen parte del grupo de asistencia.
- Yo comprendo que en algunos casos, se me puede pedir dar mi consentimiento a CDJFS para que se comuniquen con quien resulte necesario para determinar mi elegibilidad.

Firma del Solicitante o de su Representante Autorizado	Si es un representante autorizado, indique cuál es su relación con el solicitante	Fecha

10. Qué es lo que debe hacer al completar esta solicitud.



Regrese esta solicitud a la oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del condado local.

Sus Derechos Civiles

La ley federal así como las políticas del Ministerio de Agricultura de los Estados Unidos de América ("USDA", por sus siglas en inglés), el Ministerio de Salud y Recursos Humanos ("HHS", por sus siglas en inglés), el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio ("ODJFS", por sus siglas en inglés) y el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado local indican que no podemos discriminar en base a raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. En virtud de la Ley de Estampillas de Alimentos y a la política del USDA, también se prohíbe la discriminación en base a religión o convicciones políticas.

Para presentar una queja en concepto de discriminación, escriba o llame al USDA, HHS, o a ODJFS.

Escriba o Llame	Escriba o Llame	Escriba o Llame
USDA Director, Office of Civil Rights [Oficina de Derechos Civiles] Room 326-W, Whitten Building 1400 Independence Avenue, S.W. Washington, D.C. 20250-9410 (202) 720-5964 (voz y TDD)	HHS Region V, Office of Civil Rights [Región V, Oficina de Derechos Civiles] 233 N. Michigan Ave., Suite 240 Chicago, Illinois 60601 (312)886-2359 (voz) (312) 353-5693 (TDD) (312)886-1807 (fax)	ODJFS Bureau of Civil Rights [Agencia de Derechos Civiles] 150 E. Gay Street, 18 th Floor Columbus, OH 43215 (614) 644-2703 (voz) 1-866-227-6353 (sin cargo) (614) 752-6381 (fax) 1-866-221-6700 (TTY)

USDA, HHS, y ODJFS son proveedores y empleadores que ofrecen igualdad en cuanto a las oportunidades.