

Ohio Department of Job and Family Services
**NUEVA SOLICITUD DE ASISTENCIA DE DINERO EN EFECTIVO,
 EL PROGRAMA SNAP O CUIDADO DE NIÑOS**

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.

Número de caso

Contacto del condado

Número de teléfono del contacto del condado

Número de fax del contacto del condado

Paso 1: Lea la información de este recuadro y haga las correcciones que sean necesarias.

Nombre, segundo nombre y apellido

Dirección postal

Dirección *(si es diferente)*

Ciudad

Estado

Código postal

Ciudad

Estado

Código postal

Dirección de correo electrónico

Número de teléfono particular

Número de teléfono del trabajo

Número de teléfono celular

Paso 2: Lea la siguiente información detenidamente.

Para seguir disfrutando de los beneficios, debemos revisar su caso para asegurarnos de que todavía es elegible y de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios. Si tiene preguntas, llame a la agencia de su condado enumerada al principio de este formulario.

Asistencia médica: Este formulario no está aprobado como solicitud de programas de asistencia médica. Los consumidores deberían seguir solicitando con los formularios de solicitud aprobados de asistencia médica. Cualquier información brindada durante su entrevista será utilizada para actualizar el caso, y esto podría tener un impacto sobre sus beneficios de asistencia médica.

Si actualmente está recibiendo **beneficios** de SNAP o de dinero en efectivo:

Firme y devuélvanos este formulario antes de la fecha de su cita <Begin Date>, pero no después de <RE Date>.

Nos puede devolver este formulario por correo postal, fax o traerlo en persona. Si lo trae usted mismo le daremos un recibo. Si no tiene una fecha para su cita, no necesita volver a solicitar los beneficios del programa SNAP o de asistencia de dinero en efectivo en este momento. Pero si vuelve a solicitar cuidado de niños, deberá completar este formulario y entregarlo.

También puede llenar este formulario en línea si tiene una cuenta en: <https://ssp.benefits.ohio.gov/apspssp/index.jsp>.

Para completar este proceso en línea:

- Ingrese a su cuenta.
- Haga clic en la sección de "Access" ("Acceder") en la parte derecha de la pantalla.
- Seleccione "Reapplication" ("Nueva solicitud") y siga las instrucciones.

Si tiene una cita programada y desea volver a solicitar los beneficios del programa SNAP o de la asistencia de dinero en efectivo, debe ingresar y entregar este formulario. Si no recibimos esto de parte suya, suspenderemos la asistencia de dinero en efectivo y caducará su programa SNAP.

Recuerde que volver a solicitar los beneficios tiene dos pasos: 1. Firmar y devolver este formulario y 2. Completar una entrevista. Debe completar ambos pasos o se suspenderán sus beneficios.

Si actualmente está recibiendo cuidado de niños:

La elegibilidad para su cuidado de niños actual está programada para finalizar el ____ / ____ / _____. Debe completar este formulario y entregarlo para el ____ / ____ / _____. Si no recibimos este formulario completo junto con toda la documentación que lo apoye para la fecha en que su elegibilidad termina, su asistencia de cuidado de niños será suspendida y se finalizarán todas las autorizaciones a proveedores. Si no tiene una fecha programada para la terminación de su elegibilidad, no necesita volver a solicitar los beneficios de cuidado de niños en este momento. Pero si está solicitando de nuevo los beneficios del programa SNAP o la asistencia de dinero en efectivo, deberá ingresar y entregar este formulario.

Complete, firme y entregue este formulario en el domicilio de la agencia del condado, por fax o correo electrónico mencionados arriba, o si tiene una cuenta, complete el formulario en línea en: <https://ssp.benefits.ohio.gov/apspspp/index.jsp>. Si una de las preguntas indica **ADJUNTAR PRUEBAS**, DEBE adjuntar las pruebas al presente formulario y presentar todos los documentos en el mismo momento. Si requiere de más espacio para sus respuestas, escribálas en un documento aparte y adjúntelo a este formulario. Utilizaremos la información que nos proporcione para determinar su elegibilidad para el siguiente periodo.

Paso 3: Lea, complete y firme la sección abajo.

Al firmar este formulario:

- Comprendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas para la entrevista de nueva solicitud de asistencia de dinero en efectivo y el programa SNAP, y las respuestas que proporcione en este formulario, son correctas y completas a mi leal saber y entender, incluida la información sobre la ciudadanía o el estatus de extranjero de cada miembro del hogar que vuelve a solicitar el programa SNAP o la asistencia de dinero en efectivo, o para el cuidado de niños, la ciudadanía o el estatus de extranjero de cada niño que necesita cuidado.
- Comprendo y estoy de acuerdo con proporcionar todos los documentos para completar mi entrevista telefónica para la asistencia de dinero en efectivo y el programa SNAP, y mi nueva solicitud para el cuidado de niños.
- Comprendo y estoy de acuerdo con que es posible que el County Department of Job and Family Services (CDJFS) se comunique con otras organizaciones para obtener las pruebas necesarias sobre mi elegibilidad y nivel de beneficios.
- Comprendo que en algunos casos se me puede pedir que dé mi consentimiento al CDJFS para hacer los contactos que sean necesarios con el fin de determinar la elegibilidad.
- He recibido una copia y he leído mis derechos y responsabilidades (JFS 07501), y los comprendo. Estoy de acuerdo con cumplir con mis responsabilidades como se requiere.
- Comprendo que el CDJFS me ayudará a obtener las verificaciones requeridas en la medida en que yo coopere.
- Comprendo que la información disponible a través del Sistema de Verificación de Elegibilidad de Ingresos será solicitada, utilizada y podrá ser verificada a través de contactos colaterales cuando se encuentren discrepancias de que la información recibida pueda afectar la elegibilidad de mi hogar para los beneficios.
- 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 (Support Enforcement Tracking System, SETS) para verificar los ingresos de manutención infantil/conyugal y de asistencia médica. Mi firma a continuación también otorga consentimiento para emitir un Código de Identificación Estatal del Estudiante generado por sistema (statewide student identifier, SSID) para cada menor de la presente solicitud.
- Reconozco y acepto que el CDJFS y el ODJFS pueden compartir ciertos detalles sobre el estado de esta solicitud con el proveedor de cuidado de niños que figura en esta solicitud y en cualquier modificación a esta, así como a cualquier proveedor de cuidado de niños que yo autorice a recibir información sobre mi solicitud.
- 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 al CDJFS 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.
- 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 agencia 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, si se me aprueba, seré responsable de registrar con precisión la asistencia de mi hijo en el programa de cuidado de 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 de 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.
- Comprendo que debo reportar cualquier cambio que pueda afectar mi elegibilidad del cuidado de niños al CDJFS, 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.**

Firma de la persona que completa el formulario o del representante autorizado

Nombre en letra de imprenta del representante autorizado, y parentesco con el solicitante

Fecha

Paso 4: Si está solicitando cuidado de niños, complete la información abajo.

COMPOSICIÓN DEL HOGAR ¿Cuántas personas viven en su hogar? _____ Complete la información abajo acerca de las personas que viven en su hogar.

Nombre (Nombre, segundo nombre, apellido)	Últimos 4 dígitos del número de seguro social	Fecha de Nacimiento	Sexo M/F	Relación con el Solicitante	¿Menor con necesidad de cuidados? (S/N)	Fecha de llegada/salida Fecha

INFORMACIÓN SOBRE LOS INGRESOS DEL HOGAR (ADJUNTAR PRUEBAS)

Cuidador 1 Nombre y dirección del empleador	Fecha de inicio	Tarifa de pago	Frecuencia de pagos	Horarios
Cuidador 2 Nombre y dirección del empleador	Fecha de inicio	Tarifa de pago	Frecuencia de pagos	Horarios

¿Han cambiado los ingresos no ganados de algún miembro, incluidos los ingresos provenientes de recursos tales como manutención infantil, seguridad social (SSA o SSI), prestaciones de desempleo, beneficios por discapacidad, indemnizaciones por accidentes de trabajo, beneficios de jubilación/pensión o rentas?

Sí No Si la respuesta es afirmativa, identifique la fuente de ingresos, la fecha de inicio/cambio, el ingreso mensual y **ADJUNTE PRUEBAS**.

¿Se ha presentado algún cambio en su obligación de manutención infantil desde la presentación de su última solicitud?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa, ¿Cuál es su gasto mensual de obligación de manutención infantil? _____

ADJUNTAR PRUEBAS

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

¿Algún miembro de su hogar pertenece a las fuerzas armadas?

Sí No

Si la respuesta es afirmativa,

Servicio activo Guardia Nacional/Reservas

CAPACITACIÓN O ESCUELA DEL CUIDADOR (ADJUNTAR PRUEBAS)

Cuidador 1 Nombre y dirección de la escuela o del lugar de capacitación.	Fecha de inicio	Cuidador 2 Nombre y dirección de la escuela o del lugar de capacitación.	Fecha de inicio
---	-----------------	---	-----------------

NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO

Niño 1 Nombre (primer nombre, segundo nombre, apellido)	Apellido de soltera de la madre	Ciudad de nacimiento	¿El menor se encuentra en jardín de infantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día	Nivel de grado actual en caso de que el niño esté en la escuela Fecha de comienzo del año escolar Fecha de finalización del año escolar Horarios escolares: de _____ a _____ = _____ (horas)
--	---------------------------------	----------------------	--	---

Nombre y dirección del proveedor de cuidado de niños

Nombre y dirección de la escuela del niño (si el niño asiste a jardín de infantes o más)

Niño 2 Nombre (<i>nombre, segundo nombre, apellido</i>)	Apellido de soltera de la madre	Ciudad de nacimiento	¿El menor se encuentra en jardín de infantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si la respuesta es afirmativa, <input type="checkbox"/> a. m. <input type="checkbox"/> p. m. <input type="checkbox"/> Todo el día	Nivel de grado actual en caso de que el niño esté en la escuela Fecha de comienzo del año escolar Fecha de finalización del año escolar Horarios escolares: de _____ a _____ = _____ (horas)
Nombre y dirección del proveedor de cuidado de niños		Nombre y dirección de la escuela del niño (<i>si el niño asiste a jardín de infantes o más</i>)		
Paso 5: Entréguenos este formulario. Debemos recibirlo antes de la fecha límite mencionada más arriba.				
OFFICE USE ONLY- Do not use for medical assistance				
Date Received	Caseworker		Caseworker Contact Number	

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			
--	--	--	--

Ciudad u Oficina de Correos	Condado Anterior	Estado Anterior	
-----------------------------	------------------	-----------------	--

13. SÓLO CAMBIO DE NOMBRE - Nombre Legal Anterior	Firma Anterior	School 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)
	<div style="border: 1px dashed black; height: 60px; width: 100%;"></div>		

FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (rev. 2/7/23) 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
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.**