



# Healthy Start Healthy Families

(Comienzo Saludable y Familias Sanas)



## SOLICITUD COMBINADA DE PROGRAMAS

Cobertura de Salud Para Las Familias de Ohio  
Administrado por el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de  
Ohio  
(Ohio Department of Job & Family Services)



# OPCIONES PARA HEALTHY FAMILIES

Ohio ofrece a las familias una variedad de opciones para obtener los servicios del cuidado de la salud. A continuación vemos una breve descripción de cuatro programas financiados públicamente que están disponibles en todo Ohio. Las familias pueden aplicar a uno o a todos de los siguientes programas usando la solicitud adjunta.

## Healthy Start y Healthy Families

El Programa Healthy Start, Healthy Families, ofrece el servicio de cuidado de salud a familias, niños (hasta los 19 años) y mujeres embarazadas. El cubrimiento incluye: visitas médicas, cuidado de hospitales, servicios para mujeres embarazadas, recetas médicas, cuidado de la vista, servicio dental, abuso de drogas, servicios de salud mental y ¡mucho más! Estos son servicios importantes al cuidado de la salud que su familia necesita para permanecer saludable y fuerte. La mayoría de las familias reciben servicio gratuito. Algunas familias, dependiendo de los ingresos, deben pagar una pequeña suma al año. Healthy Start y Healthy Families son programas de Medicaid administrados por el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Para más información, por favor llame al 1-800-324-8680 o visite la página del Internet <http://jfs.ohio.gov/ohp/index.stm>. Las familias interesadas en recibir dinero en efectivo a través del programa Ohio Trabaja Primero, Cupones de Comida o Medicaid para los ancianos, ciegos o discapacitados, deben contactar el departamento de trabajo y servicios para las familias de su condado.

## Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés)

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC) le brinda alimentos nutritivos, información importante sobre la nutrición y educación sobre la lactancia. También ayuda a las familias que son elegibles a encontrar un doctor familiar o cualquier otro servicio que necesiten. Para ser elegible para el WIC usted debe estar embarazada o en período de lactancia o tener un recién nacido. También califican niños desde el nacimiento hasta los 5 años. Las familias deben cumplir con las condiciones médicas y las normas de riesgo nutricional del programa WIC. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su clínica local WIC para más información. El Programa WIC es administrado por el Departamento de Salud de Ohio (ODH).

***Ha sido comprobado que las familias que visitan con regularidad al médico para revisar su salud y reciben educación sobre la salud están menos propensas a tener niños que falten al colegio y padres que falten al trabajo.***

## Servicios de Salud para Niños y Familias

El Programa de Servicio de Niños y Familias (CFHS) en su área puede ayudarlo con uno o más de los siguientes servicios: cuidado de la salud de niños y adolescentes, cuidado prenatal y/o planificación familiar. Todas las clínicas ofrecen exámenes médicos, consejos sobre nutrición, servicios sociales, exámenes de laboratorio, educación sobre la salud y mucho más!. El costo de los servicios clínicos se basa en el tamaño de su familia y sus ingresos, sin embargo nunca se le rehúsan servicios a nadie aunque no puedan pagarlos. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su CFHS local. Este programa es administrado por ODH.

## Departamento de Niños con Discapacidades Médicas

Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (BCMh por sus siglas en inglés) es un programa para el cuidado de la salud que ofrece servicios para niños con necesidades especiales de salud. Para que un niño pueda recibir los servicios BCMh, debe residir en Ohio y ser menor de 21 años y estar bajo el cuidado de un doctor aprobado por BCMh. Las familias deben cumplir también con algunos criterios de ingresos para ser elegibles. BCMh trabaja muy cerca con las enfermeras de salud pública en departamentos locales de salud para incrementar los servicios a los niños discapacitados y sus familias. Para saber más sobre BCMh, las familias deben contactar a su departamento local de salud o llamar al 1-800-755-GROW (4769).

Las familias interesadas en recibir dinero en efectivo a través del programa Ohio Trabaja Primero, Cupones de Comida o Medicaid para los ancianos, ciegos o discapacitados, deben contactar el departamento de trabajo y servicios para las familias de su condado.



## SOLICITUD COMBINADA DE PROGRAMAS

### SE REQUIERE UNA ENTREVISTA PERSONAL SI ESTÁ SOLICITANDO ÚNICAMENTE COBERTURA MÉDICA

Se requiere una solicitud por separado para recibir dinero en efectivo o cupones de alimentos.

# INSTRUCCIONES

1. Llene la solicitud en las páginas 1, 2 y 3. Use las páginas 4 y 5 si necesita más espacio.
2. Toda persona que solicite cobertura médica a través de Healthy Start y Healthy Families debe proporcionar un número de seguro social O la prueba de que ha presentado una solicitud para obtener un número de seguro social. NO se requiere número de seguro social si usted desea solamente WIC, CFHS, y/o BCMH.
3. FIRME Y FECHE la solicitud en la página 3.
4. FIRME Y FECHE “Sus Derechos y Obligaciones” en la página 6.
5. Anexe copias de documentos importantes. (Vea la página 7 para una lista completa)
6. Envíe por correo su Solicitud, Derechos y Obligaciones y Documentos Importantes al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado.

¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para llenar este formulario?  
Llame al 1.800.324.8680  
TDD 1.800.292.3572

**Pase a la próxima página para comenzar la solicitud**

Las personas interesadas en obtener ayuda en dinero a través de Ohio Works First, o Cupones para Alimentos, o Medicaid para las personas mayores, ciegas o discapacitadas, deben ponerse en contacto con el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado.

**Sección A. ¿Para cuál de los siguientes programas desearía aplicar? (Indique cuál por favor.)**

- Cobertura de Salud (Healthy Start/Medicaid Agilizado o Healthy Families)     Servicios de Salud para Niños y Familias (CFHS)  
 Programa Nutricional para Mujeres, Bebés y Niños (WIC)     Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (BCMH)

Nombre de la Persona que llena la solicitud \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

Dirección \_\_\_\_\_ Apto. # \_\_\_\_\_

Ciudad \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_ Condado \_\_\_\_\_

Teléfono de la casa (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Teléfono del trabajo (\_\_\_\_) - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

**¿Está solicitando Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families?  Sí  No**

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
<b>USTED MISMO</b>	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino  <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés  <input type="checkbox"/> Otro <hr/> Favor enumerar	<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No
<b>SEXO</b>					
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					

¿Está embarazada esta persona?  Sí  No En caso **AFIRMATIVO**, cuántos bebés espera \_\_ Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

**Sección B. Enumere todas las personas que viven con usted.** Se requiere un número de seguro social para cada persona que desee cobertura médica.

Use la página 4 si necesita más espacio.

Miembro de Familia #1 \_\_\_\_\_ Inicial del Segundo Nombre \_\_\_\_\_ Apellido \_\_\_\_\_

**¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families?  Sí  No**

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
<b>USTED MISMO</b>	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino  <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés  <input type="checkbox"/> Otro <hr/> Favor enumerar	<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí  <input type="checkbox"/> No
<b>SEXO</b>					
<input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino					

¿Está embarazada esta persona?  Sí  No En caso **AFIRMATIVO**, cuántos bebés espera \_\_ Fecha de Nacimiento \_\_/\_\_/\_\_\_\_



## ¿TIENE MÁS INFORMACIÓN? AQUÍ HAY UN ESPACIO ADICIONAL...



**(Continúa de la Sección B)** Pueden usarse las páginas 4 y 5 si debe incluir a más miembros de su hogar en su solicitud. Por favor llene la siguiente sección para los miembros adicionales de su hogar, verificación de ingresos y/o información sobre seguro médico.

### Miembro de Familia #4

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo  
Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families?  Sí  No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
<b>USTED MISMO</b> <hr/> <b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro <hr/> Favor enumerar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____					

### Miembro de Familia #5

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del Segundo  
Nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

¿Es esta persona que solicita Cobertura Médica para usted a través de Healthy Start o Healthy Families?  Sí  No

Si la respuesta es **SÍ**, dé su número de Seguro Social \_\_\_\_ - \_\_\_\_ - \_\_\_\_ Fecha de Nacimiento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Si está solicitando Cobertura Médica, WIC, BCMH, y/o CFHS para usted, complete la información siguiente:

Relación con usted	ORIGEN ÉTNICO	RAZA	IDIOMA PRINCIPAL	¿Es usted ciudadano de los Estados Unidos?	¿Es usted discapacitado?
<b>USTED MISMO</b> <hr/> <b>SEXO</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino	<input type="checkbox"/> Hispano/Latino <input type="checkbox"/> No Hispano/Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano/Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawaii/De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	<input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro <hr/> Favor enumerar	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está embarazada esta persona? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No En caso <b>AFIRMATIVO</b> , cuántos bebés espera ____ Fecha de Nacimiento ____ / ____ / ____					

## CONTINUACIÓN DEL ESPACIO ADICIONAL...

Por favor llene la siguiente información si usted necesita más espacio para la verificación de ingresos y/o información sobre seguro médico.

### Sección Adicional para Verificación de Ingresos (continuación de la Sección C)

Nombre	Patrón o Fuente de Ingresos	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

### Sección Adicional para Otros Seguros Médicos (continuación de la Sección G)

Compañía de Seguros	Número de la Póliza	Cuota Mensual	Personas Cubiertas	Por favor, <b>MARQUE CON UN CÍRCULO</b> los servicios que cubre cada póliza.
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista
		\$		Hospitalización Recetas médicas Visitas al doctor Ambulancia Servicio Odontológico Cuidado de la Vista

Para recibir ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)



# Lea, Firme y Devuelva esta Página!

(con su solicitud)

JFS 07236 [anteriormente llamado ODHS 7236 (Revisado Agosto de 2000) ]

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ODJFS le asegura que a ninguna persona que desea participar en cualquier programa o personas que estén participando actualmente en un programa le será negado o pospuesto el servicio o será de alguna forma discriminada por su raza, color, religión, origen nacional, incapacidad, edad, por ser veterano o por su orientación sexual.

**USTED TIENE EL DERECHO DE UNA AUDIENCIA PÚBLICA** ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio (ODJFS) si usted no está satisfecho con las acciones o las decisiones tomadas. *Cuando el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado reciba su solicitud, usted obtendrá un formulario que le indicará el procedimiento a seguir para una audiencia pública.*

## USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

**REPORTAR INFORMACIÓN CORRECTA Y ACTUALIZADA.** Usted siempre es responsable de entregar información completa y correcta acerca de usted mismo y de los otros miembros de su hogar. Usted debe incluir todos los documentos y verificaciones que apoyen la información con su solicitud completa. Usted debe informar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, antes de 10 días, de cualquier cambio en sus circunstancias, tal como: •Cambio de dirección •Alguien se muda con usted o se va de su casa •Cualquier cambio de ingresos a un miembro del hogar •Si un miembro del hogar obtiene o pierde un empleo •Un niño deja la escuela o cumple 19 años •Fin de su embarazo y/o nacimiento de su o sus hijos. Usted debe informar también si alguien en su hogar, (incluyendo los hijos) queda discapacitado, no puede trabajar, o ha aplicado para beneficios de incapacidad (ejemplo, Incapacidad del Seguro Social, SSI, compensación de Trabajadores, beneficios de veteranos.) Usted debe informar estos hechos tan pronto como tenga conocimiento de ellos, ya que esto puede ayudar a la persona a permanecer elegible para los beneficios de Medicaid.

**PARA PROPORCIONAR PRUEBA DE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE/TARJETA DE RESIDENTE EXTRANJERO.** Si usted o algún miembro de su familia está solicitando Inicio Saludable (Healthy Start), Familias Saludables (Healthy Families [Medicaid]), debe de proporcionar al departamento del condado del trabajo & servicios familiares una constancia de ciudadanía estadounidense por cada persona que esta aplicando. Los integrantes familiares que no son ciudadanos americanos deben proporcionarle al departamento del condado del trabajo & servicios familiares una constancia con la tarjeta de residente extranjero o con el permiso de reingreso al país. Si usted está aplicando para Inicio Saludable (Healthy Start [Medicaid]) para un niño (a), y no para usted, no se le exige que muestre una prueba de que es ciudadano americano.

**PARA COOPERAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD Y CON EL APOYO MÉDICO DE UN TERCERO.** Usted debe estar de acuerdo en ayudar a establecer la paternidad (quien es el padre legal) por cada niño (a) que reciba ayuda del Medicaid, y usted debe incluir pagos de ayuda médica en la orden de manutención del niño (a).

**PARA ENTREGAR A MEDICAID OTROS PAGOS RECIBIDOS DE OTROS SEGUROS MÉDICOS.** Usted debe comunicarle al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado acerca de cualquier otro servicio médico que usted tenga o si alguien más es legalmente responsable de pagar sus cuentas médicas para usted o cualquier otro miembro de su familia. Medicaid no paga las cuentas médicas que una compañía privada de seguro médico esté supuesta a pagar. Cuando usted acepte asistencia de Medicaid, usted debe aceptar el derecho de entregarle al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio los pagos médicos que reciba de una compañía privada de seguro médico mientras usted tenga Medicaid. Si usted recibe dinero directamente de su compañía de seguro médico para cubrir las cuentas médicas que Medicaid ha pagado por usted o por cualquiera que usted sea legalmente responsable, el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio tiene el derecho de que usted le devuelva el dinero.

**PARA COOPERAR CON LAS REVISIONES DEL CONTROL DE CALIDAD.** Su nombre puede ser seleccionado de una lista de todos los casos elegibles en Ohio para ver si usted es realmente elegible para asistencia basándose en la información que usted le entrega al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Si su caso es seleccionado, usted debe cooperar contestando todas las preguntas con el fin de seguir recibiendo servicio médico.

**PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA MEDICAID.** Usted debe suministrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado su Número de Seguro Social (SSN) o debe aplicar para un SSN para cada persona que solicite servicio médico. Si usted está aplicando para Medicaid para un niño, no se requiere su propio SSN, pero debemos tener el número de seguro social del niño para que el niño pueda recibir Medicaid. Si usted está aplicando a Medicaid para usted mismo, usted debe suministrar su SSN. La agencia usará el SSN para verificar ingresos, elegibilidad, y la cantidad de pagos de asistencia médica que hayan sido hechos en su beneficio. Su SSN puede también ser comparado con los informes de otras agencias tales como la Administración de Seguro Social. Estas comparaciones pueden realizarse por medio de una computadora o viéndose cada caso en particular. Su número de seguro social es suministrado a compañías de seguros médicos para ver si existe posibilidad de pagar una parte o todas sus cuentas. Su número de seguro social será usado durante las revisiones de un programa para asegurarse que sea elegible para este programa.

## FIRMAS:

Recibí una copia y he leído todos mis derechos y responsabilidades o me los han leído, y los entiendo.

Solicitante	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a completar este formulario	Fecha
Si la persona firma con una "X", es necesario la firma de un testigo	Fecha

Para recibir ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

## No olvide incluir:

Para obtener servicios del cuidado de la salud, hay ciertas piezas de información que se deben suministrar.

### VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

#### ✓ Prueba de ingresos de trabajo o salario

- Copias de los recibos de pagos del último mes o del último periodo de cuatro semanas; O
- Una carta de su patrón estipulando la cantidad de ingreso bruto mensual, O
- Si es trabajador independiente, se requiere el formulario de impuestos, IRS1040 con el horario C o F.

#### ✓ Prueba de embarazo (si es el caso)

Una declaración escrita de un doctor o una enfermera. Esta debe incluir la fecha de nacimiento y el número esperado de bebés (Por ejemplo: gemelos o mellizos = 2 bebés).

#### ✓ Prueba de Ciudadanía Estadounidense o Documentos de Inmigración

Si usted o alguien en su familia está solicitando Inicio Saludable (Healthy Start), Familias Saludables (Healthy Families) o los niños aplicando para los programas médicos para discapacitados (Medical Handicap Programs), usted necesitará demostrar prueba de ciudadanía estadounidense o tarjeta de residente extranjero.

#### ✓ Otro Seguro de Salud

Si usted o sus hijos tienen cobertura médica a través de cualquier otro plan de salud, usted debe enviar una copia de su tarjeta de seguro u otra prueba de cobertura. (¡Por favor asegúrese de copiar los dos lados de su tarjeta!)

#### ✓ Firmar Aplicación

¡No olvide firmar y colocar la fecha de su solicitud!

#### ✓ Derechos y Responsabilidades

Revise, firme y coloque la fecha y devuelva su solicitud!

**ENVÍE POR CORREO LA SOLICITUD Y COPIAS DE INFORMACIÓN IMPORTANTE A SU DEPARTAMENTO DE TRABAJO Y SERVICIOS PARA LAS FAMILIAS LOCAL DEL CONDADO**

SI DESEA COBERTURA MÉDICA A TRAVÉS DE HEALTHY START Y HEALTHY FAMILIES PARA USTED O PARA SUS HIJOS, PODRÍA PEDIRSELE EL NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA DE SUS HIJOS PARA AYUDAR A OBTENER APOYO MÉDICO. SI SE LE PIDE EL NOMBRE DEL PADRE O LA MADRE QUE NO TIENE LA CUSTODIA Y USTED NO COLABORA, PODRÍA PERDER LA COBERTURA MÉDICA PARA USTED, PERO SUS HIJOS AÚN ESTARÁN CUBIERTOS BAJO HEALTHY START Y HEALTHY FAMILIES SI

### SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES

ODJFS le asegura que a ninguna persona que desea participar en cualquier programa o personas que estén participando actualmente en un programa le será negado o pospuesto el servicio o será de alguna forma discriminada por su raza, color, religión, origen nacional, incapacidad, edad, por ser veterano o por su orientación sexual.

**USTED TIENE EL DERECHO DE UNA AUDIENCIA PÚBLICA** ante el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio (ODJFS) si usted no está satisfecho con las acciones o las decisiones tomadas. *Cuando el departamento de trabajo y servicios para las familias del condado reciba su solicitud, usted obtendrá un formulario que le indicará el procedimiento a seguir para una audiencia pública.*

#### USTED TIENE UNA RESPONSABILIDAD:

**REPORTAR INFORMACIÓN CORRECTA Y ACTUALIZADA.** Usted siempre es responsable de entregar información completa y correcta acerca de usted mismo y de los otros miembros de su hogar. Usted debe incluir todos los documentos y verificaciones que apoyen la información con su solicitud completa. Usted debe informar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado, antes de 10 días, de cualquier cambio en sus circunstancias, tal como: •Cambio de dirección •Alguien se muda con usted o se va de su casa •Cualquier cambio de ingresos a un miembro del hogar •Si un miembro del hogar obtiene o pierde un empleo •Un niño deja la escuela o cumple 19 años •Fin de su embarazo y/o nacimiento de su o sus hijos. Usted debe informar también si alguien en su hogar, (incluyendo los hijos) queda discapacitado, no puede trabajar, o ha aplicado para beneficios de incapacidad (ejemplo, Incapacidad del Seguro Social, SSI, compensación de Trabajadores, beneficios de veteranos.) Usted debe informar estos hechos tan pronto como tenga conocimiento de ellos, ya que esto puede ayudar a la persona a permanecer elegible para los beneficios de Medicaid.

**PARA PROPORCIONAR PRUEBA DE CIUDADANÍA ESTADOUNIDENSE/TARJETA DE RESIDENTE EXTRANJERO.** Si usted o algún miembro de su familia está solicitando Inicio Saludable (Healthy Start), Familias Saludables (Healthy Families [Medicaid]), debe de proporcionar al departamento del condado del trabajo & servicios familiares una constancia de ciudadanía estadounidense por cada persona que esta aplicando. Los integrantes familiares que no son ciudadanos americanos deben proporcionarle al departamento del condado del trabajo & servicios familiares una constancia con la tarjeta de residente extranjero o con el permiso de reingreso al país. Si usted está aplicando para Inicio Saludable (Healthy Start [Medicaid]) para un niño (a), y no para usted, no se le exige que muestre una prueba de que es ciudadano americano.

**PARA COOPERAR CON EL ESTABLECIMIENTO DE LA PATERNIDAD Y CON EL APOYO MÉDICO DE UN TERCERO.** Usted debe estar de acuerdo en ayudar a establecer la paternidad (quien es el padre legal) por cada niño (a) que reciba ayuda del Medicaid, y usted debe incluir pagos de ayuda médica en la orden de manutención del niño (a).

**PARA ENTREGAR A MEDICAID OTROS PAGOS RECIBIDOS DE OTROS SEGUROS MÉDICOS.** Usted debe comunicarle al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado acerca de cualquier otro servicio médico que usted tenga o si alguien más es legalmente responsable de pagar sus cuentas médicas para usted o cualquier otro miembro de su familia. Medicaid no paga las cuentas médicas que una compañía privada de seguro médico esté supuesta a pagar. Cuando usted acepte asistencia de Medicaid, usted debe aceptar el derecho de entregarle al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio los pagos médicos que reciba de una compañía privada de seguro médico mientras usted tenga Medicaid. Si usted recibe dinero directamente de su compañía de seguro médico para cubrir las cuentas médicas que Medicaid ha pagado por usted o por cualquiera que usted sea legalmente responsable, el Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio tiene el derecho de que usted le devuelva el dinero.

**PARA COOPERAR CON LAS REVISIONES DEL CONTROL DE CALIDAD.** Su nombre puede ser seleccionado de una lista de todos los casos elegibles en Ohio para ver si usted es realmente elegible para asistencia basándose en la información que usted le entrega al Departamento de Trabajo y Servicios para las Familias de Ohio. Si su caso es seleccionado, usted debe cooperar contestando todas las preguntas con el fin de seguir recibiendo servicio médico.

**PUBLICACIÓN DE INFORMACIÓN SOBRE EL NÚMERO DE SEGURO SOCIAL PARA MEDICAID.** Usted debe suministrar al departamento de trabajo y servicios para las familias del condado su Número de Seguro Social (SSN) o debe aplicar para un SSN para cada persona que solicite servicio médico. Si usted está aplicando para Medicaid para un niño, no se requiere su propio SSN, pero debemos tener el número de seguro social del niño para que el niño pueda recibir Medicaid. Si usted está aplicando a Medicaid para usted mismo, usted debe suministrar su SSN. La agencia usará el SSN para verificar ingresos, elegibilidad, y la cantidad de pagos de asistencia médica que hayan sido hechos en su beneficio. Su SSN puede también ser comparado con los informes de otras agencias tales como la Administración de Seguro Social. Estas comparaciones pueden realizarse por medio de una computadora o viéndose cada caso en particular. Su número de seguro social es suministrado a compañías de seguros médicos para ver si existe posibilidad de pagar una parte o todas sus cuentas. Su número de seguro social será usado durante las revisiones de un programa para asegurarse que sea elegible para este programa.

#### FIRMAS:

Recibí una copia y he leído todos mis derechos y responsabilidades o me los han leído, y los entiendo.

Solicitante	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a completar este formulario	Fecha
Si la persona firma con una "X", es necesario la firma de un testigo	Fecha

Para recibir ayuda para completar este formulario o para información sobre la dirección de CDJFS, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de sordera.)

Para preguntas en general, por favor llame al:

**1-800-324-8680**

**TDD 1-800-292-3572**

**O**

**a su departamento de trabajo y servicios  
para las familias local del condado**



# Formulario de Registro de Votante

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.sos.state.oh.us](http://www.sos.state.oh.us) o llamar al 1-877-767-6446.

## 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 las 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 antes del Día de las Elecciones, por favor póngase en contacto con la junta electoral de su condado.

Las líneas 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 que muestre su nombre y domicilio actual:

Tarjeta válida de identificación con fotografía, identificación militar o un recibo o factura actual (no más de un año de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, nómina, cheque del gobierno o documento del gobierno (excepto notificaciones de la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual.

## Su firma

Su firma es necesaria para que poder procesar su registro. Por favor firme o ponga su marca en la casilla junto a la flecha junto a la línea 14, teniendo cuidado de no tocar las líneas o texto que la rodean para que así pueda usarse para identificarlo. Si su firma es una marca, incluya el nombre y dirección de la persona que fue testigo de su marca debajo de la línea para firmar. Si es incapaz de firmar por motivo de discapacidad, puede seguir los procedimientos específicos que aparecen en las leyes de Ohio (R.C. 3501.382) para nombrar un apoderado que puede firmar este formulario en su nombre, según sus indicaciones y en su presencia.

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

DOBLAR AQUÍ

1. ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?  Sí  No

2. ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?  Sí  No

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

3. Apellido		Nombre		Segundo Nombre o Inicial		Jr., II, etc.	
4. Número de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado)				Apt. o No. de Parcela		5. Ciudad u Oficina de Correos	
7. Dirección Postal o Rural Adicional (si es necesario)				8. Condado donde vive			
9. Fecha de Nacimiento (MES-DIA-ANO) (obligatorio)		10. No. de la licencia de conducir de Ohio o últimos 4 dígitos del No. del Seguro Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación)			11. No. Tfno. (voluntario)		
12. DOMICILIO ANTERIOR SI ESTA ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior							
Ciudad u Oficina de Correos			Condado			Estado	
13. SOLO CAMBIO DE NOMBRE Nombre Legal Anterior				Firma Anterior			

FOR BOARD  
USE ONLY  
SEC4010 (Rev. 07/08)  
City, Village, Twp.

Ward

Precinct

School Dist.

Cong. Dist.

Senate Dist.

House Dist.

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.

14. **Su firma** →

Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
MES DÍA AÑO



Postage  
Required  
Post Office will  
not deliver  
without proper  
postage.

**SECRETARY OF STATE  
PO BOX 2828  
COLUMBUS OH 43216-2828**



### **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.sos.state.oh.us](http://www.sos.state.oh.us) o llamando al 1-877-767-6446.

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

R.C. 3503.19

Los votantes deben traer identificación a las urnas para poder verificar su identidad. La identificación puede incluir una identificación con fotografía válida y actual, una identificación militar o una copia de un recibo o factura actual de servicios básicos, estados de cuentas bancarias, cheque del gobierno u otro documento del gobierno, excepto una notificación de unas elecciones o una notificación de registro de votante enviada por una junta electoral, que muestre el nombre y domicilio actual del votante. Los votantes que no faciliten uno de estos documentos aún podrán votar facilitando los cuatro últimos dígitos del número del Seguro Social del votante y depositando un voto provisional. Los votantes que no tengan ninguna de las formas de identificación indicadas previamente, incluyendo un número del Seguro Social, aún podrán votar firmando una declaración jurada sobre la identidad del votante, so pena de fraude electoral, y depositando un voto. 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.sos.state.oh.us](http://www.sos.state.oh.us) o llame al 1-877-767-6446.

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