

Ohio Department of Job and Family Services  
 Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio  
**SOLICITUD DE BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS**

Si usted está trabajando, en capacitación o en la escuela, el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio podría pagar parte de los costos para el cuidado de niños. Su elegibilidad se basa en su ingreso bruto mensual y el tamaño de su familia. Usted tendrá que pagar parte del costo del cuidado de niños.

**Por favor, llene esta solicitud e incluya pruebas de TODAS las fuentes de ingresos de TODOS los miembros de su familia. Esto incluye los ingresos de trabajo, propinas, bonos, beneficios de jubilación, beneficios por incapacidad, beneficios por desempleo, dividendos, manutención de niños, pensión alimenticia, manutención médica, beneficios OWF y los ingresos procedentes de trabajo por cuenta propia y un horario de la escuela y las transcripciones de alguna actividad educativa. También debe demostrar que usted necesita cuidado de niños para el día y la hora de su trabajo, capacitación o actividad educativa. Usted debe firmar y poner la fecha en esta solicitud.**

Su elegibilidad de beneficios para el cuidado de niños será determinada después de que este formulario se haya llenado y presentado al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS, por sus siglas en inglés) en el cual usted viva. Si su solicitud es aprobada y usted es elegible para los beneficios para el cuidado de niños, el CDJFS puede pagar los servicios del cuidado de niños desde la fecha en que el CDJFS recibió su solicitud. Si su solicitud es denegada, usted será responsable de los pagos a cualquier proveedor de cuidado de niños cuyos servicios se hayan utilizado desde que envió su solicitud.

Usted podrá usar el cuidado de niños solamente para los niños que son elegibles y sólo hasta el máximo de horas autorizadas por el CDJFS por empleo / capacitación / educación con los subsidios para el tiempo de viaje y otras circunstancias aprobadas por el CDJFS.

Para permanecer elegible para el cuidado de niños, usted debe pagar el copago requerido al proveedor. El no pagar el copago puede resultar en la terminación de sus beneficios para el cuidado de niños.

Usted debe informar al CDJFS cualquier cambio que afecte su elegibilidad para el cuidado de niños, incluyendo cualquier cambio en el ingreso familiar, cualquier cambio en las horas de trabajo / capacitación / educación, cualquier cambio en el tamaño de la familia, y cualquier cambio de dirección.

**Los cambios deben reportarse dentro de los 10 días posteriores a la fecha en que haya ocurrido el cambio.**

**Sección I INFORMACIÓN DEL SOLICITANTE (Por favor escriba en letra de molde)**

<input type="checkbox"/> Inicial <input type="checkbox"/> Re-determinación		Fecha de Hoy:			
Persona que presenta la solicitud: <input type="checkbox"/> Cuidador <input type="checkbox"/> Proveedor <input type="checkbox"/> Otro (especifique): _____					
Nombre del solicitante ( <i>apellido, primer nombre, segundo nombre</i> )			Apellido(s) de soltera o de matrimonio previo		
Estado civil: <input type="checkbox"/> Casado <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> No Casado <input type="checkbox"/> Abandonado <input type="checkbox"/> Separado <input type="checkbox"/> Separado Legalmente <input type="checkbox"/> Viudo					
Número de Seguro Social * ( <i>opcional</i> )		Sexo <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino		Fecha de nacimiento ( <i>mes, día, año</i> )	
Dirección de la casa (se requiere calle y número)		Ciudad	Estado	Código postal	Condado
Dirección postal ( <i>si es diferente a la anterior</i> )		Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo electrónico		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo
Nombre de contacto de emergencia		Teléfono de la casa	Teléfono celular		Teléfono del trabajo
Dirección de contacto de emergencia (se requiere calle y número)		Ciudad		Estado	Código postal
Nombre del contacto principal o preferido ( <i>opcional</i> )					
Dirección del contacto principal o preferido ( <i>opcional</i> )		Ciudad	Estado	Código postal	Teléfono

*\* El número de seguro social es opcional para el solicitante. Si se provee, se utilizará para la administración del programa de cuidado de niños del Estado de Ohio financiado con fondos públicos.*



	Solicitante/ Cuidador Primario	Cuidador Secundario	Padre/Madre Menor de Edad 1	Padre/Madre Menor de Edad 2
¿Está usted actualmente empleado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Trabaja actualmente por cuenta propia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente asistiendo a la escuela?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Está actualmente asistiendo a clases de capacitación vocacional o a otra capacitación de habilidades profesionales de trabajo?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene actualmente un Plan de Autosuficiencia de Ohio Trabajo Primero u Ohio Works First (OWF, por sus siglas en inglés)?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si usted es menor de edad, ¿está actualmente en LEAP?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Alguna vez ha sido declarado culpable de fraude por el cuidado de niños?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Es usted ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
<b>Raza (marque "Sí" o "No" en cada grupo)</b>				
Afroamericana/Negra	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nativo de Alaska / Indio Americana	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Asiática	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Blanca	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Tiene título universitario?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Título de 2 Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Título de 4 Años	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Nombre de la escuela				
Título obtenido				
Fecha de graduación				
¿Tiene algunas horas de créditos universitarios?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Si es así, ¿cuántas horas de crédito tiene por Semestre y por Trimestre?		Sem		Sem
		Tri.		Tri.
¿Está usted actualmente recibiendo una educación post-secundaria?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Se requiere su escolarización, capacitación vocacional u ocupacional actuales para conservar su empleo, certificación o licencia?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

<b>Sección II REQUISITOS DEL SOLICITANTE PARA OBTENER SERVICIOS</b>			
<b>Empleo del Solicitante*</b>			
Nombre y dirección del empleador (escriba "Uno mismo" si trabaja por cuenta propia)		Fecha de inicio	Sueldo
			Con qué frecuencia le pagan
Nombre del cargo o Descripción		Nombre del supervisor	
		Número de teléfono	
<p>*Usted debe adjuntar pruebas de sus ingresos de trabajo, tales como talones de cheques de los últimos 30 días. Si usted está comenzando un nuevo empleo, adjunte una declaración de su empleador en membrete de la empresa o en un formulario que se obtiene del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado. La declaración del empleador debe mostrar la fecha de inicio, el sueldo, con qué frecuencia le pagan y el horario de trabajo. Si usted ha trabajado por cuenta propia durante el último año, incluya la declaración de impuestos del año anterior. Si usted ha trabajado por cuenta propia menos de un año, incluya una lista detallada de los ingresos y gastos que estén directamente relacionados con la producción de bienes o servicios.</p> <p><b>Si no proporciona la documentación necesaria, se denegará esta solicitud de beneficios para el cuidado de niños.</b></p>			
<b>Días de trabajo</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Trabajo</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<b>Escuela o Capacitación del Solicitante</b>			
Nombre y dirección de la escuela o lugar de capacitación			Fecha de inicio
Persona de contacto			Número de teléfono
<b>Días de Escuela/Capacitación</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Escuela y/o Capacitación</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
Fecha estimada de graduación o finalización de la capacitación			

<b>Empleo del Cuidador Secundario*</b>			
Nombre y dirección del empleador (escriba "Uno mismo" si trabaja por cuenta propia)		Fecha de inicio	Sueldo
			Con qué frecuencia le pagan
Nombre del cargo o Descripción		Nombre del supervisor	
		Número de teléfono	
<p>*Usted debe adjuntar pruebas de sus ingresos de trabajo, tales como talones de cheques de los últimos 30 días. Si usted está comenzando un nuevo empleo, adjunte una declaración de su empleador en membrete de la empresa o en un formulario que se obtiene del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado. La declaración del empleador debe mostrar la fecha de inicio, el sueldo, con qué frecuencia le pagan y el horario de trabajo. Si usted ha trabajado por cuenta propia durante el último año, incluya la declaración de impuestos del año anterior. Si usted ha trabajado por cuenta propia menos de un año, incluya una lista detallada de los ingresos y gastos que estén directamente relacionados con la producción de bienes o servicios.</p> <p><b>Si no proporciona la documentación necesaria, se denegará esta solicitud de beneficios para el cuidado de niños.</b></p>			
<b>Días de trabajo</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Trabajo</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<b>Escuela o Capacitación del Cuidador Secundario</b>			
Nombre y dirección de la escuela o lugar de capacitación			Fecha de inicio
Persona de contacto			Número de teléfono
<b>Días de Escuela/Capacitación</b> <i>(Marque todos los que apliquen)</i>	<b>Horas de Escuela y/o Capacitación</b>		<b>Si las horas varían, escriba un promedio de horas por día</b>
<input type="checkbox"/> Domingo	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Lunes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Martes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Miércoles	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Jueves	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Viernes	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
<input type="checkbox"/> Sábado	Comienza ____ Termina ____ Comienza ____ Termina ____		
Fecha estimada de graduación o finalización de la capacitación			

**Sección IV NIÑOS QUE NECESITAN CUIDADO DE NIÑOS** (Llene una página por CADA niño que necesita cuidado)

1. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "Sí" o "No" por CADA grupo)
Año escolar actual del niño:	Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>
Fecha de inicio del año escolar: _____ y fecha en que termina: _____	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca
Si está en kindergarten, escriba la fecha de inicio: Horas de escuela: de _____ a _____ = _____ (hrs.)	
Nombre de la escuela:	

¿Tiene el niño alguna necesidad especial?  Sí  No Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Domingo De _____ a _____ De _____ a _____	
Lunes De _____ a _____ De _____ a _____	
Martes De _____ a _____ De _____ a _____	
Miércoles De _____ a _____ De _____ a _____	
Jueves De _____ a _____ De _____ a _____	
Viernes De _____ a _____ De _____ a _____	
Sábado De _____ a _____ De _____ a _____	

2. Nombre del niño	<b>Raza</b> (marque "Sí" o "No" por CADA grupo)														
Año escolar actual del niño:  Fecha de inicio del año escolar:        y fecha en que termina:  Si está en kindergarten, escriba la fecha de inicio:  Horas de escuela: de ____ a ____ = ____ (hrs.)  Nombre de la escuela:	<table border="0"> <tr> <td>Sí</td> <td>No</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sí	No														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>														

¿Tiene el niño alguna necesidad especial?  Sí  No Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
--	--

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Domingo De ____ a ____ De ____ a ____	
Lunes De ____ a ____ De ____ a ____	
Martes De ____ a ____ De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____ De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____ De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____ De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____ De ____ a ____	

3. Nombre del niño	<b>Raza</b> <i>(marque "Sí" o "No" por CADA grupo)</i>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; border: none;">Sí</td> <td style="width: 50%; border: none;">No</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Asiática</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> Blanca</td> </tr> </table>	Sí	No	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Asiática	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca
Sí		No											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana											
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> Asiática											
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico												
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Blanca												
Año escolar actual del niño:													
Fecha de inicio del año escolar:        y fecha en que termina:													
Si está en kindergarten, escriba la fecha de inicio:													
Horas de escuela: de ____ a ____ = ____ (hrs.)													
Nombre de la escuela:													

¿Tiene el niño alguna necesidad especial?  Sí  No Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
--	--

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Domingo De ____ a ____ De ____ a ____	
Lunes De ____ a ____ De ____ a ____	
Martes De ____ a ____ De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____ De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____ De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____ De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____ De ____ a ____	



4. Nombre del niño	<b>Raza</b> <i>(marque "Sí" o "No" por CADA grupo)</i>  <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Blanca         </td> </tr> </table>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca
<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>No</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	
Año escolar actual del niño:			
Fecha de inicio del año escolar:        y fecha en que termina:			
Si está en kindergarten, escriba la fecha de inicio:			
Horas de escuela: de ____ a ____ = ____ (hrs.)			

¿Tiene el niño alguna necesidad especial?  Sí  No Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
--	--

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Domingo De ____ a ____  De ____ a ____	
Lunes De ____ a ____  De ____ a ____	
Martes De ____ a ____  De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____  De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____  De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____  De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____  De ____ a ____	

5. Nombre del niño	<b>Raza</b> <i>(marque "Sí" o "No" por CADA grupo)</i> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>Sí</b>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> <b>No</b>  <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra  <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana  <input type="checkbox"/> Asiática  <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico  <input type="checkbox"/> Blanca </td> </tr> </table>	<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>No</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca
<b>Sí</b> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		<b>No</b> <input type="checkbox"/> Afroamericana/Negra <input type="checkbox"/> Nativo de Alaska / Indio Americana <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / Islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanca	
Año escolar actual del niño:			
Fecha de inicio del año escolar:        y fecha en que termina:			
Si está en Kindergarten, escriba la fecha de inicio:			
Horas de escuela: de ____ a ____ = ____ (hrs.)			
Nombre de la escuela:			

¿Tiene el niño alguna necesidad especial?  Sí  No Si es así, descríbala:

¿Necesita el niño cuidado de protección para niños? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es así, ¿hay algún plan actual del caso para el cuidador con quien reside el niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  ¿Está el niño inscrito en un programa Head Start financiado por el gobierno federal? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es este niño ciudadano de Estados Unidos o un extranjero calificado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No  Usted debe proporcionar verificación para recibir cuidado de niños.
--	--

Indique a continuación su elección de proveedor(es) para cada día y hora de cuidado solicitado. Si está utilizando un solo proveedor para todas las veces solicitadas, usted puede indicar el nombre del proveedor una vez. Usted debe mostrar claramente qué proveedor está solicitando para cada día y hora.

Días y Horas de Cuidado	Nombre y dirección del proveedor del niño nombrado arriba
Domingo De ____ a ____  De ____ a ____	
Lunes De ____ a ____  De ____ a ____	
Martes De ____ a ____  De ____ a ____	
Miércoles De ____ a ____  De ____ a ____	
Jueves De ____ a ____  De ____ a ____	
Viernes De ____ a ____  De ____ a ____	
Sábado De ____ a ____  De ____ a ____	

Nota: Si usted tiene más de 5 hijos, llene una de estas páginas por cada niño adicional.

## SUS DERECHOS Y RESPONSABILIDADES SOBRE LOS BENEFICIOS PARA EL CUIDADO DE NIÑOS POR FAVOR LEA LO SIGUIENTE Y FIRME ABAJO

Entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, ascendencia, sexo, edad, incapacidad, religión u origen nacional. Yo declaro que a mi mejor saber y entender las respuestas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley establece pena de multa o encarcelamiento, o ambos, para toda persona declarada culpable de aceptar ayuda para la cual él o ella no era elegible. Declaro bajo pena de perjurio que toda la información es verdadera y completa a mi mejor saber y entender.

Mi firma abajo da mi consentimiento a la agencia para que haga todos los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad para asistencia y verificar la información que he dado en esta solicitud. Entiendo que mi firma abajo da permiso al CDJFS para que acceda a la información disponible en el Sistema de Seguimiento de Cumplimiento de Apoyo o Support Enforcement Tracking System (SETS, por sus siglas en inglés) para verificar mis ingresos de manutención de niños, pensión alimenticia y manutención médica.

Mi firma abajo da mi consentimiento y autoriza al CDJFS para que acceda a CRIS-E con el propósito único y específico de verificar el estatus de ciudadanía de los niños de este caso. Esta autorización es voluntaria y la inscripción, la elegibilidad y el pago de beneficios para el cuidado de niños no está condicionada a la firma de esta autorización. En lugar de ello, usted puede proporcionar pruebas por separado del estatus de ciudadanía de los niños. Usted puede revocar esta autorización en cualquier momento notificando por escrito al CDJFS.

He recibido una explicación sobre los requisitos para determinar la elegibilidad, las razones por las que podría no ser elegible, mi derecho a una vista estatal, mi responsabilidad de reportar cambios al CDJFS y la penalización, incluyendo posibles acciones civiles o penales, por la retención intencional o falsificación de información o mal uso de los beneficios para el cuidado de niños incluyendo el uso fraudulento de la tarjeta magnética que me expidieron para reportar la asistencia para niños a un proveedor de cuidado de niños.

El fraude del cuidado de niños es la retención intencional o la falsificación de información o mal uso de los servicios del cuidado de niños. El incumplimiento de este requisito de reportar puede considerarse fraude y puede resultar en lo siguiente: 1) el reembolso de los beneficios para el cuidado de niños que recibió pero para los cuales no era elegible, 2) la interrupción o denegación de los beneficios para el cuidado de niños, o 3) la pena de multa y/o prisión si es declarado culpable de fraudulentamente recibir beneficios para el cuidado de niños para los que no era elegible.

Para presentar una queja de discriminación, escriba o llame al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio a: ODJFS, Bureau of Civil Rights, 30 E. Broad St., 37th Floor, Columbus, OH 43215-3414; (614) 644-2703 (voz) / 1-866-227-6353 (voz – llamada sin costo); (614) 995-9961 (TTY) / 1-866-221-6700 (TTY llamada sin costo); (614) 752-6381 (fax). También puede escribir o llamar al: U.S. Department of Health and Human Services, Office for Civil Rights, 233 N. Michigan Ave., Suite 240, Chicago, IL 60601; (312) 886-2359 (voz); (312) 353-5693 (TDD); (312) 886-1807 (fax).

Firma del solicitante	Fecha
Firma de la persona que le ayudó a llenar esta solicitud	Fecha

### EXPLICACIÓN DE LOS PROCEDIMIENTOS DE UNA VISTA ESTATAL

#### ¿Qué es una vista estatal?

Si usted piensa que ha habido un error o demora en su caso para el cuidado de niños, puede solicitar una vista ya sea por el departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado local (CDJFS, por sus siglas en inglés) o el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio (ODJFS, por sus siglas en inglés).

Una vista estatal es una reunión con usted, alguien del CDJFS y un oficial de vistas del ODJFS. La persona del CDJFS explicará las acciones que ha tomado o quiere tomar en su caso. Entonces usted tendrá la oportunidad de decirle por qué usted piensa que eso está mal. El oficial de vistas le escuchará a usted y al CDJFS y puede hacer preguntas para ayudar a poner de manifiesto todos los hechos. El oficial de vistas revisará los hechos presentados y recomendará una decisión basada en si las normas del cuidado de niños fueron o no aplicadas correctamente en su caso.

#### Cómo solicitar una vista

Para solicitar una vista, llame o escriba a su CDJFS o escriba al ODJFS, Bureau of State Hearings, PO Box 182825, Columbus, Ohio 43218-2825. Si recibe un aviso denegando, reduciendo o cancelando el cuidado de niños, llene este formulario y envíelo por correo al Bureau of State Hearings.

Usted también puede enviar por fax su solicitud de vista al (614) 728-9574. El ODJFS debe recibir su solicitud de vista dentro de los 90 días posteriores a la fecha de envío del aviso de la acción. Si otra persona hace una solicitud por escrito en su nombre, debe incluir una declaración escrita, firmada por usted, diciéndonos que esa persona es su representante. Sólo usted puede hacer una solicitud de vista por teléfono.

#### Cómo solicitar una vista por teléfono

Si usted no puede venir a la vista en la ubicación programada porque no tiene transporte o cuidado de niños o si tiene limitaciones médicas, etc., puede llamar al 1-866-635-3748 y participar por teléfono. Si usted participa por teléfono el oficial de vistas le llamará el día y a la hora programada de la vista al número de teléfono que usted proporcione.

#### Cómo continuar con los beneficios para el cuidado de niños

Si recibe un aviso de que el cuidado de niños se reducirá, cancelará o restringirá, no se tomará acción hasta que se decida la vista, si recibimos su solicitud de vista dentro de los 15 días siguientes a la fecha del envío del aviso.

Si los beneficios para el cuidado de niños han sido modificados sin aviso por escrito o si el cambio se realizó a pesar de que solicitó una vista a tiempo, puede llamar al Oficiado de Vistas Estatales para preguntar si usted debe seguir recibiendo sus beneficios. Llame al 1-866-635-3748 y seleccione la opción número 1 en el menú de voz automatizado. Si continua su asistencia y se pierde la vista, quizás tenga que reembolsar los beneficios que usted no tenía derecho a recibir.

### **Conferencia del condado**

Una reunión informal con una persona del CDJFS podrá resolver el problema sin la necesidad de una vista estatal. A menudo esta es la manera más rápida de resolver un problema. En esta reunión, alguien revisará su caso con usted. Si se cometió un error, se puede corregir sin necesidad de una vista estatal. Puede programar una conferencia con el condado solicitándola a su trabajador social. Si usted no está satisfecho con los resultados, de todas maneras podrá tener una vista estatal. Usted no tiene que tener una conferencia con el condado para tener una vista estatal y pedir una conferencia con el condado no retrasará su vista estatal.

### **¿Cuándo será la vista?**

El Oficiado de Vistas Estatales le enviará un aviso dándole la fecha, hora y lugar de la vista. Este aviso se le enviará a usted por lo menos 10 días antes de la vista. La notificación también le dirá qué hacer si usted no puede venir a la vista en la fecha programada. Por lo general las vistas son en el CDJFS. Si usted no puede ir allá, la vista podría ser en otro lugar conveniente para usted y para las demás personas involucradas. Si desea que la vista sea en algún lugar distinto al CDJFS, asegúrese de indicarlo en su solicitud de vista.

### **Aplazamiento de la vista**

Si no puede venir a la vista en la fecha programada o si necesita más tiempo para prepararse, usted puede pedir un aplazamiento. Debe tener una buena razón para aplazar la vista.

### **Si usted no asiste a la vista**

El Oficiado de Vistas Estatales le enviará un aviso de anulación si no viene a la vista. Si desea continuar con su solicitud de vista, usted debe comunicarse con la Vista Estatal en no más de 10 días y explicar por qué no vino a la vista. La autoridad de vistas decidirá si usted tuvo una buena razón. Si usted no llama en un plazo de 10 días y no demuestra una buena causa, la vista se anulará y perderá la vista. El CDJFS puede entonces tomar las acciones que tenía previsto tomar. Si usted no está de acuerdo con la anulación, el aviso de anulación le indicará cómo solicitar una apelación administrativa.

### **Antes de la vista**

Es posible que alguien (abogado, persona de los derechos de asistencia social, amigo o pariente) vaya a la vista para presentar su caso por usted. Si usted no va a estar en la vista, la persona que vaya por usted debe traer una declaración firmada por usted diciendo que él o ella es su representante. Si quiere ayuda legal en la vista, usted deberá hacer los arreglos antes de la vista. Comuníquese con su programa de Ayuda Legal para ver si usted califica para obtener ayuda gratis. Si no sabe cómo comunicarse con la Ayuda Legal, llame al 1-800-589-5888 (llamada sin costo). Si desea que el aviso de la vista se envíe a su abogado, usted debe dar el nombre y dirección del abogado a la autoridad de vistas. Usted y su representante tienen derecho a revisar su expediente y las normas escritas que se están aplicando a su caso. Usted puede obtener una copia gratuita de los documentos de registro que están relacionados con su solicitud de vista. La persona que actúe en su nombre deberá proporcionar una declaración firmada por usted antes de ver su expediente u obtener copias de los documentos de registro del caso. El CDJFS no tiene que mostrar los registros confidenciales, como nombres de las personas que han dado información en su contra, los registros de los procedimientos penales y ciertos expedientes médicos. Los registros confidenciales que usted no pudo ver o cuestionar no pueden presentarse en la vista ni ser usados por el oficial de vistas para tomar una decisión.

### **Citatorio**

Usted puede pedir a la autoridad de vistas que haga un requerimiento de los documentos o cite a los testigos que de otra manera no estarían disponibles y que son esenciales para su caso. Usted tiene que solicitar el requerimiento o citatorio por lo menos cinco días calendarios antes de la fecha de la vista y proporcionar el nombre y dirección de la persona o el documento que desea sea requerido o citado.

### **En las vistas**

Usted puede traer testigos, amigos, familiares o a su abogado para ayudarlo a presentar su caso. En cualquier momento el oficial de vistas puede limitar el número de testigos que pueden ser admitidos en la vista si no hay suficiente espacio. Usted y su representante tendrán el derecho de ver las pruebas utilizadas en la vista, presentar su versión de los hechos sin interferencias indebidas, hacer preguntas y presentar documentos u otras pruebas para apoyar su caso. La vista será grabada por el oficial de vistas para que se registren los hechos correctamente. El oficial de vistas escuchará a ambas partes, pero no tomará una decisión en la vista. En lugar de ello, usted recibirá una decisión por escrito a través del correo, expedida por la autoridad de vistas. Después de que sea emitida la decisión de la vista usted podrá obtener una copia gratuita de la grabación comunicándose con el Oficiado de Vistas Estatales.

### **Vista en grupo**

La oficina de vistas podría combinar varias solicitudes de vista individuales en una sola vista en grupo, pero sólo si no hay desacuerdo sobre los hechos de cada caso y sobre todas las cuestiones relacionadas con la participación de la ley estatal o federal o de la política del condado. El aviso para programar su vista le dirá si usted está programado para una vista en grupo. A usted y a su representante se les permitirá presentar su propio caso individualmente y tendrán los mismos derechos en una vista en grupo como los que tendría en una vista individual.

### **Después de la vista**

Usted debe recibir una decisión de la vista dentro de los 90 días posteriores a su solicitud de vista. Si usted no está de acuerdo con la decisión de la vista, su aviso por escrito le dirá cómo pedir una apelación administrativa.

### **Cumplimiento de la decisión de la vista**

El CDJFS debe tomar las acciones ordenadas por la decisión dentro de los 15 días posteriores a la fecha en que se emitió la decisión, pero siempre dentro de los 90 días posteriores a su solicitud de vista. Comuníquese con el Oficiado de Vistas Estatales si no recibe puntualmente los beneficios otorgados por la decisión de la vista.

### **Otra acción requiere una nueva vista**

Si recibe otro aviso que diga que el CDJFS quiere cambiar sus beneficios para el cuidado de niños mientras espera una vista o una decisión, tiene que solicitar otra vista si no está de acuerdo con la nueva acción. Recuerde, el hecho que usted esté esperando una vista o decisión no impedirá que se tome una nueva acción en su caso. Usted debe solicitar otra vista sobre la nueva acción.

# Voter Registration and Information Update Form

Please read instructions carefully. Please type or print clearly with blue or black ink. For further information, you may consult the Secretary of State's website at: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) or call 1-877-767-6446.

# 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](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llamar al 1-877-767-6446.

## Eligibility

You are qualified to register to vote in Ohio if you meet all the following requirements:

1. You are a citizen of the United States.
2. You will be at least 18 years old on or before the day of the general election.
3. You will be a resident of Ohio for at least 30 days immediately before the election in which you want to vote.
4. You are not incarcerated (in jail or in prison) for a felony conviction.
5. You have not been declared incompetent for voting purposes by a probate court.
6. You have not been permanently disenfranchised for violations of election laws.

Use this form to register to vote or to update your current Ohio registration if you have changed your address or name.

**NOTICE:** This form must be received or postmarked by the 30th day before an election at which you intend to vote. You will be notified by your county board of elections of the location where you vote. If you do not receive a notice following timely submission of this form, please contact your county board of elections.

Numbers 1 and 2 below are required by law. You must answer both of the questions for your registration to be processed.

## Registering in Person

If you have a current valid Ohio driver's license, you must provide that number on line 10. If you do not have an Ohio driver's license, you must provide the last four digits of your Social Security number on line 10. If you have neither, please write "None."

## Registering by Mail

If you register by mail and do not provide either a current Ohio driver's license number or the last four digits of your Social Security number, please enclose with your application a copy of one of the following forms of identification that shows your name and current address:

Current and valid photo identification, a military identification, or a current (within the last 12 months) utility bill, bank statement, paycheck, government check or government document (other than a notice of voter registration mailed by a board of elections) that shows your name and current address.

## Residency Requirements

Your voting residence is the location that you consider to be a permanent, not a temporary, residence. Your voting residence is the place in which your habitation is fixed and to which, whenever you are absent, you intend to return. If you do not have a fixed place of habitation, but you are a consistent or regular inhabitant of a shelter or other location to which you intend to return, you may use that shelter or other location as your residence for purposes of registering to vote. If you have questions about your specific residency circumstances, you may contact your local board of elections for further information.

## Your Signature

In the area below the arrow in Box 14, please write your cursive, hand-written signature or make your legal mark, taking care that it does not touch the surrounding lines so when it is digitally imaged by your county board of elections it can effectively be used to identify your signature.

Please see information on back of this form to learn how to obtain an absentee ballot.

WHOEVER COMMITS ELECTION FALSIFICATION IS GUILTY OF A FELONY OF THE FIFTH DEGREE.

## 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 que muestre su nombre y domicilio actual: 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, nómina, cheque del gobierno, o otro documento del gobierno (con excepción de una notificación de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre 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.

I am:  Registering as an Ohio voter  Updating my address  Updating my name  
 Quiero: *Registrarme para votar en Ohio* *Actualizar mi domicilio* *Actualizar mi nombre*

1. Are you a U.S. citizen? / ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	
2. Will you be at least 18 years of age on or before the next general election? <input type="checkbox"/> Yes / Sí <input type="checkbox"/> No / No	
¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?	
If you answered NO to either of the questions, do not complete this form.	
Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario.	

3. Last Name / Apellido		First Name / Nombre		Middle Name or Initial / Segundo Nombre o Inicial		Jr., II, etc.			
4. House Number and Street (Enter new address if changed) / Número de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado)			Apt. or Lot # / Apt. o No. de Parcela		5. City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos		6. ZIP Code / Código Postal		
7. Additional Mailing Address (if necessary) / Dirección Postal Adicional (si es necesario)				8. County (where you live) / Condado (donde vive)					
9. Birthdate (MO-DAY-YR) (required) / Fecha de Nacimiento (MES-DÍA-AÑO) (obligatorio)		10. Ohio Driver's License No. OR last four digits of Social Security No. (one form of ID required to be listed or provided) / 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. Phone No. (voluntary) / No. Tfno. (voluntario)		FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (Rev. 6/14) City, Village, Twp.  Ward  Precinct  School Dist.  Cong. Dist.  Senate Dist.  House Dist.			
12. PREVIOUS ADDRESS IF UPDATING CURRENT REGISTRATION - Previous House Number and Street / DOMICILIO ANTERIOR SI ESTÁ ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior									
Previous City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos			County / Condado		State / Estado				
13. CHANGE OF NAME ONLY Former Legal Name / SOLO CAMBIO DE NOMBRE Nombre Legal Anterior				Former Signature / Firma Anterior					
14.									

I declare under penalty of election falsification I am a citizen of the United States, will have lived in this state for 30 days immediately preceding the next election, and will be at least 18 years of age at the time of the general election. 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.

Your Signature / Su firma

Date / Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 MO MES DAY DÍA YR AÑO

## HOW TO OBTAIN AN OHIO ABSENTEE BALLOT

You are entitled to vote by absentee ballot in Ohio without providing a reason. Absentee ballot applications may be obtained from your county board of elections or from the Secretary of State at: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) or by calling 1-877-767-6446.

## OHIO VOTER IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Voters must bring identification to the polls in order to verify identity. Identification may include current and valid photo identification, a military identification, or a copy of a current (within the last 12 months) utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document, other than a notice of an election or a voter registration notification sent by a board of elections, that shows the voter's name and current address. Voters who do not provide one of these documents will still be able to vote by providing the last four digits of the voter's Social Security number and by casting a provisional ballot pursuant to R.C. 3505.181. For more information on voter identification requirements, please consult the Secretary of State's website at: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) or call 1-877-767-6446.

## WHOEVER COMMITS ELECTION FALSIFICATION IS GUILTY OF A FELONY OF THE FIFTH DEGREE.

---

### To ensure your information is updated, please do the following:

1. Print this form.
2. Complete all required fields.
3. Sign and date your form.
4. Fold and insert your form into an envelope.
5. Mail your form to your county board of elections. For your county board's address please visit [www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm](http://www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm).

If you have additional questions, please call the office of the Ohio Secretary of State at 877-SOS-OHIO (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](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llamando al 1-877-767-6446.*

## 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 las elecciones o 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](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llame al 1-877-767-6446.*

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