

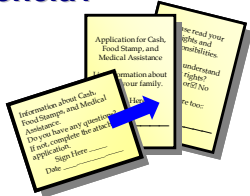
SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, ALIMENTICIA Y MÉDICA

Sólo Para Uso Interno – A usted se le proporcionará la fecha y la hora de la cita una vez que haya completado la siguiente solicitud.

Fecha de la Cita: _____

Hora de la Cita: _____

¿Cómo solicito la asistencia?



Necesitará:

1. Llenar esta solicitud.
2. Entregar esta solicitud en el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS).
3. Asistir a una entrevista.
4. Proporcionar pruebas a los programas que solicite. Las pruebas se explican en la siguiente página.

¿Necesita ayuda para llenar la solicitud?



1. **Si el inglés no es su lengua materna**, el CDJFS le asignará a una persona que le ayude a entender las preguntas de esta solicitud en la entrevista.
2. **Si tiene alguna incapacidad, problemas auditivos o visuales**, lo ayudaremos a llenar esta solicitud y a contestar en la entrevista.
3. **También lo ayudaremos en las siguientes situaciones:** si reporta cambios o si tiene dudas acerca de su caso.

¿Cómo lleno esta solicitud?



1. **Llene esta solicitud:** Conteste todas las preguntas que pueda en la solicitud. Tiene derecho a solicitar asistencia a partir del día en que se ponga en contacto con el CDJFS de su localidad.
2. **Si no puede llenar esta solicitud hoy**, escriba en la primera página de esta solicitud su nombre, dirección y firma, y entréguela en la oficina del CDJFS de su localidad para que podamos brindarle asistencia a partir de hoy si cumple con los requisitos. Puede llenar el resto de la solicitud en casa y entregarla en la oficina del CDJFS.
3. **Solicitar asistencia para otra persona:** Puede elegir a alguien para que solicite asistencia por usted. A esta persona se le denomina “representante autorizado”. Si usted es quien solicita asistencia para otra persona, conteste las preguntas respecto a dicha persona.

¿Dónde entrego esta solicitud?

1. **Entregue la solicitud en la oficina del CDJFS de su localidad:** Con esto iniciará el proceso de solicitud de todos los programas de asistencia. El horario de las oficinas varía de un condado a otro. Para buscar la oficina de su condado, consulte el documento http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf

¿Cómo realizo la entrevista en persona?

1. **Asista a la entrevista:** Durante esta entrevista, nosotros finalizaremos lo que falte del proceso de solicitud. Además, le diremos qué tipo de asistencia puede obtener.
2. **Si no puede asistir a la entrevista**, debe comunicarse al CDJFS de su localidad y reprogramarla. Si usted no se comunica con nosotros en un plazo de 30 días a partir de que presente esta solicitud, es posible que le neguemos la asistencia que solicite y que tenga que volver a solicitarla. Es posible que no tenga que venir a la entrevista si decidimos que tiene dificultades para hacerlo, como una enfermedad o que no tenga un medio de transporte.

– Guarde esta página en su expediente. –

¿Qué tipo de pruebas necesito?

En el siguiente recuadro están los documentos que se piden en cada programa que solicite. Comuníquese con el CDJFS de su localidad para que se le proporcionen ejemplos de los documentos que puede usar como pruebas. Si no puede presentar todo, acuda a la entrevista de todas formas y nosotros le ayudaremos.

- Si no cuenta con la ciudadanía estadounidense y sólo va a solicitar asistencia médica de emergencia para extranjeros, no tiene que comprobar su ciudadanía ni su situación migratoria, ni presentar un número de seguro social.
- El monto de asistencia alimenticia que reciba puede aumentar si presenta pruebas de los siguientes gastos: cuidado de los hijos o dependientes económicos, manutención de menores que no viven con usted, vivienda, servicios públicos, gastos médicos de personas con incapacidades o mayores de 60 años (se aceptan recetas).

	Asistencia Financiera	Asistencia alimenticia	Asistencia médica Familias e hijos	Asistencia médica Adultos mayores, personas ciegas o personas incapacitadas
Comprobante de que ha solicitado un número de seguro social (si todavía no lo tiene)	✓	✓	✓	✓
Permiso de residencia permanente ("green card") u otro documento del Servicio de Nacionalización e Inmigración (INS) si no tiene la ciudadanía estadounidense	✓	✓	✓	✓
Comprobante de su ciudadanía estadounidense, si es ciudadano	✓		✓	✓
Comprobante de ingresos u otro tipo de dinero que entre en su hogar (como recibos de nómina, declaraciones de impuestos, cartas de otorgamiento de prestaciones, manutención de menores)	✓	✓	✓	✓
Los últimos estados de cuentas bancarias (de cheques, de cooperativas de ahorro y crédito y de ahorros)	✓			✓
Comprobante de propiedad de vehículos (como automóviles, camionetas, motocicletas, botes y casas rodantes)				✓
Comprobante del valor actual de acciones y bonos, certificados de depósitos, seguros de vida, fideicomisos y pensiones anuales	✓		✓	✓
Identificación	✓	✓		
Comprobantes de los gastos del cuidado de los hijos o dependientes económicos	✓	✓	✓	
Comprobante de pagos de manutención de menores para niños que no viven con usted	✓	✓	✓	
Comprobante de gastos de vivienda y servicios públicos		✓		
Comprobante de cualquier gasto médico de personas con incapacidades o mayores de 60 años (se aceptan recetas)		✓		✓
Comprobante de cualquier seguro médico			✓	✓

¿Cuándo recibiré la ayuda?



Asistencia Financiera y alimenticia: Basamos la elegibilidad para entrar en el programa de asistencia financiera o alimenticia en la fecha en la que recibimos las solicitudes fechadas y firmadas. Su elegibilidad para entrar a estos programas se determina en un plazo de 30 días a partir de la fecha en la que hayamos recibido su solicitud fechada y firmada.

Asistencia médica: Basamos la elegibilidad para recibir asistencia médica en la fecha en la que recibimos las solicitudes fechadas y firmadas. Su elegibilidad se determina en un plazo de 30 días a menos que declare tener una incapacidad. En caso de que declare tener una incapacidad, su elegibilidad se determinará en un plazo de 90 días. Además, también consideraremos la posibilidad de brindar la asistencia médica de los 3 meses anteriores al mes en el que recibamos su solicitud.

¿Y si necesito comida de inmediato?



Si necesita asistencia alimenticia inmediata y no está recibéndola actualmente, conteste las preguntas de la primera y la segunda página de la solicitud. Es posible que reúna los requisitos para recibir asistencia alimenticia más rápido.

¿Debo tener la ciudadanía?



No. No deje de pedir la asistencia que necesita para su familia por miedo al Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS). Muchos inmigrantes pueden recibir asistencia financiera, alimenticia y médica. También hay asistencia médica de emergencia para extranjeros sin importar su situación migratoria.

¿Qué otros servicios ofrecen?



Es posible que reúna los requisitos para recibir otros servicios como: asistencia para el cuidado de los hijos, atención prenatal, gastos de vivienda, habilidades laborales y ayuda para encontrar trabajo. Es posible que necesite llenar una solicitud aparte para estos servicios. Pregunte acerca de estos servicios al trabajador social que está a cargo de su caso. Si necesita ayuda con los gastos del cuidado de los hijos, póngase en contacto con el CDJFS de su localidad para pedir una solicitud del cuidado de los hijos.

-- Guarde esta página en su expediente. --

SOLICITUD DE ASISTENCIA FINANCIERA, ALIMENTICIA Y MÉDICA

1. SOLICITUD DE REGISTRO PARA VOTAR ADJUNTA: AYUDA DISPONIBLE

Si usted no está registrado para votar donde vive actualmente, ¿le gustaría registrarse hoy para votar?

Sí, quiero registrarme para votar. NO, no quiero registrarme para votar.

Si no marcó ninguna de las casillas, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

2. Información personal (del solicitante)

Llene la siguiente sección respecto a usted o a la persona por quien está solicitando la asistencia.

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

¿Tiene...?

Problemas visuales

Intérprete

Otro:

Problemas auditivos

Lenguaje de señas

¿Requiere alguno de los siguientes servicios?

Para Uso Exclusivo de la Oficina

Fecha Recibida: _____

Número de Solicitud: _____

Número de Caso: _____

Asistencia Alimenticia

Acelerada: Sí No

Solicitó PRC: Sí No

Solicitó Cuidado de niños: Sí No

¿Usted, o alguna persona que viva con usted, ha recibido asistencia financiera, alimenticia o médica alguna vez? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Dónde? (Ciudad/Condado/Estado): _____

3. Indique dónde podemos localizarlo.

Llene la siguiente sección respecto a usted o a la persona por quien está solicitando la asistencia.

Dirección

Marque esta casilla si no tiene hogar

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

Número de teléfono

()

Hora ideal para llamarle

Número de teléfono adicional

()

Dirección de correo electrónico

Dirección postal (si es diferente):

Dirección

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

4. Indique si es usted un representante autorizado.

Un representante autorizado es alguien que ayuda al solicitante a realizar el proceso de solicitud. Si usted está llenando este formulario en calidad de representante autorizado, escriba lo siguiente.

Primer nombre

Inicial del segundo nombre

Apellido

Dirección

Ciudad

Condado

Estado

Código postal

Número de teléfono

()

Hora ideal para llamarle

Número de teléfono adicional

()

Dirección de correo electrónico

5. Firme aquí

Firma del solicitante o del representante autorizado

Nombre en letra de molde

Fecha

6. Indique si requiere asistencia alimenticia inmediata.

Estas preguntas nos servirán para decidir si usted reúne los requisitos para recibir el beneficio de asistencia alimenticia más rápido.

¿Cuántas personas viven con usted y compran, preparan y comen alimentos en su casa?

Conteste las siguientes preguntas teniendo en cuenta solamente a las personas que compran, preparan y comen alimentos en su casa.

¿El total de sus ingresos brutos del mes actual es de menos de \$150 antes de pagar impuestos? Sí No

¿El total de sus ingresos netos es cero para el mes actual después de pagar impuestos y diversas cosas, como los gastos de la vivienda, del cuidado de los hijos o dependientes o de la manutención de menores? Sí No

¿El total del dinero que tiene en cuentas corrientes, de cheques y de ahorros es de menos de \$100? Sí No

¿El monto de la renta mensual o la hipoteca y los servicios públicos (como el gas, la luz, el agua y el teléfono) es mayor al total de sus ingresos brutos mensuales antes de pagar impuestos? Sí No

¿Es usted inmigrante o un trabajador agrícola que trabaja según las estaciones? Sí No

7. Información sobre las personas que viven con usted

Debe incluir en esta lista a todas las personas que viven con usted aunque éstas no soliciten asistencia. Asegúrese de escribir su nombre primero. Si necesita más espacio, use una hoja aparte y adjúntela.

- **Número de seguro social:** Es necesario que incluya su número de seguro social únicamente si está solicitando asistencia financiera, alimenticia o médica. No tiene que incluir su número de seguro social si está solicitando asistencia médica de emergencia para extranjeros.
- **Ciudadanía estadounidense:** Es necesario que indique si tiene la ciudadanía estadounidense únicamente si está solicitando asistencia financiera, alimenticia o médica.
- **Sexo (género):** Si está solicitando asistencia alimenticia para su hogar, no tiene que contestar la pregunta de sexo (género).
- **Raza u origen étnico:** El Título VI de la Ley de los Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 nos permite pedir información acerca de la raza u origen étnico (hispano o latinoamericano). Si prefiere no brindarnos esa información, su caso no sufrirá consecuencias de ningún tipo. Si no nos brinda esa información, el trabajador administrativo responderá por usted.

Nombre (Nombre y apellido)	Parentesco (cónyuge, hijo, amigo, etc.)	Número de seguro social	Fecha de nacimiento	Sexo <i>Escriba M o F</i>	Ciudadanía estadounidense <i>Escriba Sí o No</i>	Raza	Hispano o Latinoam ericano <i>Escriba Sí o No</i>
	Yo mismo						

¿Está casado? Sí No Nombre del cónyuge: _____

¿Usted, o la persona a quien representa, está embarazada? Únicamente conteste si está solicitando asistencia financiera o médica. Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿Usted, o la persona a la que representa, necesita recibir atención en un asilo o a domicilio?
 Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

¿En qué idioma prefiere hacer lo siguiente? Hablar _____ Escribir _____

7. Información sobre las personas que viven con usted (continuación)

¿Alguna de ellas tiene 60 años o más? Sí No
 Si la respuesta es sí, conteste las preguntas de esta sección. Si la respuesta es no, vaya a la pregunta 8.

¿Esa persona(s) está recibiendo beneficios por incapacidad? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿de dónde? _____

¿A esa persona(s) le es imposible preparar los alimentos debido a su incapacidad? Sí No

Si contestó “sí” en las últimas tres preguntas, ¿esas personas desean recibir asistencia alimenticia de manera independiente de las demás personas con quienes usted vive? Sí No

8. Información sobre su situación económica

¿Usted o las personas que viven con usted recibirán ingresos este mes? Sí No

La palabra “ingresos” se refiere a todo el dinero que usted o las personas que viven con usted reciben, por ejemplo, el salario de un empleo, la manutención de menores o de cónyuges o médica, los beneficios por incapacidad, la jubilación, la indemnización para trabajadores, el seguro social, los beneficios del programa Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), los beneficios para los veteranos, etc.

Si la respuesta es sí, complete la siguiente tabla.

Nombre	Tipo de ingreso	Monto del ingreso (antes de pagar impuestos)	Cada cuánto lo recibe? (semanalmente, quincenalmente, etc.)	Fecha en la que lo recibió por última vez

¿Con cuánto dinero cuentan usted y las personas que viven con usted en cuentas corrientes, de cheques y de ahorros (también en otras cuentas bancarias, pensiones anuales, acciones y bonos)?
 Haga el cálculo más aproximado del total: \$ _____

¿Alguna de las personas que viven con usted renunció o perdió el empleo en los últimos 60 días?
 Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____
 ¿Por qué motivo? _____

¿Alguna de las personas que viven con usted está en huelga en su trabajo? Sí No
 Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

9. Información sobre sus gastos

¿Qué gastos tienen usted y las personas que viven con usted? Marque todas las opciones que correspondan. Indique el monto de cada gasto.

Gastos del cuidado de niños u otros dependientes económicos
 Monto aproximado que se paga al mes: \$ _____
 Si necesita ayuda con los gastos de cuidado de niños, póngase en contacto con el CDJFS de su localidad para pedir una solicitud del cuidado de los niños.

Pagos de manutención de menores, de cónyuges o médica

Monto aproximado que se paga al mes: \$ _____

Gastos médicos de alguien que esté incapacitado o que tenga 60 años o más. Incluya gastos como las facturas médicas, las recetas, las primas del seguro médico y otros servicios médicos. No incluya ningún pago de ayuda médica que haya incluido en la casilla anterior. Monto aproximado que se paga al mes: \$ _____

Pagos de renta o hipoteca

Monto aproximado que se paga al mes: \$ _____

Servicios públicos: Marque los servicios públicos que paga.

¿Paga calefacción o aire acondicionado?

Sí No

Gas

Teléfono

Recolección de basura

Luz

Agua

Alcantarillado

Otros

10. Firma de la persona que llenó esta solicitud

Al firmar esta solicitud:

- Entiendo las preguntas de esta solicitud y, al estar enterado de las penas en las que incurren los que declaran con falsedad, declaro que todas mis respuestas son correctas y están completas a mi entender, incluida la información sobre la ciudadanía y la situación migratoria de cada una de las personas de mi hogar que esté solicitando asistencia.
- Declaro bajo pena de perjurio que revelé todas las pensiones anuales y demás recursos económicos similares en los que yo o mi cónyuge tenemos acciones.
- Acepto presentar documentos que prueben lo que acabo de decir.
- Comprendo y acepto que el CDJFS puede ponerse en contacto con otras personas u organizaciones para obtener las pruebas necesarias de mi elegibilidad y nivel de asistencia.
- Al firmar esta solicitud y recibir asistencia de Ohio Trabaja Primero, delego al Estado de Ohio todos los derechos a recibir manutención de menores o de cónyuges que se me deben a mí y a los menores del grupo de asistencia durante el periodo de elegibilidad de Ohio Trabaja Primero.
- Comprendo que, al firmar esta solicitud y recibir Medicaid, delego al Estado de Ohio todos los derechos a recibir manutención médica y pagos por parte de los terceros responsables de la asistencia médica que se me deben a mí o a los menores del grupo de asistencia durante el periodo de elegibilidad de Medicaid.
- Comprendo que es posible que me pidan que coopere con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores para establecer la paternidad o para establecer o hacer cumplir una disposición de manutención. Si se me pide cooperar con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores, se entregará un documento de canalización a la agencia en mi nombre. Asimismo, comprendo que si no se me pide cooperar con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores, puedo solicitar servicios de manutención de menores mediante la JFS 07076, "Solicitud de servicios de manutención de menores".
- Comprendo que en algunos casos es posible que me pidan que dé consentimiento al CDJFS para contactar a las personas que sea necesario para determinar mi elegibilidad.

Firma del solicitante o del representante autorizado	Si usted es un representante autorizado, indique cuál es su parentesco con el solicitante.	Fecha

11. Qué hacer una vez que llené esta solicitud

Entregar esta solicitud en la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado

Para buscar la oficina de su condado, consulte el documento en la internet:

http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf

Sus derechos civiles

La ley federal y las políticas del Departamento de Agricultura de Estados Unidos (USDA), el Departamento de Salud y Servicios Humanos de Estados Unidos (HHS), el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio (ODJFS) y el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS) establecen que no debemos discriminar a las personas por su raza, color, nacionalidad, sexo, edad o incapacidad. Según la Ley de Alimentación y Nutrición (Food and Nutrition Act) y la política del USDA, también se prohíbe la discriminación en base a religión o creencias políticas.

Para presentar una queja por discriminación, escriba o llame al USDA, al HHS o al ODJFS.

Escriba o llame al:

USDA

Director, Office of Civil Rights
Room 326-W, Whitten Building
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410
(202) 720-5964 (voz y TDD)

Escriba o llame al:

HHS

Region V, Office of Civil Rights
233 N. Michigan Ave., Suite 240
Chicago, Illinois 60601
(312) 886-2359 (voz)
(312) 353-5693 (TDD)
(312) 886-1807 (fax)

Escriba o llame al:

ODJFS

Bureau of Civil Rights
30 E. Broad St., 30th Floor
Columbus, OH 43215
(614) 644-2703 (voz)
1-866-227-6353 (línea gratuita)
(614) 752-6381 (fax)
1-866-221-6700 (TTY)

El USDA, el HHS y el ODJFS son organizaciones empleadoras que ofrecen igualdad de oportunidades.

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 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 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 o llame al 1-877-767-6446.

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