Departamento de Medicaid de Ohio

SOLICITUD DE COBERTURA Y AYUDA PARA PAGAR LOS COSTOS DE SALUD

Presente su solicitud más rápido en línea

Presente su solicitud en línea en **benefits.ohio.gov** o **Healthcare.gov**.

Use esta solicitud para saber si califica para

- Seguro gratuito o de bajo costo de Medicaid para adultos y niños
- Ayuda para pagar los gastos relacionados con Medicare, como las primas mensuales
- Planes de seguro de salud privados asequibles que ofrecen cobertura completa para ayudarle a mantenerse sano. Completar esta solicitud no significa que tenga que contratar una cobertura de salud.
- Un nuevo crédito de impuestos puede ayudarle a pagar las primas de su cobertura de salud privada

¿Quién puede utilizar esta aplicación?

- Use esta solicitud para presentar una solicitud para cualquier miembro de su familia.
- Solicítela aunque usted, su cónyuge o su hijo/a ya tengan cobertura de salud. Podría optar a una cobertura de bajo costo o gratuita.
- Pueden solicitarla las familias que incluyan a no ciudadanos. Puede solicitar cobertura para su hijo/a incluso si no es elegible. La solicitud no afectará a su condición de ciudadano estadounidense ni a sus posibilidades de convertirse en residente permanente o ciudadano.
- Si alguien le ayuda a presentar esta solicitud, es posible que deba completar el APÉNDICE C.

Qué puede necesitar para presentar su solicitud

- Números de seguro social (o números de documentos para cualquier ciudadano no calificado que necesite seguro)
- Información del empleador y los ingresos para todos los integrantes de su familia (por ejemplo, talones de pagos, formularios W-2 o declaraciones de salario e impuestos)
- Números de póliza para cualquier seguro de salud actual
- Información sobre cualquier seguro de salud relacionado con el trabajo disponible para su familia

¿Por qué pedimos esta información?

Le preguntamos sobre sus ingresos y otros datos para hacerle saber para qué cobertura reúne los requisitos y si puede obtener algún tipo de ayuda para pagarla. **Mantendremos la privacidad y seguridad de toda la información que nos proporcione, tal y como exige la ley**.

ODM puede utilizar o divulgar la información de los miembros de acuerdo con el aviso de prácticas de privacidad, disponible en el sitio web de ODM.

Para consultar el Aviso de prácticas de privacidad de ODM, visite:
https://medicaid.ohio.gov/wps/portal/gov/medicaid/families-and-individuals/coverage/already-covered/rights/notice-of-privacy-practices

¿Qué sucede luego?

Envíe su solicitud completada y firmada a la oficina local del JFS de su condado.

Para encontrar la oficina de su condado, visite: https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory

Si no dispone de toda la información que le pedimos, firme y presente su solicitud de todos modos.

Si no recibe noticias nuestras en un plazo de 45 días, puede llamar al **1-844-640-OHIO (6446).**

Obtenga ayuda con esta aplicación

- **En línea**: **benefits.ohio.gov** o **Healthcare.gov**
- **Por teléfono**: **1-844-640-OHIO (6446) o TTY 1-800-292-3572**
- **En persona**: Póngase en contacto con la oficina local del JFS de su condado
- **In English**: **1-844-640-OHIO (6446)**

Para ayudarle a comprender este aviso, se encuentran disponibles a pedido asistencia lingüística, servicios de interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios sin costo alguno. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita y ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios o ayudas auxiliares llamando a la Línea directa para el consumidor del Departamento de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680; las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TDD 7-1-1.

Recuperación de bienes de Medicaid

Si está ingresado de forma permanente o tiene 55 años o más cuando recibe las prestaciones de Medicaid, después de su fallecimiento el Programa de Recuperación de bienes puede recuperar de su patrimonio los pagos por el coste de sus cuidados abonados por Medicaid. El costo de su atención puede incluir los pagos de capitación que Medicaid paga a su plan de atención administrada, incluso si los pagos de capitación son mayores que el costo de los servicios que realmente recibió.
https://medicaid.ohio.gov/static/Resources/Publications/Forms/ODM07400.pdf

Sus derechos civiles

El Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) cumple las leyes estatales y federales de derechos civiles aplicables y no discrimina por motivos de edad, raza, color, religión, sexo, origen nacional, ascendencia, discapacidad, condición de veterano, orientación sexual, condición militar o información genética. Las personas que reúnen los requisitos, reciben servicios o se benefician de programas financiados por el Departamento de Medicaid de Ohio están protegidas por la ley contra la discriminación ilegal.

ODM:

- Proporciona ayuda y servicios gratuitos a personas con discapacidades para que se comuniquen de forme eficaz con nosotros, como por ejemplo:
  - Intérpretes de lengua de señas calificados
  - Información escrita en otros formatos (letra grande, audio, formatos electrónicos accesibles, otros formatos)
- Proporciona servicios de idiomas gratuitos a personas cuyo idioma principal no es el inglés, como por ejemplo:
  - Intérpretes calificados
  - Información escrita en otros idiomas

Si necesita estos servicios, comuníquese con la línea directa para consumidores del Departamento de Medicaid de Ohio al 800-324-8680.

Si cree que el ODM no le ha proporcionado estos servicios o lo ha discriminado de otra forma con base en la raza, el color, la nacionalidad, la edad, una discapacidad o el sexo, puede presentar una queja ante:

Coordinador de Derechos Civiles
P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218, y enviarla por correo o presentarla personalmente.
614-995-9981-9981 (TTY: 711)
Correo electrónico: ODM_EEO_EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov.

Si necesita ayuda para presentar una queja, el Coordinador de Derechos Civiles está a su disposición para ayudarle.

También puede presentar una queja en materia de derechos civiles ante la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU., por vía electrónica a través del portal de quejas de la Oficina de Derechos Civiles, disponible en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf o por correo o teléfono en:

Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos,
200 Independence Avenue SW.
Sala 509F, Edificio HHH
Washington, DC 20201
800–368–1019, (TDD: 800–537–7697).

Hay formularios de reclamo disponibles en www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html

Registro para votar

¿Desea registrarse para votar? En caso afirmativo, se incluye con esta solicitud un Formulario de registro de votante y actualización de información. Si desea registrarse para votar, puede completar el formulario y enviarlo por correo al Secretario de Estado de Ohio, a la dirección que figura a continuación. También puede completar el formulario en línea: https://olvr.ohiosos.gov. O puede descargar una copia electrónica del formulario: https://www.sos.state.oh.us/publications/#vrf.

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará a la cuantía de ayuda que le proporcionará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, le ayudaremos. Puede ponerse en contacto con el servicio gratuito de asistencia (1-844-640-OHIO) o con el número gratuito del Secretario de Estado de Ohio (1-877-SOS-OHIO/1-877-767-6446). También puede llamar o visitar la oficina local del JFS de su condado. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si no ha recibido ninguna verificación de su registro electoral por parte de la junta electoral del condado en el que reside en un plazo de 21 días a partir de la fecha en que se inscribió, puede informarse sobre el estado de su registro poniéndose en contacto con la junta electoral de su condado.

Si cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la privacidad para decidir registrarse o para solicitar registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el fiscal de su condado o ante el Secretario de Estado a:

Secretario de Estado de Ohio
180 E. Broad Street
Columbus, OH 43215
(614) 466-2585
Línea gratuita: (877) 868-3874

Para localizar la información de contacto del fiscal de su condado, puede consultar una lista de fiscales de condado en línea en http://www.ohiopa.org/roster.html o puede llamar a la Asociación de Fiscales de Ohio al (614) 221-1266.

PROGRAMAS DE COBERTURA DE SALUD

Ohio cuenta con varios tipos de servicios médicos. A continuación encontrará una breve descripción de los programas de cobertura de salud disponibles en Ohio. Las familias pueden solicitar uno o todos los programas siguientes utilizando la solicitud adjunta.

Medicaid para adultos, niños o familias

El programa Medicaid para adultos, niños o familias ofrece cobertura de salud que incluye visitas al médico, atención hospitalaria, servicios relacionados con el embarazo, recetas, atención de la vista, atención odontológica, tratamiento por abuso de sustancias, servicios de salud mental y mucho más. Se trata de importantes servicios de atención médica que usted y su familia necesitan para mantenerse sanos y fuertes. Para más información, llame al 1-800-324-8680 o visite **Medicaid.ohio.gov**.

Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas

El programa Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (Aged, Blind, or Disabled, ABD) ofrece cobertura de salud que incluye paquetes de prestaciones de atención primaria y aguda para personas mayores y discapacitadas. Para poder optar a Medicaid ABD, los solicitantes deben tener: 65 años o más; o estar considerados legalmente ciegos; o ser personas con discapacidad (según la clasificación de la Administración del Seguro Social); y cumplir los requisitos básicos. Para más información, llame al 1-800-324-8680 o visite **Medicaid.ohio.gov**.

Cuidados a largo plazo

Los servicios y ayudas a largo plazo son programas o servicios que ayudan a las personas mayores y discapacitadas a realizar las tareas cotidianas. Estas tareas pueden incluir bañarse, vestirse, preparar comidas y gestionar el hogar. Los servicios y ayudas a largo plazo permiten a las personas llevar una vida sana, segura e independiente, ya sea en un centro de cuidados a largo plazo o en un entorno domiciliario y comunitario. Para más información, llame al 1-800-324-8680 o visite **Medicaid.ohio.gov**.

Programas de asistencia para primas de Medicare

Los Programas de Asistencia para primas de Medicare (Medicare Premium Assistance Programs, MPAP) ayudan a las personas que reúnen los requisitos para recibir Medicare y tienen ingresos o bienes limitados a obtener ayuda para pagar sus primas, deducibles, copagos y/o coseguros de Medicare. Para más información, llame al 1-800-324-8680 o visite **Medicaid.ohio.gov**.

PROGRAMAS ADICIONALES DE COBERTURA DE SALUD

Ayúdame a crecer (HMG)

El programa de visitas domiciliarias Help Me Grow ofrece educación sobre crianza de hijos para mujeres embarazadas y nuevos padres. El programa ayuda a las familias con niños pequeños a ponerse en contacto con recursos para que los niños empiecen la escuela sanos y preparados para aprender. El programa de intervención temprana Help Me Grow brinda servicios a familias con niños desde el nacimiento hasta los tres años con retrasos o discapacidades del desarrollo. Los servicios se coordinan y las familias se conectan con servicios que refuerzan la capacidad de los padres para mejorar el desarrollo de sus hijos, de modo que los niños con discapacidades o retrasos en el desarrollo empiecen la escuela sanos y preparados para aprender. Para más información, visite https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/help-me-grow/help-me-grow o llame al 1-800-755-GROW (4769). Los programas Help Me Grow están gestionados por el Departamento de Salud de Ohio.

Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Lactantes y Niños (Women, Infants, and Children, WIC)

El programa WIC ayuda a las mujeres embarazadas, a las que amamantan, a las que acaban de dar a luz, a los bebés y a los niños de hasta cinco años en situación de riesgo debido a una nutrición inadecuada. Para poder optar al programa WIC, debe ser una mujer embarazada o en periodo de lactancia o tener un bebé de menos de seis meses. Los niños desde el nacimiento hasta los 5 años también cumplen los requisitos. Las familias deben cumplir las directrices sobre ingresos y riesgo médico o nutricional del programa WIC. Para solicitarlo, complete la solicitud adjunta; visite su clínica WIC local; visite https://odh.ohio.gov/wps/portal/gov/odh/know-our-programs/women-infants-children/resources/women- infants-children-description; o llame al 1-800-755-GROW (4769). El programa WIC está gestionado por el Departamento de Salud de Ohio.

PASO 1 Cuéntenos de usted (el solicitante)

Complete este apartado para usted o para la persona para la que presenta la solicitud. Necesitamos que un adulto de la familia sea la persona de contacto para su solicitud.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo

2. Domicilio ☐ Marque este cuadro si no tiene hogar			3. Número de departamento o suite
4. Ciudad	**5. Estado**	**6. Código postal**	**7. Condado**
8. Dirección postal *(si es distinta de la dirección de la casa)*			**9. Número de departamento o suite**
10. Ciudad	**11. Estado**	**12. Código postal**	**13. Condado**
14. Número de teléfono		**15. Otro número de teléfono**	

16. ¿Desea recibir información sobre esta solicitud por correo electrónico? ☐ Sí ☐ No

Dirección de correo electrónico:

17. ¿Cuál es el idioma hablado o escrito de su preferencia *si no es inglés)?*?

18. **SOLICITUD DE REGISTRO ELECTORAL ADJUNTA**

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar el registro para votar hoy?

☐ **Sí**, quiero registrarme. ☐ **No,** deseo registrarme para votar.

Si no marca ninguna casilla, se considera que ha decidido no registrarse para votar en este momento.

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará a la cuantía de ayuda que le proporcionará esta agencia.

19. ¿A qué programas de cobertura de salud le gustaría optar?

Para más información sobre estos programas, consulte la página 4.

☐ Medicaid para adultos, niños o familias

☐ Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas *(Complete también el **APÉNDICE E**)*

☐ Cuidados a largo plazo (Complete también el **APÉNDICE E**)

☐ Programas de asistencia para primas de Medicare *(Complete también el **APÉNDICE E**)*

20. ¿Qué otros programas le gustaría solicitar?

Para más información sobre estos programas, consulte la página 4.

☐ Help Me Grow (HMG) ☐ Programa Especial de Nutrición Suplementaria para Mujeres, Lactantes y Niños (WIC)

PASO 2 ¿A quién debe incluir en esta solicitud?

Debe incluir	
Usted	Su cónyuge
Sus hijos menores de 21 años que viven con usted	Su pareja de hecho que necesita cobertura de salud
Cualquier otra persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no vive con usted (no necesita presentar impuestos para obtener cobertura de salud)	Cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted.
Cualquier otra persona que viva con usted, pero esté temporalmente ausente y exista un plan definido para su regreso	

NO debe incluir	
Su pareja de hecho que no necesita cobertura de salud, a menos que tengan un/a hijo/a en común que viva con usted	Sus padres que vivan con usted, pero que declaren sus propios impuestos (si tiene más de 21 años)
Los hijos de su pareja de hecho Niños	Otros familiares adultos que presentan la solicitud Sus propias declaraciones de impuestos

La cuantía de ayuda o el tipo de programa para el que califica depende del número de personas en su familia y sus ingresos. Esta información nos ayuda a asegurarnos de que todos reciben la mejor cobertura posible.

Complete el PASO 2 para cada persona de su familia. Empiece por usted mismo, luego añade a otros adultos y niños. Si hay más de dos personas en su familia, tendrá que hacer una copia de las páginas y adjuntarlas. No es necesario que facilite la condición de inmigrante ni el número de seguro social (SSN) de los familiares que no necesiten cobertura de salud. Utilizaremos sus datos personales únicamente para comprobar si reúne los requisitos para recibir cobertura de salud.

PASO 2: persona 1 Empiece por usted mismo

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo	2. ¿Relación con usted? **SÍ MISMO**
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)		4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino		

5. Número de seguro social (SSN)

Necesitamos esto si desea cobertura de salud y tiene un SSN. Aunque no quiera cobertura de salud, proporcionar su número de seguro social es útil porque puede acelerar el proceso de solicitud. Utilizamos números de seguro social para verificar ingresos y otra información para ver quién es elegible para recibir ayuda con los costos de cobertura de salud. Para obtener ayuda sobre cómo conseguir un SSN, llame al 1-800-772-1213 o visite **ssa.gov**.
Los usuarios de TTY deben llamar al 1-800-325-0778.

6. ¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre la renta el PRÓXIMO AÑO?
(Puede solicitar cobertura de salud de todas formas, incluso si no presenta una declaración federal de impuestos.)

☐ Sí. Responda las preguntas a-c. ☐ No. Pase a la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre del cónyuge:

b. ¿Declarará dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre de los dependientes a su cargo:

c. ¿Será usted declarado como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre de la persona que declara impuestos: _____

¿Qué relación tiene con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

7. ¿Está casado/a? ☐ Sí ☐ No

8. **¿Desea cobertura de salud?** Incluso si tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.

☐ Sí. *Responda las preguntas 9-23*. ☐ No. *Pase a las preguntas sobre ingresos del PASO 3.*

9. ¿Necesita ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

PASO 2: persona 1 **(Continúe con la persona 1)**

10. ¿Padece alguna enfermedad que limite una o más actividades cotidianas (como bañarse, vestirse, tareas diarias, etc.)?
☐ Sí Complete también el **APÉNDICE E**. ☐ No

11. ¿Solicita cuidados a domicilio o en una residencia de ancianos?
☐ Sí Complete también el **APÉNDICE E**. ☐ No

12. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? Fecha de vencimiento prevista (*opcional*):

13. Si no está embarazada, ¿lo ha estado recientemente? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperaban durante ese embarazo? Fecha de finalización del embarazo:

14. ¿Es ciudadano de EE. UU. o tiene nacionalidad estadounidense? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** ¿es usted ciudadano naturalizado o derivado? ☐ Sí ☐ No

15. Si usted no es ciudadano estadounidense ni nacional de los Estados Unidos, ¿tiene estatus migratorio elegible?

☐ Sí. Complete el tipo de documento y el número de identificación a continuación.	☐ No
Tipo de documento:	Número de identificación del documento:
¿Ha vivido en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No	¿Es usted, su cónyuge o su(s) padre(s) un veterano o un ¿Miembro en servicio de las fuerzas armadas de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

16. Si vive con al menos un/a hijo/a menor de 19 años, ¿es usted la persona responsable de cuidar de este niño? ☐ Sí ☐ No

17. ¿Va a la escuela, a la universidad o se está capacitando? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, proporcione la siguiente información.

Tipo de escuela: ☐ Universidad/educación superior ☐ Educación vocacional ☐ GED ☐ Capacitación técnica

Inscripción: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Menos de medio tiempo

18. ¿Estuvo en cuidado tutelar temporal a partir de los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No

a. **En caso afirmativo**, ¿cuándo entró en cuidado tutelar? _____

b. ¿Cuándo salió del cuidado tutelar? _____

c. ¿En qué estado estuvo en cuidado tutelar? _____

19. ¿Está actualmente encarcelado (detenido o en prisión)? ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, proporcione la fecha de encarcelamiento: Fecha prevista de liberación (*opcional*):

20. ¿Está actualmente o ha estado alguna vez en el ejército? ☐ Sí ☐ No

21. ¿Recibe actualmente o ha recibido anteriormente prestaciones en otro estado? ☐ Sí No
En caso afirmativo, ¿dónde?

22. ¿Es usted hispano o latino? (OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)
☐ Mexicano ☐ Mexicano estadounidense ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano
☐ Otro _____

23. Raza (OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)

☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐ Indígena norteamericana o nativa de Alaska ☐ Indio asiática

☐ China Filipina ☐ Japonesa ☐ Coreana ☐ Vietnamita ☐ Otra asiática ☐ Hawaiana nativa

☐ Guameña o Chamorra ☐ Samoana ☐ Otra isleña del Pacífico

☐ Otra _____

PASO 2: persona 2

Complete el PASO 2 para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted y/o cualquier persona incluida en su declaración de impuestos federales sobre la renta si presenta una. Consulte la página 6 para más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a todos los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	2. ¿Relación con usted?
3. Fecha de nacimiento (mm/dd/aaaa)	4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	5. Número de seguro social (SSN) **Lo necesitamos si la PERSONA 2 quiere cobertura de salud y tiene un SSN.**	

6. ¿La PERSONA 2 vive en la misma dirección que usted? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, mencione la dirección:

7. ¿La PERSONA 2 tiene pensado presentar una declaración federal de impuestos el AÑO PRÓXIMO? (La PERSONA 2 todavía puede solicitar un seguro de atención médica, incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre la renta).
☐ Sí *Responda las preguntas a-c.* ☐ No *Pase a la pregunta c.*

a. ¿Presentará la PERSONA 2 una declaración conjunta con un cónyuge? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre del cónyuge:

b. ¿Declarará la PERSONA 2 dependientes en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre de los dependientes a su cargo:

c. ¿Será la PERSONA 2 declarada dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre de la persona que declara impuestos: _____
¿Qué relación tiene la PERSONA 2 con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Está casada la PERSONA 2? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Desea la PERSONA 2 cobertura de salud? Incluso si la PERSONA 2 tiene seguro, podría haber un programa con mejor cobertura o costos más bajos.
cobertura o costos más bajos. ☐ Sí. *Responda las preguntas 10-24.* ☐ No. *Pase a las preguntas sobre ingresos del PASO 3.*

10. ¿La PERSONA 2 necesita ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Padece la PERSONA 2 alguna enfermedad que limite una o más de sus actividades cotidianas *(como bañarse, vestirse, realizar las tareas diarias, etc.)?* ☐ Sí. *Complete también el APÉNDICE E*. ☐ No.

12. ¿Solicita la PERSONA 2 cuidados a domicilio o en una residencia de ancianos?
☐ Sí. *Complete también el APÉNDICE E.* ☐ No.

13. ¿Está embarazada la PERSONA 2? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? Fecha de finalización del embarazo:

14. Si no está embarazada actualmente, ¿la PERSONA 2 estuvo embarazada recientemente? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? Fecha de finalización del embarazo:

15. ¿Es la PERSONA 2 ciudadano de EE. UU. o tiene nacionalidad estadounidense? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿es la PERSONA 2 un ciudadano naturalizado o derivado? ☐ Sí ☐ No

16. Si la PERSONA 2 no es ciudadano o nacional de EE. UU., ¿tiene estatus de inmigrante elegible?
☐ Sí. *Complete a continuación el tipo de documento y el número de identificación de la PERSONA 2.* ☐ No

Tipo de documento:	Número de identificación del documento:
¿La PERSONA 2 ha vivido en los EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No	¿Es la PERSONA 2, su cónyuge o su padre/madre veterano o miembro activo del ejército de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

17. Si la PERSONA 2 vive con al menos un/a hijo/a menor de 19 años, ¿es la persona responsable de cuidar de este niño?
☐ Sí ☐ No

18. ¿La PERSONA 2 va a la escuela, a la universidad o se está capacitando? ☐ ☐ Sí No En **caso afirmativo**, proporcione la siguiente información: ☐ Tipo de escuela: ☐ Universidad/Educación ☐ superior Capacitación técnica vocacional ☐ GED
Inscripción: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Menos de medio tiempo

Paso 2: persona 2 **(Continúe con la persona 2)**

19. ¿La PERSONA 2 estuvo en cuidado tutelar a partir de los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No
    a. **En caso afirmativo**¿cuándo entró la PERSONA 2 en cuidado tutelar? _____
    b. ¿Cuándo salió la PERSONA 2 del cuidado tutelar? _____
    c. ¿En qué estado estuvo PERSONA 2 en cuidado tutelar? _____

20. ¿Está la PERSONA 2 actualmente encarcelada *(detenida o en prisión)*? ☐ Sí ☐ No
    En caso afirmativo, proporcione la fecha de encarcelamiento: ____: _____

21. ¿La PERSONA 2 está actualmente o ha servido alguna vez en el ejército? ☐ Sí ☐ No

22. ¿La PERSONA 2 está recibiendo actualmente o ha recibido alguna vez beneficios en otro estado? ☐ Sí ☐ No
    En caso afirmativo, ¿dónde? _____

23. ¿Es la PERSONA 2 hispana o latina? (OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)
    ☐ Mexicano ☐ Mexicano estadounidense ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro_____

24. Raza *(OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)*
    ☐ Blanco ☐ Negra o afroamericana
    ☐ Indio americano o nativo de Alaska ☐ Indio ☐ asiático Chino
    ☐ Filipino ☐ Japonés ☐ Coreano
    ☐ Vietnamita ☐ Otro Asiático ☐ Nativo de Hawái
    ☐ Guameña o Chamorra ☐ Samoana ☐ Otra isleña del Pacífico
    ☐ Otra _____

PASO 3

Empleo actual e información sobre ingresos de todos los miembros del hogar

☐ **Empleado**	☐ **Cuenta propia**	☐ **Desempleado**
Si algún miembro de la unidad familiar trabaja actualmente, cuéntenos cuáles son sus ingresos. Empiece por la pregunta 1.	Pase a la pregunta 3.	Pase a la pregunta 4.

1. **EMPLEO ACTUAL**:

Persona	Nombre del empleador y dirección	Ingreso bruto (antes de impuestos) por período de pago	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

2. ¿Algún miembro del hogar ha dejado un trabajo en los últimos 90 días? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione la(s) persona(s):

3. **CUENTA PROPIA**: si tiene gastos de trabajo por cuenta propia, indíquelos en la pregunta 6.

Persona	Nombre del empleador y dirección	Ingreso bruto (antes de impuestos) por período de pago	¿Con qué frecuencia? (semanal, quincenal, mensual)

4. **OTROS INGRESOS ESTE MES**: Marque todas las opciones que apliquen. Mencione el **monto** mensual y quién recibe el ingreso. Si más de una persona recibe el mismo tipo de ingresos, utilice las filas marcadas con "Otro - Tipo".

Tipo	S	N	Persona	Importe
Ninguno				
Incapacidad del Seguro Social (Social Security Disability, SSDI)				
Jubilación del Seguro Social				
Supervivientes del Seguro Social				
Subsidio de desempleo				
Pensiones				
Manutención conyugal				
Jubilación ferroviaria				
Contribuciones de terceros				
Inversiones				
Becas/subvenciones				
Plusvalías				
Ingresos brutos agrícolas				
Ingreso bruto por alquiler				
Derechos de autor				
Otro - Tipo:				
Otro - Tipo:				

PASO 3

5. **INGRESO ANUAL**: complete únicamente si el ingreso de esta persona cambia mes a mes.
Si no espera cambios en los ingresos mensuales de ninguna persona del hogar, pase a la pregunta 6.

Persona	Ingresos totales este año	Ingresos totales el próximo año

6. **GASTOS**:
Complete si tiene gastos en los que incurra. Mencione todas las que procedan. Cuéntenos el importe y la frecuencia con la que debe pagarlo. **Nota:** Los gastos de trabajo por cuenta propia deben mencionarse aquí.

Tipo	S	N	Persona	Importe	¿Con qué frecuencia?
Atención a las personas dependientes *(Cuidado de adultos, niños o ancianos)*					
Gastos de apoyo *(Manutención de hijos/cónyuge)*					
Otro - Tipo					
Otro - Tipo					
Otro - Tipo					

PASO 4 Familiar(es) indígena(s) norteamericano(s) o nativo(s) de Alaska

1. ¿Alguna persona de su familia es indígena norteamericano o nativo de Alaska?

☐ Sí. *Complete también el APÉNDICE B.* ☐ No. *Pase al PASO 5.*

PASO 5 La cobertura de salud de su familia

Responda estas preguntas cualquier persona que necesite cobertura de salud.

1. **¿Hay alguien inscrito en la cobertura de salud de alguna de las siguientes?**
En caso afirmativo, marque el tipo de cobertura y escriba el nombre de las personas al lado de la cobertura que tienen.

Tipo de cobertura	Persona(s) que recibe(n) esta cobertura
☐ Medicaid	
☐ Medicare	
☐ Programas de atención médica de VA (Asuntos de veteranos)	
☐ Cuerpos de Paz	
☐ Tricare *(No marque si tiene atención directa o cumplimiento del deber)*	

☐ Seguro del empleador:

Nombre del seguro de salud:	Número de póliza:
¿Se trata de cobertura COBRA? ☐ Sí ☐ No	¿Se trata de un plan de salud para jubilados? ☐ Sí ☐ No

☐ Otro - Tipo:

Nombre del seguro de salud:	Número de póliza:

¿Se trata de un plan de beneficios limitados (como una póliza de accidentes escolares? ☐ Sí ☐ No

2. **¿Alguna de las personas que figuran en esta solicitud ofrece cobertura de salud en un trabajo**? Marque sí incluso si la cobertura proviene del trabajo de otra persona, como un padre/madre o cónyuge (incluido un padre/madre o cónyuge no incluido en esta solicitud).
☐ SÍ Deberá completar e incluir el **APÉNDICE A**. ☐ No **Continúe al PASO 6**.

PASO 6 Lea y firme esta solicitud

- Sé que debo informar al Departamento de Medicaid de Ohio si algo cambia (y es diferente) de lo que escribí en esta solicitud. Puedo llamar al **1-844-640-6446** para informar de cualquier cambio en el término de 10 días. Entiendo que un cambio en mi información podría afectar la elegibilidad de los miembros de mi hogar.
- Sé que, según la legislación federal, no está permitida la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, edad, orientación sexual, identidad de género o discapacidad. Puedo presentar una queja por discriminación utilizando cualquiera de los métodos mencionados en la sección **Sus derechos civiles** , en la página 2.
- Autorizo al Departamento de Medicaid de Ohio a comprobar mis respuestas utilizando información de fuentes de datos informáticos, incluidos el Servicio de Impuestos Internos (Internal Revenue Service, IRS), la Administración de la Seguridad Social (Social Security Administration, SSA), el Departamento de Seguridad Nacional (Department of Homeland Security, DHS) y otros, incluido el acceso a los expedientes académicos. Si la información no coincide, el Departamento de Medicaid de Ohio puede pedirme que envíe más información. Si la información cotejada diera lugar a una denegación, reducción, suspensión u otro efecto adverso para mis prestaciones, entiendo que recibiré una notificación por escrito de la posible acción adversa y se me proporcionará la oportunidad de apelar la decisión.
- Sé que mi información en este formulario se utilizará únicamente para determinar la elegibilidad para la cobertura de salud y programas de salud adicionales y se mantendrá privada según lo exige la ley.
- Sé que la información proporcionada en esta solicitud, incluido mi(s) número(s) de teléfono, se compartirá con las oficinas de JFS del condado y las organizaciones de atención administrada a las que se me asigne. Doy mi consentimiento para que las oficinas de JFS del condado y las organizaciones de atención administrada, o cualquier contratista que actúe en su nombre, me llamen o envíen mensajes de texto a cualquier número de teléfono que proporcione en relación con mi solicitud, ahora o en el futuro, incluso con respecto a mis necesidades y tratamiento de atención médica, servicios de bienestar, beneficios del plan, elegibilidad, renovación y/o redeterminación, y para cualquier otra comunicación relacionada con mi relación con las oficinas de JFS del condado y las organizaciones de atención administrada o con respecto a mi cobertura de Medicaid. Estas llamadas/textos pueden realizarse utilizando tecnología automatizada, como un sistema de marcación telefónica automática o un mensaje de voz artificial o pregrabado. Pueden aplicarse tarifas estándar de mensajes y datos.

Si alguna persona en esta solicitud es elegible para Medicaid

- Estoy cediendo al Departamento de Medicaid de Ohio nuestros derechos a perseguir y obtener cualquier dinero de otros seguros médicos, acuerdos legales u otras terceras partes. También estoy cediendo al Departamento de Medicaid de Ohio nuestros derechos para perseguir y obtener apoyo médico de un ex cónyuge o padre/madre.
- Si alguno de los niños de esta solicitud tiene un progenitor que vive fuera del hogar, sé que se me pedirá que coopere con la agencia que recauda la manutención médica del progenitor ausente. Si creo que cooperar para cobrar la manutención médica me perjudicará a mí o a mis hijos, sé que puedo decírselo a Medicaid y puede que no tenga que cooperar.
- Autorizo a cualquier persona que brinde atención médica, suministros médicos o servicios a brindar al Departamento de Medicaid de Ohio, al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio cualquier información relacionada con el alcance, la duración y el ámbito de los servicios proporcionados bajo el programa de Medicaid, WIC y otros programas de asistencia médica. Asimismo, autorizo a los departamentos anteriormente mencionados a intercambiar cualquier información que haya proporcionado en este formulario para que dichos departamentos puedan determinar la elegibilidad a las prestaciones.
- Entiendo que si no cumplo los requisitos para Medicaid, el Departamento de Medicaid de Ohio puede enviar mi información a otro programa para que vean si cumplo los requisitos.
- Entiendo que el Departamento de Medicaid de Ohio obtendrá información sobre mis recursos financieros de bancos, cooperativas de crédito u otras instituciones financieras para determinar mi elegibilidad para recibir asistencia médica. La autorización para obtener esta información permanecerá vigente hasta:
    - mi solicitud de asistencia médica sea rechazada; o
    - mi elegibilidad para recibir asistencia médica finalice; o
    - informe por escrito al Departamento de Medicaid de Ohio que deseo finalizar mi autorización.
- Si me niego a autorizar al Departamento de Medicaid de Ohio a obtener información sobre mí de instituciones financieras, o decido poner fin a mi autorización, entiendo que mi asistencia médica puede ser denegada o interrumpida.
- Entiendo que cuando envío esta solicitud significa que tengo permiso de todas las personas cuyos datos figuran en el formulario para enviar su información al Departamento de Medicaid de Ohio y recibir cualquier comunicación sobre su elegibilidad e inscripción.
- Entiendo que el Departamento de Medicaid de Ohio está autorizado a recopilar información en este formulario, y otra información de apoyo incluyendo números de seguro social, conforme la Ley de Protección al Paciente y Cuidado de Salud Asequible (Ley Pública No. 111 -148), enmendada por la Ley de Reconciliación de Educación de Cuidado de Salud de 2010 (Ley Pública No. 111 -152), y la Ley de Seguro Social.
- Entiendo que si estoy institucionalizado de forma permanente o tengo 55 años o más cuando recibo los beneficios de

Medicaid, después de mi muerte, el Programa de Recuperación de bienes buscará recuperar los pagos por el costo de mi atención pagados por Medicaid de mi patrimonio. El costo de

El costo de mi atención puede incluir los pagos de capitación que Medicaid paga a mi plan de atención administrada, incluso si los pagos de capitación son mayores que el costo de los servicios que realmente recibí.

PASO 6 Lea y firme esta solicitud (continuación)

Mi derecho a apelar

Si no está de acuerdo con lo que le corresponde, en muchos casos puede solicitar un recurso. Revise su aviso de elegibilidad para encontrar las instrucciones de apelación específicas para cada persona de su hogar que solicite cobertura, incluido de cuántos días dispone para solicitar una apelación. Aquí tiene información importante que debe tener en cuenta a la hora de solicitar una apelación:

- Si lo desea, puede hacer que alguien solicite o participe en su apelación. Esa persona puede ser un amigo, un familiar, un abogado u otro individuo. O puede solicitar y participar en su apelación por su cuenta.
- Si solicita una apelación, es posible que pueda mantener su elegibilidad a la cobertura mientras su apelación esté pendiente.
- El resultado de una apelación podría cambiar la elegibilidad de otros miembros de su hogar.

Firme esta solicitud. La persona mencionada en el PASO 1 debe firmar esta solicitud. Si usted es un representante autorizado, puede firme aquí siempre que la persona mencionada en el PASO 1 haya firmado el **APÉNDICE C**.

Firmo esta solicitud bajo pena de perjurio, lo que significa que, a mi leal saber y entender, he respondido con veracidad todas las preguntas del formulario. Sé que puedo estar sujeto a sanciones en virtud de la ley federal si proporciono información falsa y/o no veraz. Al firmar la solicitud, acepto todas las declaraciones mencionadas anteriormente.

☐ Marque este recuadro si es un representante autorizado.
Si es usted un representante autorizado, puede firmar aquí siempre que haya proporcionado la información requerida en el **APÉNDICE C**.

Firma	Fecha (mm/dd/aaaa)

PASO 7 Qué hacer cuando completa esta solicitud

Retur **Devuelva esta solicitud a la oficina del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado.**

Para ver Para buscar la oficina del JFS de su condado, visite **http://jfs.ohio.gov/County/County_Directory.pdf**

To help you understand this notice, language assistance, interpretation services, and auxiliary aids and services are available upon request at no cost to you. Services available include, but are not limited to: oral translation, written translation, and auxiliary aids. You can request these services and/or auxiliary aids by calling the Medicaid Consumer Hotline 1-800-324-8680; individuals with a hearing impairment may call TDD 7-1-1.

Spanish
Para ayudarle a comprender este aviso, se encuentran disponibles a pedido asistencia lingüística, servicios de interpretación, ayudas auxiliares y otros servicios sin costo alguno. Los servicios disponibles incluyen, entre otros: traducción oral, traducción escrita y ayudas auxiliares. Puede solicitar estos servicios o ayudas auxiliares llamando a la Línea directa para el consumidor del Departamento de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680; las personas con discapacidad auditiva pueden llamar al TDD 7-1-1.

Nepali
यो सूचना बुझ्न सहायता गनन, भाषा सहायता, व्याख्या सेवा, र सहायक उपकरण तथा सेवा तपाईंको अनुरोधमा ननिः शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। उपलब्ध सेवाहरूमा मौखिक अनुवाद, नलखित अनुवाद, र सहायक उपकरणहरू समावेश छन्, तर नयनीसँग मात्र सीनमत छैन। तपाईंले यी सेवाहरू र/वा सहायक सहायताहरू अनुरोध गनन सक्नुहुन्छ; Medicaid Consumer Hotline 1-800-324-8680; मा कल गरेर; श्रवणशखि कमजोर भएका व्यखिहरूले TDD 7-1-1 मा कल गनन सक्छन्।

Arabic

لمساعدتك يف فهم هذا الإخطار، تتوفر خدمات المساعدة اللغوية وخدمات ال رتجمة الفورية والمساعدات الإضافية عند الطلب دون أي تكلفة.
تشمل الخدمات المتاحة، على سبيل المثال لا الحصر: ال رتجمة الشفوية وال رتجمة التحريرية والمساعدات الإضافية. يمكنك طلب هذه الخدمات أو المساعدات
الإضافية أوكلتيهما عن طريق الاتصال بالخط الساخن للمستهلك ي التابع ل Medicaid على الرقم التا يل 1-800-324-8680؛ وبوسع الأفراد الذين يعانون من ضعف السمع الاتصال بخدمة الهاتف الن يص على الرقم التا يل 1-1-7.

Haitian French Creole
Pou ede w konprann avi sa a, gen asistans lengwistik, sèvis entèpretasyon, èd oksilyè ak sèvis ki disponib gratis, lè ou fè demann pou sa. Sèvis ki disponib yo gen ladan yo, men se pa sa sèlman: tradiksyon oral, tradiksyon alekri ak èd oksilyè. Ou kapab mande sèvis sa yo ak/oswa èd oksilyè lè w rele Liy Asistans pou Konsomatè Medicaid la nan 1-800-324-8680; moun ki gen pwoblèm tande yo ka rele TDD 7-1-1.

Somali
Si lagaaga caawiyo inaad fahanto ogaysiiskan, kaalmada luqadda, adeegyada tarjumaada, iyo kaalmooyinka iyo adeegyada ayaa la heli karaa marka la codsado lacag la'aan adiga. Adeegyada la heli karo waxaa ka mid ah, laakiin aan ku xaddidnayn: tarjumaada afka, turjumaadda qoran, iyo qalabyada caawinta. Waxaad codsan kartaa adeegyadan iyo/ama caawimada caawimada adiga oo wacaya markaas Khadka Tooska ah ee Macmiilka Medicaid 1-800-324-8680; Shakhsiyaadka maqalka liidata waxay wici karaan TDD 7-1-1.

Ukrainian
Щоб допомогти вам зрозуміти зміст цього повідомлення, за запитом ви можете отримати безоплатну мовну допомогу, послуги усного перекладу, а також допоміжне обладнання та додаткові послуги. Доступні послуги включають, зокрема, усний переклад, письмовий переклад і допоміжне обладнання. Ви можете замовити ці послуги та/або допоміжне обладнання, зателефонувавши на гарячу лінію клієнтів Medicaid за номером 1-800-324-8680; для людей із вадами слуху працює номер TDD 7-1-1.

Russian
Чтобы помочь вам понять смысл этого уведомления, по запросу вы можете получить бесплатную языковую помощь, услуги устного перевода, а также вспомогательное оборудование и дополнительные услуги. Доступные услуги включают, в частности, устный перевод, письменный перевод и вспомогательное оборудование. Вы можете запросить эти услуги и/или вспомогательное оборудование, позвонив на горячую линию клиентов Medicaid по номеру 1-800-324-8680; для людей с нарушениями слуха предусмотрен номер TDD 7-1-1.

Swahili
Ili kukusaidia kuelewa notisi hii, usaidizi wa lugha, huduma za ukalimani, na visaidizi na huduma za ziada zinapatikana unapoomba bila gharama kwako. Huduma zinazopatikana ni pamoja na, lakini sio tu: tafsiri ya mdomo, tafsiri ya maandishi, na visaidizi vya ziada. Unaweza kuomba huduma hizi na/au visaidizi kwa kupiga simu ya Medicaid Consumer Hotline 1-800-324-8680; watu walio na ulemavu wa kusikia wanaweza kupiga simu TDD 7-1-1.

Kinyarwanda
Kugira ngo tugufashe gusobanukirwa iri tangazo, ubufasha bujyanye n'indimi, serivisi z'ubusemuzi, n'ibikoresho na servisi bifasha abafite ubumuga mu kumva biraboneka nta kiguzi utanze iyo ubisabye. Serivisi ziboneka zikubiyemo, ariko si gusa: ubusemuzi mu mvugo, ubusemuzi mu nyandiko, n'ibikoresho bifasha abafite ubumuga mu kumva. Ushobora gusaba izi serivisi na/cyangwa ibikoresho bifasha abafite ubumuga mu kumva binyuze mu guhamagara Umurongo utishyurwa ufasha Abakiriya ba Medicaid 1-800-324-8680; abantu bafite ibibazo mu kumva bashobora guhamagara TDD 7-1-1.

French
Pour vous aider à comprendre cet avis, une assistance linguistique, des services d'interprétation et des aides et services auxiliaires sont disponibles sur demande et sans frais. Les services disponibles comprennent, sans toutefois s’y limiter, la traduction orale, la traduction écrite et les aides auxiliaires. Vous pouvez demander ces services et/ou des aides auxiliaires en appelant la Medicaid Consumer Hotline 1-800-324-8680 ; les personnes malentendantes peuvent appeler TDD 7-1-1.

Pashtu
ستاسو په دې خ رتتيا د ښه درک کولو)پوهيدو(لپاره، د ژ ر ېب مرس ر ېت، د شفا يه ژباړې خدمتونه، او اضا يف مرستندويه وسايل او خدمتونه ستاسو د غوښت ېت پر بنسټ ر ېب لګښته شتون لري. په شته خدماتو ېک شفا يه ژباړه، په ليک ېلې بڼه ژباړه، او مرستندويه وسايل شامل دي، خو يوازې په دې پورې محدود نه دي. تاسوکول ئش د دې خدماتو او/يا مرستندويه وسايلو غوښتنه د ميډيکيډ)Medicaid(د پ ېتودونکو ځانګړې د تليفون شم ېټې 1-800-324-8680 ته زنګ وهلو له لارې وکړئ؛ هغه کسان ېچ د اورېدلوکمزورتيا لري کول يش 1-1-7 TDD ته زنګ وو يه.

Dari
برای کمک به شما در درک این اطلاعیه، کمک های زبا ب، خدمات ترجمه شفاه وکمک ها و خدمات اضا ف بر اساس درخواست شما بطور رایگان برای شما ارائه می گردد. خدمات موجود شامل موارد ذیل میباشد، اما محدود به آنها نیست: ترجمه شفاه، ترجمه کت رت و وسایل کمکی. شما میتوانید این خدمات و/یا وسایل کمکی را با تماس با خط ویژه مصرف کنندگان Medicaid از طریق شماره 1-800-324-8680 درخواست دهید؛ افراد دارای اختلال شنوا یب میتوانند با شماره 1-1-7 TDD تماس بگ تند.

Uzbek
Bu bildirishnomani tushunishingizga yordam berish uchun so‘rovingiz asosida bepul til yordamchi xizmatlari, og‘zaki tarjima xizmatlari va qo‘shimcha yordamchi vositalar taqdim etiladi. Mavjud xizmatlar qatoriga og‘zaki tarjima, yozma tarjima hamda yordamchi vositalar kiradi. Siz ushbu xizmatlar va/yoki qo‘shimcha yordamlar haqida Medicaid mijozlari uchun mo‘ljallangan 1-800-324-8680 telefon raqamiga qo‘ng‘iroq qilib so‘rashingiz mumkin; Eshitish qobiliyati cheklangan shaxslar TDD 7-1-1 raqami orqali bog‘lanishlari mumkin.

Vietnamese
Để giúp bạn hiểu thông báo này, hỗ trợ ngôn ngữ, dịch vụ phiên dịch, phương tiện trợ giúp và dịch vụ phụ trợ được cung cấp miễn phí theo yêu cầu. Các dịch vụ có sẵn bao gồm, nhưng không giới hạn ở: dịch bằng lời nói, dịch bằng văn bản và phương tiện phụ trợ. Bạn có thể yêu cầu các dịch vụ này và/hoặc phương tiện phụ trợ bằng cách gọi tớiĐường dây nóng cho Người tiêu dùng Medicaid theo số 1-800-324-8680; người khiếm thính có thể gọi TDD 7-1-1.

Tigrinya
ነዚ ምልክታ ክትርደእዎ ንኽሕግዘኩም፣ ሓገዝ ቋንቋ፣ ኣገልግሎታት ትርጉም፣ ከምኡ'ውን ተወሰኽቲ ሓገዛትን ኣገልግሎታትን ኣብ ዝሓተትክምዎ ብዘይ ክፍሊት ይርከቡ። ዘለው ኣገልግሎታት፣ ናይ ዘረባ ትርጉም፣ ናይ ጽሑፍ ትርጉምን ተወሰኽቲ ሓገዛትን ዘጠቓልሉ ኮይኖም፣ በዚ ጥራሕ ዝድረቱ ኣይኮኑን። ናብ መስመር ቴሌፎን ተጠቀምቲ ሜዲኬይድ (Medicaid Consumer Hotline) 1-800-324-8680 ብምድዋል፣ ነዞም ኣገልግሎታትን/ወይ ተወሰኽቲ ሓገዛት ክትሓቱ ትኽእሉ ኢኹም፤ ናይ ምስማዕ ጸገም ዘለዎም ውልቀ-ሰባት ናብ TDD 7-1-1 ክድውሉ ይኽእሉ እዮም።

APÉNDICE A COBERTURA DE SALUD DE EMPLEOS

NO tiene que responder estas preguntas a menos que alguien de la unidad familiar tenga derecho a cobertura de salud de un trabajo, aunque no acepte la cobertura. **Haga que la persona a quien se le ofrece el seguro médico del empleador responda las preguntas 1 a 3 y pida al empleador que complete el resto del formulario.** Adjunte una copia de esta página por cada empleo que ofrezca cobertura.

Información del EMPLEADO

1. Nombre del empleado (nombre, segundo nombre, apellido)	2. Número de seguro social (SSN) del empleado

3. Enumere el nombre y apellido de cada persona en el hogar del empleado y díganos si podría obtener cobertura de salud a través deEl empleador nombrado en la pregunta 4, a continuación, incluso si no está inscrito actualmente.

Nombre	¿Es elegible para cobertura de salud a través de este empleador?	En caso afirmativo,¿cuándo puede esta persona inscribirse en la cobertura?
	☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	
	☐ Sí ☐ No	

Información del EMPLEADOR

Pida al empleador que introduzca la información de las preguntas 4-14.

4. Nombre del empleador/compañía

5. Persona o departamento con el que podemos ponernos en contacto sobre la cobertura de salud de los empleados *(podemos ponernos en contacto con esta persona si necesitamos más información)*

6. Dirección de contacto del empleador

7. Ciudad	8. Estado	9. Código postal

10. Número de teléfono de contacto del empleador	11. Número de identificación del empleador (Employer Identification Number, EIN)

12. Dirección de correo electrónico del empleador

Cuéntenos sobre la cobertura de salud que ofrece este empleador.

13. ¿El empleador ofrece un plan de salud que cumple con la norma de valor mínimo? Un plan de salud cumple la norma de valor mínimo si paga al menos el 60 % del costo total de los servicios médicos para una población estándar y ofrece una cobertura sustancial de los servicios hospitalarios y médicos. La mayoría de los planes basados en el empleo cumplen la norma de valor mínimo.

☐ **SÍ**. Pase a la pregunta 14. ☐ **NO**. Deténgase y envíe este formulario al empleado.

14. ¿Cuánto tendría que pagar el trabajador por el plan de menor costo ofrecido únicamente al trabajador que cumpla la norma de valor mínimo? ¿Estándar de valor? No incluya planes familiares. NOTA: Si el empleador ofrece programas de bienestar, ingrese la prima que el El empleado pagaría si el empleado recibió el descuento máximo en cualquier programa para dejar de fumar y no recibió ningún otro

Descuentos basados en programas de bienestar.

a. El empleado pagaría esta prima $ _____

NOTA: Introduzca el importe más bajo que pagaría el empleado por una cobertura de salud que cumpla la norma de valor mínimo.

b. El trabajador por cuenta ajena pagaría este importe:

☐ Semanalmente ☐ cada 2 semanas ☐ Dos veces al mes ☐ Una vez al mes ☐ Trimestralmente ☐Anual

ESTA PÁGINA SE DEJA INTENCIONALMENTE EN BLANCO.

APÉNDICE B Familiar indígena norteamericano o nativo de Alaska (AI/AN)

Complete este apéndice si usted o un miembro de su familia es indígena norteamericano o nativo de Alaska y solicita cobertura. Envíe esto junto con su Solicitud de cobertura y ayuda para pagar los costos de salud.

Cuéntenos de su(s) familiar(es) indígena(s) norteamericano(s) o nativo(s) de Alaska.
Los indígenas norteamericanos y los nativos de Alaska pueden obtener servicios de los Servicios de Salud para Indígenas, los programas de salud tribales o los programas de salud urbanos para indígenas. También es posible que no tengan que pagar gastos compartidos y que disfruten de periodos especiales de inscripción mensual.
Responda las siguientes preguntas para asegurarse de que su familia recibe la máxima ayuda posible.
NOTA: Si tiene que incluir a más personas, haga una copia de esta página y adjúntela.

	AI/AN PERSONA 1	AI/AN PERSONA 2
1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)	Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo	Nombre Segundo nombre Apellido Sufijo
2. ¿Miembro de una tribu reconocida a nivel federal?	☐ Sí **En caso afirmativo**, nombre de la tribu: _____ ☐ No	☐ Sí **En caso afirmativo**, nombre de la tribu: _____ ☐ No
3. ¿Esta persona ha recibido alguna vez un servicio del Servicio de Salud para Indígenas, un programa de salud tribal o un programa de salud indígena urbano, o mediante una derivación de uno de estos programas?	☐ Sí ☐ No **En caso negativo**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, **un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas urbano o a través de una derivación de uno de estos programas?** ☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No **En caso negativo**, ¿es esta persona elegible para recibir servicios del Servicio de Salud para Indígenas, **un programa de salud tribal o un programa de salud para indígenas urbano o a través de una derivación de uno de estos programas?** ☐ Sí ☐ No
4. Determinado dinero recibido no puede contabilizarse para Medicaid o el Programa de seguro médico infantil (Children's Health Insurance Program, CHIP). Mencione todos los ingresos (importe y frecuencia) declarados en su solicitud que incluyan dinero procedente de estas fuentes: • Pagos per cápita de una tribu que provengan de recursos naturales, derechos de uso, arrendamientos o regalías • Pagos provenientes de recursos naturales, agricultura, ganadería, pesca, arrendamientos o regalías de tierras designadas como tierras fiduciarias indígenas por el Departamento del Interior (incluidas reservas y antiguas reservas) • Dinero de la venta de artículos que tengan significado cultural.	$ _____ ¿Con qué frecuencia?	$ _____ ¿Con qué frecuencia?

ESTA PÁGINA SE DEJA INTENCIONALMENTE EN BLANCO.

APÉNDICE C Asistencia para completar esta solicitud

Sección 1

1. Nombre del solicitante/beneficiario	2. Número de seguro social

Puede elegir un representante autorizado.

Puede dar permiso a una persona de confianza para que hable de esta solicitud con nosotros, vea su información y actúe en su nombre en asuntos relacionados con esta solicitud y sus prestaciones de Medicaid, incluida la obtención de información sobre su solicitud y la firma de su solicitud en su nombre. Esta persona se llama "representante autorizado". Si alguna vez necesita cambiar de representante autorizado, póngase en contacto con la oficina local del JFS. Si usted es el representante legal de alguien que figura en esta solicitud, presente una prueba junto con la solicitud.

3. Nombre del representante autorizado	4. Cargo	5. Compañía/organización
6. Dirección postal		7. Número de departamento o suite
8. Ciudad	9. Estado	10. Código postal
11. Teléfono particular	12. Teléfono del trabajo	13. Dirección de correo electrónico

14. **Autorizo a mi representante a hacer lo siguiente en mi nombre**:

☐ Actuar en mi nombre en todos los asuntos con la agencia ("agencia" incluye el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado [CDJFS], el Departamento de Medicaid de Ohio [ODM], y los designados contratados por ODM).

O solo las acciones específicas seleccionadas a continuación:

☐ Ayudar con mi solicitud/renovación de prestaciones. ☐ Proporcionar verificaciones al CDJFS en mi nombre
☐ Representarme en una audiencia estatal ☐ Recibir y responder a copias de toda la correspondencia
☐ Analizar y recibir información relacionada con mi información financiera y médica, incluida la información de salud (PHI)*
☐ Otra (*especifique)*)

15. La autoridad otorgada tendrá vigencia hasta (*especificar una fecha o un evento)*, o hasta que yo la revoque por escrito.

***Nota:** *Debe completar la Sección*2 *de este formulario si esta autorización se emite a los efectos de permitir el uso o la divulgación de PHI.*

Mientras esta autorización esté vigente, todas las notificaciones enviadas por el CDJFS y/o el ODM también se enviarán a su representante autorizado (si la autorización lo permite).

Firmas. Este formulario no tiene efecto a menos que esté firmado tanto por la persona que otorga la autoridad como por el representante autorizado. Al firmar a continuación, el representante autorizado acepta mantener la confidencialidad de cualquier información sobre el solicitante/beneficiario proporcionada por la agencia. Si el representante autorizado es un proveedor, un miembro del personal o un voluntario de una organización, el representante autorizado también acepta cumplir con las reglamentaciones citadas en el artículo 435.923(e) del título 42 del C.F.R.

16. Firma de la persona que otorga la autoridad (*solicitante/beneficiario o padre/madre/tutor)*)		17. Fecha
18. Firma del representante autorizado	19. Cargo (*si es empleado de una organización)*)	20. Fecha

APÉNDICE C Asistencia para completar esta solicitud (continuación)

Sección 2

Autorización para el uso y la divulgación de su información de salud protegida

1. Nombre del solicitante/beneficiario	2. Número de seguro social del empleado

El Departamento de Trabajo y Servicios Familiares (CDJFS) del Condado, el Departamento de Medicaid de Ohio (ODM) y los designados contratados de ODM (incluidos los planes de atención médica administrada de Medicaid) están autorizados a divulgar mi información de salud protegida (PHI) a mi representante autorizado, quien fue designado en la Sección 1 del presente formulario.

Por el presente, autorizo el uso o la divulgación de mi información de salud protegida (PHI) según se describe a continuación. Entiendo que la PHI puede incluir los siguientes tipos de información y autorizo su divulgación: informes médicos; atención para el abuso de sustancias; atención de la vista; cuidados reproductivos; salud mental; enfermedades transmisibles; datos de farmacia; VIH/SIDA; registros odontológicos y atención psiquiátrica.

3. Se puede divulgar la siguiente información de salud protegida:

4. La información se divulga para los siguientes propósitos:

Términos y condiciones

Al firmar a continuación, autorizo la divulgación de mi PHI por parte de la agencia. Entiendo que:

- Esta autorización vence en la siguiente fecha o evento, o al momento de su revocación efectuada por mí por escrito, lo que ocurra primero.
- Puedo revocar esta autorización en cualquier momento. Si revoco esta autorización, dicha anulación no tendrá validez respecto del uso o la divulgación de mi información que ya ha ocurrido.
- Cualquier información utilizada o divulgada de conformidad con esta autorización podría ser divulgada nuevamente por la persona o entidad que recibió la información, y es probable que ya no siga protegida por las reglamentaciones federales de privacidad.
- La presente autorización es voluntaria y puedo rehusarme a firmarla. La provisión de tratamiento, el pago, la inscripción en un plan de salud o la elegibilidad para beneficios no pueden estar condicionados a la firma de esta autorización, a menos que la autorización sea necesaria para determinar la elegibilidad para el programa o la inscripción en el programa.
- En el caso de que mis registros contengan notas de psicoterapia, se puede requerir una autorización por separado para la divulgación de cualquier nota de psicoterapia.
- Esta autorización permite el uso o la divulgación de información relacionada con las pruebas de VIH o el tratamiento del SIDA o afecciones relacionadas con el SIDA, abuso de drogas o alcohol, afecciones psiquiátricas (excluidas las notas de psicoterapia), a menos que se haya excluido de manera específica anteriormente.

Al firmar a continuación, confirmo que he leído y comprendido el contenido de esta autorización, y que el contenido es coherente con mis instrucciones a la entidad que divulga mi información.

5. Firma del solicitante/beneficiario	6. Fecha

Si este formulario está firmado por alguien que no es el solicitante/beneficiario, describa la autoridad para actuar en nombre de la persona (*como poder notarial o tutor legal*). Si aún no está registrado en la agencia, proporcione documentación legal que demuestre esta autoridad.

APÉNDICE D **Persona adicional**

Complete el APÉNDICE D para su cónyuge/pareja e hijos que viven con usted y/o cualquier persona incluida en su declaración de impuestos federales sobre la renta si presenta una. Consulte la página 6 para más información sobre a quién incluir. Si no presenta una declaración de impuestos, recuerde agregar a todos los miembros de la familia que viven con usted.

1. Nombre	Segundo nombre	Apellido	2. ¿Relación con usted?

3. Fecha de nacimiento *(mm/dd/aaaa)*	4. Sexo ☐ Masculino ☐ Femenino	5. Número de seguro social (SSN)

6. ¿Vive esta persona en la misma dirección que usted? ☐ Sí ☐ No
En caso negativo, mencione la dirección:

7. ¿Esta persona tiene pensado presentar una declaración federal de impuestos el AÑO PRÓXIMO?
(Esta persona puede solicitar un seguro de enfermedad aunque no presente la declaración federal de la renta).
☐ Sí. *Responda las preguntas a-c.* ☐ No. *Pase a la pregunta c.*

a. ¿Presentará esta persona una declaración conjunta con su cónyuge? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre del cónyuge _____

b. ¿Esta persona declarará a algún dependiente en su declaración de impuestos? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione los nombres de los dependientes: _____

c. ¿Será esta persona declarada dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, mencione el nombre de la persona que declara impuestos: _____

¿Qué relación tiene esta persona con la persona que presenta la declaración de impuestos? _____

8. ¿Esta persona está casada? ☐ Sí ☐ No

9. ¿Desea esta persona cobertura de salud? Incluso si esta persona tiene seguro, puede haber un programa con mejor cobertura o menor costo. ☐ Sí. *Responda las preguntas 10-24.* ☐ No. *Pase a las preguntas sobre ingresos del PASO 3.*

10. ¿Esta persona necesita ayuda para pagar facturas médicas de los últimos 3 meses? ☐ Sí ☐ No

11. ¿Padece esta persona alguna enfermedad que limite una o varias de sus actividades diarias (como bañarse, vestirse, tareas cotidianas, etc.)? ☐ Sí. *Complete también el **APÉNDICE E**.* ☐No.

12. ¿Esta persona solicita cuidados a domicilio o en una residencia de ancianos? ☐ Sí. *Complete también el APÉNDICE E.* ☐No.

13. ¿Está embarazada? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperan durante este embarazo? _____
Fecha de vencimiento prevista (opcional): _____

14. Si no está embarazada, ¿lo ha estado recientemente? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿cuántos bebés se esperaban durante este embarazo? Fecha final del embarazo

15. ¿Es esta persona ciudadano de EE. UU. o tiene nacionalidad estadounidense? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿es esta persona ciudadano naturalizado o derivado? ☐ Sí ☐ No

16. Si esta persona no es ciudadano estadounidense o nacional de EE. UU., ¿tiene esta persona un estatus de inmigración elegible?
☐ Sí. *Indique a continuación el tipo de documento y el número de identificación de esta persona.* ☐ No.

Tipo de documento:	Número de identificación del documento:
¿Vive esta persona en EE. UU. desde el 22 de agosto de 1996? ☐ Sí ☐ No	¿¿Es esta persona, su cónyuge o sus padres un veterano o un miembro en servicio activo del ejército de los EE. UU.? ☐ Sí ☐ No

17. Si esta persona vive con al menos un/a hijo/a menor de 19 años, ¿es la persona responsable de cuidar de este niño?
☐ Sí ☐ No

18. ¿Esta persona va a la escuela, a la universidad o se está capacitando? ☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo,** proporcione la siguiente información Tipo de escuela: ☐ Universidad/educación ☐ superior Formación profesional ☐ GED ☐ Formación técnica
Inscripción: ☐ Tiempo completo ☐ Medio tiempo ☐ Menos de medio tiempo

19. ¿Estuvo esta persona en cuidado tutelar a los 18 años o más? ☐ Sí ☐ No
   a. **En caso afirmativo**, ¿cuándo entró esta persona en cuidado tutelar? _____
   b. ¿Cuándo salió esta persona del cuidado tutelar? _____
   c. ¿En qué estado estuvo esta persona en cuidado tutelar? _____

APÉNDICE D **Persona adicional (continuación)**

20. ¿Está esta persona actualmente encarcelada (detenida o en prisión)? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, proporcione la fecha de encarcelamiento: _____

21. ¿Esta persona presta o ha prestado alguna vez servicio militar? ☐ Sí ☐ No

22. ¿Esta persona está recibiendo actualmente o ha recibido alguna vez beneficios en otro estado? ☐ Sí ☐ No
En caso afirmativo, ¿dónde?

23. ¿Es esta persona hispana o latina? *(OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)*
☐ Mexicano ☐ Mexicano estadounidense ☐ Chicano/a ☐ Puertorriqueño ☐ Cubano ☐ Otro_____

24. Raza *(OPCIONAL: Marque todas las opciones que apliquen)*

☐ Blanca ☐ Negra o afroamericana ☐ Indígena norteamericana o nativa de Alaska
☐ Indio asiática ☐ China ☐Filipina ☐ Japonesa ☐ Coreano ☐Vietnamita
☐ Otro asiático ☐ Nativo de Hawái ☐ Guameña o Chamorra ☐ Samoana ☐ Otra isleña del Pacífico
☐ Otra _____

APÉNDICE E Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas

NO es necesario que responda estas preguntas a menos que alguien de la unidad familiar solicite la cobertura de Medicaid por ser anciano, ciego, discapacitado o desee ayuda para pagar las primas de Medicare. Este apéndice debe completarse también si algún miembro de la unidad familiar solicita cuidados a domicilio o en un centro de enfermería.

Lea atentamente todas las preguntas y complete cada apartado lo mejor que pueda. Si tiene alguna pregunta, llame al 1-866-640-6446.

Recuperación de bienes

Si en el momento de recibir las prestaciones de Medicaid usted está internado de forma permanente o tiene 55 años o más, después de su fallecimiento el patrimonio
El Programa de recuperación puede recuperar de su patrimonio los pagos por el costo de sus cuidados abonados por Medicaid. El costo de su atención puede incluir los pagos de capitación que Medicaid paga a su plan de atención administrada, incluso si los pagos de capitación son mayores que el costo de los servicios que realmente recibió.
https://medicaid.ohio.gov/static/Resources/Publications/Forms/ODM07400.pdf

Cuéntenos quién está postulando. *(Si en esta solicitud hay más personas que solicitan Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas, haga una copia del APÉNDICE E y adjúntela a la solicitud).*

	PERSONA 1	PERSONA 2
1. Nombre (Nombre, Segundo nombre, Apellido, Sufijo)	Primer nombreSegundo nombre Apellido Sufijo	Primer nombreSegundo nombre Apellido Sufijo
2. ¿Esta persona actualmente recibe o tiene derecho a Medicare?	☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, ¿cúal es su número de Medicare:	☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, ¿cúal es su número de Medicare:
3. ¿Es ciega esta persona?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No
4. ¿Esta persona solicita cuidados a domicilio o en un centro de enfermería?	☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, seleccione una opción a continuación: ☐ Asistencia a domicilio ☐ Cuidados en residencias	☐ Sí ☐ No **En caso afirmativo**, seleccione una opción a continuación: ☐ Asistencia a domicilio ☐ Cuidados en residencias
5. ¿Está esta persona interesada en solicitar el programa de Suplemento Estatal Residencial (Residential State Supplement, RSS)?	☐ Sí ☐ No	☐ Sí ☐ No

El RSS es un programa para adultos con ingresos bajos que tengan al menos 65 años o sufran alguna discapacidad. El programa RSS ayuda con asistencia financiera para que las personas puedan vivir en centros residenciales. Los solicitantes deben cumplir al menos un Nivel de Atención Protectora, además de otros criterios de elegibilidad del programa.

6. **Ingresos adicionales este mes**: Marque todas las opciones que apliquen. Mencione el importe mensual y quién percibe los ingresos. Si más de una persona recibe el mismo tipo de ingresos, utilice las filas marcadas con "Otro - Tipo".

Tipo	S	N	Persona	Importe
Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)				
Prestaciones para veteranos				
Indemnización por accidente laboral				
Otro - Tipo				
Otro - Tipo				
Otro - Tipo				

APÉNDICE E Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (continuación)

7. **Cuéntenos de los recursos que pertenecen a los miembros del hogar**. Mencione todas las que correspondan a la persona que solicita Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas. Si la persona está casada, mencione también todos los datos correspondientes a su cónyuge.
Cuéntenos el número de cuenta/póliza y el valor de cada una.
Si tiene más de uno de los elementos mencionados a continuación, incluya información sobre cada cuenta o póliza adicional a continuación en respuesta a la pregunta 8.

Tipo	S	N	Persona	Número de cuenta/póliza	Valor
401(k)/Keogh/IRA/pensión de jubilación					
Cuenta ABLE					
Tarjeta de pago de la agencia					
Cuenta de anualidades					
Seguro funerario					
Espacio funerario					
Efectivo/cheque no cobrado/fondos no cobrados					
Certificado de depósito (Certificate of Deposit, CD)					
Cuenta corriente					
Comunidad de Jubilados de Atención Continuada Cuota de inscripción					
Seguro de vida - A término					
Seguro de vida - Universal					
Seguro de vida - Completo					
Seguro de cuidados a largo plazo (LTC)					
Mercado monetario					
Fondos de inversión					
Contrato funerario prepagado					
Pagaré					
Acuerdo de propiedad (hipoteca/escritura)					
Bienes inmuebles vendidos por contrato					
Cuenta de ahorro					
Acciones/bonos					
Distribuciones continuas de juegos tribales					
Fideicomiso					
Otro - Tipo:					

8. **Cuéntenos sobre cualquier cuenta o póliza adicional.**
Si tiene varias cuentas y/o pólizas para los artículos mencionados en la pregunta 7, mencione la información a continuación.

Tipo	Persona	Número de cuenta/póliza	Valor

9. **Cuéntenos sobre los bienes inmuebles que pertenecen a algún miembro del hogar**. Enumere todos los que correspondan.

Tipo	S	N	Persona	Dirección	Valor justo de mercado Valor	Fecha de compra	Fecha de puesta en venta
Edificio							
Bienes inmuebles del patrocinador no ciudadano							
Casa/condominio							
Terreno							
Usufructo vitalicio							
Terreno - Vacante							
Terreno con edificios							
Casa móvil							

10. **Cuéntenos sobre los bienes personales que pertenecen a cualquier miembro del hogar**. Enumere todos los que correspondan.

Tipo	S	N	Persona	Fecha de obtención	Valor justo de mercado
Coleccionables/joyas					
Cultivos					
Herramientas					
Ganadería/aves de corral					
Otro - Tipo:					

11. **Cuéntenos sobre cualquier vehículo de motor que pertenezca a alguien del hogar.**
(Incluya todos los vehículos que tengan un miembro del hogar registrado, incluso si no están en funcionamiento).

Tipo	Persona	Año	Marca	Modelo	Valor justo de mercado

12. **Cuéntenos qué recursos de los mencionados en las preguntas 7 a 11 se han vendido, intercambiado o regalado en los últimos 5 años.**

Persona	Descripción	Valor justo de mercado	Fecha de venta, intercambio o cesión	El importe vendido por

13. **Cuéntenos qué gastos adicionales (no mencionados en el PASO 3) paga cada mes.**

Tipo	S	N	Persona	Importe
Gastos médicos				
Primas de Medicare				
Gastos de vivienda				
Gastos de suministros (Gas, electricidad, agua, etc.)				
Otro - Tipo:				
Otro - Tipo:				
Otro - Tipo:				

Formulario de registro de votante y actualización de información

Lea atentamente las instrucciones. Teclee o escriba con letra de molde claramente con tinta azul o negra.
Para obtener más información, puede consultar el sitio web de la Secretaría de Estado en: VoteOhio.gov o llamar al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

Elegibilidad
Puede registrarse para votar en Ohio si cumple todos los requisitos siguientes:

1. Es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Tendrá al menos 18 años el día de la elección general.
3. Será residente de Ohio durante al menos 30 días inmediatamente antes de la elección en la que desea votar.
4. No está encarcelado (en prisión o cárcel) por una condena por delito grave.
5. No ha sido declarado incompetente para votar por tribunal sucesorio.
6. No ha sido excluido de forma permanente por infracciones a las leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro vigente en Ohio si cambió de dirección o de nombre.

AVISO: este formulario debe recibirse o tener un matasellos 30 días antes de la elección en la que tiene intención de votar. Recibirá una notificación por parte de su junta electoral del condado sobre la ubicación en donde vota. Si no recibe una notificación después de haber presentado oportunamente este formulario, comuníquese con su junta electoral del condado.

Los números 1 y 2 son obligatorios por ley. Debe *responder* ambas*preguntas* para que se procese su registro.

Consulte la información al reverso de este formulario para saber cómo obtener una boleta de voto en ausencia.

Requisitos de identificación
Si tiene una licencia de conducir o una tarjeta de identificación estatal de Ohio vigente, debe proporcionar ese número en la línea 10. Si no tiene una licencia para conducir de Ohio, debe proporcionar los últimos cuatro dígitos de su número de seguro social en el renglón 10. Si no tiene ninguno, escriba "Ninguno".

Requisitos de residencia
Su residencia de votación es la ubicación que considera una residencia permanente, no temporal. Su domicilio electoral es el lugar en el que está fijada su habitación y al que, cada vez que se ausenta, tiene intención de regresar. Si no tiene un lugar para habitar fijo pero es un habitante regular o periódico de un refugio u otra ubicación a la que tiene intención de regresar, puede usar dicho refugio u otra ubicación como su residencia a fin de registrarse para votar. Si tiene preguntas sobre sus circunstancias específicas de residencia, puede comunicarse con su junta electoral local para recibir información adicional.

Su firma
En el área de abajo de la flecha en el cuadro 14, escriba su firma a mano en cursiva o haga su marca legal; tenga cuidado de no tocar las líneas cercanas para que, cuando la junta electoral del condado la convierta a formato digital, se pueda usar para identificar su firma sin problemas.

CUALQUIER PERSONA QUE COMETA FALSIFICACIÓN ELECTORAL ES CULPABLE DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.

Soy: ☐ **Registrarse como votante de Ohio** ☐ **Actualizar mi dirección** ☐ **Actualizar mi nombre**

1. ¿Es usted ciudadano de EE. UU.? ☐ Sí ☐ No
2. ¿Tendrá al menos 18 años de edad el día de la próxima elección general? ☐ Sí ☐ No

SI RESPONDIÓ QUE 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 (introduzca la nueva dirección si ha cambiado) Apto. o Lote núm.	5. Ciudad u oficina postal anterior	6. Código postal

7. Dirección postal adicional (si es necesaria)	8. Condado (donde vive)

9. Fecha de nacimiento (MM/DD/AAAA) (obligatoria)	10. Número de licencia de conducir de Ohio, número de tarjeta de identificación estatal o los últimos cuatro dígitos del número de seguro social (se requiere incluir o proporcionar una forma de identificación)	11. Número de teléfono (voluntario)

12. **DIRECCIÓN ANTERIOR SI ACTUALIZA EL REGISTRO ACTUAL** - Número de casa y calle anteriores

Ciudad u Oficina postal anterior	Condado	Estado

13. **CAMBIO DE NOMBRE ÚNICAMENTE** Nombre legal anterior	Firma anterior

SOLO PARA USO DE LA JUNTA
SEC4010
Revisado 03/2025

Distrito escolar

Distrito del Congreso

Distrito del Senado

Distrito de la Cámara

14. Declaro bajo pena de falsificación electoral que soy ciudadano de los Estados Unidos, habré vivido los 30 días inmediatamente anteriores a la elección en este estado, y tendré al menos 18 años de edad al momento de la elección general.

Su firma ↓ **Fecha** (MM/DD/AAAA) _____

☐ He completado este formulario en nombre del solicitante debido a una discapacidad, ceguera o analfabetismo. Doy fe de que el solicitante ha indicado que desea registrarse para votar o actualizar su nombre o residencia.

Firma del asistente del solicitante conforme al R.C. 3503.14(C).

PARA GARANTIZAR LA RECEPCIÓN DE SU INFORMACIÓN, HAGA LO SIGUIENTE:

1. Imprima este formulario.
2. Asegúrese de haber completado todos los campos obligatorios.
3. Firme y feche su formulario.
4. Doble y coloque su formulario en un sobre.
5. Envíe por correo su formulario a su junta electoral del condado.

Para obtener la dirección de la junta de su condado, visite VoteOhio.gov/Juntas.

Si tiene preguntas adicionales, llame a la
oficina de la Secretaría de Estado de Ohio al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

CÓMO OBTENER UNA PAPELETA PARA VOTO EN AUSENCIA DE OHIO

Cualquier votante de Ohio cuyo registro esté al día puede emitir un voto en ausencia. Las solicitudes de voto en ausencia pueden obtenerse en la junta electoral de su condado o en la Secretaría de Estado a través de Internet en VoteOhio.gov o por teléfono en la dirección 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN DE LOS VOTANTES DE OHIO

Los votantes debe llevar una identificación a las urnas para verificar su identidad. Los votantes que no presenten identificación podrán emitir un voto provisional de conformidad con el R.C. 3505.181. Para obtener más información sobre los requisitos de identificación de votantes, visite el sitio web del Secretario de Estado en VoteOhio.gov o llame al 877-SOS-OHIO (877-767-6446).

Tenga en cuenta que si el carné de conducir o el documento de identidad del solicitante contiene un identificador de "NO CIUDADANO" (en el reverso), la identificación requiere una prueba adicional de ciudadanía estadounidense.

CUALQUIER PERSONA QUE COMETA FALSIFICACIÓN ELECTORAL ES CULPABLE DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.