

SOLICITUD COMBINADA DE PROGRAMAS*La información y las instrucciones comienzan en la página 3.***SOLICITUD DE REGISTRO DE VOTANTE ADJUNTA - AYUDA DISPONIBLE**

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría aplicar para registrarse para votar?

 Sí, quiero registrarme para votar. NO, no quiero registrarme para votar.**Si no marca ninguna casilla, se considerará que ha decidido no registrarse para votar en este momento.**

Sección A. ¿Para cuáles programas le gustaría aplicar? (Por favor indique cuáles.) Para obtener información acerca de estos programas, por favor vea la página 4. Comienzo Saludable y Familias Sanas (Medicaid) (Healthy Start and Healthy Families (Medicaid)) Servicios de Salud para Niños y Familias (Child & Family Health Services (CFHS)) Ayúdame a Crecer (Help Me Grow (HMG)) Programa Nutricional para Mujeres, Bebés y Niños (Nutritional Program for Women, Infants & Children (WIC)) Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children w/ Medical Handicaps (BCMh))

Sección B. ¿Le gustaría recibir información sobre alguno de los siguientes programas? (Por favor indique cuál.) El Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS) se comunicará con usted para ayudarle a aplicar. Cuidado de niños Manutención de menores
 Asistencia financiera Asistencia alimenticia

Sección C. ¿Alguna de las personas que están aplicando para Medicaid recibió atención médica en los últimos 3 meses?

 Sí No Si así es, incluya la verificación de ingresos y los gastos médicos de los últimos 3 meses.

Si es menor de 21 años, estaba bajo cuidado de crianza en su cumpleaños número 18? Sí No

Nombre de la persona que está aplicando	Inicial del segundo nombre	Apellido	Teléfono de la casa	Teléfono del trabajo
Dirección (incluyendo número de apartamento)		Ciudad	Estado	Código postal
				Condado

Sección D. Por favor, ponga el nombre de cada persona que vive con usted. Para cada persona, responda el resto de las preguntas sólo si está solicitando cobertura médica para esa persona. Si está solicitando cobertura médica para usted, por favor ponga su nombre de primero.

1. Nombre completo (nombre, inicial, apellido)		Relación con usted	¿Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí está embarazada: Cuántos bebés espera Fecha prevista de nacimiento
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
2. Nombre completo (nombre, inicial, apellido)		Relación con usted	¿Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí está embarazada: Cuántos bebés espera Fecha prevista de nacimiento
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
3. Nombre completo (nombre, inicial, apellido)		Relación con usted	¿Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí está embarazada: Cuántos bebés espera Fecha prevista de nacimiento
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
4. Nombre completo (nombre, inicial, apellido)		Relación con usted	¿Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí está embarazada: Cuántos bebés espera Fecha prevista de nacimiento
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					
5. Nombre completo (nombre, inicial, apellido)		Relación con usted	¿Hispano / Latino? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	Idioma principal <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro (Por favor, especifique)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿Está discapacitado? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Sí está embarazada: Cuántos bebés espera Fecha prevista de nacimiento
Fecha de nacimiento	Número de seguro social	<input type="checkbox"/> Femenino <input type="checkbox"/> Masculino					

Sección E. Para usted y cada persona que vive con usted (ya sea si está o no solicitando cobertura médica para esa persona), enumere todo tipo de ingreso, como: anualidades, salarios, trabajo por cuenta propia, seguro social, pensión veteranos (VA), compensación a trabajadores, pensión alimenticia, manutención de menores o manutención médica.

Nombre	Empleador o fuente de ingresos	Cantidad bruta	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

Sección F. ¿Alguien en su casa le paga a alguien para cuidar a sus hijos mientras usted está en el trabajo o la escuela?
 Sí No Si así es, ¿cuánto paga por niño a la semana? \$ _____

Sección G. ¿Alguien en su casa paga manutención de menores o manutención médica? Sí No
 Si así es, ¿quién? _____ ¿Cuánto paga por semana? \$ _____

Sección H. Complete las líneas de abajo para cada póliza de seguro médico o la orden de manutención médica para una persona que vive con usted.

¿Quién está cubierto?	Compañía de seguros	Número de póliza	Prima mensual	Por favor, INDIQUE los servicios que cubre la póliza
			\$	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista
			\$	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista
			\$	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista
			\$	<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista

AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ESTOY DE ACUERDO en entregar la documentación y la verificación de la información de esta solicitud. Entiendo que se me puede pedir que autorice a CDJFS para realizar los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad. Al firmar una solicitud y recibir Medicaid, estoy asignando al Estado de Ohio todos los derechos a manutención médica y todos los derechos a los pagos por parte de un tercero responsable por la asistencia médica que se me debe a mí o alguna persona por la cual soy legalmente responsable durante el período de la elegibilidad de Medicaid.

Autorizo a cualquier persona que ofrezca cuidados médicos o suministros médicos para que proporcione al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio o al Departamento de Salud de Ohio, cualquier información relacionada con la magnitud, la duración, y el alcance de los servicios ofrecidos bajo el programa Healthy Start, Healthy Families de Medicaid, WIC y otros programas de asistencia médica. También autorizo al Departamento de Salud de Ohio y al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio para que intercambien cualquier información que yo haya proporcionado en este formulario, para permitirle a dichos departamentos determinar mi elegibilidad. Entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, incapacidades físicas o mentales, religión, origen nacional o creencias políticas.

NOTA: Su Número de Seguro Social (SSN, por sus siglas en inglés) no es necesario si sólo desea obtener los programas WIC, CFHS, HMG, o BCMH. Si usted proporciona el Número de Seguro Social en esta solicitud, éste será usado para comparar datos por computadora para verificar su elegibilidad y para la revisión de los programas. Estas revisiones le indican a la agencia si la participación y difusión del programa se están llevando a cabo.

Al firmar a continuación, afirmo que a mi mejor saber y entender las respuestas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley establece una pena de multas o prisión (o ambos) para toda persona declarada culpable de aceptar asistencia que él o ella no es elegible para recibir. Declaro bajo pena de perjurio que he revelado todas las anualidades y otros recursos financieros similares en los cuales yo o mi cónyuge tiene algún interés. **Declaro bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.**

Persona que está solicitando (<i>Por favor escriba su nombre en letra de molde</i>)	Firma	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a completar este formulario	Firma	Fecha

Por favor envíe por correo la solicitud completa, el formulario firmado de los derechos y responsabilidades y copias de la información importante a su oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado (CDJFS)
Para recibir ayuda para completar este formulario, llame al 1-800-324-8680 (TDD 1-800-292-3572 para personas con problemas de audición.)

No es necesario tener una entrevista en persona si está aplicando para Medicaid o BCMH.

Se requiere una solicitud diferente para la Asistencia Financiera o Asistencia Alimenticia. Para solicitar Asistencia Financiera a través de Ohio Trabaja Primero (Ohio Works First), Asistencia Alimenticia, o Medicaid para personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas, comuníquese con su oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado.

INSTRUCCIONES

1. Llene la solicitud en las páginas 1 y 2. FIRME y FECHE la solicitud en la página 2.
2. Use sus propias hojas de papel si necesita más espacio para responder a las preguntas, incluso para enumerar a más integrantes de la familia en la sección D.
3. Cada persona que solicite cobertura médica a través de Medicaid debe proporcionar un número de seguro social O prueba de que ha presentado una solicitud para obtener un número de seguro social. Un número de seguro social NO es necesario si sólo desea WIC, HMG, CFHS, y /o BCMH.
4. Adjunte copias de documentos importantes. Incluso los que se indican a continuación en la "Lista de Verificación de la Solicitud".

**¿Tiene preguntas? ¿Necesita ayuda para llenar este formulario?
Llame al 1-800-324-8680
TDD 1-800-292-3572**

Si usted no ha recibido una copia de los formularios JFS 07236 "Sus Derechos y Responsabilidades como Consumidor de la Cobertura Médica de Medicaid" o JFS 07400 "Recuperación del Patrimonio de Medicaid de Ohio," por favor, pida estos formularios informativos en su oficina local de CDJFS, llame a la Línea Directa del Consumidor al **1-800-324-8680** o **TDD 1-800-292-3572**, o visite <http://www.odjfs.state.oh.us/forms/inter.asp>.

LISTA DE VERIFICACIÓN DE LA SOLICITUD

Con el fin de obtener servicios de atención médica, hay cierta información que usted debe proporcionar.

Prueba de ingresos, como:

- Una copia de un talón de pago reciente, O
- Si trabaja por cuenta propia, un formulario de impuestos 1040 del IRS con el anexo C o F; O
- Una carta de su empleador indicando la cantidad de su ingreso bruto mensual.

Si está embarazada, una declaración escrita de un médico o enfermera. Esta debe incluir la fecha prevista de nacimiento y cuántos bebés espera (Por ejemplo: gemelos = 2 bebés).

Usted tendrá que mostrar **prueba de ciudadanía de EE.UU. o estatus migratorio** para las personas que están solicitando Medicaid. Los documentos originales deben presentarse a su CDJFS; copias sólo pueden aceptarse si están certificadas por la agencia que emitió el documento.

Si usted o sus hijos tienen cobertura médica a través de algún otro plan de seguro médico, usted tendrá que enviar una copia de su tarjeta de seguro médico u otra prueba de cobertura. Por favor, asegúrese de copiar ambos lados de su tarjeta.

Envíe por correo su solicitud firmada, el formulario de derechos y responsabilidades firmado, y las copias de la información importante a su oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado.

Si es aprobado para recibir Medicaid para usted o sus hijos, se le puede pedir que coopere con la agencia para el cumplimiento de la manutención de menores (CSEA) para establecer la paternidad (quién es el padre legal) o establecer y hacer cumplir una orden de manutención de menores que incluye manutención médica. Si usted está obligado a cooperar con la CSEA, se presentará una referencia a la CSEA a su favor. Si usted está obligado a cooperar, pero se niega a hacerlo, podría perder la cobertura para usted. Sus hijos seguirían cubiertos. Si usted no está obligado a cooperar con la CSEA, usted puede solicitar servicios de manutención de menores, completando el formulario JFS 07076 "Solicitud de Manutención de Menores".

PROGRAMAS DE COBERTURA MÉDICA

Ohio ofrece a las familias una variedad de opciones para obtener los servicios de atención médica. A continuación se muestra una breve descripción de los cinco programas financiados públicamente que están disponibles en todo Ohio. Las familias pueden solicitar uno o todos de los siguientes programas usando la solicitud adjunta.

Comienzo Sano y Familias Saludables (Healthy Start and Healthy Families)

Los Programas Comienzo Sano y Familias Saludables, ofrecen cobertura médica gratuita o a bajo costo a familias, mujeres embarazadas y niños (hasta los 19 años de edad). Algunos jóvenes adultos que cumplan determinados requisitos pueden ser cubiertos hasta los 21 años de edad. La cobertura incluye: visitas al médico, atención hospitalaria, servicios relacionados con el embarazo, recetas médicas, cuidado de la vista, servicios dentales, abuso de sustancias, servicios de la salud mental y ¡mucho más! Éstos son servicios de atención médica importantes que su familia necesita para mantenerse sana y fuerte. Comienzo Saludable y Familias Sanas son programas de Medicaid administrados por el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio. Para obtener más información, por favor llame al 1-800-324-8680 o visite www.jfs.ohio.gov/ohp/. Las familias que estén interesadas en recibir Asistencia Financiera a través del Programa Ohio Trabaja Primero (Ohio Works First), Asistencia Alimenticia (Food Assistance), o Medicaid para las personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas, deben comunicarse con la oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado.

Mujeres, Bebés y Niños (WIC)

El Programa para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, por sus siglas en inglés) le brinda alimentos nutritivos, información importante sobre la nutrición y educación sobre la lactancia materna y apoyo. También ayuda a las familias que son elegibles a encontrar atención médica u otros servicios que necesitan. Para ser elegible para WIC, usted debe ser una mujer que está embarazada o en período de lactancia o tener un bebé de menos de seis meses de edad. Los niños desde el nacimiento hasta los 5 años de edad también son elegibles. Las familias deben cumplir con los ingresos WIC y las normas de riesgo médico y nutricional. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su clínica local de WIC para más información. El programa WIC es administrado por el Departamento de Salud de Ohio (ODH).

Servicios de Salud para Niños y Familias (Child & Family Health Services (CFHS))

El Programa de Servicio de Salud para Niños y Familias (CFHS, por sus siglas en inglés) en su área puede ayudarle con uno o más de los siguientes servicios: atención médica para niños y adolescentes, cuidado prenatal y/o planificación del cuidado familiar. Las clínicas pueden ofrecer exámenes físicos de rutina para el niño, consejos de nutrición, exámenes de laboratorio, educación sobre la salud y podrían ayudarle a obtener otros cuidados médicos que usted necesite. Si usted no tiene ninguna otra manera de pagar por los servicios de una clínica CFHS como un seguro médico o cobertura de Medicaid, el costo de los servicios clínicos se basará en el tamaño de su familia y sus ingresos. A nadie se le pueden negar los servicios si no puede pagar. Para aplicar, llene la solicitud adjunta o visite su clínica local de Servicios de Salud para Niños y Familias. Este programa es administrado por ODH.

Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps)

El Departamento de Niños con Discapacidades Médicas (BCMh, por sus siglas en inglés) es un programa de atención médica que ofrece servicios para niños con necesidades médicas especiales. Para recibir servicios BCMh un niño debe ser residente de Ohio, ser menor de 21 años de edad y estar bajo el cuidado de un médico aprobado por BCMh. Las familias también deben cumplir con algunos criterios de ingresos para ser elegibles. BCMh trabaja muy cerca con las enfermeras de salud pública en departamentos de salud locales para incrementar los servicios a los niños con discapacidades y sus familias. Para obtener más información sobre BCMh, las familias deben comunicarse con su departamento de salud local o llamar al 1-800-755-GROW (4769). Este programa es administrado por ODH.

Ayúdame a Crecer (Help Me Grow (HMG))

El objetivo del programa Ayúdame a Crecer (HMG, por sus siglas en inglés) es el de asegurar que los todos recién nacidos, niños y bebés en Ohio tengan el mejor comienzo posible en la vida. Los programas locales de Ayúdame a Crecer proporcionan servicios que:

- Identifican a los niños con o en riesgo de retrasos en el desarrollo o discapacidades;
- Proporcionan exámenes de salud, de audición, de la vista y del desarrollo;
- Proporcionan a los padres información sobre el desarrollo social y emocional de sus hijos para sentar las bases para el éxito escolar posterior;
- Aseguran que los padres tengan información sobre la importancia de las primeras vacunas de la infancia y la atención de la salud pediátrica de rutina; y
- Conectan a los niños en edades de tres años con los servicios apropiados.

Las personas que estén interesadas en recibir Asistencia Financiera a través de Ohio Trabaja Primero (Ohio Works First), Asistencia Alimenticia (Food Assistance), o Medicaid para personas de la tercera edad, ciegas o discapacitadas deben comunicarse con la oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de su Condado.

Formulario de Registro de Votante

Por favor lea las instrucciones atentamente. Por favor escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra.
Para más información puede consultar el Sitio Web del Secretario de Estado en: www.sos.state.oh.us 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			

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

FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (Rev. 07/08) City, Village, Twp.
Ward
Precinct
School Dist.
Cong. Dist.
Senate Dist.
House Dist.



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.**