

PARA USO EXCLUSIVO DE LA AGENCIA	Nombre del Caso	No. de Caso	Fecha enviada / recogida	Fecha en la que se devolvió a CDJFS	Identificación Única
----------------------------------	-----------------	-------------	--------------------------	-------------------------------------	----------------------

SOLICITUD PARA RECIBIR AYUDA CON LOS GASTOS DE MEDICARE

Medicaid puede ayudarle a pagar los costos relacionados con Medicare. Todos o una parte de los gastos de Medicare pueden ser pagados por las siguientes categorías de Medicaid: Beneficiario Calificado de Medicare ("QMB"), Beneficiario de Bajos Ingresos Especificado de Medicare (SLMB), Individuos-1 Calificados (QI-1), Individuos-2 Calificados (QI-2), o Individuos Discapacitados Calificados que Trabajan (QWDI). Por favor, complete esta solicitud para solicitar o para continuar recibiendo este tipo de asistencia.

- No se requiere una entrevista en persona
- Usted deberá proporcionar un comprobante de identificación, ciudadanía, edad, ingresos y recursos
- Esta no es una solicitud de asistencia con efectivo, ni de Medicaid regular ni de estampillas de comida. Si usted desea solicitar cualquier otro tipo de asistencia, por favor, comuníquese con el Departamento de Trabajo y Servicios para Familias de su condado.

Si desea hacer alguna pregunta, por favor, comuníquese con la Línea Especial para los Clientes de Medicaid, llamando al 1-800-324-8680 o TDD 1-800-292-3752.

Usted puede utilizar las áreas en blanco al final de las páginas si necesita más espacio para contestar una pregunta.

1. Nombre del solicitante (Escribir en letra de molde)		2. Número de teléfono donde nos podemos comunicar con usted.		3. <u>Su</u> Número de Seguro Social		1. Número de <u>Reclamo</u> del Seguro Social	
5. Dirección		6. Ciudad	Estado	7. Código Postal	8. ¿Se están deduciendo las cuotas de la Parte B de Medicare de su cheque de Seguro Social? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Fecha en la que se inició la deducción:		
9. Fecha de nacimiento	10. Lugar de Nacimiento		11. ¿Es usted ciudadano(a) de los Estados Unidos de América? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si usted contestó "NO", se le solicitará que presente su tarjeta de residencia y formularios del INS [Servicio de Inmigración y Naturalización]		12. Raza / afiliación étnica (optativo) <input type="checkbox"/> Negra / no de origen hispano <input type="checkbox"/> Blanca / no de origen hispano <input type="checkbox"/> Hispana <input type="checkbox"/> Indio Americano <input type="checkbox"/> Asiática / Isleño del Pacífico <input type="checkbox"/> Otra		
13. Estado Civil: <input type="checkbox"/> SOLTERO(A) <input type="checkbox"/> CASADO(A) <input type="checkbox"/> VIUDO(A) <input type="checkbox"/> DIVORCIADO(A) Si usted está casado(a) o ha sido casado(a), indique la siguiente información con respecto a cada cónyuge. NOMBRE: _____ FECHA DE NACIMIENTO: _____ No. DE SEGURO SOCIAL: _____ ¿Cuál es(son) la(s) fuente(s) de ingreso? _____ Ingreso bruto por mes \$ _____ Si usted está casado(a), ¿su cónyuge recibe Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - ¿Necesita él o ella ayuda con los gastos de Medicare? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No - ¿Esta solicitud también es para que su cónyuge reciba ayuda? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No							

14. ¿Alguna vez recibió asistencia en efectivo, Medicaid o estampillas de comida? U Sí U No Si usted contesta "SI", por favor, explique dónde, cuándo y el tipo de asistencia que recibió

15. Proporcione información sobre sus ingresos. ¿De dónde proviene? ¿Cuánto recibe? ¿Con qué frecuencia? Incluya todos los ingresos de todas las fuentes tales como Seguro Social, SSI [Ingresos de Seguridad Suplementarios], Beneficios para Veteranos, pensión alimenticia, empleo u otro(s) tipo(s) de ingresos como dinero de amigos y familiares que recibe de forma habitual.

TIPO DE INGRESO	MONTO BRUTO	CON QUE FRECUENCIA
	\$	
	\$	
	\$	

16. Indique todos los recursos o bienes actuales. Asegúrese de mencionar cualquiera de los siguientes que usted y su cónyuge poseen. Enumere los números de cuentas bancarias así como el o los saldo(s) actual(es).

- | | | | | |
|--------------------|--------------------------|--------------------|------------------------------------|----------------------------------|
| Cuenta de Ahorros | Acciones / bonos | Planes 401K | Fondos del Mercado Monetario | Planes Keogh |
| Cuentas de cheques | Cuentas de resguardo | Fondos fiduciarios | Seguros de vida Fiscal | Cuentas de entierro revocables |
| Unión de Crédito | Certificados de depósito | Clubes navideños | Contratos territoriales | Cuentas de entierro Irrevocables |
| Pagarés | Automóviles | Otros Vehículos | Cuentas Individuales de Jubilación | Otro(s) bien(es) (Describa) |

TIPO DE RECURSO	Nº DE CUENTA / PÓLIZA	VALOR	NOMBRE DEL BANCO, CO. DE SEGURO, ETC.
		\$	
		\$	
		\$	

Utilice este espacio para agregar información

<p>17. ¿Es usted propietario(a) de la totalidad o de parte de bienes raíces en los cuales usted <u>no</u> reside? Esto incluye casas, terrenos vacantes, campos agrícolas y propiedades comerciales. <u> Sí </u> <u> No </u> Si su respuesta es "SI", proporcione información acerca de la propiedad. (<u>No incluya la casa en la que usted reside</u>).</p> <p>Dirección: _____ Valor: \$ _____ Dirección: _____ Valor: \$ _____</p>
<p>18. ¿Tiene usted alguna otra cobertura de seguro médico? U SÍ U NO Si respondió "SI", por favor proporcione la siguiente información:</p> <p>Nombre de la compañía / plan de seguro: _____ N° de la póliza: _____ Costo mensual: \$ _____</p>
<p>19. ¿Desea usted que se explore su elegibilidad para recibir asistencia en cuanto a sus gastos de Medicare de los últimos tres meses? <u> Sí </u> <u> NO </u> Si su respuesta es "SI", por favor, incluya o adjunte una verificación de sus ingresos correspondientes a los últimos tres meses.</p>
<p>20. ¿Anticipa usted algún cambio en su hogar en los próximos 12 meses incluyendo las personas con las que vive, la cantidad de dinero que usted (o su cónyuge) recibe, un cambio en sus recursos, u otros cambios en cuanto a las circunstancias que usted describió cuando contestó las preguntas de esta solicitud? U SÍ U NO Si respondió "SI", ¿Qué cambio anticipa?</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
<p>21. Usted puede nombrar a alguien para que sea su representante autorizado. Esta persona debe tener por lo menos 18 años de edad. El o ella tendrá la capacidad de desempeñarse como su representante con respecto a su solicitud y a todas las demás acciones concernientes a su caso. Esta persona puede ser un(a) amigo(a), familiar, vecino o representante legal. Usted puede elegir a un representante legal en otro momento si es que no desea nombrar a uno ahora. ¿Desea usted nombrar a un representante legal en este momento? U SÍ U NO Si la respuesta es "SI", por favor, proporcione la información con respecto a su representante autorizado.</p> <p>Nombre del representante autorizado _____ Edad _____ Dirección del representante autorizado _____ No de teléfono () _____</p>
<p>Utilice este espacio para agregar información</p>

Por favor, lea la página 4 de esta solicitud con mucha atención. Usted o su representante autorizado deberá firmar y colocar la fecha en esta solicitud.

POR FAVOR, LEA CON ATENCIÓN

Sus derechos y obligaciones como solicitante o cliente de Medicaid según se describe a continuación.

Yo afirmo haber leído mis derechos y obligaciones o que los mismos me fueron leídos. Yo los comprendo y se me ha proporcionado una copia de estos derechos y obligaciones para mis archivos personales. Yo afirmo además haber contestado estas preguntas correctamente y de acuerdo a mi leal saber y entender. Yo acuerdo cumplir con mis responsabilidades según lo descrito. Yo acuerdo proporcionar comprobantes de elegibilidad, cuando se soliciten dichos comprobantes.

Yo autorizo a cualquier persona que me proporciona atención médica o suministros médicos a que le entregue al Departamento de Medicaid de Ohio ("Medicaid", por sus siglas en inglés), cualquier información relacionada con la medida, duración y alcance de los servicios que Medicaid me ha proporcionado. Esta información incluye pero no se limita a: formularios de reclamo, historia clínica del paciente, archivos con información con respecto a las visitas en el consultorio, análisis de laboratorio, procedimientos, y tratamientos así como mi elegibilidad para el programa.

Yo comprendo que esta solicitud será considerada sin tener en cuenta la raza, color, sexo, edad, discapacidad, religión, nacionalidad o creencia política de el/la solicitante.

Yo comprendo que la ley establece la imposición de multas y/o el encarcelamiento para aquellos que hayan sido declarados culpables de aceptar asistencia para la que él o ella no es elegible. Yo declaro bajo pena de falso testimonio que toda la información que se incluye en esta solicitud es verdadera y está completa de acuerdo a mi leal saber y entender.

Mi firma a continuación significa que se me ha proporcionado una copia de "Sus Derechos y Obligaciones como Cliente de la Cobertura Médica de Medicaid" (ODM 07236 o ODM 07236-S / versión en español). Yo comprendo que podré llamar al Departamento de Medicaid si tengo preguntas con respecto a mis derechos y obligaciones.

FIRMA DEL SOLICITANTE X _____ FECHA: X

Firma del representante autorizado (si lo hubiera): _____ FECHA: _____

Firma de un testigo (si firma con una "X"): _____ FECHA: _____

Firma de la persona que ayudó a completar la solicitud (si la hubiere) _____ FECHA: _____

Use este espacio adicional para agregar información.

Por favor revise este documento para asegurarse de haber respondido todas las preguntas correctamente.
Una solicitud incompleta puede demorar la determinación de su elegibilidad.

Voter Registration and Information Update Form

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

Formulario de Registro de Votante o Actualización de Registro Actual

Por favor lea las instrucciones atentamente. Por favor escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra. Para más información puede consultar el Sitio web del Secretario de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llamar al 1-877-767-6446.

Eligibility

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

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

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

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

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

Registering in Person

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

Registering by Mail

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

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

Residency Requirements

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

Your Signature

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

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

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

Elegibilidad

Usted puede registrarse para votar si cumple todos los requisitos siguientes:

1. Usted es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Usted tendrá al menos 18 años de edad el día de las elecciones generales o antes de las mismas.
3. Usted habrá sido un residente de Ohio durante al menos los 30 días previos a las elecciones en las que quiere votar.
4. Usted no está encarcelado (en la cárcel o en prisión) por un delito grave.
5. Usted no ha sido declarado incompetente a fines de votación por un tribunal testamentario.
6. Usted no ha sido privado de sus derechos de forma permanente por violaciones de leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro actual en Ohio si ha cambiado de domicilio o nombre.

AVISO: Este formulario debe ser recibido o estar matasellado al menos 30 días antes de unas elecciones en las que usted tiene intención de votar. La junta electoral del condado le notificará el lugar donde usted vota. Si no recibe una notificación después de entregar su formulario a tiempo, por favor póngase en contacto con la junta electoral de su condado.

Números 1 y 2 del formulario a continuación son obligatorias por ley. Debe contestar a **ambas** preguntas para que su registro pueda ser procesado.

Registrarse en Persona

Si usted tiene una licencia de conducir de Ohio válida, tiene que facilitar ese número en la línea 10. Si usted no tiene una licencia de conducir de Ohio, tiene que facilitar los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en la línea 10. Si no tiene ninguno de los dos, por favor escriba "Ninguno".

Registrarse por Correo

Si usted se registra por correo y no facilita un número de licencia de conducir de Ohio o los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social, por favor incluya con su solicitud una copia de una de las siguientes formas de identificación que muestre su nombre y domicilio actual:

Actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, nómina, cheque del gobierno, o otro documento del gobierno (con excepción de una notificación de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual.

Requisitos de Domicilio

Su domicilio de votar es el lugar que usted considera ser su domicilio permanente y no temporario. Su domicilio de votar es el lugar en lo que su habitación es fijada y el lugar a lo que, cuando usted esté ausente, tiene la intención de regresar. Si usted no tiene una habitación fijada, pero está habitante consistente y regular de un refugio o de otro lugar a lo que tiene la intención de regresar, se permite usar ese refugio como domicilio para su registro de votante. Si usted tiene preguntas sobre su circunstancia específica de domicilio, pongase en contacto con la junta electoral de su condado.

Su Firma

En la área debajo de la flecha en casilla 14, por favor firme en cursiva y por mano o ponga su marca, teniendo cuidado de no tocar las líneas o el texto que la rodean para que cuando la junta electoral de su condado lo hacen una imagen digital, la pueden usar para identificar su firma.

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

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

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

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

3. Last Name / Apellido		First Name / Nombre		Middle Name or Initial / Segundo Nombre o Inicial		Jr., II, etc.			
4. House Number and Street (Enter new address if changed) / Número de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado)				Apt. or Lot # / Apt. o No. de Parcela		5. City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos		6. ZIP Code / Código Postal	
7. Additional Mailing Address (if necessary) / Dirección Postal Adicional (si es necesario)				8. County (where you live) / Condado (donde vive)				FOR BOARD USE ONLY SEC4010 (Rev. 6/14) City, Village, Twp. Ward Precinct School Dist. Cong. Dist. Senate Dist. House Dist.	
9. Birthdate (MO-DAY-YR) (required) / Fecha de Nacimiento (MES-DÍA-AÑO) (obligatorio)		10. Ohio Driver's License No. OR last four digits of Social Security No. (one form of ID required to be listed or provided) / No. de la licencia de conducir de Ohio o últimos cuatro dígitos del No. del Seguro Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación)				11. Phone No. (voluntary) / No. Tfno. (voluntario)			
12. PREVIOUS ADDRESS IF UPDATING CURRENT REGISTRATION - Previous / DOMICILIO ANTERIOR SI ESTA ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior									
Previous City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos				County / Condado		State / Estado			
13. CHANGE OF NAME ONLY / SOLO CAMBIO DE NOMBRE / Former Legal Name / Nombre Legal Anterior				Former Signature / Firma Anterior					

14.
 I declare under penalty of election falsification I am a citizen of the United States, will have lived in this state for 30 days immediately preceding the next election, and will be at least 18 years of age at the time of the general election.
 Declaro, so pena de fraude electoral, que soy ciudadano de los Estados Unidos, que habré vivido en este estado durante al menos los 30 días previos a las elecciones siguientes y que tendré al menos 18 años de edad en el momento de las elecciones generales.

Your Signature / Su firma ↓ Date / Fecha _____ / _____ / _____
 MO DAY YR / MES DÍA AÑO

HOW TO OBTAIN AN OHIO ABSENTEE BALLOT

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

OHIO VOTER IDENTIFICATION REQUIREMENTS

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

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

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

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

If you have additional questions, please call the office of the Ohio Secretary of State at 877-SOS-OHIO (767-6446).

CÓMO CONSEGUIR UNA BOLETA O PAPELETA DE VOTO EN AUSENCIA

Usted tiene derecho a votar mediante una boleta o papeleta de voto en ausencia en Ohio sin tener que dar un motivo. Las solicitudes de boletas o papeletas de voto en ausencia se pueden obtener de la junta electoral de su condado o del Secretario de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llamando al 1-877-767-6446.

REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO

Los votantes deben traer identificación a los centros de votación para verificar su identidad. La identificación puede incluir actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o una copia de un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, cheque del gobierno, nómina, o otro documento del gobierno (con excepción de notificaciones de las elecciones o notificaciones de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual. Los votantes que no faciliten ninguno de estos documentos aún podrán votar facilitando los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del votante y ejerciendo una papeleta provisional de conformidad con R.C. 3505.181. Para obtener más información acerca de los requisitos de identificación de los votantes, por favor consulte el Sitio web del Secretario de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llame al 1-877-767-6446.

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