**ODJFS TANF Formulario de Elegibilidad sin Asistencia para Servicios Financiados por TANF**

*Esta Aplicación debe de ser completada por el aplicante/participante que sea el padre o la madre de un niño que tenga 17 años o menos edad, o 18 años y en escuela superior.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Nombre: | Núm. de Seguro Social: | Núm. de Teléfono: |
| Dirección Física: | Ciudad: | Estado: | Área Postal: |

**Paso 1: Estatus de Ciudadanía/No-Ciudadanía Calificada**

Estatus de ciudadanía o de no-ciudadanía calificada es requerida para “beneficios por necesidad financiera.”Esto significa que la elegibilidad para el beneficio,programa o servicio sustentador está basada en ingresos.

Si el aplicante no reúne uno de los siguientes criterios, **ellos**

**son** considerado**s** inelegible**s** para los “beneficios por necesidad financiera” de TANF.

1. ¿Es el aplicante/individuo/miembro de la familia un ciudadano de los Estados Unidos? [ ]  Sĺ [ ] NO
2. ¿Reúne el aplicante una de las excepciones al requisito de ciudadanía bajo el Ohio Administrative Code regla 5101:1-2-30?

[ ]  Sĺ [ ]  NO

 Si contestó afirmativamente, favor de indicar cuál excepción y la fecha de entrada:

Paso 2: Definiciones con respecto a la Familia e Ingreso Familiar:

La familia que solicita servicios incluye:

☐ Familiar con custodia (madre, padre, madre adoptiva, padre adoptivo, o pariente de un niño dependiente con 17 años o menos (o 18 años el cual todavía es un estudiante a tiempo completo de escuela superior o está en un nivel equivalente de entrenamiento vocacional o técnico), el cual nunca se ha casado o cuyo matrimonio fue anulado y cuya elegibilidad está siendo determinada.

☐ Familiar sin custodia: el padre o la madre no reside con el niño (vea la definición de niño descrita arriba) cuya elegibilidad está siendo considerada. Ambos el padre o la madre sin custodia y el niño deben de residir en el Estado de Ohio.

☐ Pariente Consanguíneo: incluye aquellos de un sólo vínculo, dentro de la relación de hermanos, primos hermanos, sobrinos, sobrinas, tías, tíos e individuos de generaciones anteriores tales como: abuelos, bisabuelos, tatarabuelos, etc. Este grupo incluye familiares dentro del quinto grado de parentesco con el niño dependiente; por lo tanto, esto incluye a hijos de primos hermanos, pero no a primos segundos.

Click here to enter text.

Usando la tabla que sigue, determine si el ingreso familiar está en o por debajo del 200% del Nivel de Pobreza Federal más reciente. Seleccione el tamaño familiar que aplica y el ingreso mensual que corresponde al nivel de ingreso de la familia aplicante.

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)**  | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** | **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)** | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** | **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)** | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** |
|  1 4 $4,625 7 $6,9852 $3,052 5 $5,412 8 $7,7723 $3,839 6 $6,199 9 $8,559 | $2,430 |  | 4 | $5,000 |  | 7 | $7,570 |  |
| 2 | $3,287 |  | 5 | $5,587 |  | 8 | $8,427 |  |
| 3 | $4,144 |  | 6 | $6,714 |  | 9 | $9,284 |  |

Número de miembros en la familia: Click here to enter text.

¿Se encuentra el nivel total de ingresos de la famila en o por debajo del 200% del Nivel de Pobreza Federal basado en el tamaño de la familia? [ ]  Sĺ [ ]  NO

Complete la tabla con la información sobre todos los hijos (con 17 años o menos, o 18 años y en la escuela superior) menores de la aplicante:

**Paso 3: Atestación Propia**

**El Proveedor tiene que repasar las siguientes afirmaciones con el aplicante/participante del programa:**

[ ]  **Entiendo que por ley tengo que proveer mi número de seguro social para recibir beneficios/servicios financiados**

**con fondos de TANF. Esto es mandatorio bajo el Social Security Act (42 U.S.C. 1137).**

[ ]  **Entiendo que mi número de seguro social será usado para asociar todos los récords con mi identificación incluyendo**

**la participación en programas y el recibo de servicios y beneficios.**

[ ]  **Certifico que a mi mejor entender, la información incluida en esta aplicación es verdadera, incluyendo ingresos e**

**información sobre ciudadanía/ciudadanía no-calificada.**

[ ]  **Certifico que como el padre, o la madre o el/la guardián legal del niño menor para el cual servicios están siendo solicitados, nosotros no hemos recibido beneficios de manera fraudulenta bajo los programas de OWF y/o PRC,**

**O que hemos repagado el costo de cualquier ayuda fraudulenta definida en la sección 5101.83 del Ohio Revised Code y la regla 5101:1-23-75 del Ohio Administrative Code.**

**Nombre: Núm. de Seguro Social: Núm. de Teléfono:**

**Dirección Física: \_\_\_\_\_\_\_\_ Ciudad: Estado:\_\_\_\_\_\_\_ Área Postal:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

 **Firma Fecha**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nombre | Edad | Nombre | Edad |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

***¿C*ÓMO RADICO UNA QUERELLA POR DISCRIMEN*?***

 ***Su querella puede ser radicada con:***

***El Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of Civil Rights, 30 East Broad Street, 30th Floor***

***Columbus, Ohio 43215-3414 F*acsímil *al: (614) 752 – 6381***

 **El personal del Bureau of Civil Rights (BCR, por sus siglas en inglés) está disponible para ayudarle a redactar y radicar su[s] querella[s]. Usted puede llamar a BCR al*(614) 995-7770 o Sin Cargos al 1-866-227-6353, TTY (614) 995-9961 o Sin Cargos al 1- 866-221-6700***

*SU DERECHO A UNA VISTA ADMINISTRATIVA*

*Usted tiene derecho a una vista administrativa. Si alguna otra persona solicita una vista administrativa por usted tiene que incluir una declaración escrita, firmada por usted, diciéndonos que tal persona es su representante. Sólo usted puede pedir la misma por teléfono. ODJFS tiene que recibir su solicitud 90 días a partir de la fecha de este aviso. Usted tiene que escoger una de las siguientes maneras de enviarnos su requerimiento de vista administrativa. Usted debe de guardar la prueba de cúando y cómo nos envió su requerimiento de vista administrativa. Favor de enviar una sola vez su requerimiento de vista administrativa e incluya con el mismo las dos páginas de este aviso.*

*Electrónicamente - Envíe su requerimiento de vista administrativa al ODJFS Bureau of State Hearings SHARE Portal al* [*https://hearings.jfs.ohio.gov/SHARE*](https://hearings.jfs.ohio.gov/SHARE)*. Entre al SHARE Portal usando su Ohio Benefits ID y su contraseña para someter su requerimiento. (Si usted no tiene una cuenta en el sistema Ohio Benefits, abra una a través de ssp.benefits.ohio.gov); o*

*Mensaje Electrónico - Envíe su mensaje electrónico a ODJFS Bureau of State Hearings al* *bsh@jfs.ohio.gov**. En el espacio de asunto, escriba “State Hearing Request”. En el mensaje, escriba toda la información de los encasillados que se encuentran en la parte superior de esta página y cualquier información adicional de abajo; o*

*Teléfono - Llame por teléfono a la Línea de Acceso al Consumidor de ODJFS al 866-635-3748. Siga las instrucciones sobre “State Hearings.” Mencione este formulario.*

*Si usted interesa información sobre servicios legales gratuitos, pero desconoce el número de teléfono de su oficina local de servicios legales, usted puede contactar su Oficina Local de Servicios Legales en Ohio llamando al 1-866-529-6446.*

***For Agency (Grantee) Use Only:***

***Did the applicant attest to meeting the Family and Income Eligibility Requirement (This answer is not related to agency approval, only to confirmation of the applicant response)***

***☐ Yes ☐ No***

***Was the Applicant Approved or Denied? ☐ Approved ☐ Denied ☐ Approved for funding not related to TANF***

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| *Organization Name:* | *Reviewer Name* | *Date* |

*Form Revised 10-1-2023*