



Inscripción al programa & Información sobre beneficios

Información de Inscripción al Programa y los Beneficios

Resumen 2

¿Qué tipos de ayuda ofrecen los departamentos de trabajo y servicios familiares del condado? 2

Proceso de solicitud: ¿cómo solicito ayuda? 3

Violencia doméstica 3

Preguntas frecuentes sobre la presentación de solicitud 4

Derechos y responsabilidades 5

Requisitos laborales para la Asistencia alimentaria 6

Audiencias estatales 8

Derechos civiles 9

Estado de ciudadanía y migratorio 11

Programas y servicios de Medicaid 12

Advertencia de sanción para la Asistencia alimentaria 14

Números de seguro social 15

Fraude 15

Control de calidad 15

Recursos útiles 16

Resumen

Este folleto contiene información valiosa acerca de muchos programas que se ofrecen a través de los departamentos de trabajo y servicios familiares del condado. Explica cómo solicitar los programas, qué información debe proporcionar cuando postula y qué hacer si no está de acuerdo con las decisiones tomadas acerca de su elegibilidad. También se refiere a:

- Su derecho a que lo traten de forma justa.
- Sus derechos y responsabilidades como consumidor.

Las últimas tres páginas de este manual contienen formularios con líneas perforadas que quizás desee desprender para usar:

- El formulario JFS 07105 —Lista de control para la verificación al presentar la solicitud y al volver a presentar la solicitud— Muestra las verificaciones que la agencia de su condado puede exigir cuando usted solicita o vuelve a solicitar los beneficios.
- El formulario JFS 041966 —Formulario para informar cambios en la asistencia alimentaria— Puede usar este formulario para informar un cambio si usted está recibiendo Asistencia alimentaria.
- El formulario JFS 07092 —Aviso para personas que presentan una solicitud para o participan en Ohio Works First respecto de la cooperación con la Agencia de cumplimiento con la manutención por hijo— Primero debe firmar y devolver este formulario si no está postulando o recibiendo asistencia con dinero en efectivo de Ohio Works First.

¿Qué tipos de ayuda ofrecen los departamentos de trabajo y servicios familiares del condado?

Los departamentos de trabajo y servicios familiares del condado pueden ayudar con:

- Ayuda con dinero en efectivo
- Cuidado de niños
- Manutención por hijo
- Asistencia alimentaria, que también se conoce como beneficios del Programa Asistencial de Nutrición Suplementaria (Supplemental Nutrition Assist Program, SNAP)
- Medicaid

Las agencias locales de cada condado administran estos programas. Estas agencias incluyen:

- Al Departamento de Trabajo y Servicios Familiares del Condado (County Department of Job and Family Services, CDJFS). Algunas personas lo llaman departamento de bienestar.
- A la Agencia pública de servicios infantiles (Public Children Services Agency, PCSA). Algunas personas la llaman junta de servicios infantiles.
- A la Agencia de cumplimiento con la manutención por hijo del condado (CSEA).

En algunos condados la PCSA o la CSEA forman parte del CDJFS.

Usted tiene derecho de presentar una solicitud para recibir ayuda de estas agencias del condado. La agencia del condado decidirá qué ayuda puede obtener de conformidad con las leyes estatales y federales y coordinará todo para que usted reciba dicha ayuda.

¿Qué otros servicios están disponibles?

Otros servicios que se encuentran disponibles a través de las agencias del condado son:

- Servicios de empleo, como capacitación y asistencia para conseguir trabajo.
- Indemnización por desempleo.
- Servicios de apoyo al trabajador mediante el programa de Prevención, Retención y Contingencia (Prevention, Retention and Contingency, PRC).
- Custodia tutelar y asistencia para la adopción.
- Servicios de Aprendizaje, Ganarse el sustento y de Paternidad (Learning, Earning and Parenting, LEAP).
- Servicios para el reasentamiento de refugiados, tales como asistencia para el empleo y exámenes de evaluación de salud.
- Otros servicios sociales.

Proceso de solicitud: ¿cómo solicito ayuda?

Para obtener Asistencia alimentaria y médica con dinero en efectivo

- Puede solicitarla en cualquier momento en benefits.ohio.gov.
- O Ud. puede llenar una "Aplicacion de Asistencia de Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Financiera, Asistencia Medical o Asistencia para el Cuidado Infantil" (forma JFS 07200) y evíelo a la agencia del condado por correo, personalmente, o por fax. Puede encontrar la forma en el website jfs.ohio.gov/form07200.

Para Medicaid:

- o Puede solicitarlo en línea en cualquier momento a través de benefits.ohio.gov.
- o Puede llamarnos a la Línea directa para el consumidor de Medicaid al 1-800-324-8680 para pedirnos una solicitud o para hacer la solicitud por teléfono.
- o Puede completar el formulario "Solicitud de cobertura de salud y ayuda para pagar los costos" (ODM 07216), que se encuentra en medicaid.ohio.gov/Portals/0/Resources/Publications/Forms/ODM07216.pdf.
- o O, puede obtener ayuda en persona en las clínicas u hospitales locales.

Complete tanto de la solicitud como sea posible. Un amigo o un parente puede ayudarle a completar la solicitud. También puede pedir ayuda a la agencia de su condado. Luego de firmar y poner la fecha en la solicitud, puede enviarla, incluso si tiene que recabar otra información. Firmar la solicitud significa que usted está proporcionando información verdadera y correcta según su leal entender.

Si trabajador de caso tiene 30 días para tomar una decisión acerca de su caso. Algunas viviendas pueden calificar para que las solicitudes de asistencia alimentaria se procesen en un plazo de 24 horas o siete días, según las circunstancias de la vivienda. Recibirá un aviso de determinación de elegibilidad luego de que la agencia del condado haya recibido su solicitud. Revise los avisos con atención. Cada carta incluirá información de contacto sobre su oficina local por si tiene alguna pregunta.

¿Cómo encuentro la oficina de mi condado?

Puede encontrar la dirección y el número de teléfono de la agencia de su condado en jfs.ohio.gov/County o buscando en la sección "Gobierno" del directorio telefónico de su condado. Algunas agencias del condado tienen varias sedes, por lo tanto asegúrese de llamar primero a la sede más cercana a usted. El horario de atención de la agencia del condado puede variar.



Violencia doméstica

La violencia doméstica ocurre cuando una persona de su vivienda sufre daños por parte de otra persona que es o fue su pareja, cónyuge, novio o novia o un integrante de su hogar o familia. La violencia doméstica incluye golpear, herir, amenazar o asustar a una persona al perseguirla o evitar que se mueva libremente. No se le exigirá que denuncie la violencia doméstica al departamento de trabajo y servicios familiares de su condado. Cualquiera información que desee compartir es confidencial. Sin embargo, es obligatorio que la agencia del condado denuncie el maltrato infantil a la agencia de servicios infantiles públicos del condado. Además, puede recibir ayuda confidencial gratuita al llamar a la Red contra la violencia doméstica de Ohio (Ohio Domestic Violence Network) al 1-800-934-9840.

¿Cuáles son las exenciones a la violencia doméstica?

Si es elegible para Ohio Works First o la Asistencia alimentaria y es víctima de violencia doméstica, algunos requisitos del programa se pueden eximir de forma temporal, lo que significa que no le corresponderán mientras la exención esté en vigencia.

- **Trabajo:** Es posible que se lo exima temporalmente de su requisito laboral, si esto los pusiera a usted o a sus hijos en peligro de violencia doméstica o si esto interfiere con su capacidad de escapar de la violencia doméstica.
- **Manutención por hijo:** Es posible que se le exima temporalmente de cooperar con las normas de manutención por hijo si su agencia para el cumplimiento con

la manutención por hijo (child support enforcement agency, CSEA) determina que la cooperación no sería en el mejor de los intereses del niño o dificultaría que el cuidador o el niño escapen de la violencia doméstica. Durante este tiempo, se le eximirá de cooperar con la CSEA para establecer la paternidad o establecer o ejecutar una orden de manutención.

- **Límites de tiempo:** Ohio Works First proporciona asistencia con dinero en efectivo para familias elegibles por hasta 36 meses. No obstante, puede ser elegible para recibir dicha asistencia por más tiempo que 36 meses, si perderla los pusiera a usted o a sus hijos en peligro de violencia doméstica o interfiere con su capacidad para escapar de la violencia doméstica.

Preguntas frecuentes sobre presentar solicitud

¿Qué sucede si necesito ayuda para solicitar los servicios?

Si no puede completar el formulario por su cuenta, quizás necesite que una persona actúe como su representante autorizado. Un representante autorizado es una persona que tiene su permiso para solicitar los beneficios por usted. Puede designar a su esposo o esposa, a un pariente o a un amigo en quien confíe. Puede también designar a un abogado o a un trabajador social del hospital, pero no es obligatorio hacerlo. Debe designar a esta persona por escrito. Incluya aquellas obligaciones sobre las que el representante autorizado tiene permitido decidir en su nombre.

Puede cambiar a su representante autorizado en cualquier momento. Su representante autorizado debe tener 18 años o más.

¿Qué sucede si tengo una incapacidad de tipo comunicacional?

Las personas sordas, con dificultad para escuchar, ciegas o con una discapacidad del habla pueden usar un teléfono TTY/TDD para comunicarse con el Servicio de Retransmisión de Ohio al 1-800-750-0750. Asegúrese de tener a mano el número de teléfono de la agencia a la que desea llamar, para que una persona del Servicio de retransmisión pueda ayudarle. Por cualquier consulta, comentario, problema o queja acerca del Servicio de Retransmisión de Ohio, llame al 1-800-325-2223 (TTY/TDD y voz).

¿Qué sucede si mi idioma principal no es el inglés?

Si su idioma principal no es el inglés, puede obtener servicios de interpretación y traducción. Pídale ayuda al contacto de su condado. El contacto de su condado puede proporcionarle información en su idioma (ya sea de forma verbal o por escrito).

¿Qué sucede luego de presentar mi solicitud?

Luego de presentar su formulario, es posible que tenga una entrevista con la agencia local. Este servicio podría ser necesario en persona o proporcionarse por teléfono. Si envió su solicitud por correspondencia, fax o correo electrónico, la agencia le dirá para cuándo se programará su entrevista. Durante su entrevista, el trabajador de caso le indicará si necesita proporcionar algún documento adicional, como un certificado de nacimiento, una prueba de ciudadanía o comprobante de domicilio. El trabajador de caso le

comentará sobre la ayuda que usted intenta obtener. También le dirá lo que debe hacer para conseguir dicha ayuda.

Si no necesita una entrevista, la agencia revisará su solicitud para asegurarse de que esté completa, firmada y que tenga la fecha. Es posible que la agencia del condado le envíe una carta (o a su representante autorizado) pidiéndole más información para tomar una decisión acerca de sus beneficios. Si la agencia le pide más información, intente proporcionársela de inmediato. Si tiene problemas para obtener la información, pida ayuda a la agencia.

Cada seis o 12 meses se llevará a cabo una revisión de su caso. Un trabajador de caso se pondrá en contacto con usted para determinar si algo en su información ha cambiado. Además, se le solicitará que informe ciertos cambios en caso de que ocurran. Para obtener más información, consulte "Derechos y responsabilidades" en la página 5.

¿Quién puede ayudarme si tengo un problema o una pregunta?

En cualquier momento que tenga un problema o una pregunta, póngase en contacto con la agencia de su condado. Si aún tiene problemas o preguntas, puede comunicarse con el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio (ODJFS) directamente al 1-866-ODJFS4U (1-866-635-3748). Si tiene preguntas sobre Medicaid o si necesita ayuda para completar una solicitud para Medicaid, llame a la Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio (Ohio Medicaid Consumer Hotline) al 1-800-324-8680.

La Asistencia alimentaria se emite en la tarjeta Ohio Direction Card; la ayuda con dinero en efectivo se emite en la tarjeta EPPICard™. Si no ha obtenido una tarjeta previamente, recibirá una por correspondencia. Si ha tenido previamente una tarjeta, pero ya no la tiene o si la tarjeta no le llega por correspondencia, llame al (866) 386-3071 para obtener la tarjeta Ohio Direction Card o al (866) 320-8822 para obtener la tarjeta EPPICard™.

¿Cómo usa la agencia mi información personal?

La información personal que usted le proporciona a la agencia del

condado es privada y se mantendrá de forma confidencial y segura. Solo el personal de la agencia que maneja activamente su caso o participa en una revisión de control de calidad puede ver su información. Sin su permiso, la agencia no puede compartir la siguiente información:

- Nombres y direcciones.
- Beneficios médicos proporcionados.
- Situaciones o circunstancias sociales y económicas.
- Información personal evaluada por la agencia.
- Datos médicos, que incluyen diagnósticos y antecedentes de enfermedad o discapacidad.
- Información recibida para verificar la elegibilidad por ingresos y cuánta asistencia se le proporcionó.
- Cualquier información acerca de otras compañías que puedan ser responsables de ayudarle a pagar su atención médica.

Sin embargo, existen momentos en que la agencia no tiene permiso para compartir su información. Esto sucede cuando la agencia local, el ODJFS o el Departamento de Medicaid de Ohio (Ohio Department of Medicaid, ODM) corrobora la información que usted proporciona. Por ejemplo, la agencia local puede usar su número de seguro social al comunicarse con otras agencias o personas para asegurarse de que su información sea correcta y que usted califica para recibir ayuda. Así es como el ODJFS y el ODM pueden compartir su información:

- Si una persona llama a la agencia para pedir información sobre usted, la agencia debe contar ya sea con un formulario de divulgación de la información firmado por usted o un aviso de representante autorizado firmado por usted antes de que pueda compartir cualquier información sobre usted.
- El ODJFS o el ODM puede celebrar acuerdos para compartir datos con otras agencias que le permitirán al ODJFS o al ODM obtener o proporcionar información sobre la Seguridad social, los ingresos, la elegibilidad o el seguro médico (lo que se denomina responsabilidad de terceros).
- Si un tribunal emite una citación para su expediente del caso, el ODJFS o el ODM le proporcionará su información al tribunal. Esto puede suceder si usted se encuentra bajo investigación, juicio o se le acusa de un delito civil o penal relacionado con los beneficios proporcionados por el ODJFS o el ODM.
- En una situación de emergencia, si el

tiempo no favorece que el ODJFS o el ODM reciba primero su permiso, se podrá divulgar su información. Sin embargo, el ODJFS y el ODM deben comunicárselo si esto sucediera.

- Si usted marcó un casillero en una solicitud de combinación de programas para pedir información acerca de otro programa, se podrá compartir su información con dicho programa. Esto puede incluir la manutención por hijo, el programa de Mujeres, bebés y niños (Women Infants and Children, WIC), la Oficina de Niños con Discapacidades Médicas (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH), Salud infantil y materna (Child and Maternal Health) y Help Me Grow (HMG).

En ocasiones, las agencias externas al ODJFS o al ODM compartirán información acerca de usted con el ODJFS o el ODM para ayudarnos a decidir sobre sus beneficios. Dicha información se puede usar como evidencia para su elegibilidad, de modo que no tendrá que traer los documentos con usted. Entre estas agencias se incluye el Departamento de Salud y Servicios Humanos (Department of Health and Human Services), la Administración de Seguridad Social (Social Security Administration), el Departamento del Tesoro de EE. UU. (U.S. Department of the Treasury), el Departamento de Impuestos de Ohio (Ohio Department of Taxation) y el Departamento de Salud de Ohio (Ohio Department of Health).

Es importante que usted sepa que el ODJFS o el ODM:

- No le enviará mensajes de correo electrónico o de texto solicitándole información personal o pidiéndole su número de identificación personal (PIN).
- No le llamará para solicitarle ninguna información personal que ya tengamos.
- No le enviará saludos por las fiestas, anuncios públicos en general ni información de tipo política (excepto los materiales para registrarse como votante).
- Nunca compartirá su información con compañías o telemarketers.
- Le proporcionará la información de votante y los materiales para que se registre cuando usted presente la solicitud o vuelva a presentar la solicitud para obtener los beneficios o cuando informe un cambio en su caso.
- Podrá enviarle información en relación con su salud y bienestar, como exámenes médicos gratuitos, la disponibilidad de excedentes de alimentos e información sobre protección al consumidor.

Derechos y responsabilidades

Programas de dinero en efectivo

Ohio Works First proporciona asistencia con dinero en efectivo para familias con bajos ingresos con hijos de hasta 36 meses. Si recibe Ohio Works First o Asistencia con dinero en efectivo para refugiados, debe informárselo a la agencia de su condado dentro de los 10 días calendarios si:

- Se muda a otra dirección.
- Una persona se muda al o fuera del hogar con usted.
- El ingreso de cualquiera de los miembros de la vivienda se incrementa o disminuye más de \$50.
- Un hijo deja la escuela.
- Hay un cambio en la obligación legal de pagar la manutención por hijo.
- Una integrante de la vivienda queda embarazada o deja de estar embarazada.
- Cambia la información relacionada con un parente ausente.
- Cambian las condiciones de vida del parente de un menor.
- Un miembro de la vivienda viola una condición de libertad condicional o bajo palabra.
- Un miembro de la vivienda se considera delincuente en fuga.

Es posible que se les exija a los adultos o menores jefes de la vivienda participar en actividades laborales. Las actividades laborales pueden incluir capacitación en el trabajo aprobada por el condado, servicios comunitarios y/o educación. Debería informarle a su trabajador de caso acerca de cualquier obstáculo laboral, como dificultades para transportarse, cuidado de niños o limitaciones médicas o físicas. Los adultos o menores jefes de la vivienda que resulten elegibles deben firmar un contrato de autosuficiencia. En caso de no firmar o no cumplir con los términos del contrato se darán por finalizados los beneficios para la vivienda. Si deja un trabajo sin una causa justa, no será elegible para los beneficios por seis meses.

Puede optar por recibir sus beneficios mensuales ya sea a través de la tarjeta Ohio EPPICard™, que es una tarjeta de débito MasterCard prepagada o que se los depositen directamente en una cuenta de cheques o de ahorros. La tarjeta EPPICard™ se puede usar en bancos que sean miembros de MasterCard, en cajeros automáticos (ATM) y en la mayoría de las tiendas minoristas que aceptan MasterCard. No se puede usar en tiendas de venta de licor, casinos, establecimientos de juegos o en establecimientos minoristas que proporcionan

entretenimiento para adultos en el que los artistas se quitan la ropa o trabajan desnudos para entretenimiento.

Manutención por hijo y cónyuge y Ohio Works First

Si además de la manutención por hijo y cónyuge usted recibe los beneficios de Ohio Works First, el estado retendrá todos o parte de los pagos de la manutención por hijo y cónyuge para cubrir el costo de los beneficios de Ohio Works First. El estado no retiene más que el monto del pago que corresponde a su programa Ohio Works First. Si recibe ayuda directa de un parente ausente mientras participa de Ohio Works First, debe entregarle la ayuda a su agencia de cumplimiento con la manutención por hijo local. Este requisito entra en vigor el primer día del mes siguiente a la fecha en que recibe aprobación del programa Ohio Works First. Cualquier apoyo que haya recibido hasta entonces se tendrá en cuenta al determinar para qué cantidad de Ohio Works First es elegible durante los primeros meses después de solicitarlo. Si comenzó a participar en Ohio Works First después del 1 de octubre de 2009 y se le paga la deuda de manutención por hijo y cónyuge que se acumuló antes del mes en que comenzó a recibir Ohio Works First, podrá quedarse con dicho monto.

Asistencia alimentaria

Si está presentando una solicitud o está volviendo a presentar una solicitud para los beneficios de la Asistencia alimentaria y su ingreso mensual bruto supera el límite de ingreso mensual bruto para el tamaño de su vivienda (según figura en el aviso de aprobación o cambio de la Asistencia alimentaria), debe informarlo a la agencia de su condado. Usted tiene 10 días calendario luego del último día del mes en el que ocurre el cambio por primera vez para informarlo. Los requisitos para el informe se mencionan en el "Formulario para informar cambios en la asistencia alimentaria" (JFS 04196). Los cambios los puede informar un miembro de la vivienda usando este formulario, por teléfono, por medios electrónicos o en persona.

Para recibir una deducción para los siguientes gastos, debe informar y comprobar:

- El pago de su renta o hipoteca.
- Los costos de los servicios públicos y de alojamiento.
- Los gastos médicos (si es una persona de edad avanzada o discapacitada).
- Los gastos de atención de persona dependiente.

- La manutención por hijo o para gastos médicos obligatoria por ley de un miembro que no pertenece a la vivienda.

Si no informa o comprueba algo de lo que se mencionó, se interpretará como una declaración de parte de su vivienda de que no desea que se haga la deducción para dicho gasto. Los solicitantes son responsables de comprobar que respalde sus declaraciones. Si tiene dificultad para obtener la(s) comprobación(es), póngase en contacto con la agencia de su condado y ellos le ayudarán siempre que no se haya negado a cooperar.

Luego de que haya recibido los beneficios de la Asistencia alimentaria ya sea durante cinco u 11 meses, recibirá un Informe intermedio para que pueda proporcionar la información actualizada. Si no completa, firma y devuelve dicho informe en el plazo correspondiente, inalarán sus beneficios para la Asistencia alimentaria. Si necesita ayuda a completar su Reporte Interim (Interim Report), favor de contactar la oficina de JFS en su condado.

Si usted es una persona adulta no incapacitada entre 18 y 50 años sin dependientes, también debe informar cuando sus horas de trabajo se encuentran por debajo de 20 horas semanales u 80 horas (en promedio) por mes. Si no lo informa, esto podría hacer que finalicen sus beneficios.

Asistencia médica

Ohio ofrece asistencia médica a través de Medicaid, el Programa de Seguro de Salud Infantil (Children's Health Insurance Program), el Programa de Asistencia para Primas de Medicare (Medicare Premium Assistance Program) y el programa de Asistencia médica a refugiados. Cada uno tiene requisitos únicos. En general, debe:

- Entregarle a su trabajador de caso todos los documentos solicitados.
- Permitir que su trabajador de caso sepa de los cambios que se produzcan e su vivienda dentro de los 10 días.
- Cooperar con los procesos de solicitud, renovación, auditoría y de control de calidad.
- Seleccionar un plan de atención administrada, si fuera necesario, tan pronto como sea posible.

Si necesita ayuda para presentar la solicitud o para volver a presentar la solicitud para obtener asistencia médica, pídale ayuda a su trabajador de caso. Además, hable con su trabajador de caso si necesita ayuda para conseguir los documentos solicitados.

Requisitos laborales para la Asistencia alimentaria

El Programa de asistencia alimentaria ayuda a personas y familias elegibles de bajos ingresos a extender sus presupuestos destinados a los alimentos y a comprar alimentos saludables. Como condición de elegibilidad, es posible que se les exija a los miembros de la vivienda que se registren para trabajar. Usted está exento de dicho requisito si:

- Es menor de 16 años.
- Tiene 60 años o más.
- Es uno de los padres u otro miembro del grupo que recibe asistencia responsable del cuidado de un niño dependiente menor de 6 años que vive en o fuera del hogar.
- Es uno de los padres u otro miembro del grupo que recibe asistencia responsable del cuidado de una persona incapacitada que vive en o fuera del hogar.
- Solicita o recibe beneficios por desempleo y cumple con todas las normas.
- No es apto física o mentalmente para un empleo, temporal o permanente.
- Solicita el Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI) y la Asistencia alimentaria en forma simultánea en una oficina de la Administración de Seguridad Social local.
- Un participante regular de un tratamiento por adicción a las drogas o al alcohol o de un programa de rehabilitación, ya sea como paciente ambulatorio u hospitalizado.
- Está inscrito, al menos a tiempo parcial, en alguna escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior.
- Cumple con un requisito laboral de Ohio Works First.
- Está empleado y trabaja al menos 30 horas semanales o recibe ganancias semanales equivalentes al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas.
- Es empleado independiente y trabaja al menos 30 horas semanales o recibe ganancias semanales equivalentes al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas.

Si recibe o está solicitando los beneficios de Asistencia alimentaria, y se le exige que se registre para trabajar, debe hacer todo lo que se menciona a continuación:

- Responder a todas las peticiones de información acerca de su situación laboral o disponibilidad para

trabajar.

- Reportarse con cualquier empleador al que lo derive la agencia de su condado, salvo que el posible empleo sea inadecuado.
- Aceptar un empleo adecuado cuando lo derive la agencia de su condado.
- Mantener el empleo hasta que ya no se considere adecuado, hasta que su trabajo finalice por motivos que exceden su control, o hasta que se le considere exento de registrarse para trabajar.
- Si usted es una persona adulta no incapacitada sin dependientes, participa en el Programa de empleo y capacitación de Asistencia alimentaria y obtiene una evaluación de su antecedente laboral, nivel de educación habilidades y obstáculos.

Si se le exige que se registre para trabajar y recibe una evaluación, y usted no cumple o se niega a aceptar los requisitos antes mencionados sin una causa justificada, será sancionado. Esto significa que se le negarán los requisitos por un plazo o se dará por finalizado el programa.

¿Qué es una causa justificada?

Causa justificada incluye las circunstancias que exceden su control, como una enfermedad, la enfermedad de un familiar que requiere su presencia, una emergencia familiar, violencia doméstica, la no disponibilidad de transporte o la falta de cuidado infantil apropiado para niños de entre 6 y 12 años.

Lo siguiente también se considera causa justificada para dejar un trabajo:

- Discriminación por parte de un empleador basándose en la raza, el color de piel, el origen nacional, el sexo, la creencia religiosa, una discapacidad, la edad, las ideologías políticas o una represalia o venganza por actividades previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento de Agricultura de EE. UU. (U.S. Department of Agriculture).
- Demandas o condiciones laborales que hacen que la continuidad del empleo no sea razonable, como trabajar y que no se le pague en el tiempo programado.
- Si usted acepta un trabajo o está inscrito en alguna escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior, al menos a tiempo parcial, que requiere que deje el empleo.
- Si otro miembro de la vivienda acepta un trabajo o se inscribe al

menos a tiempo parcial en alguna escuela reconocida, un programa de capacitación o una institución de educación superior en un lugar que exige que se mude el grupo familiar.

- Si es menor de 60 años y su empleador considera que su renuncia es lo mismo que jubilarse.
- Si deja de trabajar en relación con los patrones de empleo estacional, como trabajo agrícola itinerante o en el área de la construcción.
- Si su trabajo se torna inadecuado (ver a continuación).
- Si acepta un trabajo de más de 30 horas semanales en el que las ganancias semanales equivalen al salario mínimo federal multiplicado por 30 horas; pero, que debido a las circunstancias que exceden su control, el fruto del trabajo no se materializa o resulta en un empleo inadecuado.

Si deja su trabajo o reduce las horas de trabajo sin una causa justificada dentro de los 60 días de haber solicitado asistencia alimentaria, será sancionado por un plazo específico.

Si deja su trabajo o reduce las horas de trabajo sin una causa justificada mientras recibe asistencia alimentaria, será sancionado por un plazo específico.

Si se cuestiona la causa justificada y no logra o se niega a proporcionar una comprobación de la información cuestionable, no se considerará que haya dejado el empleo por una causa justificada.

¿Qué se considera un empleo inadecuado?

El empleo se considera inadecuado si existe cualquiera de las siguientes condiciones:

- El salario ofrecido es menos que lo que resulte mayor de:
 - o El salario mínimo federal o estatal vigente o
 - o El 80 por ciento del salario mínimo federal, ya sea que no corresponda ni el salario federal ni el salario mínimo estatal.
- El empleo ofrecido se paga por pieza y el rendimiento por hora promedio que usted espera obtener es menor que el salario por hora vigente.
- El empleo exige que usted se una a, renuncie a o se restrinja de unirse a cualquier organización laboral legítima.
- El trabajo ofrecido es en un sitio que está sujeto a huelga o cierre patronal al momento de la oferta, salvo que la huelga haya sido impuesta de conformidad con la sección 208: Ley de Administración de Relaciones Obreros-Patronales (Labor-Management Relations Act) de 1947,

del Tít. 29, del Código de EE. UU. (U.S.C.), párrafo 141 (6/1947), o salvo que se haya emitido un mandato judicial según la sección 10 de la Ley Laboral de Ferrocarril (Railway Labor Act) de 1926, Tít. 45, párrafo 151 (10/1996) de U.S.C.

- Cualquier otro criterio establecido por la agencia de su condado.

Requisitos para personas adultas no incapacitadas sin dependientes

Si se le exige que se registre para trabajar, también se lo debería considerar como una persona adulta no incapacitada sin dependientes (able-bodied adult without dependents, ABAWD). Usted es NO es un ABAWD si:

- Es menor de 18 años.
- Tiene 50 años o más.
- Es uno de los padres (biológico, adoptivo o padrastro/madrastra) de un miembro de un grupo que recibe asistencia (elegible o no elegible) que tiene menos de 18 años.
- Vive en un grupo que recibe asistencia con una persona menor de 18 años (elegible o no elegible).
- Cuenta con un certificado médico que manifiesta que no es apto física o mentalmente para un empleo, temporal o permanente.
- Está embarazada.

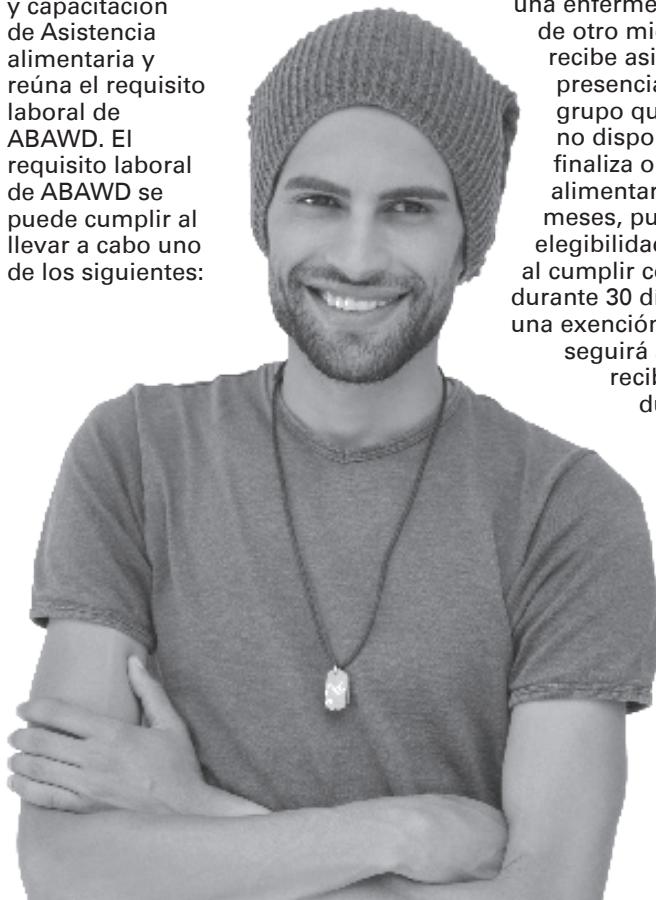
Si usted es un ABAWD, se le exige que cumpla con los requisitos de registro para trabajar anteriores, participe en el Programa de empleo y capacitación de Asistencia alimentaria y reúna el requisito laboral de ABAWD. El requisito laboral de ABAWD se puede cumplir al llevar a cabo uno de los siguientes:

• Trabaja 20 horas por semana (80 horas mensuales promedio) a cambio de dinero, bienes o servicios (retribución en especie) o realiza un trabajo no remunerado promediado mensualmente. (El trabajo no remunerado se define como aquel en el que se realiza algo por lo que no se recibe ninguna compensación y que beneficia a la comunidad o a un miembro de la comunidad en la que usted no reside).

- Participa y cumple con los requisitos de un programa laboral, como el Programa de empleo y capacitación de Asistencia alimentaria o un programa de fuerza laboral a través del centro OhioMeansJobs), durante 20 horas o más por semana.
- Cualquier combinación en la que trabaje y participe en un programa por un total de 20 horas o más por semana.
- Participa y cumple con un Programa de experiencia laboral según lo designa la agencia del condado.

Se le exige que informe a la agencia del condado si sus horas de trabajo se encuentran por debajo de las 20 horas semanales o un promedio de 80 horas mensuales. Si no reúne el requisito laboral de ABAWD, sin causa justificada, durante cualquier período de 3 meses en un plazo de 36 meses, se le considerará no elegible para recibir los beneficios de Asistencia alimentaria. La agencia de su condado determina la causa justificada e incluye circunstancias que exceden su control. Esto incluye una enfermedad, la enfermedad de otro miembro del grupo que recibe asistencia y requiere su presencia, una emergencia en el grupo que recibe asistencia o la no disponibilidad de transporte. Si finaliza o se le niega la asistencia alimentaria durante tres de los 36 meses, puede volver a obtener la elegibilidad durante este período al cumplir con el requisito laboral durante 30 días o al cumplir con una exención. Luego de eso, usted seguirá siendo elegible para recibir Asistencia alimentaria durante el tiempo que continúe cumpliendo con los requisitos laborales o cumpla con una exención.

Si no cumple con el requisito de Empleo y capacitación de Asistencia alimentaria, lo sancionarán.



Audiencias estatales

¿Qué sucede si no estoy de acuerdo con lo que sucedió en mi caso?

Puede solicitar una audiencia estatal:

- Si no está de acuerdo con una acción o decisión respecto de su caso.
- Si considera que la agencia del condado no ha hecho algo que debía hacer.

¿Qué es una audiencia estatal?

Una audiencia estatal es una reunión entre usted, su trabajador de caso y un funcionario de audiencias del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio. En la audiencia, el representante de la agencia del condado explicará la medida que la agencia ha tomado o piensa tomar respecto de su caso. Usted tendrá una oportunidad de explicar por qué no está de acuerdo.

Puede asistir a la audiencia con otras personas para que hablen en su nombre, como amigos, parientes, testigos o un abogado. Si necesita ayuda legal gratuita, póngase en contacto con su oficina local de Ayuda legal. Si no conoce el número de teléfono, llame a la línea gratuita 1-866-LAW-OHIO (1-866-529-6446), o busque "Legal Aid" (Ayuda legal) en el directorio de ohiolegalservices.org/programs.

¿Cómo solicito una audiencia estatal?

Si desea una audiencia estatal, envíe su solicitud por correo electrónico a la Oficina de Audiencias Estatales (Bureau of State Hearings) a BSH@jfs.ohio.gov; llame a la línea gratuita 1-866-635-3748, opción 1, o envíe su solicitud por fax al 614-728-9574. También puede pedir una audiencia estatal por escrito a:

State Hearings, Ohio Department of Job and Family Services
P.O. Box 182825, Columbus, Ohio 43218

Si recibe un aviso de la agencia de su condado donde le informan que se piensa reducir o interrumpir sus beneficios, puede usar el mismo aviso para solicitar una audiencia estatal. En el aviso figuran las instrucciones para hacerlo. Simplemente complete la información que se solicita y envíe el formulario por correspondencia a la dirección que se le proporciona. Verifique la fecha de envío por correspondencia que figura en el aviso. Debe solicitar la audiencia dentro de los 90 días de la fecha de envío por correspondencia.

Si reducen o interrumpen sus beneficios y usted pide una audiencia

dentro de los 15 días de la fecha de envío por correspondencia del aviso, sus beneficios se mantendrán en el monto anterior hasta que se decida su audiencia. Sin embargo, es posible que no continúe la Asistencia alimentaria si se encuentra al final del período de certificación de su Asistencia alimentaria.

¿Existe otra forma de solucionar un problema?

Con frecuencia, una forma más rápida de resolver un problema es tener una reunión informal con la agencia del condado. En la reunión, un trabajador del condado revisará su caso y podrá corregir cualquier error. Puede llamar a la agencia para solicitar una reunión con el condado. Si el problema no se resuelve en la reunión, aún puede solicitar una audiencia estatal.

Antes de la audiencia

Puede pedir que otra persona asista a la audiencia para presentar el caso por usted. Puede ser un abogado, un amigo, un pariente u otra persona con experiencia en derechos sobre asistencia pública. Si no asistirá a la audiencia, la persona que hable en su nombre debe llevar una declaración por escrito de su parte en la que consta que es su representante.

Si desea obtener ayuda legal en la audiencia, debe hacer los arreglos necesarios antes de la audiencia. Comuníquese con su programa de Ayuda legal local para saber si califica para recibir ayuda.

Si no sabe cómo comunicarse con su oficina local de Ayuda legal, llame a la línea gratuita 1-866-LAW-OHIO (1-866-529-6446), o busque "Legal Aid" (Ayuda legal) en el directorio de ohiolegalservices.org/programs. Si desea que le envíen un aviso de audiencia a su abogado, debe proporcionarle el nombre y la dirección del abogado a la Oficina de Audiencias Estatales.

¿Qué sucede en la audiencia estatal?

Una vez que solicite la audiencia estatal, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará un aviso en el que se indica la fecha, la hora y el lugar de la audiencia. La audiencia se puede llevar a cabo por teléfono o en persona, en el Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de su condado. Si no puede asistir a la agencia del condado, la audiencia se puede llevar a cabo en otro lado, posiblemente en su hogar. Si prefiere que la audiencia sea por teléfono, es su responsabilidad ponerse en contacto con la Oficina de Audiencias Estatales para solicitar una audiencia telefónica antes de que se programe la fecha de la audiencia.

En la audiencia, usted, el representante del condado y un funcionario de audiencias estatales se reunirán para hablar sobre su caso. Su trabajador de caso le explicará la medida de la agencia. Usted puede explicar por qué no está de acuerdo. El funcionario de audiencias escuchará a ambas partes, es posible que haga preguntas y grabe la conversación. Luego de que se emita la decisión de la audiencia, puede obtener una copia sin costo de la grabación poniéndose en contacto con la Oficina de Audiencias Estatales.

Antes y durante la audiencia, usted puede ver el expediente de su caso y cualquier otra evidencia que tenga el contado. También puede examinar las normas que se usan para decidir su caso. La agencia hará copias sin costo para usted para ayudarle a prepararse para la audiencia. Si necesita copias, llame a la agencia antes de su audiencia.

Citación

Puede solicitarle a la autoridad de la audiencia una citación para presentar documentos o testigos que de otro modo no estarían disponibles y que son esenciales para su caso. Debe pedir la citación al menos cinco días calendario antes de la fecha de la audiencia y proporcionar el nombre y la dirección de la persona o el nombre del documento que desea que cite para su presentación.

¿Qué sucede si no asistí a la audiencia?

Si usted o su representante autorizado no asisten a la audiencia, la Oficina de Audiencias Estatales le enviará un aviso de desestimación. Si desea continuar con su solicitud de audiencia, debe ponerse en contacto con la oficina dentro de los 10 días y explicar por qué no asistió a la audiencia. La autoridad de la audiencia decidirá si usted tiene una causa justificada. Si no llama dentro de los 10 días y no presenta una causa justificada, la audiencia se desestimará y usted perderá la audiencia. La agencia del condado puede, entonces, proceder con la medida que pensaba tomar. Si no está de acuerdo con la desestimación, el aviso de desestimación explicará cómo solicitar una apelación administrativa.

¿Cuándo sabré cuál es la decisión del funcionario de audiencias?

Luego de la audiencia, el funcionario de audiencias revisará su caso de forma imparcial y objetiva. Tomará una decisión basándose en:

- La información proporcionada durante la audiencia.
- Si las normas se aplicaron de forma correcta.

Si su audiencia es acerca de los beneficios de la Asistencia alimentaria, debe obtener una decisión por escrito dentro de los 60 días de la fecha en que pidió la audiencia. En todos los otros programas, debe obtener una decisión dentro de los 90 días.

Cumplimiento

Si la decisión de la audiencia ordena un aumento de sus beneficios de Asistencia alimentaria, debe obtener el aumento dentro de los 10 días de la fecha en que se tomó la decisión. Si la decisión ordena que disminuyan sus beneficios de Asistencia alimentaria, debe obtener el monto nuevo menor el mes siguiente, en la fecha en que normalmente recibe sus beneficios. En todos los otros programas, la agencia debe tomar una medida, según lo que ordena la decisión, dentro de los 15 días de la fecha en que se comunicó la decisión y siempre dentro de los 90 días de su solicitud de audiencia. Si no ha recibido oportunamente los beneficios otorgados por la decisión de la audiencia, póngase en contacto con la Oficina de Audiencias Estatales.

¿Qué sucede si no está de acuerdo con la decisión?

Si no está de acuerdo con la decisión de la audiencia, puede solicitar una apelación administrativa. El aviso de decisión por escrito que emite el funcionario de audiencias le indicará cómo solicitar la apelación administrativa. Si no está de acuerdo con la decisión de la apelación administrativa, puede pedir una revisión judicial. Una revisión judicial es una apelación a la corte.

Derechos civiles

Las personas elegibles para, que reciben servicios de o que se benefician a partir de los programas financiados a través del Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio y del Departamento de Medicaid de Ohio cuentan con protección de diversas leyes, reglamentos, normas y políticas contra la discriminación ilegítima por motivos de raza, color de piel, religión, discapacidad, edad, sexo, origen nacional, ideologías políticas, afiliación política y estado de ciudadanía/participación. (Las clases protegidas pueden variar dependiendo del programa).

El Título VI de la Ley de Derechos Civiles (Civil Rights Act) de 1964 permite que se le pida información sobre la raza y la etnia. Usted no está obligado a proporcionar esta información. Sin embargo, proporcionar esta información ayudará

que se obedezcan las leyes federales sobre Derechos civiles. Si no desea proporcionar esta información, no tendrá impacto en su caso.

Agencias religiosas

Los departamentos de trabajo y servicios familiares del condado tienen acuerdos con otras agencias para proporcionarles servicios a las familias que pueden estar recibiendo servicios de apoyo laboral a través del programa de Prevención, Retención y Contingencia o para prestarles servicios como sedes laborales para padres que reciben Ohio Works First. Algunos de los servicios o sedes laborales pueden ser las agencias religiosas, por ejemplo las iglesias. Si no desea asistir a una agencia religiosa para obtener los servicios o conseguir trabajo, hágaselo saber a su trabajador de caso.

¿Qué significa discriminar?

Discriminar es una acción, política o práctica, ya sea intencional o no, que tiene como consecuencia un trato no igualitario hacia las personas. A ninguna persona, por su condición de clase protegida, se le puede:

- Negar o retrasar un servicio, una ayuda u otro beneficio que proporcione un programa del ODJFS.
- Someter a un trato diferencial o segregado en un programa del ODJFS.
- Prestar un servicio de forma humillante o vergonzosa.
- Proporcionar servicios mediante la aplicación de normas diferentes respecto de la decisión sobre quién recibirá ayuda.
- Restringir el uso de edificios, salas u otro espacio de forma que se les niegue la participación o el acceso.
- Negar el acceso al servicio debido a que los edificios o las instalaciones no son físicamente accesibles para personas con discapacidades o porque no existe una forma eficaz de comunicarse con el proveedor del servicio.

Las palabras claves son "debido a". Si se le negó o retrasó un servicio igualitario y usted cree que es debido a su clase protegida, es posible que haya sido sometido a una discriminación ilegítima.

Existe una diferencia entre negación o retraso legítimo o ilegítimo de beneficios y/o servicios. Es posible que a las personas se les niegue los beneficios y/o los servicios si no cumplen con los requisitos de elegibili-

dad. Esto no se considera ilegal o discriminatorio. Personas con discapacidades

Todas las personas con discapacidades están protegidas contra la discriminación ilegítima por la Ley sobre Estadounidenses con Discapacidades (Americans with Disabilities Act, ADA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación (Rehabilitation Act) y por leyes estatales similares. También está protegido si tiene un registro que refiere a una deficiencia médica o mental, una combinación de deficiencias, o si el ODJFS, el ODM o la agencia de su condado mantiene un contrato con una agencia privada para ayudar a proporcionarle sus beneficios.

Una discapacidad es una deficiencia física o mental, o una combinación de deficiencias, que principalmente limita una o más de sus actividades cotidianas importantes.

Una actividad cotidiana importante incluye, entre otras, las siguientes: cuidar de sí mismo, ver, escuchar, alimentarse, dormir, caminar, mantenerse de pie, levantar algo, agacharse, hablar, respirar, aprender, leer, concentrarse, pensar, comunicarse y trabajar. También incluye las funciones corporales más importantes, como su sistema inmunológico y digestivo, los intestinos, la vejiga, las funciones neurológicas, cerebrales, respiratorias, circulatorias, endocrinas y reproductivas.

Una persona es discapacitada si tiene una limitación importante para realizar una actividad cotidiana importante, comparado con la mayoría de las personas que conforman la población general. Excepto por el uso de anteojos o lentes de contacto, se determinará la discapacidad de una persona independientemente de que el tratamiento médico o un dispositivo permitan que la persona funcione de manera capaz.

Una persona calificada que tenga una discapacidad es una persona que se considera elegible para recibir los beneficios y servicios del gobierno, como ayuda con dinero en efectivo o asistencia alimentaria de Ohio Works First. Es posible que el ODJFS, la agencia de su condado o un empleador deban realizar cambios físicos para permitir que usted acceda a la oficina de la agencia o a un sitio de trabajo designado. O es posible que le proporcionen ayudas o servicios especiales (como un intérprete, un lector o equipo especial) que le ayuden a usar el beneficio o servicio para comunicarse con ellos.

Una agencia o empleador tiene la obligación de realizar adaptaciones para su discapacidad de modo que usted pueda aprovechar un programa, beneficio o servicio. Sin embargo, se considerará que una adaptación no es razonable si genera un problema financiero o administrativo indebido o si altera el carácter fundamental del programa. En cualquiera de estos casos, la agencia o el empleador pueden negarse a introducir una adaptación. Además, si usted representa "una peligro directo" para su salud o seguridad o para la de los demás, y si las medidas razonables no pueden eliminar el peligro para la salud o la seguridad, es posible que usted no pueda participar en ciertas actividades laborales. Cualquier decisión acerca de que si usted representa o no un peligro directo se tomará de forma individual, sobre un análisis de cada caso y no se podrá basar en prejuicios, miedos, estereotipos o supuestos.

Las adaptaciones razonables pueden incluir lo siguiente:

- Garantizar que los servicios de comunicación estén disponibles para quienes tienen la audición, la visión y/o el habla limitada.
- Garantizar que el lugar de trabajo y/o el lugar donde se presta el servicio sea

- accesible.
- Reasignar o relocate las clases y/o modificar el equipamiento existente.
 - Reestructurar el programa de capacitación, el formato o las horas de capacitación.
 - Proveer equipamiento especial (por ejemplo, letras grandes en los monitores de las computadoras).
 - Brindar ayuda para completar las solicitudes y reunir la documentación.
 - Proporcionar explicaciones adicionales sobre las normas del programa.
 - Proveerle un intérprete si usted es sordo o tiene problemas para escuchar.
 - Coordinar adaptaciones especiales en el caso de las citas, como reprogramación; programación para un día, hora y lugar en particular; autorización para que otra persona le acompañe; poder coordinar citas telefónicas; permitir que se tome un tiempo extra o autorizar visitas al domicilio.
 - Enviar copias de los avisos a un tercero, como un parente, vecino o defensor.
 - Hacer cambios razonables a las políticas o prácticas de las agencias, por ejemplo, permitir que una persona ciega ingrese con un animal de servicio; colocar letreros que muestren la ubicación de ingresos para sillas de ruedas, baños, elevadores y rampas interiores.

Las adaptaciones anteriores no pretenden ser completamente inclusivas. Cada persona que tiene una

discapacidad es única y tiene necesidades únicas. Si usted necesita una adaptación razonable, infórmeselo a la agencia de su condado y hágales saber qué es lo mejor para usted.

Si está asociado con una persona que tiene una discapacidad, usted también cuenta con protección. Por ejemplo, si tiene un hijo menor con una discapacidad que requiere un tratamiento médico, una terapia u hospitalización, se debe adaptar cualquier cita o asignación de trabajo al cronograma médico de su hijo.

Cómo presentar un reclamo

Si considera que los servicios han sido retrasados o negados debido a su edad, sexo, origen nacional, ideología política, afiliación política o estado de ciudadanía/participación (las clases protegidas pueden variar dependiendo del programa), debe presentar su reclamo dentro de los 180 días de la fecha del incidente o tratamiento. Si tiene preguntas acerca de cómo presentar un reclamo, llame a la línea gratuita de la Oficina de Derechos Civiles (Bureau of Civil Rights) al 1-866-227-6353 o escriba a la dirección de la oficina que figura a continuación. Si necesita ayuda o asesoramiento legal gratuito, llame sin costo al 1-866-LAW-OHIO (1-866-529-6446), o busque "Legal Aid" (Ayuda legal) en el directorio de ohioglobalservices.org/programs. Los reclamos relacionados con incidentes de supuesta discriminación se deben enviar dentro de los 180 días de la fecha de ocurrido el evento a:

- The Ohio Department of Job and Family Services, Office of Employee and Business Services

Bureau of Civil Rights 30 E. Broad Street, 30th Floor Columbus, Ohio 43215-3414

Teléfono: (614) 644-2703 o Línea gratuita 1-866-227-6353

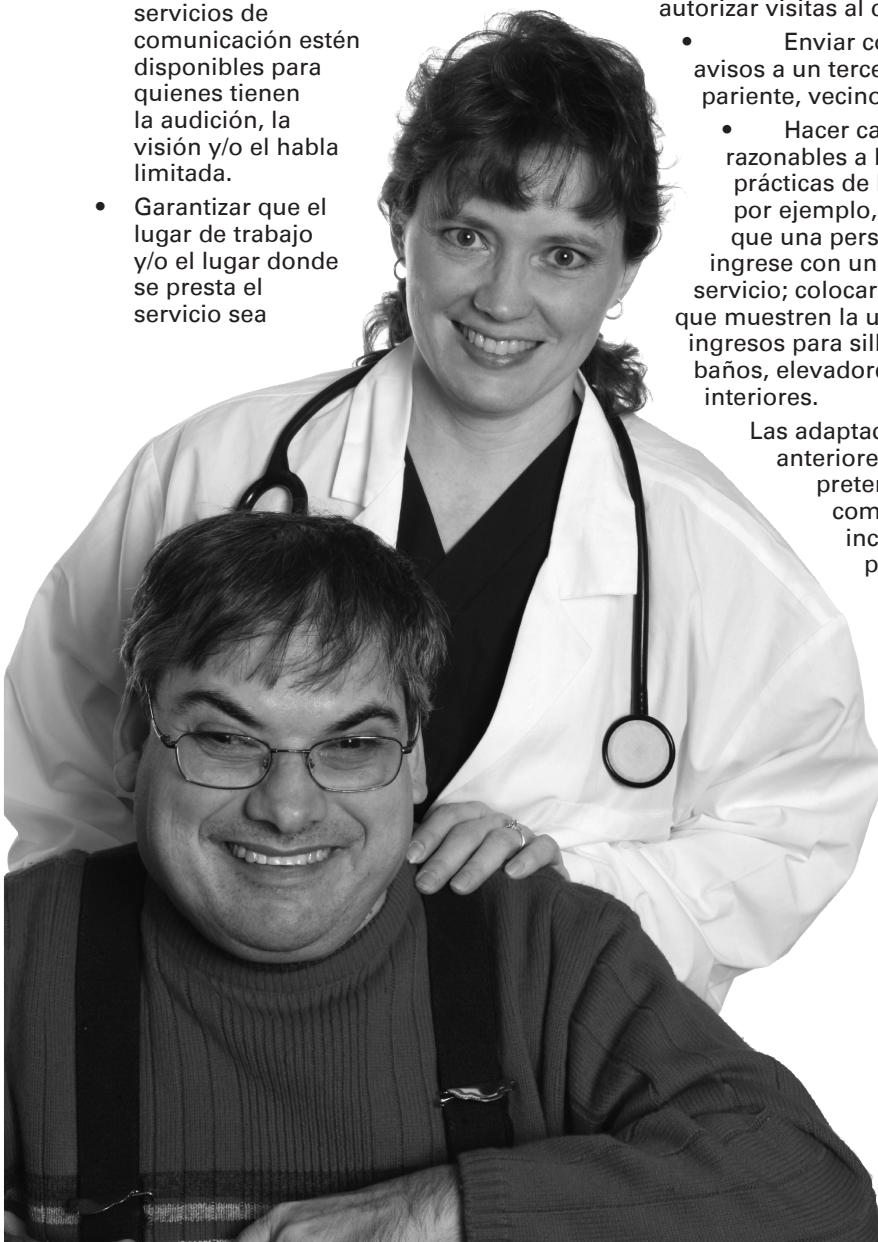
Fax: (614) 752-6381 jfs.ohio.gov/civilrights/complaint.stm

El ODJFS revisará su reclamo. Si se determina que ocurrió una discriminación, la agencia actuará para corregirlo. Dado que los programas del ODJFS pueden tener diferentes jurisdicciones para el reclamo, su reclamo se puede reenviar y/o usted puede ponerse en contacto con las siguientes oficinas de forma directa:

- Ohio Department of Medicaid, Office of Human Resources, Employee Relations

P.O. Box 182709
Columbus, Ohio 43218-2709

Teléfono: (614) 995-9981 Fax: (202) 690-7442 Correo electrónico: **ODM**



EmployeeRelations@medicaid.ohio.gov
medicaid.ohio.gov/FOROHIOANS/AlreadyCovered/CivilRights.aspx

- Office for Civil Rights, U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Ave. SW Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019
hhs.gov/civil-rights/filing-a-complaint/complaint-process
- U.S. Department of Labor Civil Rights Center
200 Constitution Ave. Room N-4123 Washington, D.C. 20210
(202) 693-6500 Llame al 1-877-889-5627 si tiene un problema auditivo o del habla.
dol.gov/oasam/programs/crc/complaint.htm

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: How to File a Complaint. y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario.

Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de información/líneas directas de los estados (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: SNAP Hotline

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Estado de ciudadanía e inmigratorio

Debe proporcionar una prueba del estado de ciudadanía e inmigratorio para cada persona de su vivienda que deseé recibir asistencia.

Medicaid

Las personas que deseen recibir los beneficios de Medicaid deben proporcionar información sobre su estado de ciudadanía e inmigratorio. Si usted está presentando una solicitud en nombre de un niño, debe proporcionar información acerca del estado de ciudadanía e inmigratorio del niño. Las personas de la misma vivienda que no deseen recibir los beneficios de Medicaid no están

obligadas a proporcionar información acerca de su estado de ciudadanía y migratorio. Las personas que están solicitando Asistencia médica de emergencia para extranjeros (Alien Emergency Medical Assistance, AEMA) no están obligadas a proporcionar información acerca de su estado de ciudadanía e inmigratorio.

Asistencia alimentaria

Todas las personas de su vivienda que deseen recibir la Asistencia alimentaria deben proporcionar información acerca de su estado de ciudadanía e inmigratorio. Si alguna persona de su vivienda no desea proporcionar información acerca de dicho estado de ciudadanía e inmigratorio, esa persona puede ser designada como una persona no solicitante. Esto significa que dicha persona no se considerará como solicitante y no será elegible para Asistencia alimentaria. Aun así, los miembros no solicitantes de una vivienda deberán responder preguntas que afectan la elegibilidad como solicitante de los miembros de la vivienda, tales como información acerca de sus recursos de ingresos, estado de huelga e infracciones intencionales al programa. Los ingresos y los recursos de todos los miembros de la vivienda que no son solicitantes se deben tener en cuenta al determinar la elegibilidad de la vivienda y el nivel de beneficios. Otros miembros de su vivienda aún podrán obtener la Asistencia alimentaria si son elegibles para los beneficios.

Ohio Works First y Programa de reasentamiento de refugiados

Cada una de las personas de su familia que desee recibir Ohio Works First o dinero en efectivo o asistencia médica en virtud del Programa de reasentamiento de refugiados (Refugee Resettlement Program) debe proporcionar información acerca de su estado de ciudadanía y migración. Ciertos miembros de su familia pueden ser no elegibles para recibir asistencia debido a su estado migratorio. Si ocurre esto, otros miembros de la familia aún pueden obtener asistencia si son elegibles de otro modo. Si desea averiguar si otros miembros de la familia son elegibles para Ohio Works First o dinero en efectivo o beneficios médicos en virtud del Programa de reasentamiento de refugiados, deberá proporcionar información acerca de su estado de ciudadanía e inmigratorio. También deberá responder preguntas acerca de los ingresos de sus familiares y otras preguntas que plantea la agencia del condado.

Programas y servicios de Medicaid

Medicaid de Ohio y los programas relacionados con Medicaid proporcionan acceso a los servicios de atención médica para las personas que califican.

Condiciones para la elegibilidad al solicitar Medicaid

Para recibir cualquier tipo de Medicaid, debe:

- Proporcionar su número de seguro social.
- Vivir en Ohio.
- Ser ciudadano de EE. UU. o extranjero calificado
- Otorgarle a Ohio el derecho de obtener apoyo médico y los pagos para su atención médica de parte de un tercero.
- Ayudar a que Ohio establezca la paternidad de y obtenga apoyo médico para cualquier niño elegible para Medicaid.
- Ayudar a que Ohio identifique y haga un seguimiento de cualquier persona o compañía que pudiera ser responsable de su atención o servicios médicos.
- Solicitar y aceptar cualquier otro beneficio que debiera obtener (como el Ingreso de Seguridad Complementario, el Seguro por Discapacidad de Seguridad Social o Medicare).
- Cumplir con los requisitos de ingreso, recursos y otros programas.
- Elegir un plan de atención administrada de inmediato, si fuera necesario.

Medicaid y otros programas de atención médica

Además de otras condiciones para la elegibilidad, usted debe cumplir con los requisitos financieros y de recursos para recibir Medicaid. La tabla de la derecha muestra las comprobaciones que son necesarias para cada tipo de cobertura.

	Ingresos	Recursos	Otro	Se necesita verificación
Tipo de cobertura de Medicaid				
<i>Medicaid del SSI: La cobertura de Medicaid para personas que reciben beneficios del Ingreso de Seguridad Complementario (Supplemental Security Income, SSI).</i>			X	
<i>Extensión para adultos: Cobertura de Medicaid para personas de 19 a 64 años.</i>	X		X	
<i>Padres y familiares encargados: Cobertura de Medicaid para padres y familiares encargados de niños menores de 18 años.</i>	X		X	
<i>Mujeres embarazadas: Cobertura de Medicaid para mujeres durante todo el embarazo y 60 días luego del parto.</i>	X		X	
<i>Niños: Cobertura de Medicaid para niños de hasta 19 años. La cobertura para niños de familias con ingresos superiores a 156 % respecto del nivel de pobreza federal está disponible solo si los niños no cuentan con otro seguro de salud acreditable.</i>	X		X	
<i>Elegibilidad presunta para niños: Cobertura inmediata de tiempo limitado de Medicaid para niños de hasta 19 años.</i>				
<i>Elegibilidad presunta para mujeres embarazadas: Cobertura inmediata de tiempo limitado de Medicaid para la atención prenatal ambulatoria de mujeres embarazadas. Esto no cubre el trabajo de parto y el parto de pacientes hospitalizadas.</i>				
<i>Asistencia médica para refugiados (RMA): Cobertura de tiempo limitado de Medicaid para refugiados. El programa proporciona un examen de evaluación médica y otros servicios médicos para extranjeros que califican.</i>	X		X	
<i>Asistencia médica de emergencia para extranjeros (AEAMA): Cobertura de Medicaid para el tratamiento de afecciones médicas para ciertas personas que reúnen todos los requisitos de Medicaid, que no son los requisitos de ciudadanía.</i>	X	X	X	
<i>Asistencia médica de transición (TMA): Cobertura de Medicaid de hasta seis meses, con informes trimestrales y posibilidad de otros seis meses de cobertura adicional de Medicaid para familias que, de otro modo, perderían la cobertura debido a que un miembro de la familia obtuvo un trabajo nuevo o gana más dinero.</i>	X		X	
<i>Niños bajo cuidado/Niños que se encontraban bajo custodia tutelar: Cobertura de Medicaid para niños bajo la custodia de una agencia pública de servicios infantiles, que reciben custodia tutelar y asistencia para la adopción de conformidad con el Título IV-E, o que reciben asistencia del estado o federal para la adopción. El programa también cubre a personas que quedan excluidas de la custodia tutelar al cumplir 18 años hasta los 26 años.</i>			X	
<i>Elegibilidad continua para niños: Doce meses de elegibilidad continua disponibles para cada niño hasta los 19 años que recibe Medicaid.</i>			X	
<i>Adultos de entre 19 y 20 años: Cobertura de Medicaid para personas de entre 19 y 20 años. El ingreso familiar se puede usar para la determinación de la elegibilidad.</i>	X		X	
<i>Personas de edad, ciegas o discapacitadas (ABD) sin ingresos brutos ajustados modificados (MAGI): Cobertura de Medicaid para personas que tienen, por lo menos, 65 años y personas de cualquier edad que son ciegas o discapacitadas.</i>	X	X	X	
<i>Programa de Asistencia para Primas de Medicare (MPAP): Programas de asistencia de Medicaid que ayudan a pagar los costos de Medicare.</i>				
• Beneficiario calificado de Medicare (QMB): Paga las primas, deducibles, copagos y coseguro de la Parte A y B.	X	X	X	
• Beneficiario específico de Medicare con ingresos bajos (SLMB): Solo paga las primas de la Parte B.				
• Individuo calificado (QI): Solo paga las primas de la Parte B.				
• Personas discapacitadas y que trabajan que califican (QDWI): Solo paga las primas de la Parte A.				
<i>Programa Buy-In de Medicaid para trabajadores con discapacidades (MBIWD): Cobertura de Medicaid para personas discapacitadas que trabajan de 16 a 64 años. Si su ingreso es superior a cierto monto, es posible que deba pagar una prima para obtener el programa MBIWD.</i>	X	X	X	
<i>Programa Complementario Estatal Residencial (RSS): Un programa de pago complementario en efectivo para personas de edad, ciegas o discapacitadas que reúnen un nivel de protección de atención médica, según determina el proveedor de atención médica. El programa RSS ayuda a pagar los costos de vida de ciertos centros de atención para adultos.</i>	X	X	X	
<i>Servicios de atención a largo plazo o de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (HCBS): Los servicios de atención a largo plazo o de exención de los servicios domiciliarios y basados en la comunidad (HCBS) se encuentran disponibles para personas con necesidades de atención especial, según lo determina el proveedor de atención médica y cumple con un nivel de atención de atención intermedio o profesional.</i>	X	X	X	
<i>Programa de Cuidados Todo Incluido para Adultos Mayores (Program for All-Inclusive Care for the Elderly, PACE): Un Programa de "atención integral" que administran tanto Medicare como Medicaid en el Condado de Cuyahoga.</i>	X	X	X	
<i>Proyecto sobre Cáncer de Seno y Cervical (BCCP): Cobertura de Medicaid para ciertas personas que necesitan tratamiento por cáncer de seno o cervical y afecciones precancerosas de seno o cervicales. Estas personas deben someterse a exámenes de evaluación para el programa BCCP administrados por el Departamento de Salud de Ohio antes de solicitar Medicaid para BCCP.</i>			X	

Servicios de atención médica cubiertos por Medicaid

Medicaid cubre muchos servicios. Para ciertos servicios, es posible que deba abonar un copago. No existen requisitos de copago para mujeres embarazadas y para niños. Algunos de los servicios que usted puede recibir son:

- Visitas médicas.
- Controles odontológicos y limpiezas.
- Planificación familiar.
- Servicios relacionados con el embarazo.
- Medicamentos recetados.
- Análisis de laboratorio y radiografías.
- Exámenes de vista regulares y anteojos.
- Servicios de audición.
- Exámenes de próstata (50 años y más).
- Exámenes de Papanicolaou/pélvicos.
- Servicios de salud domiciliarios.
- Atención hospitalaria.
- Vacunas contra la gripe.
- Atención a largo plazo domiciliaria y comunitaria.
- Atención en un hogar de ancianos o en un Centro de atención intermedia (ICF).
- Controles de niño sano para recién nacidos hasta los 20 años, lo que incluye vacunas mediante el programa Healthchek.

Otras cosas que debe saber sobre Medicaid

Para obtener información acerca de cualquiera de estos temas o si tiene preguntas, hable con su trabajador de caso o llame a la Línea directa para el consumidor de Medicaid de Ohio al 1-800-324-8680.

Ayuda con las facturas médicas adeudadas: Si incurrió en facturas médicas en los tres meses anteriores a solicitar Medicaid, Medicaid puede ayudarle a pagarlas. Póngase en contacto con el departamento de trabajo y servicios familiares de su condado.

Anualidades: Si necesita Medicaid y cuenta con alguna anualidad, tendrá que asignar al estado de Ohio como el beneficiario restante en primera posición (salvo que tenga cónyuge o un hijo menor).

Recuperación de herencia: Si obtiene Medicaid luego de cumplir 55 años o mientras se le considera permanentemente institucionalizado, luego de su fallecimiento Medicaid procurará que le vuelvan a pagar

el costo de los servicios prestados. Medicaid cobrará esta deuda a través de bienes muebles e inmuebles (como su casa, cuentas bancarias, fideicomisos, testamentos, seguros de vida, jubilación, acciones y bonos).

La recuperación de herencia se puede retrasar o es posible que no ocurra si:

- Uno de los cónyuges está vivo.
- Hay un hijo vivo de hasta 21 años.
- Hay un hijo vivo ciego o discapacitado de cualquier edad que vivía con usted.
- Tiene un hermano o hijo vivo que lo cuidaba en su casa.
- Solo recibió los servicios del Programa de Asistencia para Primas de Medicare al, o luego del, 1.º de enero de 2010.

Incluso, si nada de esto corresponde, su heredero puede argumentar que la recuperación de bienes le generaría un problema indebido.

La oficina del Procurador General es la que maneja la recuperación de herencia. Para obtener más información, póngase en contacto con Medicaid Estate Recovery Unit, 150 E. Gay St., 21st Floor, Columbus, Ohio 43215-3130.

Seguro de asociación para la atención a largo plazo de Ohio: Las compañías de seguro de atención a largo plazo de Ohio ahora pueden ofrecer pólizas que califican de conformidad con el Programa de seguro de asociación para la atención a largo plazo del estado. El seguro de asociación ofrece un medio para que las personas adquieran seguro de atención a largo plazo, reciban los beneficios de la póliza y protejan una cantidad de bienes equivalentes si necesitan presentar una solicitud para obtener Medicaid. Solo usted puede decidir si el seguro de atención a largo plazo es adecuado para usted. Visite ltc4me.ohio.gov para obtener más información.

Beneficio de medicamentos recetados de la Parte D de Medicare: Si tiene la cobertura de la Parte D de Medicare, Medicaid no pagará por sus medicamentos recetados. No obstante, usted puede solicitar la "Ayuda Adicional", un programa de Medicare que ayuda a

las personas con ingresos y recursos limitados a pagar los costos del programa de medicamentos recetados de Medicare, como primas, deducibles y coseguro. Si se determina que es elegible para la Ayuda Adicional, no tendrá que pagar un deducible y su copago se reducirá. Para obtener más información, llame al 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) o visite medicare.gov

Exenciones en los servicios domiciliarios y basados en la comunidad: Las exenciones en los servicios domiciliarios y basados en la comunidad ayudan a los consumidores elegibles por Medicaid a permanecer en sus hogares, en lugar de tener que acudir a un hogar de ancianos, hospital o centro para personas con discapacidades del desarrollo. Las personas inscritas en los programas de exención de Medicaid pueden recibir servicios de enfermería, para la vida diaria y terapia proporcionada por profesionales. Para obtener más información, visite medicaid.ohio.gov/FOROHIOANS/Programs/HCBSWaivers.aspx.



Advertencia de sanción para la Asistencia alimentaria

Para asegurarse de que su vivienda sea elegible y reciba el monto correspondiente de beneficios de la Asistencia alimentaria, los funcionarios federales, estatales y locales verificarán la información que usted proporcione. La información se comprobará mediante el uso del sistema de verificación de ingreso y elegibilidad estatal, el subsistema de receptor no calificado, otros sistemas informáticos equivalentes, revisiones de programas y auditorías. Cierta información también se puede enviar a los Servicios de Ciudadanía y Migración de EE. UU. (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) para saber si la información que proporcionó es correcta. La información acerca de las personas que no proporcionan el número de seguro social no se compartirá con los USCIS.

La información que proporcionó también se puede corroborar a través de otros programas de ayuda federal y programas estatales que reciben ayuda federal, como el Programa Nacional de Comedores Escolares (National School Lunch Program), Ohio Works First y Medicaid. La información también se puede corroborar a través de contratos colaterales cuando surjan discrepancias y la información pudiera afectar su elegibilidad y el monto del beneficio. Si proporcionó información incorrecta de manera intencional, se le negarán los beneficios de Asistencia alimentaria y se iniciarán acciones legales contra usted. Si se le emite un monto de beneficio superior a lo que tiene derecho, también deberá devolver el monto que no debía recibir.

Si se le pagó un excedente de beneficios de la Asistencia alimentaria, la información proporcionada en su solicitud, incluso todos los números de seguro social, se enviará a otras agencias federales y estatales, así como a las agencias de cobro privadas, para las demandas por cobro de reclamos por sobre pago.

La provisión de cualquier información solicitada, incluso el número de seguro social de cada miembro de la vivienda, es voluntaria. No obstante, si no proporciona la información solicitada para establecer su elegibilidad para la asistencia, tendrá como consecuencia la denegación o reducción de los beneficios de Asistencia alimentaria para su vivienda. Si no proporciona un número de seguro social la consecuencia será la denegación de los beneficios de Asistencia alimentaria para cada persona que no haya informado el número de seguro

social. Cualquiera de los números proporcionados se usará y divulgará del mismo modo que los números de los miembros elegibles de la vivienda. La información recopilada en la solicitud se divulgará ante los funcionarios de cumplimiento de la ley a los fines de capturar a las personas que huyen para evitar las leyes.

Cualquiera de los miembros de la vivienda que infrinja alguna de las siguientes normas de forma intencional, quedará sujeto a una sanción:

- No proporcionar información falsa, u ocultar información, para obtener o continuar recibiendo los beneficios de Asistencia alimentaria.
- No comerciar o vender los beneficios de Asistencia alimentaria.
- No alterar ningún documento de autorización para obtener los beneficios de Asistencia alimentaria que no tiene derecho de recibir.
- No usar los beneficios de Asistencia alimentaria de otras personas para su vivienda.
- No usar los beneficios de Asistencia alimentaria para comprar artículos no elegibles, como bebidas alcohólicas o tabaco.

Las sanciones incluyen:

- 1.^a vez: Se le considerará no elegible para la Asistencia alimentaria durante 12 meses.
- 2.^a vez: Se le considerará no elegible para la Asistencia alimentaria durante 24 meses.
- 3.^a vez: Se le considerará no elegible para la Asistencia alimentaria de forma permanente.

Además, un tribunal puede prohibir que una persona participe en el programa durante 18 meses más. Dependiendo del monto de los beneficios involucrado, la persona también podrá recibir una multa de hasta \$250,000, ser encarcelado por hasta 20 años, o ambas cosas.

Cualquier miembro de su hogar que un tribunal determine culpable de comprar o vender armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de los beneficios de Asistencia alimentaria, nunca más volverá a obtener los beneficios de Asistencia alimentaria. Cualquier



miembro de su vivienda que un tribunal determine culpable de comprar o vender sustancias controladas (drogas ilegales o ciertas drogas que requieren una receta médica) a cambio de los beneficios de Asistencia alimentaria, no podrá volver a obtener los beneficios de Asistencia alimentaria durante 24 meses por la primera ofensa y de forma permanente a causa de la segunda ofensa. Cualquier miembro de su vivienda que un tribunal determine culpable de traficar beneficios de Asistencia alimentaria por un monto acumulado de \$500 o más, nunca más volverá a obtener los beneficios de Asistencia alimentaria.

Cualquier miembro de la vivienda que se determine que haya proporcionado declaraciones falsas o que haya brindado información falsa de forma consciente relacionada con la identidad y la residencia para recibir más de un beneficio al mismo tiempo, no podrá obtener los beneficios de Asistencia alimentaria durante 10 años.

Podremos corroborar los registros de Ohio y los registros de otros estados para averiguar si algún miembro de su vivienda ha infringido las normas de la Asistencia alimentaria antes y no debería estar recibiendo los beneficios de Asistencia alimentaria debido a que dicha persona no ha terminado de cumplir con el período de descalificación por haber infringido las normas.

Números de seguro social

Debe proporcionarle a la agencia del condado su número de seguro social o solicitar un número para cada persona que presenta una solicitud para recibir asistencia. Es posible que no tenga que proporcionar esta información en todas las situaciones. La recopilación de dicha información, incluso el número de cada miembro de la vivienda, está autorizada de conformidad con la Ley de Alimentación y Nutrición (Food and Nutrition Act) de 2008, según enmienda, Título 7, del Código de EE. UU. (U.S.C.) 2011-2036, Sección 1137(a) de la Ley de Seguridad Social (Social Security Act), Título 42 del Código de Reglamentos Federales (C.F.R.) 435.910, y normas 5101:1-1-03, 5160:1-1-58 y 5101:1-3-09 del Código Administrativo de Ohio (Ohio Administrative Code).

El número se usará para verificar la información que proporcionó con la información que tienen otros gobiernos federales, estatales y locales; sistemas informáticos equivalentes y revisiones y auditorías de programas para garantizar que usted es elegible para los programas de asistencia pública. Hasta el punto en que lo permita la ley federal, también se usará para ayudar a determinar la elegibilidad para cualquier otro programa de asistencia estatal o federal que proporcione ayuda con dinero en efectivo o en especie o servicios directamente a las personas, basándose en la necesidad o a los fines de proteger a los niños. Esta información también se usará para supervisar el cumplimiento de los reglamentos del programa y para la administración del programa.

El número de seguro social se usará al comunicarse de forma apropiada con personas o agencias que determinan su elegibilidad y para corroborar la información que usted le haya proporcionado a cualquier programa de asistencia pública. Dichos programas incluyen, entre otros a Ohio Works First, Medicaid, Asistencia alimentaria, Programa Nacional de Comedores Escolares, programas de agencias públicas de servicios infantiles y programas de Prevención, Retención y Contingencia. La información verificada puede incluir los ingresos, el empleo pasado y presente, los recursos financieros, la compensación por desempleo, los beneficios por discapacidad u otros beneficios y programas similares. Dicha información puede afectar la elegibilidad de su vivienda y los niveles de beneficios. Si proporciona información falsa, se podrían iniciar acciones legales contra usted.

Las personas que desean recibir Medicaid deben proveer el número de seguro social o solicitar uno. Las personas que integran la misma vivienda, que no desean recibir Medicaid, no deben proveer un número. Si no desea recibir Medicaid, pero usted proporciona de forma voluntaria su número de seguro social, dicho número se usará para verificar los ingresos. También se puede usar para comunicarse con otras aseguradoras de salud para explorar si se encuentra disponible otro tipo de cobertura de salud para pagar la totalidad o parte de sus facturas médicas.

Cada una de las personas de su vivienda que desee recibir la Asistencia alimentaria debe proveer su número de seguro social. Los números se usarán para corroborar la identidad de los miembros de la vivienda, prevenir la participación duplicada y realizar cambios masivos más fácilmente. Si presenta una solicitud para o está recibiendo los beneficios de Asistencia alimentaria, y a través de una correlación con su número de seguro social se determina que usted tiene una orden judicial pendiente por un delito mayor o que ha violado la libertad condicional o bajo palabra, es posible que se divulgue su dirección actual a las agencias de cumplimiento de la ley pertinentes.

Si alguna persona de su vivienda no desea proporcionar información acerca de su número, esa persona puede ser designada como una persona no solicitante. Esto significa que dicha persona no se considerará como solicitante y no será elegible para los beneficios de Asistencia alimentaria. Aun así, los miembros no solicitantes de una vivienda deberán responder preguntas que afectan la elegibilidad como solicitante de los miembros de la vivienda, tales como información acerca de sus recursos de ingresos, estado de huelga e infracciones intencionales al programa. Los ingresos y los recursos de todos los miembros de la vivienda que no son solicitantes se deben tener en cuenta al determinar la elegibilidad de la vivienda y el nivel de beneficios.

Cada persona de su familia que desee recibir los beneficios de Ohio Works First debe proporcionar su número de seguro social. Las agencias públicas de servicios infantiles también usarán su número para brindarle servicios a su familia y corroborar los beneficios o servicios. Si presenta una solicitud o está recibiendo Ohio Works First o servicios de Prevención, Retención y Contingencia, y a través de una correlación con su número de seguro social se determina que usted tiene una

orden judicial pendiente por un delito mayor o que ha violado la libertad condicional o bajo palabra, es posible que se divulgue su dirección actual a las agencias de cumplimiento de la ley pertinentes. Su número de seguro social también se puede usar para fines de investigación, enjuiciamiento y procesamiento penal o civil que se encuentren dentro del alcance de las obligaciones de los funcionarios de las agencias de cumplimiento de la ley.

Ciertos miembros de su familia pueden no ser elegibles para recibir beneficios debido a su estado migratorio. De ser así, otros miembros de la familia aún podrán recibir beneficios.

Para recibir asistencia con dinero en efectivo y médica a través del Programa de reasentamiento de refugiados, no es necesario que proporcione el número de seguro social. La agencia del condado puede solicitarle que proporcione un número de seguro social, pero dicha agencia debe indicarle cómo usará ese número. Proporcionar el número es voluntario.

Fraude

Usted puede recibir ayuda para la que no tiene derecho:

- Si no dice la verdad acerca de usted.
- Si no le dice a la agencia de su condado acerca de los cambios que afectan su caso. Informe los cambios dentro de los 10 días calendario.

Si obtiene ayuda que no debería haber recibido:

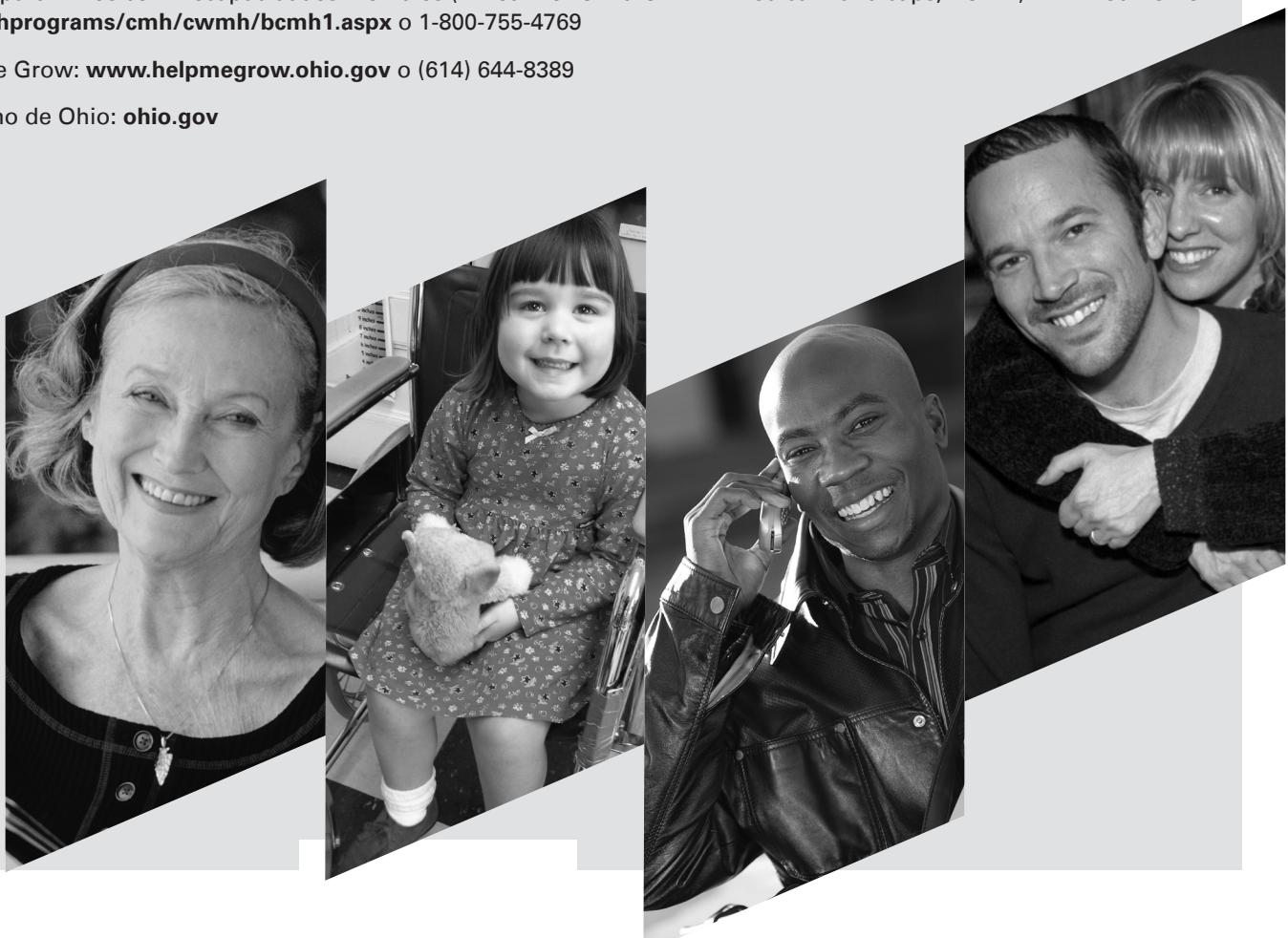
- Es posible que se le exija que la devuelva.
- Es posible que se lo acuse de cometer fraude.
- Es posible que lo multen o lo envíen a prisión.
- Es posible que no el futuro deje de recibir ayuda.

Control de calidad

Los casos se eligen al azar en todo el estado para garantizar que las personas sean elegibles para la asistencia que reciben y que estén recibiendo el monto correcto. Debe cooperar si su caso se somete a revisión. Si se niega a cooperar en la revisión, es posible que sus beneficios finalicen.

Recursos útiles

- Programas del ODJFS jfs.ohio.gov o llame al 1-866-ODJFS4U (1-866-635-3748)
- Para presentar la solicitud en línea o para informar un cambio en Ohio Works First, Asistencia alimentaria y/o Medicaid: odjfsbenefits.ohio.gov
- Línea directa para el consumidor de Medicaid: 1-800-324-8680
- Para presentar una solicitud en línea para Medicaid: benefits.ohio.gov
- Agencia del condado: jfs.ohio.gov/county
- Administración de Seguridad Social: ssa.gov o 1-800-772-1213
- Medicare: medicare.gov o 1-800-MEDICARE
- Compensación por desempleo: unemployment.ohio.gov o 1-877-644-6562 (OHIOJOB)
- Programa de descuento en medicamentos recetados Ohio's Best Rx: ohiobestrx.org o 1-866-923-7879
- Inscripción para votar: MyOhioVote.com
- Programa Mujeres, bebés y niños (Women, Infants and Children, WIC): odh.ohio.gov/odhprograms/ns/wicn/wic1.aspx o (614) 644-8006
- Oficina para Niños con Discapacidades Mentales (Bureau for Children with Medical Handicaps, BCMH): www.odh.ohio.gov/odhprograms/cmh/cwmh/bcmh1.aspx o 1-800-755-4769
- Help Me Grow: www.helpmegrow.ohio.gov o (614) 644-8389
- Gobierno de Ohio: ohio.gov



Mike DeWine, Gobernador del Estado de Ohio

Matt Damschroder, Director, Departamento de Trabajo y Servicios Familiares de Ohio

JFS 07501-SPA (Rev. 5/2022)



Mike DeWine, Gobernador del Estado de Ohio

Maureen Corcoran, Directora, Departamento de Medicaid de Ohio

Estas instituciones son proveedoras y empleadoras que ofrecen igualdad de oportunidades. fns.usda.gov/usda-nondiscrimination-statement

LISTA DE VERIFICACIONES NECESARIAS PARA HACER Y VOLVER HACER SOLICITUD

Nombre del Grupo con Ayuda	Fecha de la solicitud	Número del caso	Fecha de la entrevista y fecha del 2º aviso
----------------------------	-----------------------	-----------------	---

Algunos factores de elegibilidad deben verificarse antes de que el departamento de trabajo y servicios a la familia del condado pueda determinar su elegibilidad para _____. Todavía necesita proporcionar los documentos marcados a continuación.

Verificaciones que todavía se necesitan:	Período de Tiempo:
<input type="checkbox"/> Acta de nacimiento/verificación del nacimiento /verificación de la ciudadanía (certificado de nacimiento, pasaporte o documento similar)	_____
<input type="checkbox"/> Copia de la tarjeta de seguro médico (frente y reverso)	_____
<input type="checkbox"/> Verificación de ingresos (talones de pago, registros de impuestos, cartas de aprobación, manutención de menores)	_____
<input type="checkbox"/> Certificado de matrimonio	_____
<input type="checkbox"/> Formulario médico completado por el doctor	_____
<input type="checkbox"/> Verificación de embarazo (incluyendo número de fetos)	_____
<input type="checkbox"/> Prueba de los costos de cuidado de cualquier niño o dependiente	_____
<input type="checkbox"/> Prueba de cualquier pago de manutención de menores que no vivan con usted	_____
<input type="checkbox"/> Prueba de cualquier costo médico para personas con incapacidades o para personas que tienen 60 años o más (incluyendo recetas médicas)	_____
<input type="checkbox"/> Prueba de identidad (licencia de conducir, identificación del estado, pasaporte)	_____
<input type="checkbox"/> Prueba del valor actual de acciones, bonos, certificados de depósito, seguro de vida, fideicomisos, anualidades	_____
<input type="checkbox"/> Estados recientes de cualquier cuenta bancaria (cheques, cooperativa de crédito, ahorros)	_____
<input type="checkbox"/> Recibos de alquiler o hipoteca	_____
<input type="checkbox"/> Derechos y responsabilidades	_____
<input type="checkbox"/> Verificación de asistencia a la escuela	_____
<input type="checkbox"/> Tarjetas de seguridad social (o prueba de haberla solicitado) para:	_____
<input type="checkbox"/> Titulo de los vehículos de motor	_____
<input type="checkbox"/> Compensación de desempleo o verificación de compensación al trabajador	_____
<input type="checkbox"/> Recibos de los servicios públicos o copia de las cuentas)	_____
<input type="checkbox"/> Otros, especificar:	_____

Si usted no puede obtener ninguna de las verificaciones anteriores, es posible que podamos ayudarle. Comuníquese conmigo de inmediato si usted no puede conseguir las verificaciones.

Debemos tener las verificaciones mencionadas anteriormente para el _____. Si no obtenemos la información o verificaciones necesarias para esta fecha, su solicitud puede ser denegada o sus beneficios actuales pueden cancelarse.

Devuelva todas las verificaciones a:

Dirección		
Ciudad	Estado	Código postal
Correo electrónico		Número de fax

Nombre del trabajador social	Fecha	Distrito	Número de Teléfono
------------------------------	-------	----------	--------------------

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: [SNAP Hotline](#)

Para presentar una denuncia de discriminación relacionada con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los EE. UU. (HHS, por sus siglas en inglés), escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (202) 619-0403 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Estado de Ohio
INFORME DE CAMBIOS EN ASISTENCIA ALIMENTICIA

Para ser llenado por el trabajador social

Nombre	Nombre de grupo con ayuda	
Formulario de devolución para dirección del condado:		
Número de teléfono	Número de fax	Dirección del correo electrónico de JFS del condado

Si usted está recibiendo Asistencia Alimenticia, usted debe informar:

Si usted o un miembro de su grupo de asistencia es un adulto sin incapacidades físicas, sin dependientes y que está trabajando, debe reportar si el empleo es de menos de 20 horas a la semana u 80 horas en promedio mensual.

Si su ingreso mensual bruto sobrepasa el límite de ingreso mensual bruto permitido para el tamaño de su grupo de asistencia. Ver la tabla que aparece más abajo:

Tabla de referencia con lineamientos para el ingreso mensual bruto para Asistencia Alimenticia del 2023 (En vigor desde octubre 2022)

130% FPG	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
	\$1473	\$1984	\$2495	\$3007	\$3518	\$4029	\$4541	\$5052	\$5564	\$6067

Ingreso mensual bruto significa el monto de todos los ingresos (por ejemplo, sueldos, manutención de menores, Seguro Social, Ingreso de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), compensación por desempleo, anualidades, pensiones, jubilación, beneficios de veteranos o por incapacidad) recibidos por su grupo de asistencia antes de cualquier impuesto o deducción.

Tiene la obligación de informar cuando usted o algún integrante de su hogar se haga acreedor de \$4250 o más (antes de retenciones) provenientes de premios de lotería o ganancias que obtenga por juegos de azar. En Ohio, los premios de lotería o ganancias por juegos de azar se pagan en efectivo en un solo juego y pueden incluir, entre otros, pagos por parte de: casinos, hipódromos, máquinas tragamonedas, póquer, Keno y otras modalidades de apuestas. Un hogar no es elegible para participar en SNAP cuando un integrante de ese hogar posee ganancias considerables por juegos de azar o premios de lotería. A su hogar se lo considerará como no elegible hasta que logre cumplir los requisitos de elegibilidad para recursos e ingresos permitidos.

No se requiere que informe sobre ningún otro cambio de asistencia alimenticia hasta que reciba su reporte provisional o en la recertificación. Esto no cambia los requisitos de reportar para otros programas. Si su grupo de asistencia tiene un miembro adulto mayor o incapacitado, y usted ya ha excedido el límite de ingreso mensual bruto de la tabla, sólo necesita reportar los cambios en su ingreso.

Recordatorio: Si su dirección cambia, notifique a su trabajador social inmediatamente. Si su trabajador social no tiene su dirección correcta, usted no recibirá la información requerida para seguir recibiendo sus beneficios.

VERIFIQUE SU INGRESO TOTAL MENSUAL BRUTO AL FINAL DE CADA MES

Ingreso ganado (por trabajo, empleo independiente)	Ingreso no ganado (SSI, seguro social, manutención de menores)
1 ^a semana	\$ _____
2 ^a semana	\$ _____
3 ^a semana	\$ _____
4 ^a semana	\$ _____
5 ^a semana	\$ _____
Total:	\$ _____

Sume el monto total de todos los ingresos ganados y no ganados

Total ganado: _____

Total no ganado: + _____

Ingreso total mensual bruto: = _____

LOS CAMBIOS EN EL ESTADO DE EMPLEO ABAWD Y EN SU INGRESO MENSUAL BRUTO DEBEN REPORTARSE EN LA PÁGINA DOS DE ESTE FORMULARIO.

SI USTED TIENE ALGUNA PREGUNTA, POR FAVOR COMUNÍQUESE CON SU TRABAJADOR SOCIAL

Devuelva esta página a su trabajador social para reportar sus cambios.

¿Su ingreso familiar excede del límite de ingresos mensuales brutos? Si No

¿Cuál es su ingreso mensual bruto actual? \$

¿Usted o algún integrante de su hogar ganó \$4250 en una sola mano o más (antes de retenciones) en premios de lotería o ganancias por juegos de azar?

ABAWDS: ¿Sus horas semanales de empleo cayeron a menos de 20 por semana? Si No

¿Continuará el cambio reportado después del mes reportado? Sí No

Si su respuesta es "No", explique en este espacio:

Recordatorio:

Si usted tiene comprobantes del monto de su nuevo ingreso, por favor envíe copias de los talones de pago, cartas de asignación, una carta de su empleador, orden de manutención del juzgado, etc., a su trabajador social.

Para recibir una deducción de los gastos siguientes, usted debe reportar y proporcionar comprobantes a su trabajador social de: pagos de renta o hipoteca, costos de servicios y otros costos de vivienda, gastos médicos, pagos de manutención de menores con obligación legal que pague alguien que no es miembro del hogar. Si no reporta o comprueba cualquiera de los gastos anteriores se interpretará como una declaración de su hogar indicando que no desea recibir una deducción por el gasto.

► **Por favor lea la advertencia de penalización antes de firmar, fechar y regresar este formulario.**

ADVERTENCIA DE PENALIZACIÓN

La información proporcionada en este formulario está sujeta a verificación por oficiales federales, estatales y locales. Si se encuentra alguna información incorrecta, pueden negársele los beneficios de asistencia alimenticia y/o quedar sujeto a proceso judicial por proporcionar información falsa a sabiendas. Si su grupo de asistencia recibe beneficios de asistencia alimenticia, debe seguir las reglas de la lista de más abajo. A cualquier miembro de su grupo de asistencia que a propósito rompa cualquiera de estas reglas se le puede prohibir su participación en el Programa de Asistencia Alimenticia por 12 meses por la primera violación, 24 meses por la segunda violación, y permanentemente por la tercera violación; multar hasta por \$250,000, encarcelar hasta por 20 años, o ambos; y quedar sujeto a proceso judicial bajo otras leyes federales aplicables. Un juzgado también puede prohibirle su participación en el Programa de Asistencia Alimenticia por 18 meses adicionales.

A cualquier persona que sea declarada culpable de traficar con la asistencia alimenticia por una corte federal, estatal o local se le negarán los beneficios por 24 meses por la primera ofensa y permanentemente por la segunda ofensa que implique la venta de una sustancia controlada a cambio de beneficios de asistencia alimenticia, y se le negarán los beneficios permanentemente por la primera ofensa que implique la venta de armas de fuego, municiones o explosivos a cambio de beneficios de asistencia alimenticia o por traficar con los beneficios de asistencia alimenticia por \$500 o más. Si se encuentra que una persona hizo declaraciones falsas o a sabiendas proporcionó información falsa con respecto a identidad o residencia para recibir más de un beneficio a la vez, quedará fuera del Programa de Ayuda para Alimentos durante 10 años.

- No proporcione información falsa ni retenga información para continuar recibiendo beneficios de asistencia alimenticia
- No dé, cambie o venda beneficios de asistencia alimenticia, tarjetas de autorización o cualquier documento de autorización.
- No altere tarjetas de autorización ni otros documentos de autorización para obtener beneficios de asistencia alimenticia que no tiene derecho a recibir.
- No use los beneficios de asistencia alimenticia para comprar artículos no autorizados, como bebidas alcohólicas, tabaco, productos de papel, alimento para mascotas, jabón y otros artículos de limpieza.
- No use los beneficios de asistencia alimenticia de otra persona para su grupo de asistencia.

SU FIRMA:

Entiendo la penalización por retener información. También entiendo que tendría que reembolsar cualquier beneficio de asistencia alimenticia que haya recibido porque no reporté totalmente los cambios requeridos a mi trabajador social. Si se me pide, estoy de acuerdo en probar los cambios que reporto. Mis respuestas en este formulario son correctas y completas según mi mejor saber y entender.

Su firma	Fecha	Número de teléfono
----------	-------	--------------------

De conformidad con la Ley Federal de Derechos Civiles y los reglamentos y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los EE. UU. (USDA, por sus siglas en inglés), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen sobre la base de raza, color, nacionalidad, sexo, credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] llamando al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA, (AD-3027) que está disponible en línea en: [How to File a Complaint](#), y en cualquier oficina del USDA, o bien escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o carta al USDA por:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.

Esta página se deja en blanco de manera intencional.

AVISO PARA LAS PERSONAS QUE SOLICITAN O PARTICIPAN EN OHIO TRABAJA PRIMERO (OWF, por sus siglas en inglés) EN CUANTO A LA COOPERACIÓN CON LA AGENCIA PARA EL CUMPLIMIENTO DE LA MANUTENCIÓN DE MENORES (CSEA, por sus siglas en inglés)

Como condición de elegibilidad para OWF se requiere que usted coopere con la Agencia para el Cumplimiento de la Manutención de Menores (CSEA) para establecer la paternidad o asegurar la manutención por parte de un padre o madre ausente.

Beneficios de cooperar

Su cooperación con la CSEA podría resultar en los siguientes beneficios para su hijo:

- localización del padre o madre ausente
- establecimiento legal de la paternidad de su hijo(a),
- emisión de una orden de manutención para su hijo(a);
- ejecución de la orden de manutención de menores;
- la posibilidad de que los pagos de manutención sean más elevados que los de la asistencia pública;
- la posibilidad de que su(s) hijo(s) obtengan derecho a futuros beneficios del Seguro Social, de Veteranos u otros beneficios.

¿En qué consiste la cooperación?

Es posible que al cooperar con la CSEA a usted se le solicite que haga una o más de las siguientes cosas:

- identificar al padre o madre de cualquier niño o niña que esté solicitando los servicios de OWF o participando en el programa;
- proporcionar la información que usted tenga para ayudar a localizar al padre o madre ausente;
- ayudar a determinar de forma legal quién es el padre;
- ayudar a obtener los pagos en concepto de manutención que se le adeuden a usted o a su hijo(a);
- presentarse ante la CSEA o los tribunales si fuera necesario para proporcionar información acerca del padre o madre de su hijo(a).

La cooperación en cuanto a la manutención de menores es una disposición del contrato de autosuficiencia. Cuando usted o cualquier miembro de su grupo de asistencia no coopere o se rehúse a cooperar con la CSEA, usted quedará sujeto(a) a las siguientes sanciones:

- cancelación de su OWF por un mes la primera vez que se rehúse a cooperar o no coopere;
- cancelación de su OWF por tres meses la segunda vez que se rehúse a cooperar o no coopere;
- cancelación de su OWF por seis meses la tercera vez que se rehúse a cooperar o no coopere.

¿Tiene usted justa razón para no cooperar?

Usted podrá solicitar una exención por justa causa si cooperar con la CSEA no fuera de beneficio para el niño(a) o le impidiera a usted o al niño(a) librarse de la violencia doméstica. Usted no tendrá que cooperar con la CSEA si se le concede una exención por justa causa.

Motivos para solicitar una exención por justa causa

Usted podrá solicitar una exención por justa causa en cuanto al requisito de cooperación cuando:

- usted o su hijo(a) sean víctimas de violencia doméstica y su cooperación no fuera de beneficio para el niño(a) o hiciera más difícil evitar la violencia doméstica;
- el proceso de adopción legal del niño(a) estuviera pendiente ante un juez y dicha cooperación no resultara de beneficio para el niño(a);
- la adopción del niño(a) estuviera siendo considerada de forma activa y la cooperación no

- resultara de beneficio para dicho niño(a); o
- el niño(a) hubiera sido concebido(a) como resultado de incesto o violación y la cooperación no resultara de beneficio para dicho niño(a).

Documentación escrita

Usted tiene la responsabilidad de proporcionar la documentación escrita a la CSEA dentro de un período de 45 días de haber solicitado una exención por justa causa para que la agencia pueda determinar si usted tiene justa causa para rehusarse a cooperar.

Se acepta documentación escrita de cualquiera de las siguientes personas o entidades:

- un juez, la policía u otra entidad gubernamental, refugio, profesional de derecho, religioso, médico u otra persona a quien haya solicitado asistencia para lidiar con la violencia doméstica, del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS) o de otra persona con conocimiento de la violencia doméstica si su motivo para reclamar justa causa se debe a la violencia doméstica;
- un juez, abogado, agencia de servicios de protección de menores o agencia de servicios sociales que indique que el procedimiento de adopción legal del niño(a) está pendiente ante un juez o si se estuviera considerando de forma activa la adopción del niño(a) y si dicha cooperación no fuera de beneficio para el niño(a);
- un profesional médico, organismo del orden público o agencia de registro civil que verifique que el niño fue concebido como resultado de incesto o violación y si dicha cooperación no fuera de beneficio para el niño(a).

La CSEA podría aceptar una declaración escrita de su parte si el motivo por el que reclama justa causa fuera que usted o el niño(a) son víctimas de violencia doméstica y usted no pudiera obtener la documentación escrita.

Por favor, indique todo lo que le aplique.

- He leído o se me ha leído la declaración acerca de mi derecho de reclamar justa causa para rehusarme a cooperar con la CSEA y la comprendo.
- Deseo solicitar una exención por justa causa a la CSEA.

Nombre completo en letra de molde del individuo que solicita una exención por justa causa	Caso/ cat./ seq.
Firma del solicitante/ participante	Fecha
Firma del trabajador(a)	Fecha

¿Desea que le enviemos todas las cartas y correspondencia acerca de la violencia doméstica a otra dirección o que le llamemos utilizando un número de teléfono diferente para proteger su seguridad?

SÍ NO

Si así lo desea, por favor, escriba a continuación la dirección a la que usted desea que le enviemos información acerca de su pedido de exención por violencia doméstica

Dirección alternativa
Dirección
Ciudad/ Estado/ Código Postal
Número de teléfono alternativo (incluir el código del área)