

Formulario de elegibilidad de no asistencia de TANF de ODJFS para servicios financiados por TANF

Esta solicitud debe ser completada por el solicitante/participante, el cual es padre de un niño menor de 17 años, o de 18 años y en la escuela secundaria.

Nombre:	Número de Seguridad Social:	Número de teléfono:	
Dirección:	Ciudad:	Estado:	Código postal:

Paso 1: Estado de ciudadanía/no ciudadanía calificada

Se requiere la ciudadanía o el estado de no ciudadanía calificado para los "beneficios de medios verificados". Esto significa que la elegibilidad para el beneficio, programa o servicio de apoyo se basa en los ingresos. Si el solicitante no cumple con uno de los siguientes criterios de estado, se considera que **no es elegible** para los "beneficios de medios verificados" de TANF.

1. ¿El solicitante/individuo/miembro de la familia es ciudadano de los Estados Unidos? ☐ SÍ ☐ NO

2. ¿El solicitante cumple con una de las excepciones de ciudadanía bajo el Código Administrativo de Ohio 5101:1-2-30 ☐ SÍ ☐ NO

En caso afirmativo, indique qué excepción y fecha de entrada:

Paso 2: Hogar familiar e ingresos

La familia que solicita el servicio incluye a un padre o pariente de un hijo dependiente menor de 18 años (o menor de 19 años que todavía es estudiante de tiempo completo en la escuela secundaria o en el nivel equivalente de capacitación técnica o vocacional), que nunca ha estado casado y el niño vive en el hogar.

Usando la tabla a continuación, determine si el ingreso del hogar es igual o inferior al 200% de los límites del Nivel Federal de Pobreza de 2023. Seleccione el número de integrantes del hogar y el ingreso mensual que coincida con los ingresos de la familia solicitante.

Número de miembros del hogar (incluir mamá, y papá/tutor legal e hijos)	El ingreso mensual del hogar es inferior a esta cantidad	☒	Número de miembros del hogar (incluir a mamá, y papá/tutor legal e hijos)	El ingreso mensual del hogar es inferior a esta cantidad	☒	Número de miembros del hogar (incluir a mamá, y papá/tutor legal e hijos)	El ingreso mensual del hogar es inferior a esta cantidad	☒
1	\$ 2,430		4	\$ 5,000		7	\$ 7,570	
2	\$ 3,287		5	\$ 5,857		8	\$ 8,427	
3	\$ 4,144		6	\$ 6,714		9	\$ 9,284	

Número de miembros del hogar:

¿El ingreso total de la familia es igual o inferior al 200% del Nivel Federal de Pobreza según el número de integrantes del hogar? ☐ SÍ ☐ No

Complete la tabla con todos los hijos menores de edad del solicitante

Nombre	Edad	Nombre	Edad

Paso 2: Definiciones de familia

La familia que solicita los servicios incluye:

☐ El padre con custodia (madre, padre, madre adoptiva, padre adoptivo o pariente de un hijo dependiente menor de 18 años (o menor de 19 años que todavía es estudiante de tiempo completo en la escuela secundaria o en el nivel equivalente de capacitación técnica o vocacional), que nunca ha estado casado o cuyo matrimonio fue anulado y cuya elegibilidad se está determinando.

☐ Padre sin custodia: el padre no está en el hogar del niño (consulte la definición anterior para el niño) cuya elegibilidad se está considerando. Tanto el padre sin custodia como el niño deben vivir en el estado de Ohio.

☐ Pariente de sangre: incluidos los de media sangre, hermanos, primos hermanos, sobrinos, sobrinas, tías, tíos, abuelos e individuos de generaciones anteriores como se denota por los prefijos de bis, tatara, etc. Este grupo incluye a los familiares dentro del quinto grado de parentesco con el hijo dependiente; por lo tanto, esto incluye los primos hermanos de otra generación, pero no los primos segundos.

Paso 3: Autodeclaración

El Proveedor debe revisar las siguientes declaraciones con el solicitante/participante del programa

- ☐ Entiendo que la ley me exige proporcionar mi número de seguro social para recibir beneficios/servicios financiados por TANF. Esto es obligatorio según la Ley de Seguridad Social (42 USC 1137.)
- ☐ Entiendo que mi Número de Seguro Social se utilizará para asociar todos los registros a mi identificación, incluida la participación en el programa y la recepción de servicios y beneficios.
- ☐ Certifico, a mi leal saber y entender, que la información incluida en esta solicitud es verdadera, incluidos los ingresos y la información de ciudadanía/no ciudadanía calificada.
- ☐ Certifico que, como padre o tutor legal del menor para el que se solicita el servicio, no hemos recibido beneficios de manera fraudulenta en virtud de los programas OWF y/o PRC, O que hemos reembolsado el costo de cualquier asistencia fraudulenta según se define en la sección 5101.83 Código revisado y regla 5101: 1-23-75 del Código Administrativo de Ohio.

Nombre: _____ Número de Seguridad Social: _____ Número de teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Firma

Fecha

¿CÓMO PRESENTO UNA QUEJA POR DISCRIMINACIÓN?

Su queja se puede presentar ante:

The Ohio Department of Job and Family Services, Bureau of Civil Rights, 30 East Broad Street, 37th Floor
Columbus, Ohio 43215-3414 Fax: (614) 752 – 6381

El personal de la Oficina de Derechos Civiles (BCR) está disponible para ofrecer asistencia al escribir y presentar sus quejas. Puede llamar a BCR al (614) 644-2703 o al número gratuito 1-866-227-6353, TTY (614) 995-9961 o al número gratuito 1-866-221-6700

Para uso exclusivo de la Agencia (Beneficiario):

¿El solicitante dio fe de cumplir con el Requisito de Elegibilidad de Familia e Ingresos? (Esta respuesta no está relacionada con la aprobación de la agencia, solo con la confirmación de la respuesta del solicitante)

☐ Sí ☐ No

¿El Solicitante fue Aprobado o Denegado? ☐ Aprobado ☐ Denegado ☐ Aprobado para fondos no relacionados con TANF

Nombre de la organización:	Nombre del revisor	Fecha
----------------------------	--------------------	-------