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

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

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

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

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

Si el aplicante no reúne uno de los siguientes criterios,el/ella

es considerado inelegible para los “beneficios por necesidad financiera” de TANF.

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

Sí  NO

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

Click here to enter text.

**Paso 2: Composición Familiar e Ingresos**

La familia que solicita servicios incluye a un padre/madre o pariente de un dependiente menor de 18 años (o menor de 19 años si continúa estudiando a tiempo completo en una escuela superior o a un nivel equivalente de entrenamiento vocacional o técnico), quien nunca se a casado, y el niño reside en el hogar.

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

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)** | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** | **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)** | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** | **Tamaño de la Composición Familiar (incluye madre, y padre/guardian legal e hijos)** | **Ingreso familiar mensual se encuentra por debajo de esta cantidad** | **☑** |
| 1 4 $4,625 7 $6,985  2 $3,052 5 $5,412 8 $7,772  3 $3,839 6 $6,199 9 $8,559 | $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 en la familia: Click here to enter text.

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

Complete la tabla con la información sobre todos los hijos menores de la aplicante.

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

**Paso 3: Atestación Propia**

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

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

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

**Entiendo que mi número de seguro social será usado para asociar todos los récords con mi identificación incluyendo la participación en programas y el recibo de servicios y beneficios.**

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

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

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

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

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

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

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

**Firma Fecha**

**Paso 2, Continuado: Definiciones con Respecto a la Familia**

**La familia que solicita servicios incluye:**

**Familiar con custodia (madre, padre, madre adoptiva, padre adoptivo, o pariente de un niño dependiente menor de 18 años (o menor de 19 años quien continúa a tiempo completo como estudiante de escuela superior o estudiando a un nivel equivalente de entrenamiento vocacional o técnico), quien está casado(a), nunca se ha casado o cuyo matrimonio fue anulado y cuya elegibilidad está siendo determinada.**

**Familiar sin custodia: el padre o la madre no reside con el** **niño (vea la definición de niño descrita arriba) cuya elegibilidad**

**está siendo considerada. Ambos el padre o la madre sin custodia y el niño deben de residir en el Estado de Ohio.**

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

***¿Cómo Radico Una Querella Por Discrimen?***

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

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

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

**El personal del Bureau of Civil Rights (BCR, por sus siglas en inglés) está disponible para ayudarle a redactar y radicar su[s] querella[s]. Usted puede llamar a BCR al**

***(614) 995-7770 o Sin Cargos al 1-866-227-6353, TTY (614) 995-9961 o Sin Cargos al 1- 866-221-6700***

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

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

***☐ Yes ☐ No***

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

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

*Form Revised 4-21-2023*