**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 $6,9852 $3,052 5 $5,412 8 $7,7723 $3,839 6 $6,199 9 $8,559 | $2,430 |  | 4 | $5,000 |  | 7 | $7,570 |  |
| 2 | $3,287 |  | 5 | $5,857 |  | 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*