

## PROYECTO DEL CÁNCER DE SENO Y DE CUELLO UTERINO DE OHIO (BCCP) SOLICITUD DE MEDICAID

El BCCP de Medicaid ofrece cobertura de atención médica gratuita para algunas mujeres que hayan sido examinadas por el Proyecto del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (BCCP, por sus siglas en inglés) del Departamento de Salud de Ohio (ODH, por sus siglas en inglés) y que necesitan tratamiento para el cáncer de seno o de cuello uterino o para condiciones precancerosas. Si fue examinada por el BCCP del ODH y desea aplicar para el BCCP de Medicaid, siga estos pasos:

- Llene, firme y feche esta solicitud de Medicaid.** Si usted no entiende una pregunta, el administrador del caso BCCP puede ayudarle. Use páginas adicionales si es necesario. Asegúrese de firmar y fechar la solicitud y adjuntar copias de documentos importantes.
- Lea, firme y feche** el formulario "Sus Derechos y Responsabilidades".
- Devuelva estos formularios completados** a su administrador del caso BCCP. Si necesita tratamiento para el cáncer de seno o de cuello uterino o para condiciones precancerosas, el administrador del caso BCCP presentará esta solicitud al Departamento de Medicaid de Ohio (Medicaid, por sus siglas en inglés). El Medicaid se comunicará con usted acerca de su elegibilidad para beneficios de atención médica.

Nombre de la persona que está aplicando		Inicial del segundo nombre		Apellido	
Dirección			Ciudad	Estado <b>Ohio</b>	Código postal
Condado de residencia		Teléfono de la casa		Teléfono del trabajo	
<input type="checkbox"/> Hispano /Latino  <input type="checkbox"/> No Hispano/ Latino	<input type="checkbox"/> Indio americano / Nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro/Afro-Americano <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai / De otra Isla del Pacífico <input type="checkbox"/> Blanco	¿Es ciudadano de los Estados Unidos? * <i>Proporcione prueba de ciudadanía o estatus migratorio.</i>  <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No		Idioma principal  <input type="checkbox"/> Inglés <input type="checkbox"/> Otro ( <i>Por favor, especifique</i> ) _____	
¿Alguien en su hogar paga por el cuidado de niños? Si así es, ¿cuánto paga por semana (en total)? \$ _____ ¿Por cuántos niños? _____			¿Alguien en su casa paga manutención de menores? Si así es, ¿cuánto paga por semana (en total)? \$ _____ ¿Por cuántos niños? _____		

**Hogar:** Por favor, incluya todas las personas, incluyendo a usted mismo, que viven en su hogar. (Si alguien que vive en su hogar está embarazada, podría requerirse información adicional.)

Nombre (Inicial del segundo nombre, apellido)	Fecha de nacimiento	Relación con usted	¿Está discapacitado?	¿Está embarazada?
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
			<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No

**Ingresos:** Por favor proporcione la siguiente información para cada persona que vive en su hogar que recibe ingresos de alguna fuente, incluyendo anualidades, salarios, trabajo por cuenta propia, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI), pensión de veteranos (VA), compensación a trabajadores, pensión alimenticia o manutención de menores.

Nombre de la persona que recibe los ingresos	Empleador o fuente de ingresos	Ingreso bruto	¿Con qué frecuencia recibe el ingreso?
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**Cobertura médica.** Por favor indique cualquier otra cobertura médica que tenga actualmente. Indique todas las que aplican. (Nota: Ésta es cobertura médica para usted, y no para otros integrantes de la familia.)  
 No tiene cobertura médica     Medicaid: Si usted tiene una obligación de pago, ¿de cuánto es? \$ \_\_\_\_\_ al mes  
 Medicare:  Parte A     Parte B     Otras. Por favor identifique cada póliza a continuación.

Compañía de seguros	Número de póliza	Por favor <b>INDIQUE</b> los servicios que cubre la póliza
		<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista
		<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista
		<input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Visitas al médico <input type="checkbox"/> Recetas médicas <input type="checkbox"/> Ambulancia <input type="checkbox"/> Servicios dentales <input type="checkbox"/> Cuidado de la vista

**Cobertura retroactiva.** Medicaid podría pagar parte o la totalidad de sus gastos médicos hasta por tres meses antes de presentar esta solicitud. ¿Le gustaría que Medicaid explore su elegibilidad para esta cobertura?  
 Sí     No    Si así es, por favor indique en esta solicitud las respuestas o información que ha cambiado en los últimos tres meses:

**AL FIRMAR ESTA SOLICITUD, ESTOY DE ACUERDO en entregar la documentación y la verificación de la información de esta solicitud.** Entiendo que esta solicitud de Medicaid será considerada sólo en caso de que sea sometida a un chequeo para el diagnóstico del cáncer de seno o de cuello uterino bajo el Programa Nacional de Detección Temprana del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (NBCCEDP, por sus siglas en inglés) de los Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC, por sus siglas en inglés), y que se me encuentre cáncer de seno o de cuello uterino (o condiciones precancerosas) y necesite tratamiento. Entiendo que se me puede pedir dar mi consentimiento al CDJFS para hacer los contactos necesarios para determinar mi elegibilidad.

Autorizo a cualquier persona que ofrezca cuidados médicos o suministros médicos para que proporcione al Departamento de Medicaid de Ohio (Medicaid) o al Departamento de Salud de Ohio (ODH) cualquier información relacionada con la magnitud, la duración y el alcance de los servicios ofrecidos bajo el Programa del Cáncer de Seno y de Cuello Uterino (BCCP) de Medicaid y el programa de chequeo BCCP. También autorizo a Medicaid y ODH para que intercambien cualquier información que yo haya proporcionado en este formulario, para permitirle a dichos departamentos determinar mi elegibilidad. Entiendo que esta solicitud será considerada sin distinción de raza, color, sexo, edad, incapacidad física o mental, religión, origen nacional, o creencias políticas.

**NOTA:** Su Número de Seguro Social (SSN) es necesario para poder recibir Medicaid.

Al firmar a continuación, afirmo que a mi mejor saber y entender las respuestas en esta solicitud son completas y correctas. Entiendo que la ley establece una pena de multas o de prisión (o ambas) para toda persona declarada culpable de aceptar asistencia que él o ella no es elegible para recibir. **Declaro bajo pena de perjurio que toda la información en esta solicitud es verdadera y completa a lo mejor de mi conocimiento.**

Persona que está aplicando ( <i>Por favor escriba su nombre en letra de molde</i> )	Firma	Fecha
Representante autorizado o persona que ayudó a llenar este formulario	Firma	Fecha

Una solicitud por separado se necesita para solicitar asistencia en efectivo, asistencia de alimentos, asistencia para otros integrantes de la familia u otras categorías de Medicaid. Si usted está interesado en solicitar cualquier otra forma de asistencia, por favor, comuníquese con su oficina local del Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado.

**¿Tiene preguntas? Llame a su administrador del caso BCCP o a la Línea Directa del Consumidor de Medicaid al 1-800-324-8680 o al TDD 1-800-292-3572.**

# Voter Registration and Information Update Form

Please read instructions carefully. Please type or print clearly with blue or black ink. For further information, you may consult the Secretary of State's website at:

www.OhioSecretaryofState.gov or call 1-877-767-6446.

# Formulario de Registro de Votante o Actualización de Registro Actual

Por favor lea las instrucciones atentamente. Por favor escriba a máquina o con letra de molde clara con tinta azul o negra. Para más información puede consultar el Sitio web del Secretario de Estado en: www.OhioSecretaryofState.gov o llamar al 1-877-767-6446.

## Eligibility

You are qualified to register to vote in Ohio if you meet all the following requirements:

1. You are a citizen of the United States.
2. You will be at least 18 years old on or before the day of the general election.
3. You will be a resident of Ohio for at least 30 days immediately before the election in which you want to vote.
4. You are not incarcerated (in jail or in prison) for a felony conviction.
5. You have not been declared incompetent for voting purposes by a probate court.
6. You have not been permanently disenfranchised for violations of election laws.

Use this form to register to vote or to update your current Ohio registration if you have changed your address or name.

**NOTICE:** This form must be received or postmarked by the 30th day before an election at which you intend to vote. You will be notified by your county board of elections of the location where you vote. If you do not receive a notice following timely submission of this form, please contact your county board of elections.

**Numbers 1 and 2 below are required by law.** You must answer **both** of the questions for your registration to be processed.

## Registering in Person

If you have a current valid Ohio driver's license, you must provide that number on line 10. If you do not have an Ohio driver's license, you must provide the last four digits of your Social Security number on line 10. If you have neither, please write "None."

## Registering by Mail

If you register by mail and do not provide either a current Ohio driver's license number or the last four digits of your Social Security number, please enclose with your application a copy of one of the following forms of identification that shows your name and current address:

Current and valid photo identification, a military identification, or a current (within the last 12 months) utility bill, bank statement, paycheck, government check or government document (other than a notice of voter registration mailed by a board of elections) that shows your name and current address.

## Residency Requirements

Your voting residence is the location that you consider to be a permanent, not a temporary, residence. Your voting residence is the place in which your habitation is fixed and to which, whenever you are absent, you intend to return. If you do not have a fixed place of habitation, but you are a consistent or regular inhabitant of a shelter or other location to which you intend to return, you may use that shelter or other location as your residence for purposes of registering to vote. If you have questions about your specific residency circumstances, you may contact your local board of elections for further information.

## Your Signature

In the area below the arrow in Box 14, please write your cursive, hand-written signature or make your legal mark, taking care that it does not touch the surrounding lines so when it is digitally imaged by your county board of elections it can effectively be used to identify your signature.

Please see information on back of this form to learn how to obtain an absentee ballot.

**WHOEVER COMMITS ELECTION FALSIFICATION IS GUILTY OF A FELONY OF THE FIFTH DEGREE.**

## Elegibilidad

Usted puede registrarse para votar si cumple todos los requisitos siguientes:

1. Usted es ciudadano de los Estados Unidos.
2. Usted tendrá al menos 18 años de edad el día de las elecciones generales o antes de las mismas.
3. Usted habrá sido un residente de Ohio durante al menos los 30 días previos a las elecciones en las que quiere votar.
4. Usted no está encarcelado (en la cárcel o en prisión) por un delito grave.
5. Usted no ha sido declarado incompetente a fines de votación por un tribunal testamentario.
6. Usted no ha sido privado de sus derechos de forma permanente por violaciones de leyes electorales.

Use este formulario para registrarse para votar o para actualizar su registro actual en Ohio si ha cambiado de domicilio o nombre.

**AVISO:** Este formulario debe ser recibido o estar matasellado al menos 30 días antes de unas elecciones en las que usted tiene intención de votar. La junta electoral del condado le notificará el lugar donde usted vota. Si no recibe una notificación después de entregar su formulario a tiempo, por favor póngase en contacto con la junta electoral de su condado.

**Números 1 y 2 del formulario a continuación son obligatorias por ley.** Debe contestar a **ambas** preguntas para que su registro pueda ser procesado.

## Registrarse en Persona

Si usted tiene una licencia de conducir de Ohio válida, tiene que facilitar ese número en la línea 10. Si usted no tiene una licencia de conducir de Ohio, tiene que facilitar los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social en la línea 10. Si no tiene ninguno de los dos, por favor escriba "Ninguno".

## Registrarse por Correo

Si usted se registra por correo y no facilita un número de licencia de conducir de Ohio o los cuatro últimos dígitos de su número del Seguro Social, por favor incluya con su solicitud una copia de una de las siguientes formas de identificación que muestre su nombre y domicilio actual:

Actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, nómina, cheque del gobierno, o otro documento del gobierno (con excepción de una notificación de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual.

## Requisitos de Domicilio

Su domicilio de votar es el lugar que usted considera ser su domicilio permanente y no temporario. Su domicilio de votar es el lugar en lo que su habitación es fijada y el lugar a lo que, cuando usted esté ausente, tiene la intención de regresar. Si usted no tiene una habitación fijada, pero está habitante consistente y regular de un refugio o de otro lugar a lo que tiene la intención de regresar, se permite usar ese refugio como domicilio para su registro de votante. Si usted tiene preguntas sobre su circunstancia específica de domicilio, pongase en contacto con la junta electoral de su condado.

## Su Firma

En la área debajo de la flecha en casilla 14, por favor firme en cursiva y por mano o ponga su marca, teniendo cuidado de no tocar las líneas o el texto que la rodean para que cuando la junta electoral de su condado lo hacen una imagen digital, la pueden usar para identificar su firma.

Por favor consulte la información en el otro lado de este formulario para averiguar cómo obtener una boleta o papeleta de voto en ausencia.

**AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.**

I am:  Registering as an Ohio voter  Updating my address  Updating my name  
 Quiero:  Registrarme para votar en Ohio  Actualizar mi domicilio  Actualizar mi nombre

1. Are you a U.S. citizen? / ¿Es usted ciudadano de los EE.UU.?  Yes / Sí  No / No  
 2. Will you be at least 18 years of age on or before the next general election?  Yes / Sí  No / No  
 ¿Tendrá usted al menos 18 años de edad el día de las próximas elecciones generales o antes?  
 If you answered NO to either of the questions, do not complete this form.  
 Si respondió NO a cualquiera de las preguntas, no complete este formulario.

3. Last Name / Apellido \_\_\_\_\_ First Name / Nombre \_\_\_\_\_ Middle Name or Initial / Segundo Nombre o Inicial \_\_\_\_\_ Jr., II, etc. \_\_\_\_\_

4. House Number and Street (Enter new address if changed) / Número de Casa y Calle (Escriba la nueva dirección si ha cambiado) \_\_\_\_\_ Apt. or Lot # / Apt. o No. de Parcela \_\_\_\_\_ 5. City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos \_\_\_\_\_ 6. ZIP Code / Código Postal \_\_\_\_\_

7. Additional Mailing Address (if necessary) / Dirección Postal Adicional (si es necesario) \_\_\_\_\_ 8. County (where you live) / Condado (donde vive) \_\_\_\_\_

9. Birthdate (MO-DAY-YR) (required) / Fecha de Nacimiento (MES-DÍA-AÑO) (obligatorio) \_\_\_\_\_ 10. Ohio Driver's License No. OR last four digits of Social Security No. (one form of ID required to be listed or provided) / No. de la licencia de conducir de Ohio o últimos cuatro dígitos del No. del Seguro Social (es necesario indicar o facilitar una forma de identificación) \_\_\_\_\_ 11. Phone No. (voluntary) / No. Tfno. (voluntario) \_\_\_\_\_

12. PREVIOUS ADDRESS IF UPDATING CURRENT REGISTRATION - Previous House Number and Street / DOMICILIO ANTERIOR SI ESTA ACTUALIZANDO EL REGISTRO ACTUAL - Número de Casa y Calle Anterior \_\_\_\_\_

Previous City or Post Office / Ciudad u Oficina de Correos \_\_\_\_\_ County / Condado \_\_\_\_\_ State / Estado \_\_\_\_\_

13. CHANGE OF NAME ONLY Former Legal Name / SÓLO CAMBIO DE NOMBRE Nombre Legal Anterior \_\_\_\_\_ Former Signature / Firma Anterior \_\_\_\_\_

14. \_\_\_\_\_

I declare under penalty of election falsification I am a citizen of the United States, will have lived in this state for 30 days immediately preceding the next election, and will be at least 18 years of age at the time of the general election. Declaro, so pena de fraude electoral, que soy ciudadano de los Estados Unidos, que habré vivido en este estado durante al menos los 30 días previos a las elecciones siguientes y que tendré al menos 18 años de edad en el momento de las elecciones generales.

Your Signature / Su firma \_\_\_\_\_ Date / Fecha \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_  
 MO DAY YR / MES DÍA AÑO

FOR BOARD USE ONLY  
 SEC4010 (Rev. 6/14)  
 City, Village, Twp. \_\_\_\_\_  
 Ward \_\_\_\_\_  
 Precinct \_\_\_\_\_  
 School Dist. \_\_\_\_\_  
 Cong. Dist. \_\_\_\_\_  
 Senate Dist. \_\_\_\_\_  
 House Dist. \_\_\_\_\_

## HOW TO OBTAIN AN OHIO ABSENTEE BALLOT

You are entitled to vote by absentee ballot in Ohio without providing a reason. Absentee ballot applications may be obtained from your county board of elections or from the Secretary of State at: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) or by calling 1-877-767-6446.

## OHIO VOTER IDENTIFICATION REQUIREMENTS

Voters must bring identification to the polls in order to verify identity. Identification may include current and valid photo identification, a military identification, or a copy of a current (within the last 12 months) utility bill, bank statement, government check, paycheck, or other government document, other than a notice of an election or a voter registration notification sent by a board of elections, that shows the voter's name and current address. Voters who do not provide one of these documents will still be able to vote by providing the last four digits of the voter's Social Security number and by casting a provisional ballot pursuant to R.C. 3505.181. For more information on voter identification requirements, please consult the Secretary of State's website at: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) or call 1-877-767-6446.

## WHOEVER COMMITS ELECTION FALSIFICATION IS GUILTY OF A FELONY OF THE FIFTH DEGREE.

### To ensure your information is updated, please do the following:

1. Print this form.
2. Complete all required fields.
3. Sign and date your form.
4. Fold and insert your form into an envelope.
5. Mail your form to your county board of elections. For your county board's address please visit [www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm](http://www.OhioSecretaryofState.gov/boards.htm).

If you have additional questions, please call the office of the Ohio Secretary of State at 877-SOS-OHIO (767-6446).

## CÓMO CONSEGUIR UNA BOLETA O PAPELETA DE VOTO EN AUSENCIA

*Usted tiene derecho a votar mediante una boleta o papeleta de voto en ausencia en Ohio sin tener que dar un motivo. Las solicitudes de boletas o papeletas de voto en ausencia se pueden obtener de la junta electoral de su condado o del Secretario de Estado en: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llamando al 1-877-767-6446.*

## REQUISITOS DE IDENTIFICACIÓN PARA LOS VOTANTES DE OHIO

*Los votantes deben traer identificación a los centros de votación para verificar su identidad. La identificación puede incluir actual y válida identificación con fotografía, identificación militar o una copia de un recibo o factura actual (no más de 12 meses de antigüedad) de servicios básicos, estado de cuentas bancarias, cheque del gobierno, nómina, o otro documento del gobierno (con excepción de notificaciones de las elecciones o notificaciones de registro de votante enviado por la junta electoral) que muestre su nombre y domicilio actual. Los votantes que no faciliten ninguno de estos documentos aún podrán votar facilitando los últimos cuatro dígitos del número de Seguro Social del votante y ejerciendo una papeleta provisional de conformidad con R.C. 3505.181. Para obtener más información acerca de los requisitos de identificación de los votantes, por favor consulte el Sitio web del Secretario de Estado en: [www.OhioSecretaryofState.gov](http://www.OhioSecretaryofState.gov) o llame al 1-877-767-6446.*

## AQUELLAS PERSONAS QUE COMETAN FRAUDE ELECTORAL SERÁN CULPABLES DE UN DELITO DE QUINTO GRADO.