



Southwest Ohio
County Departments of Job & Family Services

Paquete de reaplicación para entrevistas telefónicas

Agencia del Condado: Hamilton County Department of Job & Family Services
Dirección: 222 E. Central Parkway - Cincinnati, OH 45202
Teléfono: (513) 946-1000
Fax: (513) 946-1076
Sitio Web: www.hcjfs.org



GUARDE ESTA CARTA

Entrevista telefónica para reaplicaciones



- Su próxima entrevista para reaplicación para beneficios será realizada por teléfono.
- Usted recibirá (o quizá ya lo hizo) una notificación de que el periodo de certificación está por finalizar y que es requerido reaplicar para explorar la asistencia continua. Se le programará **AUTOMATICAMENTE** una entrevista telefónica. Previo a la entrevista, usted recibirá una notificación de la fecha y hora de su entrevista. Esta notificación incluirá el **número telefónico** que tenemos registrado para usted.
IMPORTANTE: Si esto NO es correcto, llámenos INMEDIATAMENTE para informarnos del número telefónico correcto.
- El no realizar esta entrevista telefónica puede resultar en la cancelación de sus beneficios.

Cómo prepararse para la entrevista telefónica.














- Lea **AMBOS LADOS** de esta carta.



En los primeros 10 días de la fecha que usted recibió este paquete usted debe:

- 1) Completar, firmar y devolver los **formularios requeridos** (señalados con );
- 2) Devolver todas las **verificaciones** que le corresponden (señalados con .

- Para su conveniencia, se ha incluido un sobre con la estampilla pagada. No hay necesidad de venir a la agencia. **Todo puede hacerse por teléfono, fax o correo.**
- El no devolver la aplicación **JFS 07204** y las verificaciones necesarias resultará en retrasos innecesarios y posible cancelación de sus beneficios.
- Al devolver su información, brinde su nombre, número de caso y/o número de seguridad social.
- Si tiene dificultades o no puede obtener los documentos, infórmenoslo durante la entrevista telefónica. Nosotros le podemos ayudar.
- Después de la entrevista puede que sea necesario que le solicitemos otros documentos que no están listados aquí.
- Por favor esté disponible a la hora de la entrevista (y un momento antes y después) para asegurar que le podamos contactar por teléfono.

Formularios incluidos en este paquete.		De lo que trata cada formulario y lo que usted necesita hacer con él.
 JFS 07204	Petición para reaplicar para la ayuda en efectivo y alimentaria. <small>(Aviso: Se incluyó un formulario adicional de inscripción de votantes*)</small>	   Llene, firme, y devuelva. (*Incluye el formulario opcional de inscripción de votantes si usted quiere inscribirse para votar.)
JFS 03528	Revisión de salud y evaluación para servicios de embarazo*	   Llene, firme, y devuelva <i>(opcional)</i> *Solo para menores de 21 años y/o mujeres embarazadas.
JFS 07217	Notificación de derechos (inscripción para votar)	Explica cómo se puede inscribir para votar (o poner al día su inscripción actual). Detalla sus derechos y lo que puede hacer si siente que han sido violados.   Lea y guarde.
	Carátula de la carta de revisión de salud (Healthchek)	Información sobre los servicios de revisión de la salud (Healthchek) para menores de 21 años.   Lea y guarde.
	Panfleto de servicios locales	Información sobre los servicios locales disponibles.   Lea y guarde.

Si usted no puede acceder a estos formularios y le gustaría recibir otra copia por correo, por favor llámenos o díganoslo durante la entrevista.

JFS 04059	Explicación del procedimiento de una audiencia con el estado.	Explica lo que es una audiencia con el estado y cómo solicitar una.
JFS 04196	Informando sobre cambios en la ayuda alimentaria.	Explica los cambios que usted tiene que reportar a la agencia durante el periodo de certificación de ayuda alimentaria. Usted puede usar este formulario para reportar cambios si ocurriesen.
JFS 07092	OWF Notificación del requisito de cooperar con la manutención de los hijos.	Solo para los solicitantes y receptores de OWF: explica el requisito de cooperar con la Agencia para el Cumplimiento de la Manutención de los Hijos y cómo solicitar una dispensa de Buena Causa para no cooperar.
JFS 07236	Sus derechos y responsabilidades como consumidor de la cobertura de salud Medicaid	Le detalla sus derechos y responsabilidades y por qué se le requiere dar a los CDJFS su número de seguridad social y para que se utilizará.
JFS 07400	Hoja de información del Programa de Recuperación del Patrimonio.	Preguntas más frecuentes sobre el Programa de Recuperación del Patrimonio de Medicaid.
JFS 07501	Derechos y responsabilidades.	Explica sus derechos y responsabilidades como cliente de JFS.
JFS 08000	Sus derechos	Explica sus derechos para solicitar asistencia pública; le explica lo que es una audiencia con el estado y como pedir una; describe sus derechos civiles.
JFS 08009	Folleto de la revisión de salud (Healthchek)	Explica el programa de revisión de salud (Healthchek) para niños que reciben Medicaid.
JFS 08033	Guía del programa	Una guía estatal de la asistencia para empleo, desarrollo de los trabajadores, programas de apoyo, servicios de familia, e información de los cuidados de salud.
JFS 08058	Beneficiarios calificados de Medicare.	Información sobre servicios especiales y limitados a personas que tienen 65 años o más o discapacitadas (incluyendo ciegos) y tienen ingresos bajos; y reciben, pueden recibir o están tratando de obtener Medicare.

Busque estos formularios en la página web del estado (central de formularios):

- Pulse el botón a lado de "Form Number" (número del formulario)
- Introduzca el número de 5 dígitos del formulario en la casilla "Search For" (buscar)
- Pulse el botón "Search" (búsqueda)

Lista de Verificación

Devuelva todas las verificaciones pertinentes dentro de los primeros 10 días de haber recibido este paquete.

Ingresos (Brinde verificación de ingresos de los últimos 30 días)

- ✓ Verificación del **ingreso ganado** (talones de cheque, registros de autoempleo, registros de impuestos, etc.)
- ✓ Verificación del **ingreso no ganado** (SSI, SSA, VA, UC, manutención de hijos, cartas de concesión, etc.)

Gastos

- ✓ Recibos de la renta (nombre, dirección, cantidad pagada, y nombre y número telefónico del propietario) o libreta/recibo de hipoteca.
- ✓ Recibos de servicios públicos o copias de facturas.
- ✓ Prueba de costo de cuidado de los niños.
- ✓ Prueba de manutención de hijos que paga a otro hogar.

Proporcione solo si ha cambiado

Recursos

- ✓ Estados de cuenta bancarios recientes (ahorros, cheques, cooperativa, etc.)
- ✓ Prueba del valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguros de vida, fideicomisos, anualidades

Solo para Medicaid para la tercera edad, ciegos o discapacitados.

Otros

- ✓ Verificación de asistencia a la escuela o universidad
- ✓ Verificación de embarazo por un médico o enfermera (incluyendo fecha de parto y número de fetos esperados)
- ✓ Tarjeta del seguro de salud privado (ambos lados)

Si trabaja y tiene 16 años o más

De ser pertinente



Southwest Ohio
County Departments of Job & Family Services

Paquete de reaplicación para entrevistas telefónicas

Agencia del condado: Hamilton County Department of Job & Family Services
Dirección: 222 E. Central Parkway - Cincinnati, OH 45202
Teléfono: (513) 946-1000
Fax: (513) 946-1076
Sitio Web: www.hcjfs.org

DEVUELVA este paquete *con esta hoja encima*

Recordatorios (incluya estos artículos en el sobre con estampilla pagada y envíenoslo a más tardar en 10 días):

- Devuelva este formulario con su nombre, número de Seguro Social y número telefónico.
- Devuelva la solicitud JFS 07204 completada.
- Devuelva cualquier verificación que se aplique a usted.

Nombre: _____	Número de caso (si lo sabe): _____
Número de Seguro Social completo*: ____ - ____ - _____	Número telefónico principal para la entrevista: _____
<i>*Si no nos quiere proporcionar su número de Seguro Social, podríamos tener dificultad para enviar este paquete al expediente de su caso.</i>	Número telefónico secundario (si tiene) para la entrevista _____

Lista de Verificación

Devuelva todas las verificaciones pertinentes dentro de los primeros 10 días de haber recibido este paquete.

Ingresos (Brinde verificación de ingresos de los últimos 30 días)

- Verificación de **ingreso ganado** (*talones de cheque, registros de autoempleo, registros de impuestos, etc.*)
- Verificación de **ingreso no ganado** (*SSI, SSA, VA, UC, manutención de hijos, cartas de asignaciones, etc.*)

Gastos

- Recibos de la renta (nombre, dirección, cantidad pagada, y nombre y número telefónico del propietario) o libreta/recibo de hipoteca.
- Recibos de servicios públicos o copias de facturas. Proporcione solo si ha cambiado
- Prueba de costo de cuidado de niños.
- Prueba de manutención de hijos que paga a otro hogar.

Recursos

- Estados de cuenta bancarios recientes (*ahorros, cheques, cooperativa, etc.*) Solo para Medicaid para la tercera edad, ciegos o discapacitados.
- Prueba del valor actual de acciones/bonos, certificados de depósito, seguros de vida, fideicomisos, anualidades

Otros

- Verificación de asistencia a la escuela o universidad. Si trabaja y tiene 16 años o más
- Verificación de embarazo por un médico o enfermera (incluyendo fecha de parto y número de fetos esperados). De ser pertinente
- Tarjeta del seguro de salud privado (ambos lados). De ser pertinente

SOLICITUD PARA VOLVER A POSTULAR A ASISTENCIA EN EFECTIVO Y EN ALIMENTOS

Número de caso					
Asistente social		Número de teléfono del asistente social		Número de fax del asistente social	
Paso 1: Lea la información de este casillero y haga las correcciones necesarias.					
Primer nombre, inicial del segundo nombre y apellido					
Dirección postal			Dirección (si es deferente)		
Ciudad	Estado	Código postal	Ciudad	Estado	Código postal
Paso 2: Lea cuidadosamente esta información.					
<p>Gracias por cooperar con el proceso de entrevista telefónica. Para continuar y entregarle sus beneficios, primero debemos revisar su caso a fin de garantizar que aún cumple con los requisitos y que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.</p> <p>Complete, firme y devuelva este formulario al _____ Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado en el sobre adjunto, o por fax al número que se indica a continuación. Debemos recibirlo antes del: PLAZO ESTIPULADO _____.</p> <p>Si no recibimos este formulario en el plazo estipulado, se pondrá término a su asistencia en dinero en efectivo y su asistencia de alimentos vencerá.</p> <p>Asistencia médica: Este formulario no es una solicitud aprobada para programas de asistencia médica. Los consumidores deben continuar solicitando asistencia, mediante el uso de formularios de solicitud para asistencia médica aprobados. Cualquier información proporcionada durante su entrevista telefónica se utilizará para actualizar su caso y podría afectar sus beneficios de asistencia médica.</p>					
Paso 3: Lea, llene y firme las siguientes secciones.					
Al firmar este formulario:					
<ul style="list-style-type: none"> • Comprendo y certifico, bajo pena de perjurio, que todas mis respuestas para la entrevista de solicitud son correctas y completas, a mi entender, incluida la información sobre la ciudadanía o situación de inmigrante de cada integrante de la familia que solicitar asistencia. • Comprendo y acepto proporcionar todos los documentos para completar mi entrevista telefónica. • Comprendo y acepto que el Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado (CDJFS, por sus siglas en inglés) puede comunicarse con otra persona u organización para obtener las pruebas necesarias de mi nivel de beneficios y del cumplimiento de los requisitos. • Comprendo que en algunas situaciones, se me podría pedir que autorice al Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia del Condado para que se comuniquen con quien sea necesario para determinar el cumplimiento de los requisitos. • Recibí una copia y he leído mis derechos y responsabilidades (JFS 07501), y los comprendo. Acepto cumplir con mis responsabilidades, de acuerdo con lo descrito. Comprendo que mi nueva solicitud se considerará independientemente de mi raza, color, país de origen, sexo, edad, discapacidad, creencias religiosas o políticas. 					
Número de teléfono		Número de teléfono alternativo		Dirección de correo electrónico	
Firma de la persona que llena el formulario o del representante autorizado		Si es un representante autorizado, relación con el solicitante		Fecha	
Paso 4: Devuélvanos este formulario. Debemos recibirlo en el plazo establecido anteriormente.					
SÓLO PARA USO INTERNO - No utilizar para asistencia médica					
Fecha de recepción		Número de asistente social/distrito		Número de contacto del asistente social	

Departamento de Trabajo y Servicios Para Familias de Ohio
Evaluación de los Servicios Healthchek y de Embarazo

Se me ha proporcionado información acerca de Healthchek _____
 (Nombre)

 (Dirección) (Ciudad / Estado) (Código Postal)

 (Nº de Caso) (Nº de Seguro Social) (Opcional) (Teléfono) Fecha de Elegibilidad

Solicito los siguientes servicios para mis hijos y/o para mí mismo(a):
 (Por favor, marque los servicios que usted necesita.)

- | | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Servicios de Evaluación Médica
(Incluye Exámenes Físicos) | <input type="checkbox"/> Servicios Odontológicos | <input type="checkbox"/> Ayuda para hacer citas médicas
o con el dentista |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Visión | <input type="checkbox"/> Nombre del Doctor | <input type="checkbox"/> Transporte a las citas médicas o
con el dentista |
| <input type="checkbox"/> Servicios de Audición | <input type="checkbox"/> Nombre del Dentista | <input type="checkbox"/> Servicios de Audición |

Nombre del niño(a)	Fecha de nacimiento	Nº de Seguro Social o de Facturación de Medicaid
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

Por favor, conteste las siguientes preguntas:

¿Tienen sus hijos las vacunas y las revisiones de rutina al día? Sí No

Por favor, proporcione los nombres de los médicos actuales de sus hijos _____
 y del dentista _____.

¿Hay alguien de su familia (incluyéndose a sí misma) que esté embarazada? Sí No Si su respuesta es que Sí,
 proporcione el o los nombre(s) de la embarazada _____. Si ya lo sabe, proporcione la fecha para la que
 espera el bebé: _____
 (Mes y año)

¿Está la mujer embarazada yendo al doctor o a la clínica debido al embarazo? Sí No

Si es así, proporcione el nombre del doctor o de la clínica _____

¿Necesita usted algún otro servicio social? Sí, Especifique: _____ No

¿Está usted enrolada en un Plan de Atención Médica Administradas o HMO [Organización para el Mantenimiento de la Salud]?
 Sí _____ No
 (Nombre del Plan o de la HMO)

- (Nota: • Antes de que usted se enrole en una HMO, asegúrese de que su doctor o clínica esté incluida en la lista de las HMO).
 • Si usted se enrola en una HMO en el futuro, asegúrese de informarle al personal de la HMO acerca de cuales son los servicios que usted
 desea obtener.

**Yo estoy de acuerdo con que es posible que yo y/o mis hijos recibamos cualquiera de los servicios mencionados anteriormente.
 En caso de que se requiera la divulgación de información médica, yo comprendo que se me pedirá que firme un formulario de
 divulgación.**

Firma del la persona que recibe: _____ Fecha: _____

Para uso de la oficina:	
Trabajador(a) Social: _____	Fecha: _____
Trabajador(a) de Servicios Healthchek o de Embarazo: _____	Fecha: _____
<input type="checkbox"/> No se solicitan servicios en este momento	<input type="checkbox"/> En persona <input type="checkbox"/> Enviado por correo <input type="checkbox"/> Teléfono

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio
REGISTRO DE VOTACIÓN
AVISO DE DERECHOS Y DE DECLINACIÓN

Departamento de Trabajo y Servicios a la Familia de Ohio

Nombre

Fecha

Si usted no está registrado ahora para votar donde vive, quiere usted registrarse para votar hoy aquí?

- SI, Yo quiero registrarme para votar.
 NO, Yo no quiero registrarme para votar.

SI USTED NO MARCA UNA DE LAS CASILLAS, ENTONCES CONSIDERAREMOS QUE USTED HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTA OCASIÓN.

El solicitar el registro y declinar el registrarse para votar no afectará la cantidad de ayuda que usted recibirá de esta agencia.

Si usted desea ayuda en llenar el formulario de votación, nosotros le ayudaremos. La decisión de si quiere o no quiere ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Firma

(This portion to be retained by agency)

(This portion to be given to applicant/recipient)

Fecha

Si usted no ha recibido verificación alguna sobre su registro para votar de la junta de elecciones del condado en donde usted reside dentro de 21 días a partir de la fecha en que usted se registró, usted puede preguntar sobre el estado de su registro comunicándose con su junta directiva de elecciones del condado.

Si usted creé que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o el de declinar a registrarse para votar, su derecho a privacidad al decidir si se registra o en aplicar para registrarse para votar, o su derecho a escoger su propio partido político u cualquier otra preferencia política, usted puede someter una queja con el abogado acusador de su Condado o con el Secretario del Estado:

Ohio Secretary of State
180 E. Broad Street
Columbus, OH 43215
(614) 466-2585
Toll Free: (877) 868-3874

Address of County Prosecutor

City, State and Zip Code of County Prosecutor

Phone Number of County Prosecutor



Oficina Central: 222 East Central Parkway • Cincinnati, Ohio 45202-1225
Información general: (513) 946-1000
TDD de información general: (513) 946-1295
www.hcjfs.org

Fecha: _____

Querido padre:

Healthchek es un programa interesante y positivo de atención preventiva de la salud para todos los niños cubiertos por Medicaid. Ofrece, sin costo alguno, exámenes físicos completos y otros servicios de salud para los jóvenes desde el nacimiento a través de la edad de 20 años. Si usted o sus hijos reciben Medicaid, aquí están algunos de los servicios disponibles para usted:

- **Chequeos anuales**
- **Cuidado dental**
- **Conducir prueba y seguimiento de atención para problemas o necesidades especiales**
- **Servicios de audición y la visión**
- **Asesoría de nutrición y salud**
- **Atención prenatal, si está embarazada**
- **Transporte para los recién nacidos hasta la edad de uno**

Los bebés pueden obtener hasta 8 chequeos en sus primeros 2 años y comenzar a recibir vacunas contra enfermedades derecho después de que hayan nacido.

Por favor, rellene el adjunto **JFS 03528 - formulario de evaluación de servicios de embarazo y Healthchek** hoy y devolverlo en los sobres cerrados, franqueo pagado. A continuación, podemos ayudarle en obtener la atención de la salud que usted o su familia necesita, incluidos los nombres de los médicos, dentistas o clínicas en su área.

Recuerde que la buena salud es uno de los mejores regalos que puede darle a usted y a su familia, así que por favor devuelva el formulario de evaluación. También se puede llamar 946-1222 si tienes alguna pregunta. Esperamos escuchar de usted pronto.

Tim Scott
Coordinador de HealthChek/ERP
Departamento del Condado de Hamilton de servicios de la familia y trabajo
(513) 946-1222



Información sobre Servicios



Líneas Telefónicas y Web site	Principal Línea Telefónica	(513) 946-1000		
	Línea Telefónica TDD (para personas con problemas de oír)	(513) 946-1295		
	Centro de Manutención para Menores (Preguntas, Información y Cambios)	(513) 946-7387		
	Quejas de Clientes: <ol style="list-style-type: none"> 1. Mantenimiento de Ingresos (Asistencia en Efectivo, Asistencia de Alimentos, Medicaid) y Jardín de Niños 2. Manutención para Menores 3. Servicios al Menor 	<ol style="list-style-type: none"> 1. (513) 946-2466 2. (513) 946-2300 3. (513) 946-2138 		
	Empleo con el Condado de Hamilton ("JFS")	(513) 946-1000		
	Línea Informática sobre Manutención para Menores	1-800-860-2555		
	Línea de Apoyo sobre Fichas para Estampillas de Alimentos (24 horas)	1-866-386-3071		
	Reportes sobre Abuso o Descuido contra Menores (24 horas)	(513) 241-KIDS (241-5437)		
	Reportes sobre Abuso contra Ancianos (24 horas)	(513) 421-LIFE (421-5433)		
	Reportes sobre Fraude de Bienestar Público (24 horas)	(513) 946-7542		
	Información General acerca del HCJFS	www.hcjfs.org		
	Información acerca la Adopción	www.hckids.org		
	Red de Recursos del Trabajo en el Suroeste de Ohio	www.superjobs.com (513) 731-9800		
	Línea de Referencias y Recursos de United Way	2-1-1		
HCJFS Localización & Horas	<table border="0" style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Ofca. Principal/dirección para correo: 222 E. Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 Horas hábiles: Lunes – Viernes: 7 am - 5:00 pm </td> <td style="width: 50%; vertical-align: top;"> Centro Super del Trabajo: Ubicación principal: 1916 Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 513-731-9800 </td> </tr> </table>		Ofca. Principal/dirección para correo: 222 E. Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 Horas hábiles: Lunes – Viernes: 7 am - 5:00 pm	Centro Super del Trabajo: Ubicación principal: 1916 Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 513-731-9800
Ofca. Principal/dirección para correo: 222 E. Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 Horas hábiles: Lunes – Viernes: 7 am - 5:00 pm	Centro Super del Trabajo: Ubicación principal: 1916 Central Pkwy. Cincinnati, OH 45202 513-731-9800			
Asistencia en Efectivo	Se proporciona un cheque mensual a las familias de escasos recursos que tienen menores residentes en sus casas. Se conoce como el Trabajo Primero En Ohio ("OWF" en inglés). Y las familias podrán recibir asistencia en efectivo durante 36 meses.			
Asistencia de Alimentos	Un beneficio mensual que se da a las familias para ayudarlas a comprar alimentos. Se conoce por el nombre de Ficha para Recibir Estampillas de Alimentos "Ohio Direction Card". Para solicitar asistencia en efectivo y asistencia de alimentos: <ul style="list-style-type: none"> • Hacerlo personalmente en: 222 E. Central Parkway, centro de Cincinnati • Hacer una cita o recibir una solicitud vía correo: Llamar al (513) 946-1000 			
Medicaid	Cobertura para el cuidado de salud patrocinada por el gobierno federal y del estado a los padres elegibles a base de su nivel de ingresos y sus hijos menores de edad hasta los 21 años, mujeres embarazadas, ancianos y personas con discapacidades. Medicaid también cubre programas de dispensación de "DDS", "Ohio Home Care", "Passport" y "Pace". Para solicitar a todos los programas de Medicaid: <ul style="list-style-type: none"> • Hacerlo personalmente en: 222 E. Central Parkway, Planta Baja (1st floor) • Vía correo: Llamar al (513) 946-1000. Se te enviará una solicitud. 			
Servicios de Cuidado de Niños	Pago parcial de los costos del cuidado de niños para padres trabajadores de escasos recursos y padres adolescentes que están terminando con sus estudios. Ayuda con localizar proveedores certificados en el cuidado de niños dentro del condado de Hamilton. Para solicitar Servicios de Cuidado de Niños: <ul style="list-style-type: none"> • Hacerlo personalmente en: 222 E. Central Parkway, Piso 3 (3rd floor) • Hacer citas: (513) 946-1800 • www.hcjfs.org 			

<p>Manutención de Menores</p>	<p>Manutención de Menores es dinero que a fuerza de ley se requiere ser pagado de un padre al otro para ayudar cubrir los gastos relacionados con criar sus. La División HCJFS de Manutención de Menores: establece y hace cumplir los decretos jurídicos de manutención de menores; establece la paternidad; modifica a los decretos jurídicos de manutención de menores; hace cumplir apoyo matrimonial; realiza otros servicios al cliente.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Preguntas, Información y Cambios: Centro de Servicios al Cliente: (513) 946-7387 • Información automatizada sobre tu caso (24 horas): Llamar al: 1-800-860-2555 o visita: http://jfs.ohio.gov/ocs/ • Revisa el saldo en tu tarjeta e-QuickPay: Llamar al: 1-800-503-1283 <p>Para acceder a nuestro centro de atención online, vaya a www.hcjfs.org > haga clic en centro de servicio en línea</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para recibir pagos mediante una tarjeta de débito: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Inscríbete en e-QuickPay (pagos de manutención de menores automatizados con una tarjeta especial de retiros): Llamar al: 1-888-965-2676 o visita: www.e-QuickPay.com • Para hacer que niño pagos en línea de apoyo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Desde una cuenta bancaria SÓLO, vaya a www.ExpertPay.com <i>(Actualmente no hay cargo alguno para los pagos; sin embargo, los usuarios pueden pagar una cuota nominal para los pagos remitidos a otros Estados.)</i> ✓ Desde MasterCard* SÓLO, vaya a www.e-childspay.com <i>(Actualmente no hay una tarifa plana de 11,75 dólares por transacción & tarda hasta 14 días).</i> ✓ De Visa*, Discover*, American Express* o MasterCard*, haga clic en el vínculo de Point & pago en la página de centro de servicio en línea. <i>(Consulte la tarjeta de crédito Fee gráfico a la derecha.)</i> <p>Pagar la manutención en persona (por cheque, giro postal o tarjeta de crédito):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cajero HCJFS (Cashier's Office), 800 Broadway, centro de Cincinnati (downtown) <i>(Nota: las tarifas de tarjeta de crédito también se aplican a las transacciones de tarjeta de crédito realizadas en person.)*</i> • Lunes - Viernes: 7am a 5:00pm <p>Colección: Los empleadores y no privativas de la libertad de los padres pueden pagar los pagos de apoyo a Ohio CSPC a través de débito directo de su comprobación o cuenta de ahorros utilizando ExpertPay.com. No hay cargo para los pagos enviados a Ohio CSPC; sin embargo, los usuarios pueden pagar una tarifa nominal para los pagos remitidos a otros Estados.</p> <p>No privativas de la libertad de los padres pueden remitir sus pagos de apoyo mediante una tarjeta de crédito MasterCard en el sitio Web de e-childspay.com. Atención: Hay una tasa por el procesador para hacer un pago de tarjeta de crédito y tarda hasta 14 días.</p>
<p>Servicios al Menor</p>	<p>Servicios al Menor es la división del HCJFS que se responsabiliza a fuerza de ley por responder a los reportes de abuso contra menores, descuido y dependencias de alcohol/drogas (241-KIDS); funge para proteger a los víctimas menores de edad; y recluta a los padres y familias adoptivas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Para levantar un alegato sobre el abuso o descuido contra menores: Llamar al: (513) 241-KIDS (241-5347) • Para informar de abuso, negligencia o explotación de adultos mayores: Llamra al: (513) 421-5433 • Preguntas e información, localizar a un(a) trabajador(a) de caso: Llamar al: (513) 946-1000 • Para levantar quejas sobre un caso activo de Servicios al Menor: Llamar al: (513) 946-2138 • Para ser un padre adoptivo: Llamar al: (513) 632-6366 o visita: www.hckids.org
<p>Transporte a citas médicas para clientes de Medicaid</p>	<p>Transporte a citas médicas para clientes de Medicaid (NET) (513) 946-2464, (513) 946-1000</p>
<p>Desarrollo de Trabajo/Servicios para Obtener Empleo</p>	<p>La división HCJFS del Desarrollo de Trabajo ayuda a los adultos y adolescentes en el Condado de Hamilton unirse con los trabajadores y subirse en la escalera económica. Mediante el Centro Super del Trabajo, la división también ayuda a quienes busquen empleo y los empleadores.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Centro Super del Trabajo Hacerlo personalmente en: 1916 Central Parkway, Cincinnati Llamar al: (513) 731-9800 o visita: www.superjobs.com • Enlace Comunitario (A los que reciben bienestar público aquí se proporciona servicios diseñados para remover las barreras a obtener empleo y ser auto suficientes Hacerlo personalmente en: 222 E. Central Parkway, Planta Baja (1st floor)

*** Tarjeta de Crédito Fee**

El monto de la Transacción	Tarifa de Conveniencia
\$.01 – \$50.00	\$2.00
\$50.01 – \$100.00	\$2.95
\$100.01 – \$199.99	\$4.95
\$200.00 – \$299.99	\$6.95

Añadir 2 dólares a la tarifa de conveniencia por cada aumento de 100 dólares en el monto de la transacción.

United Way 2-1-1

Conectar personas a los servicios y voluntarios oportunidades, de 24 horas del día, siete días por semana, 365 días del año.

¿qué United Way 2-1-1 puede hacer por usted, Sus empleados y colaboradores:

- **United Way 2-1-1** le ayuda con problemas prácticos en su vida cotidiana — ayudar a para su padre infantil o por el envejecimiento, problemas de empleo, asesoría, información en cuestiones de salud y mucho más.
- Ella También puede conectar a oportunidades como un niño, de mentores de voluntarios que hogares reparar/rehabbing, sirviendo como una guía de educación y asistencia a individuos con discapacidades.

United Way 2-1-1 Área de servicio:

- Los residentes de condados Boone, Campbell, Kenton y Grant en Kentucky y Hamilton, Butler, Clermont y Brown condados de Ohio.
- **United Way 2-1-1** es gratuito y confidencial. **sintonizador de 2-1-1** para hablar con un especialista capacitado que puede conectarlo a miles de programas y cientos de agencias locales para abordar sus necesidades.



Local Programa de categorías

Dentro de las directrices federales, la alimentaria de emergencia y Shelter programa local regional Junta ha determinado que se asignarán fondos para los servicios en los siguientes Categorías:

- **despensa** - *una despensa da comestibles a los consumidores/clientes para preparar y consumir en el hogar.*
- **sopa de cocina** - *una sopa cocina sirve comidas en el centro permanente; excluyendo las comidas entregó a lugares públicos.*
- **refugio de emergencia** - *an refugio de emergencia proporciona alojamiento temporal para las personas sin hogar. Un la persona o estancia de la familia en el refugio no es el momento limitada (generalmente más de 90 días).*
- **hotel/motel** - *suplementario alojamiento temporal para los individuos transitorios y familias y cuando refugios están en capacidad de.*
- **Alquiler/hipotecas/utilidad** - *asistencia sólo pueden ser proporcionados por un mes de cargos, no puede cubrir honorarios finales, y debe impedir desalojo/desconexión por lo menos 30 días.*