

**OHIO TRABAJA PRIMERO/SNAP**  
**ACUERDO DE CUMPLIMIENTO DE SANCIONES**

Nombre del caso	Número de caso
Individuo sancionado	Condado Departamento de trabajo y servicios familiares <b>04 Ashtabula</b>
Trabajador de caso	Número de teléfono del trabajador del caso
Programa Ohio trabaja primero Asistencia alimentaria	Mes(es) de período mínimo de sanción
Fecha de finalización de la sanción mínimo	Fecha del formulario firmado y recibido por la Agencia

**Lea esta página**

Usted ha sido sancionado por un fracaso de negarse a cumplir con los requisitos de la Programa Ohio Works First (OWF) o SNAP. Por favor, lea a continuación para ver lo que debe hacer para terminar su sanción en función del programa:

Pagos OWF: Usted y su familia han sido sancionados bajo el programa OWF. Su familia continuará siendo sancionada hasta que complete todo lo siguiente:

1. Firmar este acuerdo de cumplimiento de sanciones y enviarlo a la agencia del Condado;
2. Servir el período mínimo de sanción; Y
3. Si el período mínimo de sanción es de 3 meses o más, complete una actividad de cumplimiento de sanciones. Comuníquese con su agencia del condado para programar su actividad de cumplimiento.

SNAP: Si este formulario muestra que usted está siendo sancionado del programa SNAP, bajaremos los beneficios de usted/ su familia por el período mínimo del sanción mostrado arriba, o hasta que usted firme y devuelva este formulario, lo que sea más largo. No aprobaremos/aumentaremos a los beneficios hasta después de devolver este formulario. Si nadie más recibía beneficios con usted y sus beneficios terminaron durante su período mínimo de sanción, o si usted devuelve este formulario después de que su período mínimo de sanción haya terminado, tendrá que completar una nueva solicitud.

**Firma y fecha**

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha