



Aplikacija za beneficije

POPUNJENU APLIKACIJU MORATE LIČNO URUČITI, FAKSIRATI ili POSLATI POŠTOM VAŠEM LOKALNOM KANTONSKOM UREDU.

Ako vam treba pomoć za popunjavanje ove aplikacije ili za komuniciranje s nama, zatražite je ili nas nazovite na 1-877-423-4746. Ako ste gluhi ili imate oštećen sluh, nazovite relej u Georgiji na 1-800-255-0135. Naše usluge su besplatne.

Koje usluge nudimo u Odjelu za pružanje usluga porodicama i djeci (engl. Department of Family and Children Services ili DFCS)?

DFCS nudi sljedeće usluge:



Pomoć s hranom

Bonovi za hranu (engl. Food Stamps) su povlastice koje možete koristiti da kupite hranu u bilo kojoj prodavnici u kojoj se nalazi znak EBT/*Quest*. Oduzećemo cijenu hrane koju kupite s vašeg računa za bonove za hranu.



Gotovinska pomoć/usluge pomoći pri zapošljavanju

Privremena pomoć porodicama u oskudici (engl. Temporary Assistance for Needy Families ili TANF) obezbjeđuje gotovinsku pomoć porodicama s izdržavanom djecom tokom ograničenog vremenskog perioda. Od roditelja ili pružaoca njege koji su uključeni u ovaj program novčane pomoći, traži se da učestvuju u radnim aktivnostima. Program gotovinske pomoći takođe obezbjeđuje finansijsku pomoć domaćinstvima izbjeglica koje nisu podobne za program TANF.

- Program za djedove i bake koji se staraju za unuke (engl. Grandparents Raising Grandchildren ili GRG) će pružiti potrebnu podršku kako bi djeca bila zbrinuta u domovima njihovih djedova i baka



Medicinska pomoć

Medicaid, za one koji se kvalifikuju, može pomoći da se plate zdravstveni računi, posjete ljekaru i premije za Medicare.

Često postavljana pitanja

Koliko dugo treba da se dobiju beneficije?

Bonovi za hranu:	do 30 dana
TANF:	do 45 dana
Medicaid:	10 do 60 dana

Bonove za hranu možete dobiti i u roku od 7 dana ako ispunjavate uslove za to. Pogledajte stranicu 5.

Koliko ću dobiti?

To zavisi od vaših prihoda, sredstava i veličine porodice. Odgovor na ovo pitanje vam možemo dati nakon što utvrdimo vašu podobnost.

Kako ću dobiti moje beneficije?

Za bonove za hranu dobićete debitnu karticu za elektronski transfer beneficija (engl. Electronic Benefit Transfer ili EBT), koja će vam služiti za pristup beneficijama. Za TANF, dobićete EPPIC debitnu Master karticu za pristup beneficijama. Za Medicaid ćete dobiti Medicaid karticu za svakog podobnog člana porodice. Za Medicaid ćete dobiti Medicaid karticu za svakog podobnog člana porodice



Aplikacija za beneficije

Usluge javne pomoći ugroženima

Više informacija o ostalim DHS uslugama možete dobiti na našoj internet stranici: <http://dfcs.dhs.georgia.gov> ili ako nazovete 1-877-423-4746.

Kako da apliciram za beneficije?



Korak 1. Ispunite aplikaciju.

Pažljivo pročitajte pitanja i dajte tačne informacije. Potpišite se i upišite datum na aplikaciji.

Korak 2. Predajte aplikaciju Vašem lokalnom uredu.

Stranice 1-2, 13-14 istrgnite i zadržite za sebe.

Stranice 3-12 ove aplikacije pošaljite poštom, faksom ili lično donesite u Vaš lokalni ured Odjela za pružanje usluga porodicama i djeci (DFCS). Vaš lokalni ured možete locirati na stranici <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>.

Ako vi ili osoba za koju podnosite aplikaciju ispunjavate uvjete za beneficije, bonove za hranu ili TANF beneficije ćete dobiti od datuma kada primimo aplikaciju s vašim imenom i prezimenom, adresom i potpisom.

Ako aplicirate za bonove za hranu i / ili Medicaid, možete predati aplikaciju za beneficije samo sa svojim imenom i prezimenom, adresom i potpisom. Međutim, može nam pomoći da brže obradimo vašu aplikaciju ako popunite cijeli obrazac. Možete koristiti ovaj obrazac da odjednom aplicirate za više programa ili samo za bonove za hranu (FS) program. Vaša FS aplikacija neće biti odbijena samo zbog toga što vam je odbijena aplikacija za neki drugi od programa. Odvojeno ćemo utvrditi podobnost za vašu aplikaciju za bonove za hranu. Ako ste smješteni u instituciju u vrijeme podnošenja aplikacije za bonove za hranu i SSI, datum podnošenja aplikacije je datum kad ste pušteni iz institucije.

Korak 3. Razgovarajte s nama.

Možda ćete morati obaviti razgovor sa socijalnim radnikom. Ako to bude potrebno, zakazaćemo vam sastanak. Ovaj razgovor se može obaviti telefonom.

Koje informacije trebam dostaviti?

Dobro je dostaviti sljedeće informacije:

- Dokaz o identitetu aplikanta ako se molba podnosi za bonove za hranu i/ili TANF. Dokaz o identitetu za sve osobe koje traže medicinsku pomoć. Identifikaciona kartica (ID) ili vozačka dozvola (DL).
- Dokaz o američkom državljanstvu / kvalifikovanom useljeničkom statusu za sve koji traže beneficije. Ako aplicirate samo za hitnu medicinsku pomoć, ne morate nam dostaviti vaš SSN broj niti podatke o vašem useljeničkom statusu.
- Brojeve socijalnog osiguranja za sve koji traže pomoć
- Dokaz o prihodima, *na primjer*, platne odreske, uplate alimentacije i pisma koja sadrže iznos primanja
- Dokaz o troškovima poput računa za čuvanje djece, medicinskih računa, troškova medicinskog prevoza i uplate alimentacije

Imaćete dovoljno vremena da dostavite sve informacije našem uredu. Ako vam treba pomoć da dođete do ovih informacija, molimo da nas o tome obavijestite.

Kako koristimo lične informacije aplikanta?

Brojeve socijalnog osiguranja (SSN) i podatke o državljanstvu i useljeničkom statusu morate dostaviti samo za osobe koje žele aplicirati za beneficije. Ove informacije će se koristiti za sistem za provjeru prihoda i podobnosti za program(e) (sistem IEVS). Takođe ćemo radi provjere prihoda i podobnosti uporediti informacije koje nam dostavite s podacima koje imaju druge federalne, državne i lokalne agencije, kako bismo pratili informacije o plaći i učestvovanju u radnim aktivnostima. Ako neki član domaćinstva ne želi dati informacije o svom SSN-u, državljanstvu ili useljeničkom statusu, ostali članovi domaćinstva i dalje mogu dobiti beneficije. **Ako aplicirate samo za hitnu medicinsku pomoć, ne morate nam dostaviti vaš SSN broj niti podatke o vašem useljeničkom statusu.**

Može li neko drugi aplicirati za mene?

Za bonove za hranu i Medicaid možete zamoliti nekoga da aplicira za vas. Za TANF, bilo ko može aplicirati, ali razgovor se mora obaviti s roditeljem ili njegovateljem.



Aplikacija za beneficije

(Popunite ovu aplikaciju i dostavite je Vašem LOKALNOM KANTONSKOM UREDU DFCS-a)

Za šta podnosim aplikaciju? Označite sve kvadratiće pored programa za koje aplicirate:

Bonovi za hranu (engl. Food Stamps)

Program bonova za hranu je program koji nudi mjesečne beneficije domaćinstvima s niskim primanjima kao pomoć u plaćanju troškova za hranu. Program također nudi obrazovanje o prehrani i pomaže podobnim domaćinstvima u zadovoljavanju potreba za namenicama i prehranom.

Privremena pomoć porodicama u oskudici (engl. Temporary Assistance for Needy Families ili TANF)

Privremena pomoć porodicama u oskudici (TANF) obezbjeđuje privremene mjesečne isplate u gotovini, jednokratne gotovinske isplate ili druge prateće usluge kao potporu podobnim porodicama s djecom. Ako ste roditelj djeteta ili njegovatelj koji bi želio da bude uključen u subvenciju, od vas ćemo tražiti da učestvujete u programu radnih aktivnosti.

Program za djedove i bake koji se staraju za unuke (engl. Grandparents Raising Grandchildren ili GRG)

Program za djedove i bake koji se staraju za unuke (engl. Grandparents Raising Grandchildren ili GRG) će pružiti dodatne novčane isplate kako bi djeca bila zbrinuta u domovima njihovih djedova i baka. **Podnositelji zahtjeva moraju aplicirati za TANF kako bi ispunili uvjete za GRG.**

Gotovinska pomoć za izbjeglice

Program gotovinske pomoći za izbjeglice pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja nisu podobna za program TANF. Termin izbjeglica uključuje izbjeglice, osobe koje su došle s Kube / Haitija, žrtve trgovine ljudima, ameroazijate i maloljetne izbjeglice bez pratnje odrasle osobe.

Medicaid

Medicaid nudi zdravstveno osiguranje starijim osobama, slijepima ili osobama s invaliditetom, trudnicama, djeci i porodicama. Prilikom apliciranja, razmatramo sve programe Medicaida i odlučujemo koje programe imate pravo dobiti.

Recite nam više o aplikantu

Da li aplikantu ili osobi koja aplicira u ime aplikanta treba pomoć da s nama komunicira? Ako treba, označite sve što je primjenjivo.

() Osobe s oštećenim sluhom () Brajevo pismo () Krupna slova () E-mail () Video-relej () Tumač za znakovni jezik
() Tumač za strani jezik (napišite koji jezik) _____ () Drugo _____

Molimo popunite donju tabelu o aplikantu.

Ime	Inicijal srednjeg imena	Prezime	Dodatak imenu
Adresa stanovanja		Br. stana	
Grad	Savezna država	Poštanski br.	
Poštanska adresa (ako je drugačija od gore navedene)			
Grad	Savezna država	Poštanski br.	
Glavni broj telefona	Drugi broj za kontakt	E-mail (neobavezno)	



Aplikacija za beneficije

Izjavljujem pod kaznenom odgovornošću za krivokletstvo po svom najboljem znanju i uvjerenju da je/su osoba/e u čije ime apliciram za beneficije državljanin(i) SAD-a ili da je/su zakonski prisutna(e) u Sjedinjenim Državama. Dalje potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovom obrascu istiniti i tačni po mom najboljem znanju. Razumijem i dajem suglasnost da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene federalne agencije provjere podatke koje navodim u ovoj aplikaciji. Podaci se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i mom učestvovanju u radnim aktivnostima. Ja ću prijaviti bilo koju promjenu u mojim okolnostima u skladu sa zahtjevima programa bonova za hranu/Medicaid i/ili TANF programa. Ako je bilo koji podatak netačan, beneficije se mogu smanjiti ili odbiti i mogu biti sudski gonjen/a ili diskvalifikovan/a iz učešća u DHS programima zbog svjesnog davanja netačnih podataka. Razumijem da mogu biti optužen/a ako dam lažne podatke ili ne navedem neke od njih. Razumijem da ukoliko DHS-DFCS-u ne navedem neke od svojih troškova, za vrijeme predavanja aplikacije ili razgovora za obnovu beneficija, i/ili ih ne potvrdim, da DHS-DFCS neće uračunati te troškove kada bude određivao iznos beneficija bonova za hranu.

Potpis

Datum

Potpis svjedoka ako je potpisano sa „X”

Datum

Mogu li izabrati nekog da aplicira za bonove za hranu i Medicaid umjesto mene?

Ispunite ovaj dio samo ako želite da vam neko drugi popuni aplikaciju, obavi razgovor i/ili koristi vašu EBT karticu da kupi namirnice kada vi niste u stanju otići u prodavnicu. Ako aplicirate za Medicaid, možete odrediti više od jedne osobe da aplicira za medicinsku pomoć u vaše ime.

Ime i prezime: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

Broj stana: _____

Grad: _____

Savezna država: _____ Poštanski broj: _____

Ime i prezime: _____

Telefon: _____

Adresa: _____

Broj stana: _____

Grad: _____

Savezna država: _____ Poštanski broj: _____

Za Medicaid, da li želite da ova osoba ima kopiju vaše Medicaid kartice? Da Ne

For Office Use Only
(Za službenu upotrebu)

Date Received: _____



Aplikacija za beneficije

Da li ispunjavam uslove za brže dobivanje beneficija bonova za hranu?

Odgovorite na ova pitanja o aplikantu i svim članovima domaćinstva da biste utvrdili možete li dobiti bonove za hranu u roku od 7 dana.

1. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva migrant ili sezonski radnik na farmi? Da Ne
Ako jeste, ko _____

2. Ukupan bruto zarađeni prihod kojeg ćete dobiti ovog mjeseca: \$ _____
Ime poslodavca _____
Datum zasnivanja radnog odnosa _____ Datum prestanka radnog odnosa _____
Plata _____ Br. sati sedmično _____ sedm./svake 2 sedm./polumjes./mjes. (zaokružite jedno)

3. Ukupan bruto nezarađeni prihod kojeg ćete dobiti ovog mjeseca: \$ _____
Vrsta nezarađenog prihoda _____ Iznos _____ sedm./svake 2 sedm./polumjes./mjes. (zaokružite jedno)
Vrsta nezarađenog prihoda _____ Iznos _____ sedm./svake 2 sedm./polumjes./mjes. (zaokružite jedno)

4. Ukupni zarađeni i nezarađeni prihodi u ovom mjesecu: \$ _____

5. Koliko novca vi i svi vaši članovi domaćinstva imate u gotovini ili u banci? \$ _____

6. Koliko plaćate mjesečno za stanarinu, hipoteku, porez na imovinu i/ili osiguranje za kuću? \$ _____

7. Koliki je ukupan iznos računa za struju, vodu, plin i/ili druge režije za ovaj mjesec? \$ _____
(Ne računajte dug ili zatezne kamate u ukupni iznos)



Aplikacija za beneficije

Recite nam nešto o aplikantu i svim članovima domaćinstva

Molimo vas ispunite donju tabelu o aplikantu i svim članovima domaćinstva. Sljedeći federalni zakoni i regulative: Zakon o namirnicama i prehrani iz 2008., 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 i 42 C.F.R. § 435.920, ovlašćuju DFCS da od vas i članova vašeg domaćinstva traži da dostavite vaš(e) broj(eve) socijalnog osiguranja. Bilo ko ko živi u Vašem domaćinstvu, a ne aplicira za beneficije, može se smatrati **neaplikantom**. **Neaplikanti** ne moraju da nam daju broj socijalnog osiguranja, podatke o državljanstvu, useljeničkom statusu i ne kvalifikuju se za primanje beneficija. Međutim, drugi članovi domaćinstva i dalje mogu da se kvalifikuju za beneficije ako ispunjavaju uslove. Ako želite da u odluku o kvalifikaciji za dobivanje beneficija uvrstimo bilo kojeg člana vašeg domaćinstva, u tom slučaju nam i dalje trebate dati informacije o njegovom ili njenom statusu u vezi državljanstva ili useljeničkom statusu kao i njegov ili njen broj socijalnog osiguranja (SSN). I dalje nam trebate dati podatke o **njihovim** prihodima i izvorima prihoda kako bismo donijeli odluku o njihovoj kvalifikaciji i o iznosu beneficija za vaše domaćinstvo. Osobe neće biti prijavljene Sistemu za sistematsku provjeru prava stranaca (engl. Systematic Alien Verification for Entitlements ili SAVE) američke službe za državljanstvo i useljenička pitanja (engl. United States Citizenship and Immigration Services ili USCIS) ako nam ne daju svoj status o državljanstvu ili useljeničkom statusu. Međutim, ako na svojoj aplikaciji dostavite podatke o useljeničkom statusu, ti podaci mogu biti predmet provjere u sistemu SAVE i mogu uticati na kvalifikovanje domaćinstva i nivo beneficija. Mi ćemo provjeriti da li se vaši podaci podudaraju sa podacima u drugim federalnim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaše prihode i da li se kvalifikujete. Ove informacije se također mogu dostaviti policijskim službenicima kako bi uhvatili one koji bježe pred zakonom. Ako vaše domaćinstvo ima reklamacije u vezi bonova za hranu, podaci navedeni u ovoj aplikaciji, uključujući broj socijalnog osiguranja (SSN), se mogu predati federalnim i državnim agencijama i privatnim agencijama za naplatu potraživanja kako bi naplatili potraživanja. Nećemo odbiti povlastice članovima domaćinstva aplikanta zato što su drugi članovi domaćinstva propustili dostaviti svoj broj socijalnog osiguranja (SSN), dokaz o državljanstvu ili useljeničkom statusu.

IME I PREZIME Ime Inicijal srednjeg imena Prezime	Srodstvo s vama	Da li ova osoba aplicira za beneficije?	Datum rođenja	Broj socijalnog osiguranja	Pol	Hispano / Latino?	Oznaka rase	Da li ste državljanin SAD- a, kvalifikovani stranac/ useljnik
		(Da/Ne)	Format (-- / -- / --)	(Samo aplikanti)	(M/Ž)	(Da/Ne)	(Neobavezno) (Pogledajte oznake u nastavku)	(samo aplikanti) (Da/Ne)
	JA LIČNO							

Oznake za rasu (odaberite sve primjenjivo):

AI – američki Indijanac/domorođac s Aljaske
HP – domorođac s Havaja/Pacifičkih ostrva

AS – Azijat
WH – bijelac

BL – crnac/Afroamerikanac

Davanjem podataka o rasi/etničkoj pripadnosti pomažete nam pri dodjeli programa na nediskriminirajući način. Vaše domaćinstvo nije obavezno da nam pruži ove podatke i to neće utjecati na vašu kvalifikovanost ili na nivo beneficija.



Aplikacija za beneficije

Recite nam nešto više o aplikantu i svim članovima domaćinstva

Kako bismo odlučili ko ima pravo na beneficije, treba nam više informacija o aplikantu i svim članovima domaćinstva. Molimo da ispod odgovorite samo na pitanja o beneficijama koje želite dobiti.

1. Da li je bilo ko dobivao bilo kakve beneficije u drugom kantonu ili saveznoj državi? Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

2. Da li je bilo ko nakon 22. augusta 1996. osuđivan za davanje netačnih osobnih informacija i informacija o mjestu stanovanja kako bi dobio višestruke povlastice na bonove za hranu na više mjesta? (Ovo pitanje važi samo za bonove za hranu)

Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

3. Da li je bilo ko u vašem domaćinstvu dobrovoljno napustio posao ili smanjio svoje radno vrijeme na manje od 30 sati sedmično u periodu od 30 dana od datuma podnošenja aplikacije? (Ovo pitanje važi samo za bonove za hranu i TANF)

Da Ne

Ako jeste, ko je napustio? _____

Zašto je napustio/la? _____

4. Da li je bilo ko trudan? *Molimo dostavite dokaz o trudnoći ukoliko isti postoji. Da Ne

Ko: _____

Termin porođaja: _____

(Ovo pitanje ne važi za aplikante koji se prijavljuju samo za bonove za hranu)

5. Za Medicaid, da li bilo ko ima neplaćene zdravstvene račune nastale u posljednja 3 mjeseca? Da Ne

(Ovo pitanje ne važi za aplikante koji se prijavljuju samo za bonove za hranu ili TANF)

6. Da li je bilo ko diskvalifikovan iz programa bonova za hranu ili TANF programa? Da Ne

Ako je odgovor da, napišite:

a. Ko: _____

b. Gdje: _____

7. Da li bilo ko pokušava izbjeći suđenje ili zatvor zbog počinjenog krivičnog djela? (Samo za bonove za hranu i TANF)

Da Ne

Ako je odgovor da, napišite ko: _____

8. Da li bilo ko krši uslove uvjetne kazne ili uvjetnog puštanja na slobodu? (Samo za bonove za hranu i TANF)

Da Ne



Aplikacija za beneficije

Ako je odgovor da, napišite ko: _____

9. Da li je bilo ko nakon 22. avgusta 1996. osuđen za krivično djelo zbog posjedovanja, korištenja ili distribucije kontroliranih supstanci (tj. krivično djelo vezano za droge) (samo za bonove za hranu i TANF) ili krivično djelo nasilnog ponašanja (samo za TANF)? Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Kada: _____

- a) Pridržavate li se bilo kojih uslova uslovne kazne nastale kao posljedica toga što ste bili osuđeni za krivično djelo u vezi droge? (samo za bonove za hranu i TANF) Da Ne
- b) Pridržavate li se uslova puštanja na slobodu vezanih uz bilo koju kaznu kao posljedicu toga što ste bili osuđeni za krivično djelo u vezi droge? (samo za bonove za hranu i TANF) Da Ne
- c) Da li ste ispunili **sve uslove uslovne kazne ili puštanja na slobodu nastale uslijed osuđivanjavezanog za droge?**

(samo za bonove za hranu i TANF) Da Ne

10. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva nakon 22. avgusta 1996. bili osuđeni zbog trgovine povlasticama bonova za hranu u zamjenu za drogu? (Samo za bonove za hranu) Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Kada: _____

11. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva nakon 22. avgusta 1996. bili osuđeni zbog kupovine ili prodaje povlastica na bonove za hranu u iznosu većem od \$500? (samo za bonove za hranu) Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Kada: _____

12. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva nakon 22. avgusta 1996. bili osuđeni zbog trgovine povlasticama na bonove za hranu radi nabavke oružja, municije ili eksploziva? (Samo za bonove za hranu) Da Ne

Ako jeste:

Ko: _____

Kada: _____

13. Da li je bilo ko koristio TANF gotovinsku pomoć ili EPPIC karticu na jednom od navedenih mjesta: prodavnicama alkohola, kazinima, igraonicama za poker, mjestima za zabavu odraslih osoba, za dobivanje kaucije, u noćnim klubovima/salonima/barovima, u igraonicama za bingo, na stazama za utrke, u prodavnicama oružja/municije, na brodovima za krstarenja, za gatere, u prodavnicama duhana, na mjestima za izradu tetovaža/pirsinga i u banjama/salonima za masažu? (Samo za TANF) Da Ne

Ako jeste :

Ko: _____

Kada: _____



Aplikacija za beneficije

Recite nam nešto o prihodu aplikanta i svih članova domaćinstva

Da li vi ili bilo ko za koga aplicirate prima bilo kakvu vrstu prihoda poput: plate, napojnice, bonusa, samostalne djelatnosti, socijalnog osiguranja/penzije sa željeznice, ostale invalidnine, veteranskog prihoda, penzije, naknada zbog nezaposlenosti, alimentacija za dijete, alimentacija, novca od drugih ljudi, kompenzacija za povredu na radu ili bilo koji drugi prihod?

Ime i prezime člana domaćinstva koji prima prihod	Vrsta prihoda	Naziv poslodavca /Izvor prihoda	Mjesečni iznos (prije odbitaka)	Koliko često priman (mjesečno, na 2 sedmice, sedmično)	Koliko po satu	Koliko sati sedmično	DATUM(I) UPLATE

Recite nam nešto o troškovima aplikanta i svih članova domaćinstva

Da li plaćate za čuvanje izdržavanog djeteta ili invalidnog odraslog člana domaćinstva? Da Ne

Ako je odgovor da, popunite tabelu ispod. (Za bonove za hranu navedite dokaz ako je mjesečni iznos veći od \$200)

Osoba kojoj je potrebno čuvanje	Osoba koja plaća čuvanje	Razlog za čuvanje	Naziv/broj pružatelja usluga	Iznos plaćen pružatelju usluga	Koliko često se plaća

Snosite li troškove prijevoza za izdržavano dijete ili odraslog člana domaćinstva s invaliditetom? Da Ne

Jesu li ovi troškovi uključeni u troškove brige o izdržavanom licu? Da Ne

Ako nisu, odgovorite na pitanje: **Ukupan broj milja prijeđenih nedjeljno:** _____

Da li bilo koja osoba koja ima 60 godina ili više, ili je onesposobljena, ima medicinske troškove? Da Ne

Ako ima, popunite tabelu ispod.

Član domaćinstva koji ima trošak	Vrsta troška (Ilekarski pregledi, odlasci u bolnicu, lijekovi na recept, Medicare ili premije zdravstvenog osiguranja, naočale)	Iznos duga	I dalje duguje? Da/Ne	Datum plaćanja	Da li će osiguranje pokriti ovaj trošak? Da/Ne

Da li bilo koja osoba koja ima 60 godina ili više, ili je onesposobljena, ima medicinske troškove za prevoz? Da Ne

Ako ima, popunite tabelu ispod.

Svrha putovanja (posjeta ljekaru ili bolnici; podignuti lijekovi u apoteci)	Ukupan broj pređenih milja:	Troškovi taksija, autobusa, parkinga ili prenoćišta:



Aplikacija za beneficije

Recite nam nešto o troškovima aplikanta i svih članova domaćinstva

Da li neko u vašem domaćinstvu plaća dječju alimentaciju nekome ko živi izvan vašeg domaćinstva? Da Ne
Ako da, popunite tabelu ispod.

Član domaćinstva koji je dužan plaćati	Ime djeteta za koje se plaća alimentacija	Iznos koji je dužan da plati	Stvarni plaćeni iznos	Kome se plaća alimentacija?

Da li Vi ili bilo koji član Vašeg domaćinstva ima troškove stanovanja? Da Ne

Ako ima, popunite tabelu ispod.

Trošak	Iznos	Koliko često?	Ko je platio?
Stanarina/Hipoteka			
Porez na imovinu			
Imovinsko osiguranje			
Struja			
Plin			
Smeće			
Telefon			
Ostalo			

Da li dijelite mjesečne troškove domaćinstva s nekim u vašem domu? Da Ne

Ako dijelite, s kim? _____

Komentari/Dokumentacija _____

Kome je plaćeno _____ Iznos \$ _____ po _____

Ime kućevlasnika _____

Adresa kućevlasnika: _____

Da li ste primili pomoć za plaćanje električne energije u posljednjih 12 mjeseci? Da Ne

Ako jeste, primljeni iznos \$ _____

Da li vam neko drugi plaća bilo koji od kućnih troškova? Da Ne **Ako plaća, popunite tabelu ispod:**

Ko plaća račun?	Koji računi su plaćeni?
Iznos koji je plaćen?	Kome ova osoba plaća račune?



Aplikacija za beneficije

Kazne u programu bonova za hranu

Možete izgubiti beneficije ili biti krivično gonjeni zbog svjesnog davanja lažnih informacija.

- Nemojte davati lažne informacije i nemojte kriti informacije da biste dobili beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo dobiti.
- Ne koristite bonove za hranu ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dopustite da neko drugi koristi vaše.
- Ne koristite bonove za hranu za kupovinu neprehrambenih proizvoda kao što su alkohol ili cigarete ili za otplatu kreditnih kartica.
- Nemojte razmjenjivati i nemojte prodavati bonove za hranu ili EBT kartice za ilegalne proizvode kao što su: oružje, municija ili kontrolirane substance (ilegalne droge).

Bilo ko iz vašeg domaćinstva ko namjerno prekrši bilo koja pravila vezana za bonove za hranu može dobiti zabranu učešća u programu bonova za hranu u rasponu od godinu dana ili trajno, može biti kažnjen kaznom u iznosu do \$250.000, zatvorskom kaznom do 20 godina ili s obje ove kazne. Ona/on može biti i sudski gonjen u skladu s drugim važećim federalnim i državnim zakonima, a takođe može dobiti i zabranu učešća u programu bonova za hranu dodatnih 18 mjeseci ako sud tako odredi.

Bilo ko iz vašeg domaćinstva ko namjerno prekrši pravila ne može dobiti bonove za hranu u toku jedne godine u slučaju da mu je to prvi prekršaj, dvije godine zbog drugog prekršaja ili trajno zbog trećeg prekršaja.

Ako sud utvrdi da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi zbog korištenja ili dobijanja bonova za hranu u transakciji u koju je bila uključena prodaja kontroliranih supstanci, vi ili taj član vašeg domaćinstva nećete biti podobni za beneficije u roku od dvije godine u slučaju prvog prekršaja, a trajno u slučaju drugog prekršaja.

Ako sud utvrdi da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi zbog korištenja ili dobijanja beneficija u transakciji u koju je bila uključena prodaja vatrenog oružja, municije ili eksploziva, vi ili taj član domaćinstva ćete trajno biti nepodobni za učešće u programu bonova za hranu nakon prvog takvog prekršaja.

Ako sud utvrdi da ste vi ili član vašeg domaćinstva krivi za trgovinu beneficijama u ukupnom iznosu od \$500 i više, vi ili taj član domaćinstva ćete trajno biti nepodobni za učešće u programu bonova za hranu nakon prvog takvog prekršaja.

Ako se utvrdi da ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva dali lažne izjave ili prikaze u vezi identiteta (ko ste/su) ili mjestu stanovanja (gdje živite/žive) da bi dobili višestruke povlastice na bonove za hranu, vi ili taj član domaćinstva ćete biti nepodobni za učešće u programu bonova za hranu u trajanju od 10 godina.

Kazne u TANF programu

U programu TANF, čin namjernog navođenja pogrešnih ili obmanjujućih podataka ili uskraćivanje podataka kako bi se zadobila ili održala podobnost primaoca jedinice pomoći (AU), povećale beneficije ili spriječilo smanjenje beneficija jedinice pomoći smatra se namjernim kršenjem programa.

- Bilo koji član domaćinstva koji krije podatke, koji ne prijavi promjene na vrijeme ili ne govori istinu, izgubit će TANF beneficije na šest mjeseci nakon prvog prekršaja, dvanaest mjeseci nakon drugog prekršaja i trajno nakon trećeg prekršaja. Zloupotreba sredstava gotovinske pomoći ili TANF DEBITNE kartice za podizanje gotovine ili transakcije u kazinima, prodavnicama alkohola, objektima za zabavu odraslih - striptiz klubovima, mjestima za poker, za plaćanje kaucija, noćnim klubovima/salonima/barovima, igranje binga, stazama za utrke, u kockarnicama, prodavnicama oružja/municije, za krstarenja, gatare, u prodavnicama duhana, na tetovaže i pirsing, za banje i salone za masaže je strogo zabranjeno i rezultat će gubitkom TANF beneficija na šest mjeseci nakon prvog prekršaja, dvanaest mjeseci nakon drugog prekršaja i trajno nakon trećeg prekršaja.
- Ako vas ili člana vašeg domaćinstva sud optuži zbog prikrivanja informacija ili zbog ne prijavljivanja promjena na vrijeme ili ne govorenja istine, nećete imati pravo na dobivanje TANF beneficija u trajanju od 12 mjeseci nakon prvog prekršaja i trajno nakon drugog prekršaja.
- Ako sud odluči da ste vi ili član vašeg domaćinstva krivi zbog davanja lažnih podataka o mjestu boravka kako biste dobili beneficije u više saveznih država, imaćete zabranu na učešće od 10 godina.
- Ako vas je sud optužio zbog krivičnog djela vezanog za drogu i kontrolirane substance ili neko nasilno krivično djelo nakon 1. januara 1997., vi i taj član domaćinstva više nećete biti podobni i/ili bićete trajno diskvalifikovani.



Aplikacija za beneficije

Za sve aplikante za Medicaid, bonove za hranu i TANF:

Izjavljujem pod kaznenom odgovornošću za krivokletstvo prema svom najboljem znanju i uvjerenju da je/su osoba/e u čije ime apliciram za beneficije građanin/i SAD-a ili da je/su zakonito prisutna/e u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su svi podaci navedeni u ovom obrascu istiniti i tačni prema mom najboljem znanju. Razumijem i dajem suglasnost DHS-DFCS, DCH-u i ovlaštenim federalnim agencijama da provjere podatke koje navodim u ovoj aplikaciji. Podaci se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i moje učestvovanje u radnim aktivnostima.

Ja ću prijaviti bilo koju promjenu u mojim okolnostima u skladu sa zahtjevima programa bonova za hranu/Medicaid i/ili TANF programa. Ako je bilo koji podatak netačan, beneficije se mogu smanjiti ili odbiti i mogu biti sudski gonjen/a ili diskvalifikovan/a iz učešća u DHS-DFCS programima zbog svjesnog davanja netačnih podataka. Razumijem da mogu biti optužen/a ako dam lažne podatke ili ne navedem neke od njih. Razumijem da ukoliko DHS-DFCS-u ne navedem neke od svojih troškova, za vrijeme predavanja aplikacije ili razgovora za obnovu beneficija, i/ili ih ne potvrdim, da DHS-DFCS neće uračunati te troškove kada bude određivao iznos bonova za hranu beneficija.

Potpis aplikanta

Datum

Potpis ovlaštene osobe

Datum

Ime i potpis voditelja predmeta
(Case Manager's Name and Signature)

Datum
(Date)



Aplikacija za beneficije

(Sačuvajte ove dokumente za Vašu informaciju)

Ovoj ustanovi je zabranjena diskriminacija na osnovu rasne pripadnosti, boje kože, nacionalnog porijekla, invaliditeta, dobi, pola, a u nekim slučajevima i na osnovu religijskih ili političkih uvjerenja. Američko Ministarstvo poljoprivrede (USDA) također zabranjuje diskriminaciju na osnovu rasne pripadnosti, boje kože, nacionalnog porijekla, pola, religije, invaliditeta, dobi, političkih uvjerenja, odmazde ili osvete zbog prethodne aktivnosti vezane za građanska prava, ili bilo kojeg programa ili aktivnosti koju sprovodi ili podržava USDA.

Osobe sa invaliditetom kojima je potreban drugi način komuniciranja kako bi dobili informacije o programu (kao što su Brajevo pismo, krupna slova, audio snimci, američki znakovni jezik itd.) neka se jave u agenciju (državnu ili lokalnu) gdje su aplicirali za beneficije. Osobe koje su gluhe, slabo čuju ili imaju govorne poteškoće, mogu se javiti USDA putem federalnih relejnih usluga na (800) 877-8339. Informacije o programu su takođe dostupne i na drugim jezicima pored engleskog.

Da biste podnijeli žalbu zbog diskriminacije građanskih prava pri programu USDA, popunite [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) koji se nalazi na: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ili u bilo kojoj kancelariji USDA, ili pošaljite pismo u USDA sa svim podacima koji se traže u obrascu. Kako biste dobili primjerak obrasca za žalbu, nazovite (866) 632-9992. Pošaljite nam svoju popunjenu žalbu ili pismo u odjel USDA:

1) poštom na: U.S. Department of Agriculture,
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights,
1400 Independence Avenue, SW,
Washington, D.C. 20250-9410; ili

2) faksom na: (202) 690-7442; ili

3) putem email-a: program.intake@usda.gov.

Za sve druge informacije vezane za program dodatne pomoći za ishranu (ili SNAP), osobe trebaju da se jave ili na USDA SNAP broj dežurne linije (800) 221-5689, koji također ima opciju na španjolskom, ili da nazovu broj dežurne linije za svoju saveznu državu (engl. [State Information/Hotline Numbers](#)) (kliknu na link koji sadrži listu dežurnih brojeva za svaku saveznu državu), koji se nalazi na sljedećoj web stranici: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Da biste podnijeli žalbu zbog diskriminacije vezane za program koji prima federalnu novčanu pomoć preko američkog Ministarstva zdravstva i socijalne pomoći (engl. U.S. Department of Health and Human Services ili HHS), napismeno se obratite na adresu: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 ili nazovite (202) 619-0403 (glas) ili (800) 537-7697 (za osobe sa slušnim ili govornim poteškoćama - TTY).

Ova ustanova je pružatelj usluga s podjednakim mogućnostima za sve.

Također, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije ako kontaktirate DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 ili nazovete: (404) 657-3735 ili faksom: (404) 463-3978. Za usluge osobama s ograničenim znanjem engleskog i oštećenjima čula, kontaktirajte DHS Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program na: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 ili nazovite (404) 657-5244 ili faksom (404) 651-6815.

Prema pravilniku Odjela za javnu zdravstvenu zaštitu (engl. Department of Community Health ili DCH), Medicaid vas ne može odbiti niti vam uskratiti beneficije na osnovu vaše rase, starosne dobi, pola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili zbog vaših političkih ili religijskih uvjerenja. Ako želite uložiti žalbu vezanu za podobnost za Medicaid ili diskriminaciju od pružaoca usluga, nazovite Službu integriteta programa pri Odjelu za javnu zdravstvenu zaštitu u državi Georgia (engl. Georgia Department of Community Health's Office) (lokalni telefon 404-463-7590) (besplatni broj) 800-533-0686.

Šta znače riječi korištene u ovoj aplikaciji?

U ovoj tabeli su objašnjeni termini korišteni u ovoj aplikaciji.

Njegovatelj	Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji podnese molbu i dobije TANF za sebe i djecu o kojoj se brine
Rodak korisnika programa	Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji podnese molbu i dobije TANF na svoje ime, a u ime djece.
Diskvalifikovan	Korak koji se preduzima da se osoba isključi iz programa bonova za hranu ili TANF-a zato jer nije rekla istinu te je primala beneficije koje nije trebala
Elektronski transfer beneficija (EPB)	Sistem koji se koristi u državi Georgiji za plaćanje beneficija osobama koje su kvalifikovane za dobijanje bonova za hranu. Osobama koje primaju pomoć izdaje se debitna EBT kartica koja se koristi za pristup računima s bonovima za hranu.
EPPICard debitna Master-kartica	Nova debitna kartica koju je izdao Xerox za osobe koje primaju gotovinsku pomoć u državi Georgia. EPPICard debitna Master-kartica će biti prihvaćena za kupovinu i podizanje gotovine gdje god je MasterCard kartica prihvaćena.



Aplikacija za beneficije

Članovi domaćinstva	Osobe koje žive u vašem domu. U slučaju bonova za hranu, to su osobe koje žive zajedno i zajedno nabavljaju i pripremaju svoje obroke.
Prihod	Isplate poput nadnica, plata, provizija, bonusa, radničke kompenzacije, invalidnine, penzije, penzionerskih povlastica, kamate, alimentacije za djecu ili bilo koje druge vrste primljene novčane naknade.
Bruto prihodi	Ukupan prihod koji osoba ostvaruje prije plaćanja poreza ili drugih odbitaka.
Radnici migranti koji rade na farmama	Osobe koje su sezonski radnici na farmi i koje se sele s jednog staništa na drugo da rade ili da traže posao na farmi.
Sredstva	Gotovina, imovina ili sredstva poput bankovnih računa, vozila, dionica, obveznica i životnog osiguranja.
Sezonski radnici na farmi	Osobe koje rade u određeno doba godine sadeći, berući ili pakujući poljoprivredne proizvode. Zaposleni su na određeno vrijeme kada posao zahtijeva više radnika nego što farma redovno zapošljava.
Porezna olakšica za srednju klasu iz 2012	Ovaj zakon zabranjuje korištenje gotovinske pomoći ili TANF debitnih kartica za podizanje gotovine ili transakcije u kazinima, prodavnicama alkohola, u objektima za zabavu odraslih, mjestima gdje se igra poker, za plaćanje kaucija, u noćnim klubovima/salonima/barovima, za igranje binga, na stazama za utrke, kockarnicama, prodavnicama oružja/municije, na brodovima za krstarenja, za gatare, u prodavnicama duhana, za tetovaže i pirsing, u banjama i salonima za masažu. Korištenje gotovinske pomoći ili TANF debitne kartice na ovakvim mjestima će se smatrati svjesnom zloupotrebom programa (prevarom) od strane primaoca
Aplikant	Osoba koja aplicira tj, podnosi molbu za dobivanje državne pomoći / beneficija
Neaplikant	Osoba koja NE aplicira ili ne dobija državnu pomoć / beneficije; neaplikanti nisu dužni dati svoj broj socijalnog osiguranja (SSN), državljanstvo ili imigracioni status.
Jedinica za pomoć (engl. Assistance Unit ili AU)	Jedinica za pomoć uključuje <i>podobne</i> osobe koje žive zajedno i zajedno dobivaju državnu pomoć / beneficije.
Nedopuštena trgovina u programu SNAP / programu bonova za hranu	<i>Nedopuštena trgovina</i> SNAP povlasticama znači: (1) Kupovinu, prodaju, krađu ili neki drugi oblik razmjene SNAP beneficija koje se izdaju ili do kojih se došlo korištenjem EBT debitnih kartica, brojeva kartica i šifri (PIN) ili putem manuelnog vaučera i potpisa u razmjenu za GOTOVINU ili nešto drugo što ne spada u predviđene prehrambene proizvode bilo direktno ili indirektno, u saučesništvu ili dosluhu s drugima ili samostalno; (2) Razmjena vatrenog oružja, municije, eksploziva ili kontroliranih supstanci; (3) Kupovina proizvoda korištenjem SNAP beneficija koji je upakovan u ambalažu za koju se dobiva povrat depozita s namjerom da se dođe do gotovine nakon što se proizvod izvadi iz ambalaže, a ambalaža vrati u zamjenu za iznos depozita s ciljem namjernog bacanja proizvoda i namjernog vraćanja ambalaže da bi se dobio deponovani iznos; (4) Nabavka proizvoda korištenjem SNAP beneficija s namjerom da se dođe do gotovine ili neke druge vrste proizvoda izvan kategorije odgovarajuće hrane preprodajom tog proizvoda i shodno tome namjernu preprodaju proizvoda koji su kupljeni korištenjem SNAP-a, a u svrhu njihove razmjene za gotovinu ili neku vrstu proizvoda koji ne spadaju u predviđene prehrambene proizvode; (5) namjerna nabavka proizvoda koji su prvobitno kupljeni SNAP beneficijama u razmjenu za gotovinu ili sticanje proizvoda koji ne spadaju u odgovarajuće namirnice;(6). Pokušaj da se pove, prodaju, ukradu ili na bilo koji drugi način razmjene SNAP beneficije koje su date i do kojih se dolazi putem kartica za elektronski transfer beneficija (EBT), brojeva kartica i osobnih identifikacijskih brojeva (PIN) ili ručno popunjenim vaučerom i potpisima, za gotovinu ili drugu vrstu naknade mimo odgovarajućih prehrambenih proizvoda, direktno ili indirektno ili u saučesništvu ili dosluhu s drugima ili samostalno.
Kvalifikovani stranac/imigrant	<i>Kvalifikovani stranac / imigrant</i> je osoba koja je zakonski nastanjena u SAD-u i koja spada u jednu od sljedećih kategorija: osoba kojoj je zakonski dodijeljen status stalnog boravka (LPR) prema Zakonu o useljenju i državljanstvu (engl. Immigration and Nationality Act ili INA); <i>američkoazijski</i> useljenik u skladu s članom 584 Zakona o inostranim operacijama, financiranju izvoza i srodnim programima u vezi aroprijacija od 1988. god.; osoba kojoj je odobren azil u skladu s članom 208 INA-e; <i>izbjeglice</i> , primljene u skladu s članom 207 INA-e; osobe <i>privremenog useljeničkog statusa</i> u SAD-u u skladu s članom 212(d)(5) INA-e najmanje u trajanju od godinu dana; osoba čije je <i>izručenje (deportacija)</i> odgođeno u skladu s članom 243(h) INA-e, kao što je na snazi bilo do 1. aprila 1997. ili na osnovu izmjena u članu 241(b)(3) INA-e; osoba kojoj je dodiljen <i>uvjetan ulazak</i> u skladu s članom 203(a)(7) INA-e, kao što je bilo na snazi do 1. aprila 1980.; imigranti iz <i>Kube ili Haitija</i> u skladu s članom 501(e) Zakona o pomoći u obrazovanju izbjeglica od 1980.; <i>žrtve trgovine ljudima</i> u skladu s članom 107(b)(1) Zakona o zaštiti žrtava trgovine ljudima od 2000; <i>izmučeni imigranti</i> koji ispunjavaju uvjete obrazložene u članu 431 (c) izmijenjenog Zakona o usklađivanju ličnih odgovornosti i radnih mogućnosti od 1996.; imigranti iz <i>Avganistana ili Iraka</i> kojima je dodijeljen poseban imigracioni status u skladu s članom 101(a)(27) INA-e (potpada pod određene uslove); <i>američki Indijanci</i> koji su rođeni u Kanadi, a žive u SAD-u u skladu s članom 289 INA-e ili nedržavljanici federalno prizantih indijanskih plemena u skladu s članom 4(e) Zakona o pomoći samoopredjeljenju i obrazovanju Indijanaca i članovi plemena <i>Hmong ili Brdoviti Laos</i> koji su pružili pomoć Amerikancima svojim učešćem u vojnim ili spasilačkim operacijama u toku vijetnamskog rata (05. avgust 1964. – 07. maj 1975.).