



Solicitação de Benefícios

VOCÊ DEVERÁ ENTREGAR A SOLICITAÇÃO PREENCHIDA EM MÃOS, POR FAX OU ENVIAR PELO CORREIO PARA O DEPARTAMENTO LOCAL

Se você precisar de ajuda ao preencher este formulário ou para se comunicar conosco, ligue para 1-877-423-4746. Se você for surdo ou tiver deficiência auditiva, ligue para GA Relay, 711. Nossos serviços são gratuitos.

Quais serviços oferecemos na Divisão de Serviços à Família e Crianças (DFCS)?

O DFCS oferece os seguintes serviços:



Assistência para alimentação

Os Food Stamps são benefícios que podem ser usados para comprar alimentos em qualquer estabelecimento que tiver o símbolo EBT/Quest. Descontaremos o preço da compra da sua conta de Food Stamps.



Assistência em espécie/Serviços de apoio a empregos

O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) presta assistência em espécie às famílias com dependentes, por um período limitado de tempo. Pais ou cuidadores que estiverem incluídos no pedido deverão participar de um programa de trabalho. O programa de assistência em espécie também presta auxílio financeiro a residências de refugiados que não se qualificam para o programa de TANF.

- **Avós Criando Netos (GRG)** presta o auxílio necessário para que crianças possam ser cuidadas nas casas de seus avós.



Assistência médica

O Medicaid, para os que se qualificarem, poderá ajudar a pagar despesas médicas, consultas médicas e prêmios do Medicare.

Perguntas frequentes

Quanto tempo leva para receber os benefícios?

Food Stamps:	até 30 dias
TANF:	até 45 dias
Medicaid:	de 10 a 60 dias

Você poderá receber Food Stamps dentro de 7 dias, caso se qualifique. Veja na página 5.

Qual será o valor dos benefícios?

Sua renda, seus recursos e o tamanho da sua família determinarão os valores dos benefícios. Poderemos dar informações específicas assim que determinarmos a sua qualificação.

Como receberei os benefícios?

Para o Programa Food Stamps, você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar os seus benefícios. Para o TANF, você receberá um cartão EPPIC Debit Master para ter acesso aos seus benefícios. Para Medicaid, você receberá um cartão Medicaid para cada membro que seja qualificado.



Solicitação de Benefícios

Serviços comunitários

Para obter mais informações sobre os Serviços comunitários, visite o website, <http://dfcs.dhs.georgia.gov> ou ligue para 1-877-423-4746.

Como posso solicitar benefícios?

1º Passo. Preencha o formulário.

Leia as perguntas atentamente e dê informações corretas e precisas. Assine e date o formulário.

2º Passo. Entregue o formulário no departamento local.

Você precisará destacar as páginas 1-2, 13-14 e guardá-las.

Envie pelo correio, fax, ou traga pessoalmente as páginas 3-12 deste formulário ao departamento local da Divisão de Serviços à Família e Crianças (DFCS). Localize o departamento local no endereço: <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>.

Se você, ou a pessoa para a qual estiver solicitando, se qualificar para receber benefícios, os benefícios de Food Stamps ou TANF estarão disponíveis a partir da data de recebimento do formulário, com o seu nome, endereço e assinatura.

Se você estiver solicitando Food Stamps e/ou Medicaid, poderá enviar o formulário para receber os benefícios somente com o seu nome, endereço e assinatura. No entanto, preencher o formulário integralmente poderá nos ajudar a analisar a solicitação mais rapidamente. Este formulário pode ser usado para solicitar mais de um programa ou apenas o Food Stamp (FS). A sua solicitação para FS não será negada caso um pedido para outro programa tenha sido negado. A aceitação do pedido será determinada com base na qualificação para o programa FS. Caso você esteja em uma instituição e solicitando Food Stamps e SSI ao mesmo tempo, a data de solicitação será a data de quando você tiver sido liberado da instituição.

3º Passo. Fale conosco.

Você pode precisar ser entrevistado por um funcionário do programa (gerente de caso). Se este for o caso, marcaremos um horário. Esta entrevista poderá ser realizada por telefone.

Quais informações serão necessárias?

É uma boa ideia ter as seguintes informações:

- Comprovante de identidade do requerente que estiver solicitando o Food Stamp e/ou TANF. Comprovante de identidade para todos que estejam solicitando Assistência Médica. Um documento de identidade (ID) ou carteira de motorista (DL).
- Comprovante de cidadania americana/status de imigrante qualificado para todos que estiverem solicitando benefícios. Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, você não precisará informar seu número de Seguro Social (SSN) ou dar informações sobre seu status de imigração. Números de Seguro Social de todos que estiverem solicitando assistência;
- Comprovante de renda, *por exemplo*, contracheques, pagamentos de pensão alimentícia e cartas de decisões de renda;
- Comprovante de despesas, como recibos de cuidados com menores, despesas médicas, custos de transportes médicos e pagamentos de pensão alimentícia.

Você terá um tempo para apresentar quaisquer informações extras ao nosso departamento. Se precisar de ajuda para obter estas informações, entre em contato.

Como usamos as informações pessoais do requerente?

Você só terá que informar números de Seguro Social (SSN) e status de cidadania ou imigração das pessoas que desejarem solicitar benefícios. Essas informações serão usadas no Sistema de Verificação de Qualificação e Renda (IEVS). Também verificaremos as informações em outras agências federais, estaduais e municipais para confirmar a sua renda e qualificação. Se um membro da sua família não quiser dar o SSN e status de cidadania ou imigração, outros membros da família ainda poderão receber benefícios. **Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, você não precisará informar o número de SSN ou dar informações sobre o status de imigração.**

Alguém mais pode solicitar os benefícios por mim?

Para os programas de Food Stamps e Medicaid, você poderá pedir que alguém solicite os benefícios por você. Para o TANF, qualquer pessoa poderá solicitar, mas os pais ou cuidadores deverão ser entrevistados.





Solicitação de Benefícios

(Complete este formulário e entregue-o em seu escritório LOCAL DFCS).

Quais benefícios estou solicitando: (Marque todas as opções relevantes)

Food Stamps

O Programa Food Stamps oferece benefícios mensais a famílias de baixa renda que os ajuda a pagar despesas com alimentos. O programa também oferece educação nutricional e ajuda as famílias que se qualificarem a satisfazer suas necessidades alimentares e nutricionais.

Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF)

O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) oferece pagamentos temporários mensais em espécie, pagamentos únicos em espécie ou outros serviços de apoio para fortalecer famílias qualificadas com menores. Se você for pai ou cuidador de um menor e gostaria de ser incluído no subsídio, solicitaremos que você participe de um programa de trabalho.

Avós Criando Netos (GRG)

Avós Criando Netos (GRG) oferece ajuda adicional em espécie para que crianças possam ser cuidadas nas casas de seus avós. **Os requerentes devem se inscrever no TANF para se qualificarem para o GRG.**

Assistência em espécie a refugiados

O programa de Assistência em Espécie a Refugiados oferece assistência financeira a famílias de refugiados que não se qualificarem para o programa TANF. O termo "refugiado" inclui refugiados, cidadãos de Cuba e do Haiti que entrarem nos EUA, vítimas de tráfico humano, amereurasiáticos e menores refugiados desacompanhados.

Medicaid

O Medicaid oferece cobertura médica a adultos idosos, indivíduos com deficiências visuais ou de outra natureza, gestantes, menores e famílias. Ao solicitar os benefícios, consideraremos todos os programas do Medicaid e decidiremos quais benefícios você poderá receber.

Informações sobre o requerente

O requerente ou a pessoa que esteja solicitando benefícios em nome do requerente precisa de assistência para se comunicar conosco? Se precisar, selecione todas as opções relevantes.

() Teletipo (TTY) () Braile () Material impresso em letras maiores () E-mail () Serviço de retransmissão de vídeo

() Intérprete de língua de sinais _____

() Intérprete de língua estrangeira (especifique o idioma) _____ () Outros _____

Preencha o quadro abaixo, com os dados do requerente.

Nome	Inicial (nome do meio)	Sobrenome	Sufixo
Endereço residencial		Apto	
Cidade	Estado	Código postal	
Endereço para correspondência (caso seja diferente)			
Cidade	Estado	Código postal	
Telefone	Telefone alternativo	E-mail (opcional)	



Solicitação de Benefícios

Eu declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com o melhor do meu conhecimento e crença, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando os benefícios é/são cidadã(o)s dos Estados Unidos ou está/ão legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações neste formulário são verdadeiras e corretas, de acordo com o melhor do meu conhecimento. Entendo e concordo que o DHS-DFCS, DCH e as agências federais autorizadas podem verificar as informações que apresentei neste formulário. As informações poderão ser obtidas com empregadores passados ou presentes. Compreendo que as minhas informações serão utilizadas para rastrear informações salariais e minha participação em atividades de trabalho. Informarei qualquer alteração na minha situação de acordo com os requisitos dos programas TANF, Food Stamp/Medicaid. Se alguma informação estiver incorreta, os benefícios poderão ser reduzidos ou recusados e eu poderei ser objeto de processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS por, intencionalmente, dar informações incorretas. Entendo que se falhar ao informar aos programas do DHS-DFCS algumas das minhas despesas no formulário ou durante a entrevista de renovação, ou não comprová-las, o DHS-DFCS não lançará tais despesas no cálculo do montante dos benefícios de Food Stamps.

Assinatura

Data

Assinatura de Testemunha se assinada por "X"

Data

Posso escolher alguém para solicitar o Programa Food Stamps ou Medicaid para mim?

Preencha esta seção somente se você quiser que alguém preencha o seu requerimento, faça a entrevista e/ou use o seu cartão EBT na compra de alimentos quando você não puder ir ao supermercado. Se estiver solicitando Medicaid, você poderá escolher mais de uma pessoa para solicitar o Medicaid em seu nome.

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Apt: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Apt: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Para o Medicaid, você deseja que este indivíduo tenha uma cópia do seu cartão de Medicaid? Sim Não

For Office Use Only (**Somente para uso interno**) Date Received (Data de recebimento): _____



Solicitação de Benefícios

Posso me qualificar para receber Food Stamps mais rapidamente?

Responda a estas perguntas sobre o requerente e todos os membros da sua família para verificar se você poderá obter Food Stamps dentro de 7 dias.

1. Você ou algum membro da sua família é migrante ou trabalhador rural sazonal? Sim Não

Se for, quem? _____

2. **Renda bruta total derivada de trabalho**, que será recebida este mês: \$ _____

Nome do empregador _____

Data do início do trabalho _____ Data do final do trabalho _____

Valor pago _____

Horas semanais trabalhadas _____ semanal / 2x por semana/bimestral / mensal (circule uma opção)

3. **Renda bruta total não derivada de trabalho**, que será recebida este mês: \$ _____

Tipo de renda não derivada de trabalho _____ Valor _____ semanal/duas vezes por semana/bimestral/mensal (circule uma opção)

Tipo de renda não derivada de trabalho _____ Valor _____ semanal/duas vezes por semana/bimestral/mensal (circule uma opção)

4. Renda total derivada de trabalho e não derivada de trabalho para este mês: \$ _____

5. Qual é o valor que você e todos os membros da sua família têm em caixa ou no banco? \$ _____

6. Qual é o valor mensal de sua renda, hipoteca, impostos sobre a propriedade e/ou seguro de proprietário? \$ _____

7. Qual é o valor total das despesas da sua família, com energia elétrica, água, gás etc. deste mês? \$ _____

(Excluir do total os pagamentos atrasados e as multas)



Solicitação de Benefícios

Informe-nos sobre o requerente e todos os membros da família

Preencha a tabela abaixo com os **dados do requerente e de todos os membros da sua família**. As seguintes leis e os regulamentos federais: a Lei de Alimentação e Nutrição de 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 e 42 C.F.R. § 435.920, autorizam a DFCS a pedir o seu número de Seguro Social e o dos membros da sua família. Qualquer pessoa que estiver morando em sua casa e não solicitar os benefícios poderá ser tratada como **não-requerente**. As pessoas não-requerentes não precisam informar o número de Seguro Social e o status de cidadania ou imigrante e não se qualificam para receber os benefícios. Outros membros da sua família podem receber os benefícios, caso eles se qualifiquem para tanto. Se quiser solicitar a aprovação para todos os membros da sua família, para que eles também recebam benefícios, você deverá informar o status da cidadania ou imigração deles e nos informar os respectivos números de seguro social (SSN). Você deverá ainda nos informar sobre a renda e os recursos **deles** para que determinemos se os outros membros se qualificam e o nível de benefício dos outros membros da sua família. Nós não relataremos nenhum não-requerente da família para o Serviço de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS) e o sistema Verificação Sistemática para Direitos de Estrangeiros (SAVE) não informa o status de imigração ou cidadania deles. No entanto, se a informação sobre o status de imigração for enviado no formulário, esta informação será objeto de verificação pelo sistema do SAVE e pode afetar a qualificação do membro da família e o nível de benefício. Verificaremos a informação com outras agências federais, estaduais e locais para verificar renda e qualificação. Esta informação também pode ser fornecida aos funcionários responsáveis pela aplicação da lei e usada para encontrar foragidos da lei. Se a sua família tem uma solicitação para Food Stamp, as informações sobre esta solicitação, incluindo o SSN, poderá ser passada às agências federais e estaduais e de cobrança de créditos no setor privado para que eles usem na cobrança do crédito. Não negaremos benefícios aos membros da família do candidato porque outros membros não informaram o SSN ou o status de nacionalidade ou imigração.

NOME			Parentesco com você	Esta pessoa está solicitando benefícios ?	Data de nascimento	Número de Seguro Social	Sexo	Hispânico/latino? (Opcional)	Código da raça (Opcional)	Você é cidadão americano, estrangeiro /imigrante qualificado ? (Somente requerentes)
Nome	Inicial do meio	Sobrenome								
			O PRÓPRIO REQUERENTE							

Códigos de raça (escolha todos os relevantes):

AI – Indígena/nativo do Alaska

HP – Nativo do Havai/das Ilhas do Pacífico

AS – Asiático

WH – Branco

BL – Negro/afro-americano

Ao dar estas informações sobre raça/etnia, você nos auxiliará a administrar os programas de uma maneira não discriminatória. Não é necessário que a sua família dê estas informações e isto não afetará a sua qualificação ou o nível dos benefícios.



Solicitação de Benefícios

Dê mais informações sobre o requerente e todos os membros da família

Precisamos de mais informações a respeito do requerente e todos os membros da família a fim de decidir quem se qualifica para receber os benefícios. Responda somente as questões referentes aos benefícios que você deseja receber na página abaixo.

1. Alguém já recebeu algum benefício em outro condado ou estado? Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

2. Alguém já foi condenado por dar informações falsas sobre onde mora e quem é a fim de obter diversos benefícios de FS em mais de um local após 22 de agosto de 1996? (Somente para Food Stamps) Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém da sua família se demitiu ou reduziu as horas de trabalho voluntariamente para menos de 30 horas por semana num período de 30 dias da data da solicitação? (Somente para Food Stamps e TANF) Sim Não

Se sim, quem pediu demissão? _____

Por que ele(a) pediu demissão? _____

4. Alguém está grávida? *Envie comprovante de gravidez, se disponível. Sim Não

Quem: _____

Data prevista do parto: _____

(Esta pergunta não precisa ser respondida por requerentes que estejam solicitando somente Food Stamps)

5. Para o programa Medicaid, alguém tem contas médicas não pagas durante os últimos 3 meses? (Esta pergunta não precisa ser respondida por requerentes que estejam solicitando somente Food Stamps ou TANF) Sim Não

6. Alguém foi desqualificado do Programa Food Stamps ou TANF? Sim Não

Se sim:

a. Quem: _____

b. Onde: _____

7. Alguém está tentando evitar condenação ou prisão por um crime? Sim Não

Se sim, quem: _____

8. Alguém está infringindo liberdade condicional? (somente para Food Stamps e TANF) Sim Não

Se sim, quem: _____



Solicitação de Benefícios

9. Alguém tem uma condenação criminal decorrente de comportamento relacionado à posse, uso ou distribuição de substância controlada (isto é, crime relacionado com drogas) após 22/08/96 (apenas para Food Stamps e TANF). Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

a) Você está em conformidade com os termos de livramento condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime relacionado com drogas? (apenas para Food Stamps e TANF) Sim Não

b) Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional em relação a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime relacionado com drogas? (Apenas para Food Stamps e TANF) Sim Não

c) Você completou com sucesso **todos os termos de livramento ou liberdade condicional ou relacionados a qualquer condenação relacionada a drogas?**

(apenas para Food Stamps e TANF)

Sim Não

10. Você ou algum membro da sua família foi condenado por negociar benefícios de Food Stamps em troca de drogas depois de 22 de agosto de 1996? (somente para Food Stamps) _____ Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

11. Você ou algum membro da sua família foi condenado por comprar ou vender benefícios de Food Stamps acima de US\$ 500,00 depois de 22 de agosto de 1996? (somente para Food Stamps) Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

12. Você ou algum membro da sua família foi condenado por negociar benefícios de Food Stamps em troca de armas, munição ou explosivos depois de 22 de agosto de 1996? (somente para Food Stamps) Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____

13. Alguém usou fundos do TANF ou do cartão EPPIC nos seguintes estabelecimentos: lojas de bebidas alcóolicas, cassinos, salas de pôquer, instalações de entretenimento para adultos, fianças, casas noturnas/bares/tavernas, bingos, pistas de corrida, lojas de armas/munição, cruzeiros marítimos, cartomantes e videntes, tabacaria ou locais para compra de cigarros, tatuadores e locais de tatuagem ou piercing, salões de spa e/ou massagem? (somente para TANF) Sim Não

Se sim:

Quem: _____

Quando: _____



Solicitação de Benefícios

Informe-nos sobre o requerente e a renda de todos os membros da sua família

Você ou qualquer pessoa em nome de quem você estiver solicitando assistência recebe qualquer tipo de renda como salários, gorjetas, bônus, rendas de empregado autônomo, benefícios de Seguro Social/Aposentadoria por trabalho ferroviário, outro tipo de benefício por incapacitação ou deficiência, renda de veteranos de guerra, pensões, seguro-desemprego, pensão alimentícia, dinheiro recebido de outras pessoas, compensação trabalhista ou qualquer outro tipo de renda?

Nome do membro da família que recebe a renda	Tipo de renda	Nome do empregador /fonte de renda	Valor mensal (Antes da dedução de impostos)	Frequência recebida (mensal, duas vezes por semana, semanal)	Valor pago por hora	Horas semanais	DATA(S) DO PAGAMENTO

Informe-nos sobre o requerente e todas as despesas dos membros da família

Você paga as despesas de um membro da família que seja um menor dependente ou um adulto incapacitado/deficiente?

Sim Não Se sim, preencha a tabela abaixo. (Para Food Stamps apresente comprovante se a quantia mensal for superior a \$200)

Pessoa que necessita de cuidados	Pessoa que paga pelos cuidados	Razões dos cuidados	Nome e número de telefone do cuidador	Valor pago ao provedor de cuidados	Frequência de pagamento

Você paga despesas de transporte para uma criança dependente ou membro adulto com deficiência? Sim Não

Essas despesas estão incluídas nas despesas de assistência a dependentes? Sim Não

Se não, por gentileza responda a esta pergunta: Total de milhas percorridas semanalmente: _____

Alguém incapacitado ou com 60 anos de idade ou mais tem despesas médicas? Sim Não Se sim, preencha a tabela abaixo.

Membro da família que tem despesas	Tipo de despesa (visitas ao médico, hospital, prescrições médicas, Medicare ou prêmios de seguro saúde, óculos)	Valor devido	Ainda deve? Sim/Não	Data do pagamento	O seguro cobrirá? Sim/Não

Alguém incapacitado ou com 60 anos de idade ou mais tem despesas com transporte? Sim Não

Se sim, preencha a tabela abaixo.

Razão para o transporte (visita ao médico ou hospital, ida à farmácia para buscar medicamentos)	Número de milhas percorridas:	Custo do táxi, ônibus, estacionamento ou acomodações:



Solicitação de Benefícios

Informe-nos mais sobre o requerente e todas as despesas dos membros da sua família

Alguém da sua família paga pensão ou dá assistência financeira a um menor que não mora com a sua família?

Sim Não Se sim, preencha a tabela abaixo.

Membro da família obrigado a pagar	Nome do menor a quem a pensão ou assistência financeira é paga	Valor obrigado a pagar	Valor efetivamente pago	Para quem é paga a pensão ou assistência financeira do menor?

Você ou outro membro da casa tem despesas com alojamento? Sim Não

Se sim, preencha a tabela abaixo.

Despesa	Valor	Frequência?	Quem paga?
Aluguel/Financiamento de casa própria			
Imposto(s) imobiliário(s)			
Seguro(s) residencial(is)			
Eletricidade			
Gás			
Coleta de lixo			
Telefone			
Outros			

Você divide as despesas com qualquer outro membro da família? Sim Não

Se sim, quem? _____

Comentários/Documentação _____

Pago a quem _____ Valor pago \$ _____ por _____

Nome do proprietário _____

Endereço do proprietário: _____

Você recebeu assistência para energia nos últimos 12 meses? Sim Não Se sim, valor recebido \$ _____

Alguém mais paga alguma destas contas domésticas para você? Sim Não **Se sim, preencha a tabela abaixo:**

Quem paga a conta?	Quais contas são pagas?
Qual é o valor pago?	Para quem esta pessoa paga as contas?



Solicitação de Benefícios

Penalidades do Programa Food Stamps

Você poderá perder os seus benefícios ou estar sujeito a processo criminal por prestar de informações falsas.

- Não dê dados falsos ou omita informações para obter benefícios que o membro da sua família não deveria obter.
- Não use os Food Stamps ou cartões EBT que não sejam seus e não deixe que ninguém use o seu.
- Não use os benefícios do Food Stamps para comprar itens não alimentares, tais como álcool ou cigarro, ou para pagar a fatura de cartões de crédito.
- Não troque ou venda os Food Stamps ou cartões EBT por itens ilegais como armas de fogo, munição ou substâncias controladas (drogas ilícitas).

Qualquer membro da sua família que violar propositalmente uma das regras do Programa Food Stamps poderá perder o benefício durante um ano ou permanentemente, ser multado em até US\$ 250 mil, preso por até 20 anos ou ambos. Essa pessoa também estará sujeita a processos previstos por outras leis federais e estaduais aplicáveis. Essa pessoa também poderá perder o benefício do Programa Food Stamps por mais 18 meses, se for decidido em juízo.

Qualquer membro da família que intencionalmente violar as regras não receberá Food Stamps por um ano, quando da primeira violação, por dois anos, quando da segunda violação, e permanentemente, quando da terceira violação.

Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da sua família é culpado por usar ou receber benefícios do Programa Food Stamps em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou o membro da sua família não se qualificarão para receber benefícios durante dois anos, quando da primeira violação, e permanentemente, quando da segunda violação.

Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da sua família é culpado por ter usado ou recebido benefícios em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munições ou explosivos, você ou o membro da sua família estará permanentemente desqualificado a participar do Programa Food Stamps quando da primeira violação.

Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da família for culpado de ter traficado benefícios por um valor total de US\$ 500 ou mais, você ou o membro da família estará permanentemente desqualificado a participar do Programa Food Stamps quando da primeira violação.

Se você ou algum membro da família for culpado por ter feito uma declaração fraudulenta em relação à identidade (quem é) ou da família (onde mora) a fim de receber vários benefícios do Food Stamps, você ou o membro da sua família estará desqualificado a participar do Programa Food Stamps por um período de 10 anos.

Penalidades do Programa TANF

No Programa TANF, uma IPV (Violação Intencional do Programa) é uma ação intencional de um indivíduo para estabelecer ou manter a elegibilidade de uma unidade de assistência (AU), ou para aumentar ou prevenir uma diminuição nos benefícios da AU, fornecendo informações falsas ou enganosas ou omitir informações.

- Qualquer membro da família que omitir informações e não relatar mudanças no prazo ou não dizer a verdade perderá os benefícios do TANF por seis meses para a primeira violação, doze meses para a segunda violação e, permanentemente, para a terceira violação. O uso indevido dos fundos de assistência em dinheiro ou do cartão de débito TANF para retirar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, instalações de entretenimento para adultos "clubes de striptease", salas de pôquer, fianças, clubes noturnos/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, cruzeiros marítimos, videntes, tabacarias, lojas de tatuagem ou piercing, salões de spa e/ou massagem são estritamente proibidos e resultarão em perda de benefícios de TANF por seis meses para a primeira violação, doze meses para a segunda violação e permanentemente para a terceira violação.
- Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da família está encobrindo informações ou não relatou uma alteração a tempo ou não disse a verdade e for condenado, você não receberá os seus benefícios do TANF por 12 meses, quando da primeira violação, e permanentemente, quando da segunda violação.
- Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da sua família é culpado de passar informações falsas sobre onde você mora para poder receber os benefícios em mais de um estado, o seu caso será interdito por 10 anos.
- Se um tribunal o condenou a pagar multa por envolvimento com substância controlada, relacionada com drogas ou crime violento grave a partir de 1º de janeiro de 1997, você ou o membro da sua família não estarão qualificados e/ou serão permanentemente desqualificados.



Solicitação de Benefícios

Para todos os requerentes dos programas Food Stamps, TANF e Medicaid:

Declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com o melhor do meu conhecimento e crença, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios é/são cidadãos dos Estados Unidos ou está/ão legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações neste formulário são verdadeiras e corretas, de acordo com o melhor do meu conhecimento. Entendo e concordo que o DHS-DFCS e as agências federais autorizadas podem verificar as informações que forneci neste formulário. As informações poderão ser obtidas com empregadores passados ou presentes. Eu entendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações salariais e minha participação em atividades de trabalho.

Vou relatar qualquer alteração na minha situação de acordo com os requisitos dos programas Food Stamps/Medicaid e/ou TANF. Se alguma informação estiver incorreta, benefícios poderão ser reduzidos ou recusados e eu poderei ser objeto de processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por prestar informações incorretas. Entendo que posso ser processado(a) por fraude se fornecer informações falsas ou omitir informações. Entendo que se falhar ao informar ao DHS-DFCS algumas das minhas despesas no meu formulário ou durante a entrevista de renovação, ou não comprová-las, o DHS-DFCS não lançará tais despesas no cálculo do montante dos meus benefícios de food stamp.

Assinatura do requerente

Data

Assinatura do representante autorizado

Data

Nome e assinatura do gerente de casos
(Case Manager's Name and Signature)

Data
(Date)



Solicitação de Benefícios

(Mantenha esses documentos para a sua informação)

Esta instituição está proibida de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo e, em alguns casos, convicções políticas ou crenças religiosas. O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos também proíbe discriminação com base em raça, cor, nacionalidade, sexo, credo religioso, deficiência, idade, convicções políticas ou represália ou retaliação por atividades de direitos civis prévios em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo USDA.

Portadores de deficiências que precisem de meios de comunicação alternativos para obter informações sobre o programa (Por ex., Braille, material impresso com caracteres grandes, gravação de áudio, língua de sinais, etc.), devem entrar em contato com a Agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Os indivíduos surdos, com dificuldades de audição, ou com deficiência na fala podem entrar em contato com o USDA pelo Serviço Federal de Retransmissão pelo número 1(800) 877-8339. Além disso, as informações sobre o programa podem ser disponibilizadas em outras línguas além do Inglês.

Para fazer uma queixa no programa de discriminação, preencha o formulário [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027), disponível no site: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de reclamação, ligue para 1(866) 632-9992. Envie o formulário preenchido ou a carta para o USDA por meio de:

- (1) correspondência: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410 ou
- (2) fax: (202) 690-7442; ou
- (3) e-mail: program.intake@usda.gov.

Para quaisquer outras informações referentes ao Programa de Assistência de Nutrição Complementar (SNAP), entre em contato com o USDA SNAP Hotline pelo número 1(800) 221-5689, com atendimento também em espanhol, ou ligue para o [State Information/Hotline Numbers](#) (clique no link para uma lista com números de hotline por estado), disponível em: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para fazer uma queixa referente a um programa que receba assistência financeira federal pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos (HHS), escreva para: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou ligue para 1(202) 619-0403 (voz) ou 1(800) 537-7697 (TTY).

Esta instituição é provedora de igualdade de oportunidades.

Você também pode fazer uma queixa de discriminação entrando em contato com o DFCS Civil Rights Program, no endereço: Two Peachtree Street, N. W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 ou pelo telefone 1(404) 657-3735 ou fax 1(404) 463-3978. Para pessoas com proficiência limitada em inglês e para serviços de deficiência sensorial, entre em contato com o Programa de Proficiência Limitada em Inglês e Deficiência Sensorial do DHS no endereço Two Peachtree Street, N. W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 ou pelo telefone 1(404)-657-5244 ou fax 1(404)-651-6815.

Conforme a política do Departamento de Saúde Comunitária (DCH), não é permitido ao programa Medicaid negar benefícios e qualificações com base em raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade ou crenças políticas ou religiosas. Para denunciar discriminação a respeito de qualificação por parte do Medicaid ou por parte de provedores, ligue para o Gabinete de Integridade de Programas do Departamento de Saúde Comunitária da Geórgia pelos telefones 1-404-463-7590 (local) ou 1-800-533-0686 (gratuito nos EUA).

O que as palavras usadas neste formulário querem dizer?

Esta tabela explica as palavras que usamos neste formulário.

Cuidador	Pai, parente ou tutor que solicitar e receber TANF quando o(s) menor(es) estiver(em) sob seus cuidados.
Parente beneficiado	Pai, parente ou tutor que solicitar e receber TANF em seu nome para o(s) menor(es).
Desqualificado	A ação realizada para remover um indivíduo do programa Food Stamps ou TANF porque este não disse a verdade e recebeu benefícios que não deveriam ter sido recebidos.
Transferência eletrônica de benefícios (EBT)	Sistema usado na Geórgia para pagar benefícios para indivíduos que se qualificarem ao programa Food Stamps ou TANF. Indivíduos que recebem assistência terão um cartão de débito de EBT, que será usado para acessar as contas de Food Stamps.
Cartão de débito EPPICard MasterCard	Novo cartão de débito emitido pela Xerox para os indivíduos que recebem assistência em dinheiro na Geórgia. O cartão de débito EPPICard MasterCard será aceito para compras e saques nos estabelecimentos onde um cartão MasterCard for aceito.
Membros da família	Indivíduos que moram na sua casa. Para Food Stamps, indivíduos que moram juntos, compram e preparam refeições juntos.



Solicitação de Benefícios

Renda	Pagamentos como salários, soldos, comissões, bônus, remuneração trabalhista, licença por invalidez, pensão, benefícios de aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Renda bruta	Renda total de um indivíduo antes do pagamento de impostos ou outras deduções em conta.
Trabalhadores rurais migrantes	Indivíduos que trabalham, temporariamente, em fazendas, granjas e sítios e se mudam de um local a outro para trabalhar ou procurar trabalhos rurais.
Recursos	Dinheiro em espécie, propriedades ou ativos como contas bancárias, veículos, ações, obrigações e apólices de seguro de vida.
Trabalhadores rurais sazonais	Indivíduos que trabalham, temporariamente, plantando, colhendo ou embalando hortifrutigranjeiros.
Tax Relief Act 2012 – Redução de	Esta Lei proíbe o uso de fundos de assistência em espécie ou cartões de débito do TANF para retirar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, instalações de entretenimento para adultos, salas de
Requerente	Um indivíduo que se candidata a receber assistência/benefícios do governo.
Não-requerente	Um indivíduo que NÃO solicitou assistência/benefícios do governo; não-requerentes não precisam informar o SSN ou status de cidadania ou imigração.
Unidade de assistência (AU)	Uma unidade de assistência inclui indivíduos <i>qualificados</i> que moram juntos e recebem assistência/benefícios do governo.
Tráfico no Programa SNAP/Food Stamp	<p><i>Traficar</i> benefícios no programa SNAP significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, roubar/furtar ou trocar benefícios SNAP emitidos e acessados pelos cartões de EBT, números de cartões e números de senha ou por vale impresso e assinatura por DINHEIRO ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem no programa, seja direta ou indiretamente, com a cumplicidade ou aprovação de outros, ou agindo sozinho; (2) Trocar por armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) Comprar um produto com benefícios SNAP cujo recipiente exija o depósito de retorno com a intenção de obter dinheiro, descartando intencionalmente o produto e devolvendo o recipiente intencionalmente pelo valor do depósito; (4) Comprar um produto com benefícios SNAP com a intenção de obter dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem no programa, revendendo o produto adquirido com os benefícios SNAP, posterior e intencionalmente, em troca de dinheiro ou importância que não sejam alimentos que se qualifiquem no programa; (5) Comprar produtos intencionalmente, adquiridos originalmente com os benefícios do SNAP, em troca de dinheiro ou importâncias que não seja alimentos que se qualifiquem no programa; (6) Tentar comprar, vender, roubar/furtar ou de alguma outra maneira afetar uma troca de benefícios SNAP emitida e acessada por meio de cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartão e números de identificação pessoal (PINs) ou por vales manuais e assinaturas, em troca de dinheiro ou importâncias que não sejam alimentos que se qualifiquem no programa, seja direta ou indiretamente, com a cumplicidade ou aprovação de outros, ou agindo sozinho.</p>
Estrangeiro/imigrante e qualificado	Um <i>estrangeiro/imigrante qualificado</i> é uma pessoa que esteja residindo legalmente nos EUA e que se enquadre em uma das seguintes categorias: pessoa admitida legalmente para residência permanente (LPR), de acordo com a Lei de Imigração e Nacionalidade (INA); imigrante <i>amereurasiático</i> , de acordo com a seção 584 da Lei de Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportações e Apropriações Relacionadas de 1988; pessoa que receba asilo, de acordo com a seção 208 do INA; <i>refugiados</i> , admitidos de acordo com a seção 207 do INA; pessoa libertada <i>condicionalmente</i> , de acordo com a seção 212(d)(5) do INA por pelo menos um ano; pessoa cuja <i>deportação</i> tenha sido suspensa, de acordo com a seção 243(h) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) do INA, como alterada; pessoa que recebe <i>entrada condicional</i> , de acordo com a seção 203(a)(7) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1980; imigrantes <i>cubanos ou haitianos</i> , como definidos na seção 501(e) da Lei de Assistência à Formação de Refugiados de 1980; <i>vítimas de tráfico humano</i> , de acordo com a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; <i>imigrantes maltratados</i> que satisfizerem as condições definidas na seção 431(c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, como emendada; imigrantes <i>afegãos ou iraquianos</i> que receberam status de imigrantes especiais, de acordo com a seção 101(a)(27) do INA (sujeitos a condições específicas); <i>americanos nativos</i> nascidos no Canadá e morando nos EUA, de acordo com a seção 289 do INA ou não cidadãos de tribos indígenas federais reconhecidas, de acordo com a seção 4(e) da Lei de Assistência à Autodeterminação e Formação Indígena e <i>membros tribais hmongs e laosianos</i> que ajudaram os militares dos EUA, participando em operações militares ou de resgate durante a Guerra do Vietnã (05/08/1964 a 07/05/1975).