



Solicitud para beneficios

DEBE ENTREGAR EN MANO, ENVIAR POR FAX O POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A LA OFICINA DE SU CONDADO.

Si necesita ayuda para leer o completar este documento, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, solicítela o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia).

¿Qué servicios ofrecemos en la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS)?

El DFCS ofrece los siguientes servicios:



Asistencia alimentaria

Los cupones para alimentos son beneficios que puede utilizar para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el cartel de la tarjeta electrónica de beneficios (EBT)/Quest. Descontaremos el precio de su compra de alimentos de su cuenta de cupones para alimentos.



Servicios de asistencia en forma de dinero en efectivo/apoyo al empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) brinda asistencia en efectivo a familias con menores dependientes por un tiempo limitado. Los padres o cuidadores incluidos en la subvención deben participar en un programa de trabajo. El programa de asistencia en efectivo también brinda asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa de la TANF.

- **Abuelos Criando Nietos (GRG)** brindarán el apoyo necesario para que los niños reciban cuidado en el hogar de sus abuelos.



Asistencia médica

Medicaid puede ayudar a las personas elegibles a pagar las facturas médicas, las consultas médicas y las primas de Medicare.

Preguntas frecuentes

¿Cuánto tiempo lleva obtener los beneficios?

Cupones para alimentos:
hasta 30 días

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF):
hasta 45 días

Medicaid:
de 10 a 60 días

Puede obtener cupones para alimentos dentro de los 7 días si reúne los requisitos. Vea la página 5.

¿Cuánto obtendré?

Sus ingresos, recursos y el tamaño de su familia determinan el monto de los beneficios. Podremos darle información específica una vez que determinemos su elegibilidad.

¿Cómo obtendré mis beneficios?

En el caso de los cupones para alimentos, recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) para acceder a sus beneficios. En el caso de la TANF, recibirá una tarjeta de débito EPPICard-MasterCard para acceder a sus beneficios. En cuanto a Medicaid, recibirá una tarjeta de Medicaid por cada miembro elegible.



Solicitud para beneficios

¿Qué información deberé brindar?

Es una buena idea presentar lo siguiente:

- Pruebas de identidad del solicitante si presenta una solicitud de cupones para alimentos o la TANF. Pruebas de identidad de todos si presentan una solicitud de asistencia médica. Las tarjetas de identificación (ID) o licencias de conducir (DL) son formas aceptables de verificación.
- Pruebas de ciudadanía estadounidense/condición de inmigrante calificado de todas las personas que soliciten beneficios. Si usted está solicitando servicios médicos de emergencia solamente, no tiene que brindar su SSN o información sobre su condición de inmigración.
- Números de Seguro Social de todas las personas que solicitan asistencia.
- Pruebas de ingresos, *por ejemplo*, recibos de sueldo, pagos de la cuota alimentaria y cartas de concesión de ingresos.
- Pruebas de gastos como recibos de cuidado infantil, facturas médicas, gastos de transporte médico, gastos de renta/hipoteca y pagos de la cuota alimentaria.

Se le dará tiempo para enviar con la información a nuestra oficina. Si necesita ayuda para obtener esta información, comuníquese con nosotros.

¿Cómo utilizamos la información personal del solicitante?

Solo debe proporcionar los números de Seguro Social (SSN) y la condición de ciudadanía o de inmigración de las personas que desean solicitar los beneficios. Esta información se utilizará para comprobar el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad (IEVS). También compararemos su información con la de otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y su elegibilidad a fin de hacer un seguimiento de la información salarial y la participación en actividades laborales. Si un miembro de la familia no quiere darnos información sobre su SSN o condición de ciudadanía o de inmigración, otros miembros de la familia pueden recibir beneficios. Si usted está solicitando servicios médicos de emergencia solamente, no tiene que brindar su SSN o información sobre su condición de inmigración.

¿Puede alguien más presentar la solicitud por mí?

Puede pedirle a alguien que presente la solicitud de cupones para alimentos y Medicaid por usted. Para la TANF, cualquier persona puede presentar la solicitud, pero el progenitor o el cuidador debe ser entrevistado.

Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información sobre otros servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS), visite nuestro sitio web en <http://dfcs.georgia.gov> o llame al 1-877-423-4746.

¿Cómo presento la solicitud para los beneficios?

Paso 1. Complete la solicitud.

Lea las preguntas con cuidado y brinde información precisa. Firme y coloque la fecha en la solicitud.

Paso 2. Entregue la solicitud en su oficina local.

Debe arrancar y conservar las páginas 1, 12 y 13.

Envíe por correo, fax, o lleve personalmente las páginas 2-11 de esta solicitud a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). Puede ubicar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Si usted o la persona para la que presenta la solicitud es elegible para recibirlos, los beneficios de los cupones para alimentos se otorgarán a partir de la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, domicilio y firma. Los beneficios de la TANF se brindarán a partir de la fecha en que se apruebe la solicitud. Si está presentando una solicitud para recibir los beneficios de cupones para alimentos, TANF o Medicaid, puede hacerlo con solo su nombre, domicilio y firma. Sin embargo, puede ayudarnos a procesar su solicitud más rápido si completa la totalidad del formulario. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o para el Programa de Cupones para Alimentos (FS) solamente. Su solicitud para los FS no será denegada únicamente porque su solicitud para otro programa lo haya sido. Haremos una determinación separada de elegibilidad para su solicitud de FS. Si está en una institución y solicita cupones para alimentos y de ingreso de seguro complementario (SSI) al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha en que se le dé el alta en la institución.

Paso 3. Comuníquese con nosotros.

Es posible que deba completar una entrevista con un trabajador. Si es así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede completar por teléfono.





Solicitud para beneficios

(Complete esta solicitud y devuélvala a su oficina local de la DFCS del condado).

Presento la solicitud para: (Marque todas las opciones que correspondan.)

Cupones para alimentos (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria [SNAP])

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), antes conocido como cupones para alimentos, es un programa financiado por el gobierno federal que otorga beneficios mensuales a los hogares de bajos ingresos para ayudar a pagar el costo de los alimentos.

El programa también ofrece educación nutricional a las familias para satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales, así como oportunidades de empleo y capacitación para ayudar a las familias a obtener un empleo que conduzca a una menor dependencia del SNAP.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) otorga pagos mensuales temporales en dinero en efectivo, pagos únicos en efectivo u otros servicios de apoyo para fortalecer a las familias elegibles con hijos. Si usted es el progenitor del niño, o el cuidador que desea ser incluido en la subvención, le pediremos que participe en un programa de trabajo.

Abuelos Criando Nietos (GRG)

Abuelos Criando Nietos (GRG) brindarán pagos adicionales en dinero en efectivo para que los niños puedan ser atendidos en los hogares de sus abuelos. **Los solicitantes deben presentar la solicitud para la TANF para ser elegibles para GRG.**

Asistencia en Dinero en Efectivo para Refugiados

El programa de Asistencia en Efectivo para Refugiados brinda asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa de la TANF. El término «refugiado» incluye a los refugiados, los ingresantes cubanos/haitianos, las víctimas de la trata de personas, los amerasiáticos y los menores refugiados que no están acompañados.

Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a los ancianos, los adultos ciegos o discapacitados, las mujeres embarazadas, los niños y las familias. Cuando presente la solicitud, revisaremos todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles puede ser elegible.

Completar la tabla a continuación sobre el solicitante.

Nombre	Inicial media	Apellido	Sufijo
Domicilio de la calle donde vive		Apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Domicilio postal (si es diferente)			
Número de teléfono principal	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	
Comunicación por correo electrónico Sí ___ o No ___ (opcional)		Mensajes de texto: Sí ___ o No ___ (opcional)	
¿Cuál es su idioma preferido?		Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí ___ o No ___	



Solicitud para beneficios

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia de comunicación (si procede):

¿Tiene una discapacidad que requiere una modificación razonable o asistencia de comunicación? Sí ___ No ___ (En caso afirmativo, describir la modificación razonable o asistencia de comunicación que se solicita):

Intérprete de lengua de señas ___; Teletipo (TTY) ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión de video ___; Intérprete de voz con señales ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio de llamadas telefónicas de fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si procede) ___; Entrevista personal (visita a domicilio) ___; Otros: _____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia de comunicación por una sola vez ___ o de manera continua ___? Si es posible, explicar brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos que viven legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proveo en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información será utilizada para rastrear la información salarial y mi participación en las actividades laborales.

Informaré de cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del Programa de Cupones para Alimentos, Medicaid o TANF. También informaré si un miembro de mi familia recibe ganancias de lotería o apuestas en una cantidad bruta de \$ 3500 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Notificaré estas ganancias en un plazo de 10 días desde el final del mes en que mi familia recibió las ganancias. Comprendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o invalidación de los programas de DHS-DFCS por proveer información incorrecta a sabiendas. Comprendo que puedo ser procesado si proveo información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no puedo verificarlos, DHS-DFCS no presupuestará ese gasto en el cálculo de la cantidad de mis beneficios de cupones para alimentos.

Firma

Firma del testigo si está firmado por «X»

Fecha

Fecha

Representante autorizado:

Completar esta sección solo si se desea que alguien complete la solicitud, realice la entrevista, o use su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Si presenta la solicitud para Medicaid, puede elegir a más de una persona para que solicite asistencia médica en su nombre.

Nombre 1: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ___ o No ___

Nombre 2: _____ Teléfono: _____
Domicilio: _____ Apartamento: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ___ o No ___



Solicitud para beneficios

Para Medicaid, ¿desea que esta persona tenga una copia de su tarjeta de Medicaid? Sí No

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia de comunicación para representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requiere una modificación razonable o asistencia de comunicación? Sí ___ No ___ (En caso afirmativo, describir la modificación razonable o asistencia de comunicación que se solicita):

Intérprete de lengua de señas ___; Teletipo (TTY) ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; retransmisión de video ___; Intérprete de voz con señales ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio de llamadas telefónicas de fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si procede) ___; Entrevista personal (visita a domicilio) ___; Otros: _____

¿Necesita el representante autorizado esta modificación razonable o asistencia de comunicación una sola vez ___ o de manera continua ___? Si es posible, explicar brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. _____

Solo para uso de la oficina Fecha de recepción: _____

¿Reúno los requisitos para obtener cupones para alimentos con mayor rapidez?

Responder estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros de la familia para ver si se puede obtener cupones para alimentos en un plazo de 7 días.

1. ¿Es usted o algún miembro de la familia un trabajador agrícola migratorio o estacional? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

2. Total de **ingresos brutos salariales** que se recibirán este mes: \$ _____

Nombre del empleador _____

Fecha de inicio del empleo _____ Fecha de finalización del empleo _____

Tasa de pago _____ Horas trabajadas semanalmente _____ semanal/quincenal/a mitad de mes/mensual (marcar con un círculo)

3. Total de **ingresos brutos no remunerados** que se recibirán este mes: \$ _____

Tipo de ingreso no remunerado _____ Monto _____ semanal/quincenal/a mitad de mes/mensual (marcar con un círculo)

Tipo de ingreso no percibido _____ Monto _____ semanal/quincenal/a mitad de mes/mensual (marcar con un círculo)

4. Total de ingresos percibidos y no remunerados de este mes: \$ _____

5. ¿Cuánto dinero en efectivo o en el banco tienen usted y todos los miembros de la familia? \$ _____



Solicitud para beneficios

6. ¿Cuál es el monto mensual de su renta, hipoteca, impuestos inmuebles o seguro del hogar? \$ _____

7. ¿Cuál es el monto total de sus servicios públicos de electricidad, agua, gas u otros servicios este mes?
\$ _____ (No se incluyen en el total los montos de las tarifas vencidas y atrasadas).

- a. ¿Cuál es la fuente principal de calefacción o refrigeración de su hogar? Marcar todas las opciones que correspondan.
Electricidad ____ Gas ____ Ventana o aire acondicionado central ____ Aceite de querosén ____ Madera _____
- b. ¿Ha recibido asistencia para la energía en los últimos 12 meses? Sí No En caso afirmativo, monto recibido \$ _____

Infórmenos sobre el solicitante y todos los miembros de la familia

Completar la tabla a continuación sobre el solicitante y todos los miembros de la familia. Las siguientes leyes y reglamentos federales: Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 7 § 2011-2036, 7. Código de Regulaciones Federales (C.F.R.) § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 El C.F.R. § 435.920 autoriza a DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de la familia los números de Seguro Social. Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser tratada como no solicitante. Los **no solicitantes** no tienen que darnos información sobre el número de Seguro Social, ciudadanía o condición de inmigración y no son elegibles para recibir beneficios. Otros miembros de la familia pueden seguir recibiendo beneficios, si son elegibles. Si desea que nosotros decidamos si algún miembro de la familia es elegible para recibir beneficios, todavía tendrá que informarnos sobre su ciudadanía o condición de inmigración y darnos su número de Seguro Social (SSN). Todavía tendrá que informarnos sobre **sus** ingresos y recursos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la familia. No informaremos a ningún miembro de la familia no solicitante al sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Derechos (SAVE) de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) si no nos dan su ciudadanía o condición de inmigración. Sin embargo, si se ha enviado información sobre la condición de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la familia. Confrontaremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede dar a los funcionarios de las fuerzas del orden para que la utilicen a fin de capturar a las personas que están huyendo de la ley. Si su familia tiene un reclamo por cupones para alimentos, la información de esta solicitud, incluido el número de Seguro Social (SSN), se puede dar a las agencias federales y estatales, y a las agencias privadas de cobro de reclamos para que la usen en el cobro de reclamos. No negaremos beneficios a los miembros solicitantes de la familia porque otros miembros de la familia no proveen el SSN, la ciudadanía o la condición de inmigración.



División de Servicios
para Familias y Niños

Solicitud para beneficios

NOMBRE			Relación	¿Esta persona presenta la solicitud para recibir beneficios? (S/N)	Fecha de nacimiento Formato (--/--/--)	Número de Seguro Social (solo solicitantes)	Sexo (M/F)	¿Hispanico o latino? (Opcional) (S/N)	Código de raza (Opcional) (Ver los códigos a continuación)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos, extranjero/inmigrante calificado? (solo solicitantes) (S/N)
Primero	Inicial media	Apellido								
			YO MISMO							

Códigos de razas (marcar todas las opciones que correspondan):
AI: indio estadounidense o nativo de Alaska **AS:** asiático **BL:** de color o afroestadounidense
HP: nativo hawaiano u originario de las islas del Pacífico **WH:** blanco
 Al brindar información sobre la raza/etnia, usted nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su familia no está obligada a darnos esta información, y no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios.



Solicitud para beneficios

Infórmenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la familia

Necesitamos más información sobre el solicitante y todos los miembros de la familia para decidir quién es elegible para los beneficios. Responder solo a las preguntas sobre los beneficios que se desea recibir en la siguiente página.

1. ¿Alguna persona ha recibido algún beneficio en otro condado o estado? Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

2. ¿Alguna persona ha sido condenada por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes Sí No

es para a recibir varios beneficios de los FS en más de un área después del 8/22/96? (Solo para cupones para alimentos)

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

3. ¿Alguna persona de su familia renunció voluntariamente a un trabajo o redujo voluntariamente Sí No sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales en los últimos 30 días a partir de la fecha de la solicitud? (Solo para cupones para alimentos y TANF)

En caso afirmativo, ¿quién renunció? _____

¿Por qué renunció? _____

4. ¿Alguna persona está embarazada? * Proporcione pruebas del embarazo si dispone de alguna. Sí No

¿Quién?: _____

Fecha de vencimiento: _____

(Esta pregunta no se aplica a las personas que solamente solicitan cupones para alimentos)

5. En cuanto a Medicaid, ¿alguna persona tiene una factura médica impaga en Sí No los últimos 3 meses?

(Esta pregunta no se aplica a las personas que solamente solicitan cupones para alimentos o TANF)

6. ¿Alguna persona está invalidada del programa de cupones para alimentos o TANF? Sí No

En caso afirmativo:

a. ¿Quién?: _____

b. ¿Dónde?: _____

7. ¿Alguna persona está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? Sí No (Solo para cupones para alimentos y TANF)

En caso afirmativo, ¿quién? _____

8. ¿Alguna persona está violando las condiciones de condena condicional o libertad condicional? Sí No (Solo para cupones para alimentos y TANF)

En caso afirmativo, ¿quién? _____



Solicitud para beneficios

9. ¿Alguna persona ha sido condenada por un delito grave debido a un comportamiento relacionado con la posesión, el uso o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un delito por drogas) después del 8/22/96 (sólo para cupones para alimentos y TANF) o un delito violento (sólo para TANF)? Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

a) ¿Cumple con los términos de una condena condicional por un delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones para alimentos y TANF) Sí No

b) ¿Cumple con los términos de libertad condicional por una condena recibida como resultado de un delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones para alimentos y TANF) Sí No

c) ¿Ha completado con éxito **todos los términos de e una condena condicional o libertad condicional** por drogas? (Solo para cupones para alimentos y TANF) Sí No

10. ¿Han sido usted o a algún miembro de la familia condenados por intercambiar beneficios de Cupones para Alimentos por drogas después del 8/22/96? (Solo para cupones para alimentos) Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

11. ¿Usted o algún miembro de la familia han sido condenados por comprar o vender beneficios de Cupones para Alimentos por más de \$ 500 después del 8/22/96? (Solo para cupones para alimentos) Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

12. ¿Han sido usted o a algún miembro de la familia condenados por intercambiar beneficios de Cupones para Alimentos por armas de fuego, municiones o explosivos después del 8/22/96? (Solo para cupones para alimentos) Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

13. ¿Han recibido usted o algún miembro de la familia ganancias de lotería o apuestas? (Solo para cupones para alimentos) Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

Monto recibido: _____

14. ¿Alguna persona ha usado fondos de la TANF o la tarjeta EPPIC en licorerías, casinos, salas de póquer, establecimientos de entretenimiento para adultos, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes? (Solo para TANF) Sí No

En caso afirmativo:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____



Solicitud para beneficios

Infórmenos sobre los ingresos del solicitante y de todos los miembros de la familia

¿Usted o cualquier persona para la que presenta la solicitud recibe algún tipo de ingresos como salarios, propinas, bonos, autoempleo, Seguro Social/jubilación ferroviaria, otra discapacidad, ingresos de la Administración de Veteranos (VA), pensiones, por desempleo, cuota alimentaria, pensión alimentaria, dinero de otras personas, compensación del trabajador o cualquier otro ingreso? En caso afirmativo, completar la tabla a continuación.

Nombre del miembro de la familia con sus ingresos	Tipo de ingreso	Nombre del empleador Fuente de ingreso	Monto mensual (antes de las deducciones)	Frecuencia con que se reciben (mensuales, quincenales,	Pago por hora	Horas por semana	FECHAS DE PAGO

Infórmenos sobre los gastos del solicitante y de todos los miembros de la familia

¿Usted paga por el cuidado de un menor dependiente o de un miembro adulto discapacitado de la familia? Sí No
En caso afirmativo, completar la tabla que figura a continuación. (Para los cupones para alimentos, proporcione pruebas si el monto es superior a \$ 200 mensuales)

Persona que requiere cuidado	Persona que paga por el cuidado	Motivo del cuidado	Nombre/número del proveedor	Monto pagado al proveedor	Frecuencia de pago

¿Usted paga los gastos de transporte de un menor dependiente o un miembro adulto discapacitado de la familia? Sí No
¿Estos gastos están incluidos en los gastos de cuidado de dependientes? Sí No
En caso negativo, contestar esta pregunta: **Total de millas recorridas semanalmente:** _____

¿Alguien de 60 años o mayor, o discapacitado tiene gastos médicos? Sí No En caso afirmativo, completar la tabla que figura a continuación.

Miembro de la familia que tiene gastos	Tipo de gasto (visitas al médico, visitas al hospital, recetas, primas de Medicare o del seguro de salud, gafas)	Monto que se debe	¿Todavía se debe? Sí/No	Fecha de pago	¿Pagará el seguro? Sí/No

¿Alguien de 60 años o mayor, o discapacitado tiene gastos médicos para el transporte? Sí No
En caso afirmativo, completar la tabla que figura a continuación.

Motivo del viaje (visita al médico o al hospital, recolección en	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:



Solicitud para beneficios

Infórmenos más sobre los gastos del solicitante y todos los miembros de la familia

¿Alguna persona de la familia paga la cuota alimentaria a alguien que vive fuera del hogar? Sí No En caso afirmativo, completar la tabla a continuación:

Miembro de la familia obligado a pagar	Nombre del niño para el que se paga la cuota alimentaria	Monto obligatorio a pagar	Monto real pagado	¿A quién se le paga la cuota alimentaria?

¿Tiene usted o algún miembro de la familia gastos de vivienda y servicios públicos? Sí No

En caso afirmativo, completar la tabla a continuación.

Gastos	Monto	Frecuencia	Persona que paga
Renta/hipoteca			
Impuestos inmuebles			
Seguro de bienes			
Electricidad			
Gas			
Residuos			
Teléfono			
Otros			

¿Comparte los gastos mensuales del hogar con alguien de la familia? Sí No

En caso afirmativo, ¿quién? _____

Comentarios/documentación _____

Pagado a quién _____ Monto pagado \$ _____ por _____

Nombre del arrendador _____

Domicilio del arrendador: _____

¿Alguien más paga alguna de estas facturas domésticas por usted? Sí No En caso afirmativo, completar la tabla a continuación.

¿Quién paga la factura?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién paga esta persona las cuentas?



Solicitud para beneficios

Penas del Programa de Cupones para Alimentos (SNAP)

Puede perder sus beneficios o ser objeto de un proceso penal por brindar información falsa a sabiendas.

- No brinde información falsa u oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No utilice cupones para alimentos o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona use las suyas.
- No utilice los beneficios de cupones para alimentos para comprar artículos no alimentarios como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones para alimentos o tarjetas EBT por artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Todo miembro de la familia que rompa **cualquiera** de las reglas de los cupones para alimentos a propósito puede ser excluido del Programa de Cupones para Alimentos desde un año hasta de manera permanente, multado por hasta \$ 250 000, encarcelado por 20 años o ambas cosas. También puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. Además, puede ser excluido del Programa de Cupones para Alimentos durante 18 meses adicionales si el tribunal lo ordena.

Todo miembro de la familia que incumpla intencionalmente las reglas puede no recibir cupones para alimentos durante un año por el primer delito, dos años por el segundo delito y de manera permanente por el tercer delito.

Si un tribunal declara a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de usar o recibir beneficios de cupones para alimentos en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles para recibir beneficios durante dos años por el primer delito y de manera permanente por el segundo delito.

Si un tribunal encuentra a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos en el primer delito de esta violación.

Si un tribunal encuentra a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$ 500 o más, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos tras el primer delito de esta violación.

Si se descubre que usted o un miembro de la familia han hecho una declaración o manifestación fraudulenta respecto de la identidad (quiénes son) o el lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios por cupones para alimentos, usted o ese miembro de su familia no serán elegibles para participar en el Programa de Cupones para Alimentos por un período de 10 años.

Penas del Programa TANF

En el Programa TANF, una violación intencional del programa (IPV) es una acción intencional de una persona para establecer o mantener la elegibilidad de una unidad de asistencia (AU), o para aumentar o prevenir una disminución de los beneficios de la AU, brindando información falsa o engañosa u ocultando información.

- Todo miembro de la familia que oculte información y no informe los cambios a tiempo, o no diga la verdad, perderá los beneficios de la TANF durante seis meses por la primera violación, doce meses por la segunda violación y de manera permanente por la tercera violación. El uso indebido de los fondos de asistencia en dinero en efectivo o de la tarjeta de débito de la TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, establecimientos de entretenimiento para adultos, clubes nudistas, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes está estrictamente prohibido y causará la pérdida de los beneficios de la TANF durante seis meses por la primera violación, doce meses por la segunda violación y de manera permanente por la tercera violación.
- Si un tribunal de justicia descubre que usted o cualquier miembro de la familia oculta información, no informa los cambios a tiempo o no dice la verdad, y es condenado, no podrá recibir la TANF durante 6 meses por la primera violación, 12 meses por la segunda violación y de manera permanente por la tercera violación.



Solicitud para beneficios

- Si un tribunal de justicia lo declara a usted o a cualquier miembro de la familia culpable de dar información falsa sobre su lugar de residencia para poder recibir beneficios en más de un estado, será excluido durante 10 años.
- Si un tribunal lo condenó por una acusación relacionada con drogas, sustancias controladas o un delito grave violento, a partir del 1/1/97, usted o ese miembro de la familia será no elegible o quedará invalidado de manera permanente.

Para todos los solicitantes de cupones para alimentos, TANF y Medicaid:

Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos que viven legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proveo en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información será utilizada para rastrear la información salarial y mi participación en las actividades laborales.

Informaré de cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del Programa de Cupones para Alimentos, Medicaid o TANF. También informaré si un miembro de mi familia recibe ganancias de lotería o apuestas en una cantidad bruta de \$ 3500 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Notificaré estas ganancias en un plazo de 10 días desde el final del mes en que mi familia recibió las ganancias. Comprendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o invalidación de los programas de DHS-DFCS por proveer información incorrecta a sabiendas. Comprendo que puedo ser procesado si proveo información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no puedo verificarlos, DHS-DFCS no presupuestará ese gasto en el cálculo de la cantidad de mis beneficios de cupones para alimentos.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí hoy?

_____ Sí

_____ No

_____ No quiero contestar la pregunta sobre el registro para votar.

La solicitud o negación de inscripción para votar no afectará al monto de asistencia que puede recibir de esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de inscripción de votantes, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Usted puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una reclamación ante el secretario de estado en: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONCLUIREMOS QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.



Solicitud para beneficios

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con los formularios de solicitudes, renovaciones y cambios de domicilio de DFCS. También puede pedir una solicitud de registro de votantes al asistente social. Si completa una solicitud de registro de votantes, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones provistas en la solicitud de registro de votantes.

(Guardar estos documentos para su información)

¿Qué significan las palabras utilizadas en esta solicitud?

Esta tabla explica las palabras que hemos utilizado en esta solicitud.

Solicitante	Una persona que opta por solicitar o recibir asistencia o beneficios públicos
No solicitante	Una persona que NO solicita o recibe asistencia/beneficios públicos; los no solicitantes no están obligados a brindar un SSN, la ciudadanía o condición de inmigración
Unidad de Asistencia (AU)	Una unidad de asistencia incluye a las personas <i>elegibles</i> y que viven juntas y reciben asistencia/beneficios públicos
Cuidador	Un progenitor, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con hijos a su cargo
Beneficiario familiar	Un progenitor, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF a su nombre por parte de los hijos
Invalidez	Las medidas adoptadas para retirar a una persona de un caso de cupones para alimentos o TANF porque no dijeron la verdad y recibieron beneficios que no deberían haber recibido
TRANSFERENCIA ELECTRÓNICA DE BENEFICIOS (EBT)	El sistema utilizado en Georgia para pagar beneficios a las personas elegibles para recibir cupones para alimentos (SNAP). Las personas que reciben asistencia obtienen una tarjeta de débito EBT, que se utiliza para acceder a las cuentas de cupones para alimentos.
Tarjeta de débito EPPICard-MasterCard	Nueva tarjeta de débito emitida por Xerox para personas que reciben asistencia en forma de dinero en efectivo en Georgia. Se aceptará la tarjeta de débito EPPICard-MasterCard para compras y retiros en dinero en efectivo en cualquier lugar donde se acepte la tarjeta MasterCard.
Miembros de la familia	Personas que viven en su hogar. En el caso de los cupones para alimentos (SNAP), las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.
Ingreso	Pagos tales como salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones, compensación del trabajador, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, cuota alimentaria o cualquier otra forma de dinero recibido
Ingresos brutos	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones
Trabajadores agrícolas migratorios	Personas que son trabajadores agrícolas estacionales y que se trasladan de una base a otra para trabajar o en busca de trabajo agrícola
Recursos	Dinero en efectivo, propiedades o bienes como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida
Trabajadores agrícolas estacionales	Personas que trabajan en ciertas épocas del año sembrando, recolectando o empacando productos. Se contratan con carácter temporal cuando un empleo requiere más trabajadores de los que emplea habitualmente la granja.
Ley de Exención Fiscal para la Clase Media de 2012	Esta ley prohíbe el uso de fondos de asistencia en dinero en efectivo o tarjetas de débito TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, establecimientos de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas y municiones, cruceros barcos, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes. El uso de fondos de asistencia en dinero en efectivo o de la tarjeta de débito TANF en estos establecimientos constituirá una violación intencional del programa (fraude) por parte del receptor.



Solicitud para beneficios

<p>Tráfico en el Programa de Cupones para Alimentos/SNAP</p>	<p>El <i>tráfico</i> de los beneficios SNAP significa: (1) Comprar, vender, robar o intercambiar de otro modo beneficios SNAP emitidos o mediante comprobante manual y firma, por DINERO EN EFECTIVO o contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o connivencia con otros, o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar un producto con beneficios SNAP que tenga un contenedor que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el contenedor por la cantidad depositada, desechando intencionalmente el producto, y devolviendo intencionalmente el contenedor por el monto del depósito; (4) comprar un producto con beneficios SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles mediante la reventa del producto, y posteriormente revendiendo intencionalmente el producto adquirido con beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegibles; (5) comprar intencionalmente productos adquiridos originalmente con beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegible; (6) la tentativa de comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y obtenidos a través de tarjetas EBT, números de tarjeta y números PIN, o por medio de comprobantes manuales y firmas, por dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o connivencia con otros, o actuando solo.</p>
<p>Extranjero/inmigrante que reúne los requisitos</p>	<p>Un <i>extranjero/inmigrante que reúne los requisitos</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y pertenece a una de las siguientes categorías: una persona legalmente admitida para la residencia permanente (LPR) en virtud de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA); un inmigrante amerasiático en virtud del artículo 584 de la Ley de Operaciones Extranjeras, Financiación de Exportaciones y Asignaciones de Programas Relacionados de 1988; una persona a la que se le concede asilo en virtud del artículo 208 de la INA; refugiados admitidos en virtud del artículo 207 de INA; una persona en libertad condicional en los Estados Unidos en virtud del artículo 212 (d)(5) de INA por al menos un año; una persona cuya deportación se haya suspendido en virtud del artículo 243(h) de INA, vigente antes del 1.º de abril de 1997, o del artículo 241(b) (3) de INA, en su forma enmendada; una persona a la que se haya concedido la entrada condicional en virtud del artículo 203 (a)(7) de INA, en vigor antes del 1.º de abril de 1980; los inmigrantes cubanos o haitianos según se definen en el artículo 501(e) de la Ley de Asistencia para la Educación de Refugiados de 1980; las víctimas de la trata de personas en virtud del artículo 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas de la Trata de 2000; los inmigrantes maltratados que cumplen las condiciones establecidas en el artículo 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades de Trabajo de 1996, en su forma enmendada; inmigrantes afganos o iraquíes a los que se ha concedido la condición de inmigrantes especiales en virtud del artículo 101(a)(27) de la INA (sujetos a condiciones específicas); indios estadounidenses nacidos en el Canadá que viven en los Estados Unidos en virtud del artículo 289 de la INA o los no ciudadanos de una tribu india reconocida por el gobierno federal en virtud de la sección 4(e) de la Ley de Autodeterminación de los Indios y Asistencia para la Educación y los miembros de las tribus Hmong de Laos o Highland que prestaron asistencia al personal de los Estados Unidos al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975).</p>

Aviso de derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/sección 504

Ayuda para personas con discapacidad

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia («los Departamentos») están obligados por ley federal* a brindar a las personas con discapacidad igualdad de oportunidades para participar en los programas, los servicios o las actividades de los Departamentos o reunir los requisitos para ellos. Esto incluye programas como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y Asistencia Médica.

Los Departamentos ofrecen modificaciones razonables cuando sean necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar las políticas, las prácticas o los procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente efectiva, ofrecemos asistencia de comunicación a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que dé lugar a una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o a una carga financiera y administrativa indebida.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación

Póngase en contacto con el asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación efectiva, como un intérprete de lengua de señas. Puede ponerse en contacto con el asistente social o llamar a DFCS al 404-657-3433 o a DHC al 678-248-7449 para hacer su solicitud. También puede realizar la solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de ADA de DFCS, que se encuentra disponible en la oficina de DFCS local o en línea en <https://dhs.georgia.gov/forms-notice>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de ADA de DFCS en la oficina de DCH del equipo de Katie Becket o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no tiene que utilizar el formulario.

Cómo presentar una reclamación

Tiene derecho a presentar una reclamación si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una reclamación por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que haya sido denegado o que no haya actuado en un plazo razonable. Puede presentar una reclamación oralmente o por escrito poniéndose en contacto con el trabajador social, la oficina local de DFCS, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Para DCH, póngase en contacto con el coordinador del EQUIPO DE KB de ADA/Sección 504 en 5815 Live Oak Pkwy Suite 2-F, Norcross, GA, 30093, 678-248-7449.

Puede pedirle al trabajador social una copia del formulario de reclamación de derechos civiles de DFCS. El formulario de reclamación también está disponible en <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0>. Si necesita ayuda para presentar una reclamación por discriminación, puede ponerse en contacto con el personal de DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con dificultades auditivas, o que pueden tener discapacidades del habla, pueden llamar al 711 para que un operador se conecte con nosotros.

También puede presentar una reclamación por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) se encuentra dentro de la «Declaración conjunta de no discriminación de USDA-HHS» incluida en el interior.

** La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 aseguran que las personas con discapacidad estén libres de discriminación ilegal.*

En virtud del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otras reclamaciones de discriminación poniéndose en contacto con su oficina local de DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Para reclamaciones que aleguen discriminación basada en el conocimiento limitado de inglés, póngase en contacto con el Programa de Conocimientos Limitados de Inglés y Deterioro Sensorial de DHS en: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al 404-657-5244 (voz), 404-463-7591 (teletipo [TTY]), 404-651-6815 (fax).

Según la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH), los programas de asistencia médica no pueden

negarle la elegibilidad o los beneficios por su raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Para denunciar la elegibilidad de Medicaid o la discriminación de un proveedor, llame a la Oficina de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (**local 404-463-7590**) o (**gratuito**) **800-533-0686**. También puede denunciar sospechas de fraude por parte de Medicaid llamando (gratuito) al 1-800-533-0686.

Declaración de no discriminación

Se prohíbe a esta institución discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación basada en la raza, el color, el origen nacional, el sexo, el credo religioso, la discapacidad, la edad, las creencias políticas o las represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por USDA.

Las personas con discapacidad que necesiten medios alternativos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense, etc.) deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con USDA a través del servicio federal de retransmisión al (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en idiomas distintos del inglés.

Para presentar una reclamación por discriminación del programa, complete el Formulario de denuncia por discriminación en programas de USDA, (AD-3027), que se encuentra en línea en: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y brinde en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de la reclamación, llame al (866) 632-9992. Envíe el formulario completo o la carta a USDA por:

- (1) correspondencia: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) Fax: (202) 690-7442; o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea de atención telefónica de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual tiene disponibilidad en español, o llamar a los números de información/línea de atención telefónica del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de líneas de atención telefónica del estado), que se encuentran en Internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una reclamación por discriminación en relación con un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba al siguiente domicilio: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llame al (800) 368-1019 (voz) o al (800) 537-7697 (teletipo, TTY).

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.