Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de renovación de CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP)/MEDICAID/TANF

Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).

-

Solo para uso de la oficina: Fecha de recepción_____**Nro. de Identificación del** cliente_____Fecha de inicio_____ Programas iniciados: ▪ TANF ▪ Cupones de Alimentos (SNAP) ▪ Medicaid

Si está volviendo a realizar una solicitud para los Cupones de Alimentos (SNAP), o renovando sus beneficios de TANF o Medicaid, puede presentar este formulario de solicitud/renovación solamente con su nombre, dirección y firma. **Sin embargo, si completa el formulario en su totalidad y proporciona verificación de la información si se le solicita nos ayudará a procesar su solicitud, recertificación/renovación más rápido.** Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud/renovación conjunta para el programa de Cupones de Alimentos (SNAP)/Medicaid o TANF, o solo para el programa de Cupones de Alimentos (SNAP). Su renovación de Cupones de Alimentos (SNAP) no se cancelará únicamente sobre la base de que su renovación/solicitud para otro programa haya sido denegada/cancelada. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su renovación de Cupones de Alimentos (SNAP).

ESCRIBA el nombre y la dirección de la persona que está volviendo a solicitar beneficios en el espacio a continuación:

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social: (Opcional para las personas no solicitantes*)
¿Es usted una persona sin hogar? Sí ____ No ____		*Consulte la sección de ciudadanía, estado de inmigración y números de seguro social a continuación.
Dirección:		
Dirección postal:		
Número de teléfono principal:	Otro teléfono de contacto:	
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí___ o No___ (opcional) Mensajes de texto: Sí___ o No___ (opcional)	Dirección de correo electrónico: (opcional)	
¿Cuál es su idioma de preferencia?	Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete?	Sí_____o No _____

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

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí__ No__
(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de lenguaje de señas____; TTY ____; letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___;

Retransmisión en video ___; Intérprete de palabra complementada___ ; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra:_____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez_____o permanentemente_____? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanas estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de $4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Firma: Fecha

Firma del testigo si se firmó con ‘X’ Fecha

Elegibilidad Rápida:

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica. Si su hijo es elegible para recibir el SNAP o la TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia, los ingresos del SNAP o la TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado de inmigración con las reglas de Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al niño o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

¿Acepta que la DFCS utilice su información de SNAP o TANF para realizar una determinación de ELE para inscribir a su hijo o renovar su inscripción en Medicaid o PeachCare for Kids®?

☐Sí ☐No

Representante autorizado:

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud/renovación, realice la entrevista para Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF, o utilice su tarjeta EBT de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque cada tipo de programa para el que quiera designar a un representante autorizado. Marque las tareas que desea que la persona u organización realice. Si está realizando una solicitud para Medicaid, puede elegir a más de una persona para solicitar asistencia médica en su nombre.

Tipos de programas del representante autorizado 1: Cupones de Alimentos (SNAP) ❑ TANF ❑ Asistencia Médica ❑

Tareas del representante autorizado 1: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ❑ Completar y enviar el formulario de renovación ❑ Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones❑ Actuar en nombre del solicitante en todos los otros asuntos ❑ Recibir una tarjeta de beneficios TANF (EPPIC) ❑

Nombre de la persona 1: _____
Nombre de la organización 1 (si corresponde): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Apto.: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ No ___ (opcional)
Dirección de correo electrónico (opcional) _____
Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí___ o No ____

Tipos de programas del representante autorizado 2: Cupones de Alimentos (SNAP) ❑ TANF ❑ Asistencia Médica ❑

Tareas del representante autorizado 2: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ❑ Completar y enviar el formulario de renovación ❑ Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones❑ Actuar en nombre del solicitante en todos los otros asuntos ❑ Recibir una tarjeta de beneficios TANF (EPPIC) ❑

Nombre de la persona 2: _____
Nombre de la organización 2 (si corresponde): _____ Teléfono: _____
Dirección: _____ Apto.: _____
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ No ___ (opcional)
Dirección de correo electrónico (opcional) _____
Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí___ o No ____

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

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí__ No__
(En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia de comunicación que solicita):

Intérprete de lenguaje de señas____; TTY____; letra grande____; comunicación electrónica (correo electrónico) ____; braille__; Retransmisión en video____; Intérprete de palabra complementada;_____Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra:_____

Otro:_____

¿El representante autorizado necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez _____permanentemente____? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia._____

Solo para Medicaid:

¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, responda las preguntas a, b, y c. Si la respuesta es no, responda la pregunta c.

a. ¿Presentará de manera conjunta con su cónyuge? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, nombre del cónyuge: _____
b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes:_____
c. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona? ❑ Sí ❑ No
En caso afirmativo, indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios:_____
¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y la persona que declara impuestos?
_____

SERVICIOS DE ALCANCE COMUNITARIO:
Para obtener más información sobre otros servicios del DHS, visite nuestro sitio web en http://dfcs.georgia.gov o llame al (877) 423-4746.http://www.dfcs.georgia.gov/
Responda todas las preguntas y proporcione prueba de todos los ingresos y gastos según lo solicitado.

CIUDADANÍA, ESTADO DE INMIGRACIÓN Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:

Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales: la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, el Título 7 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), sección 2011-2036, el Título 7 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés), sección 273.2, el Título 45 del C.F.R., sección 205.52, el Título 42 del C.F.R, sección 435.910, y el Título 42 del C.F.R., sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar los números de seguridad social.
Cualquier persona que viva en su hogar y no esté solicitando beneficios se puede tratar como no solicitante. Los no solicitantes no tienen que proporcionarnos información acerca de su número de seguro social, ciudadanía o estado de inmigración, y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir beneficios, si son elegibles. Si desea que decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir los beneficios, aún deberá informarnos sobre la ciudadanía o el estado de inmigración y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos sobre sus ingresos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No se reportará a las personas al sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporcionan la información sobre la ciudadanía o el estado de inmigración. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado 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 unidad familiar. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede dar a los oficiales de cuerpos policiales para que la utilicen para atrapar a las personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo de Cupones de Alimentos (SNAP), es posible que la información en esta solicitud, incluidos los SSN, se proporcione a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que la utilicen al cobrar el reclamo. No denegaremos beneficios a otros miembros del hogar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía, o estado de inmigración. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado de inmigración.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	¿De etnia hispana o latina? (Opcional)	Raza (Opcional)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento Formato (mm/dd/aa)	¿Vínculo con usted?	Número de Seguro Social (Opcional para las personas no solicitantes)	¿Es ciudadano estadounidense, nacional estadounidense, inmigrante calificado o cuenta con un estado de inmigración adecuado? (Solo solicitantes) (Sí/No)	¿La madre de este niño vive en la casa? (Sí/No)	¿El padre de este niño vive en la casa? (Sí/No)	¿Desea recibir Medicaid? (Sí/No)
			Sí/No				USTED		Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No

Códigos de raza (Marque todos los que correspondan):
AI – Indio americano o nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico **WH** – Blanco

Al proporcionar la información sobre la raza/origen étnico, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligada a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios. Sin embargo, si no proporciona esta información, se realizará una identificación visual de la raza y el origen étnico durante la primera entrevista presencial.

Si usted u otros solicitantes de la unidad familiar son personas ciudadanas naturalizadas o extranjeras/inmigrantes calificadas, complete el siguiente cuadro:
(Adjunte tantas hojas como sea necesario)

NOMBRE Nombre nombre / Inicial del segundo Apellido	Tipo de documento de inmigración	Número de identificación de extranjero/certificado/documento	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996? (Sí/No)	Fecha de naturalización/de ingreso o admisión a EE. UU. (Si corresponde) Formato (mm/dd/aa)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? (Sí/No)

Solo para Medicaid:

¿Alguien en su unidad familiar estuvo en un hogar de acogida a los 18 años? ☐ Sí ☐ No
Si tiene dependientes tributarios que no viven en el hogar con usted, indíquelos a continuación.

Nombre: _____ Número de Seguro Social _____ Sexo: M F (marque con un círculo)
Fecha de nacimiento: _____ Ciudadanía: _____
Vínculo con usted: _____ (agregue hojas adicionales si es necesario)

Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para decidir quién es elegible para recibir los beneficios. Solo responda preguntas acerca de los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguien ha recibido algún beneficio en otro condado o estado? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)
   ❑ Sí ❑ No

   Si **la respuesta es sí:**
   Quién: _____
   Dónde: _____
   Cuándo: _____

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en más de un área después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí:**
   Quién: _____
   Dónde: _____
   Cuándo: _____

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a su trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 por semana en un plazo de 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, especifique quién _____
   ¿Por qué renunció?_____

4. ¿Hay alguna persona embarazada? (Esta pregunta no corresponde a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP))
   ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha de parto estimada? _____; ¿y cuántos bebés se esperan? ___
   Si la respuesta es no, ¿alguien en la unidad familiar dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?
   ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, ¿cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? _____; ¿y cuántos bebés nacieron/se esperaban? _____
   Nombre de la mujer embarazada: _____ Nombre del padre del bebé no nacido: _____
   Dirección del padre: _____

5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguien tiene facturas médicas sin pagar en los últimos 3 meses? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

6. ¿Se inhabilitó a alguien del Programa de Cupones de Alimentos o del Programa TANF? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí:**
   Quién: _____
   Dónde: _____

7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, quién: _____

8. ¿Alguien está incumpliendo las condiciones de la libertad condicional o libertad bajo palabra? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

9. ¿Alguien tiene una condena por comportamiento relacionado con la posesión, el consumo o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un crimen de droga) después del 8/22/1996 (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) o un delito violento (Solo para TANF)? ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**:
   Quién: _____ Cuándo: _____

   a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

   b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No❑ Sí ❑ No

   c. ¿Ha completado con éxito todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

10. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por drogas después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí:**
    Quién: _____Cuándo: _____

11. ¿Usted o algún o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por más de $500 después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí:**
    Quién: _____
    Cuándo: _____

12. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por armas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí:**
    Quién: _____
    Cuándo: _____

13. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha tenido una condena por delito grave como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o un delito según la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a tal ofensa después del 2/7/2014? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí❑ No

    Si la respuesta es sí:
    Quién: _____
    Cuándo: _____

    a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

    b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí❑ No

    c. ¿Ha completado con éxito todos los **términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con

alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) ❑ Sí ❑ No

14. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar? ❑ Sí❑ No

    Si la respuesta es sí:
    Quién: _____Cuándo: _____ Monto recibido: _____

15. ¿Alguien ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubs nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes? (Solo para TANF) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____Cuándo: _____

16. ¿Alguien que está solicitando beneficios recibe actualmente pensión alimenticia? ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____
    Monto mensual recibido: _____
    Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimenticia: _____

(Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)

ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: ¿Alguien en su unidad familiar está matriculado al menos a tiempo parcial en una facultad, universidad, escuela vocacional o técnica? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, quién: _____
Nombre de la escuela:_____Grado/estado:_____ Fecha de graduación:_____
¿El estudiante está empleado? ❑ Sí ❑ No ¿Está inscrito en estudios y trabajo? ❑ Sí ❑ No
Si **la respuesta es sí**, horas trabajadas por semana_____(También complete la sección de empleo a continuación.)

(Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)):

¿Alguna persona de 60 años o más o discapacitada tiene gastos médicos? ❑ Sí ❑ No

¿Cambiaron sus gastos médicos, como las primas de Medicare, el costo de los medicamentos recetados o las facturas del hospital? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, indique los gastos en el cuadro a continuación. Adjunte las facturas y los medicamentos con receta para el(los) mes(es) más reciente(s).

miembro de la unidad familiar al que se le factura	Tipo de gasto (médico, hospital, recetas)	Monto adeudado	Fecha de factura	¿La pagará el seguro? Sí/No

¿Alguna persona de 60 años o más o discapacitada tiene gastos médicos de traslado? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación. Si usted recibe Medicaid, proporcione pruebas:

Motivo del traslado (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:

¿Alguien más paga alguno de estos gastos médicos por usted? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación:

¿Qué gastos le pagan?	¿Quién paga los gastos?
¿A quién esta persona le paga las facturas?	Dirección:

Solo para Medicaid:

OTRA COBERTURA DE SALUD

¿Alguien está inscrito en uno de los siguientes seguros de salud en la actualidad?

☐ Departamento de Servicios Humanos de Georgia Medicaid · PeachCare for Kids® · Medicare

☐ Programas de asistencia médica de VA · TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o en cumplimiento de servicio)

☐ Seguro del empleador: Nombre del seguro_____Número de póliza_____
☐ Otro: Nombre del seguro_____Número de póliza_____

¿Tiene algún seguro médico que no sea Medicaid? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, envíenos una copia de su tarjeta del seguro.

RECURSOS:
(No es necesario para Medicaid del Ingreso Bruto Ajustado y Modificado (MAGI, en inglés)): ¿Alguna persona en su unidad familiar tiene alguno de los siguientes recursos?

❑ Sí ❑ No (Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación). Si está recibiendo Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (que no sean planes de ahorro de Medicare, como QMB, SLMB o QI-1 únicamente), proporcione pruebas.

Tipo de recurso	Titular	Número de cuenta/póliza (no complete si el número de cuenta/póliza es el mismo que su SSN)	Valor	Nombre del banco, de la aseguradora, etc.
Efectivo				
Cta. corriente/ Caja ahorro				
Cooperativa de crédito				
Anualidades				
Acciones o bonos				
Caja de seguridad				
Cuenta de jubilación (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Vehículos (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Certificados de Depósito (CD)/Anualidades				
Planes funerarios prepagos (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Parcelas de cementerio (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Fondos fiduciarios (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Propiedad no apta como vivienda (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Propiedad apta como vivienda (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Seguro de vida (Solo para Medicaid/TANF que no sea del MAGI)				
Otro				

Solo para Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas:

¿Usted, su cónyuge o alguien por quien está realizando la solicitud vendió, intercambió o regaló un recurso en los últimos 60 meses? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, ¿qué? _____ ¿Cuándo? _____

Para Cupones de Alimentos (SNAP), TANF, y Medicaid:

EMPLEO: ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? ❑ Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, enumere la información del pago por empleo de la persona empleada, como salarios, bonos y propinas, y adjunte prueba de TODOS los ingresos brutos recibidos en las últimas 4 semanas.

PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	PAGA POR HORA	HORAS POR SEMANA	FRECUENCIA CON LA QUE SE LE PAGA	FECHA(S) EN LA(S) QUE RECIBIÓ PAGO(S)	PAGO DE BONOS	PROPINAS

¿Hay alguien actualmente en huelga? ❑ Sí ❑ No

Solo para Medicaid:

GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:

- Seguro médico $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro oftalmológico $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro dental $_____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otro tipo de deducción: $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Otro tipo de deducción _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Más? Adjúntelo en una hoja separada.

Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos.

DEDUCCIONES DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:

Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia de pago.

AVISO: No **debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al trabajo por cuenta propia.**

☐ Pensión pagada $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Interés del préstamo estudiantil $_____ ¿Con qué frecuencia? _____

☐ Otro tipo de deducción _____ ¿Con qué frecuencia? _____ ☐ Otro tipo de deducción _____ ¿Con qué frecuencia?_____

Para Cupones de Alimentos (SNAP), TANF, y Medicaid:

¿Alguien ha dejado de trabajar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente y proporcione pruebas:

¿Cuál es el trabajo que cesó?	Nombre del miembro de la unidad familiar que dejó de trabajar:	
Lugar del empleo:		
Fecha en la que cesó el pago:	Fecha del cheque final:	Importe del pago final (bruto):

¿Alguien ha comenzado a trabajar? ☐ Sí ☐ No Si la respuesta es sí, complete lo siguiente y proporcione pruebas:

Nombre de la persona que comenzó a trabajar:	Fecha en que comenzó:	Número de teléfono:
Nombre del empleador/negocio:	Tasa de pago: $	Fecha en que se recibió/se recibirá el primer cheque:
Con qué frecuencia recibe el pago (marque una): ☐ Semanal · Cada dos semanas · Dos veces al mes · Mensual · Otros		

TRABAJO POR CUENTA PROPIA:

¿Alguien trabaja por cuenta propia? ❑ Sí ❑ No (Si la respuesta es **sí**, ¿quién?) _____

Proporcione prueba de los ingresos del trabajo por cuenta propia a través de expedientes tributarios, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes o de un negocio establecido.

¿Este negocio está incorporado? ❑ Sí ❑ No

¿Esta persona tiene algún gasto del trabajo por cuenta propia? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona?

Solo para Medicaid y TANF: proporcione pruebas de los gastos del trabajo por cuenta propia.

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO:

¿Algún miembro de su unidad familiar recibe dinero de Contribuciones, del seguro social, de la SSI, de VA, de manutención infantil, por desempleo, de jubilación, o cualquier otro ingreso? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, complete la información a continuación y proporcione pruebas de todos los ingresos recibidos en las últimas 4 semanas o la carta de adjudicación más reciente.

Nombre	Fuente	Monto	¿Con qué

Para Medicaid del MAGI: No se contarán los ingresos de manutención infantil, pagos de veteranos, la seguridad del ingreso suplementario (SSI) o beneficios de compensación laboral.

COSTOS DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES:

¿Usted paga por el cuidado de un hijo dependiente o de un miembro de la unidad familiar adulto discapacitado? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, complete las preguntas a continuación.

Persona que requiere la atención:		Persona que paga la atención:	
Nombre del proveedor:		Cuánto se le paga al proveedor:	Frecuencia con la que se le paga:
Número de teléfono del proveedor:	Motivo de la atención:		

¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar? ❑ **Sí** ❑ **No**

¿Están incluidos estos gastos en los gastos de cuidado de dependientes? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es no, responda esta pregunta: **Total de millas recorridas por semana: _____**

COSTOS DE VIVIENDA:

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar comenzó a pagar los costos de vivienda o cambiaron sus costos de vivienda?

❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién pagó?
Renta/Hipoteca			
Impuestos sobre la propiedad			
Seguro de propiedad			
Electricidad			
Gas			
Aceite combustible/madera/queroseno			
Pozo/Fosa séptica/Agua/Alcantarillado			
Residuos			
Teléfono			
Otro			

¿Cuál es la principal fuente de calefacción o refrigeración de la casa? (electricidad, gas, aire acondicionado)

¿Alguien más paga alguna de estas facturas del hogar por usted? ❑ Sí ❑ No **En caso afirmativo, complete la siguiente tabla**:

¿Quién paga las facturas?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién esta persona le paga las facturas?

¿Ha recibido asistencia energética en los últimos 12 meses? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, monto recibido $ _____

¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguien en el hogar? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, ¿con quién?_____

Comentarios/Documentación_____

¿A quién le paga?_____Monto pagado $_____por _____

Nombre del arrendador_____Dirección del arrendador _____

PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL:

¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí,** complete el cuadro a continuación:

¿Quién está obligado a pagar?	¿Cuánto es el monto adeudado?
¿Para quién se paga manutención infantil?	¿Cuánto es el monto real que se paga?
¿A quién se le paga manutención infantil?	¿Con qué frecuencia se paga manutención infantil?

Solo para cupones de alimentos (SNAP), proporcione pruebas del monto pagado en los últimos 3 meses y la obligación legal de pagar.

Esta sección es SOLO PARA BENEFICIARIOS DE TANF. Debe completar lo siguiente: Registros de vacunación:

¿Hay algún niño menor de 7 años que aún no esté inscrito en la escuela? (El prejardín de infantes (Pre-K) no se considera “escuela”).

❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, envíe el Formulario 3231: Formulario de inmunización para el cuidado infantil para cada niño menor de 7 años.

Requisitos escolares:

¿Todos los niños (6-18 años) asisten a la escuela? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) _____

Nombre de la(s) escuela(s)_____

Grado(s) _____

¿Hay algún niño de 16 años o más que **no** esté en la escuela? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, nombre del niño/de los niños:_____

_____

Proporcione una copia de los talones de cheques actuales si este niño está empleado o una declaración del proveedor si participa en cualquier otra actividad relacionada con el trabajo.

Violencia doméstica:

¿Es usted o alguien en su hogar víctima de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual o acoso? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, le solicitamos que nos haga saber el nombre de la víctima._____

Después de la evaluación, si su unidad familiar reúne los requisitos, podemos suprimir ciertos requisitos del programa como la participación en actividades laborales, o la remisión a la División de Servicios de Manutención Infantil.

Gastos de automóviles:

¿Es usted el padre/la madre o pariente del niño (o niños) y está incluido en la Unidad de Asistencia (UA) de TANF con el niño (o con los niños)? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, responda las siguientes preguntas:

¿Usted o algún otro miembro adulto de la Unidad de Asistencia posee o está comprando un automóvil? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Nombre del dueño)_____

_____

Año, marca y modelo del vehículo: _____

Enumere los pagos de cuotas del automóvil, seguro, mantenimiento y otros gastos relacionados:

_____ _____ _____ _____

¿Tiene otros gastos recurrentes (por ejemplo, facturas de tarjetas de crédito) que está pagando? ❑ Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, indíquelos:_____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TODOS LOS PROGRAMAS

USTED TIENE DERECHO A:

- **solicitar asistencia para completar este formulario y servicios gratuitos de asistencia con el idioma** (intérpretes, materiales traducidos o servicios directos en el idioma) si tiene problemas para leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés.
- **solicitar ayudas y servicios auxiliares y modificaciones razonables** si usted o alguien en su hogar tiene una discapacidad.

AVISO DE AUDIENCIA: En todos los programas, tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial por escrito o presencial. Puede solicitar una audiencia al llamar al 1-877-423-4746 o puede solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias del estado si no está de acuerdo con esta decisión. En la audiencia lo puede representar un abogado, un pariente, un amigo o cualquier persona que usted elija. Si desea una audiencia, debe solicitarla por escrito o poniéndose en contacto con la agencia en un plazo de:

- **90 días** a partir de la fecha de este aviso **para Cupones de Alimentos (SNAP)**
- **30 días** a partir de la fecha de este aviso **para Medicaid y TANF**

USTED ES RESPONSABLE DE LO SIGUIENTE:

- dar al administrador de su caso la información correcta y proporcionar prueba de las declaraciones necesarias para recibir los beneficios. Al firmar este formulario, está dando al administrador de su caso permiso para obtener información de su empleador, banco, vecino u otras personas para que podamos asegurarnos de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está realizando una solicitud para usted proporciona información incorrecta, puede estar cometiendo un delito y puede ir a la cárcel.
- proporcionar pruebas de que usted o cualquier persona de su unidad familiar que solicita los beneficios es ciudadano estadounidense o inmigrante elegible.
- cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para la Prevención del Fraude o la Oficina de Servicios de Investigación y que está realizando revisiones de casos especiales. Si no coopera y no podemos determinar que aún es elegible para recibir Cupones de Alimentos (SNAP), su caso se podrá denegar o cerrar.
- (para Cupones de Alimentos (SNAP))cooperar con los revisores de control de calidad cuando llamen o vayan a su hogar para entrevistarlo sobre la información que le ha dado a su administrador de casos. Si no coopera con ellos, su caso puede ser denegado o cerrado.
- (para cupones de alimentos (SNAP) y TANF) reembolsar beneficios que no debería haber recibido.
- (para Medicaid) cooperar con los revisores de control de calidad de Medicaid cuando llamen o vayan a su hogar para entrevistarlo sobre la información que le ha dado a su administrador de casos
- (para Medicaid) los miembros que se encuentran en una institución de cuidado, un centro de cuidados intermedios, un servicio basado en la comunidad, o que están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención, cooperar con el programa de recuperación patrimonial.

Si recibe **Cupones de Alimentos (SNAP),** debe informar cuándo su ingreso bruto mensual total supera el límite de ingresos para el tamaño de su unidad familiar. Si es un adulto que trabaja sin hijos, debe informar cuando sus horas de trabajo disminuyan a menos de 20 horas por semana o 80 horas por mes. Debe informar estos cambios a más tardar dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que ocurrió el cambio.

También debe informar cuando su unidad familiar reciba ganancias sustanciales de lotería y juegos de azar. Esto se refiere a un premio de dinero en efectivo ganado en un solo juego. Si usted o un miembro de la unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, un monto bruto de $4250 o más (antes de que se retengan los impuestos u otros montos), debe informar estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que el hogar recibió las ganancias.

Si recibe **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación dentro de los 10 días posteriores a la ocurrencia del cambio.

Entiendo que cualquier pago único o pago “inesperado” que reciba cualquier persona en mi caso de Medicaid debe presupuestarse, junto con cualquier otro ingreso que podamos tener, para determinar la elegibilidad.

En el programa **Medicaid**, tiene derecho a lo siguiente:

- recibir Medicaid aún si tiene otro seguro médico.
- elegir su médico o proveedor de Medicaid.
- tener su solicitud de Medicaid aprobada o denegada dentro de 10, 45 o 60 días a partir de la fecha de su solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid.

Como condición para mi elegibilidad para Medicaid:

- Acepto ceder al estado todos los derechos a la manutención médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y beneficios médicos).
- Acepto cooperar con el estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar la atención y los servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por atención médica dentro de los diez días. (Si está completando este formulario en nombre de otra persona y no tiene el poder para ejecutar una asignación para esa persona, la persona deberá ejecutar una asignación de los derechos descritos anteriormente como condición de su elegibilidad para Medicaid).
- Acepto dar al estado el derecho de requerir que un padre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que debo obtener apoyo médico del padre ausente si está disponible y debo cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solamente mis hijos recibirán beneficios a menos que se establezca una razón justificada.

ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS (SNAP): Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona utilice su tarjeta.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT para comprar artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier persona de su unidad familiar que infrinja alguna de estas reglas a propósito puede ser excluida del Programa de cupones para alimentos (SNAP) por un año o de forma permanente, con una multa de hasta $250,000 dólares, puede ser encarcelada durante 20 años, o ambos. Es posible que esté sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables y también se le puede prohibir el programa de cupones para alimentos (SNAP) durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir Cupones de Alimentos durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de usar o recibir beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de su unidad familiar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su hogar serán inelegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) desde el primer delito de esta infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de la unidad familiar culpable de haber traficado beneficios por un monto total de $ 500 o más, usted o ese miembro de la unidad familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos desde el primer delito de esta infracción.

Si se descubre que usted o cualquier miembro de la unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (dónde vive) para recibir múltiples beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP), usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) por un período de 10 años.
Entiendo que si doy información falsa o retengo información, puedo ser procesado por fraude.

ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL PROGRAMA TANF: En el Programa TANF, una acción intencional al proporcionar información falsa o engañosa para establecer o mantener la elegibilidad de una Unidad de Asistencia, aumentar los beneficios, evitar una disminución en los beneficios, retener información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo en lugares prohibidos se considera una infracción intencional del programa.

Es posible que lo remitan a la Oficina del Inspector General para determinar su sanción en función de la gravedad del delito si usted:

- no informa los cambios a tiempo, no dice la verdad o utiliza los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de DÉBITO TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, instalaciones de entretenimiento para adultos, “clubes de striptease”, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/piercings y salones de spa/masajes que están está estrictamente prohibidos, brinda información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado, y se le condenó por un cargo relacionado con drogas o un delito grave violento, el 1/1/97 o después.

Cualquier miembro de su unidad familiar que rompa estas reglas a propósito puede ser excluido del programa TANF de seis meses a de manera permanente.

Para **MEDICAID**, cometer fraude o abuso va en contra de la ley. Es posible que lo deriven a la Unidad de Integridad del programa de Medicaid y PeachCare for Kids®. Se podrá limitar a los infractores a utilizar un solo proveedor, darles de baja del programa o requerirles que reembolsen al Departamento de Salud Comunitaria por los servicios médicos proporcionados.
El fraude es un acto deshonesto cometido a propósito. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

Algunos ejemplos de fraude y abuso de los participantes son:

- Permitir que otra persona utilice su tarjeta de seguro médico de Medicaid, PeachCare for Kids® o CMO.
- Obtener recetas con la intención de abusar de o vender drogas
- Usar documentos falsificados para obtener servicios
- Usar indebidamente o abusar del equipo provisto por Medicaid o PeachCare for Kids®
- Proporcionar información incorrecta o permitir a otros que lo hagan para obtener elegibilidad para Medicaid o PeachCare for Kids®
- No informar cambios que ocurren en ingresos, acuerdos de vida o recursos.

Para informar sospechas de fraude de Medicaid a beneficiarios o proveedores, llame a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al (local) (404) 463-7590 o (llamada gratuita) (800) 533-0686; por correo electrónico a oiganonymous@dch.ga.gov, por correo al Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; o visite https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

____Sí

____No

____No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.

SI VA A RENOVAR SUS BENEFICIOS DE MEDICAID O CUPONES DE ALIMENTOS O TANF, DEBE FIRMAR Y FECHAR EL CASILLERO QUE MEJOR SE ADAPTE A SU SITUACIÓN.

DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN PARA COMENZAR EL PROCESO DE RENOVACIÓN.

☐ **Solo para Medicaid: firme aquí cuando el solicitante/miembro/tutor legal esté completando el formulario:**
Si solicito o renuevo servicios de Medicaid para mí, declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano de EE.UU., un nacional de EE. UU o inmigrante calificado presente en los Estados Unidos. Si soy padre/madreo tutor legal, declaro que el(los) solicitantes(s) es(son) cuidadano(s) de EE.UU., nacional (es) de EE. UU. o inmigrante(s) calificado(s) en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____
(Firma) (Fecha)

☐**Solo para Medicaid: firme aquí cuando una persona que no sea el solicitante, miembro, padre o tutor legal esté completando:**
Certifico, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito o renuevo Medicaid son ciudadanos estadounidenses de EE. UU. nacionales o inmigrantes calificados o que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____
(Firma) (Fecha

Teléfono donde se lo puede localizar _____

Si el solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal desea que esta persona sea su representante personal, debe marcar aquí y firmar a continuación ☐ Sí ☐ No

_____ _____
(Solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal) (Fecha)

· **Para cupones de Alimentos (SNAP) o TANF – cuando el solicitante/beneficiario/tutor legal esté completando el formulario:** Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanas estadounidenses o se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de $4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

_____ _____
(Firma) (Fecha)

(Conserve estos documentos para su información)

Este cuadro explica algunos de los términos utilizados en este formulario.

Solicitante	Una persona que realiza una solicitud para recibir asistencia o beneficios públicos.
Unidad de Asistencia (UA)	Una unidad de asistencia incluye a las personas elegibles que viven juntas, incluidas una persona embarazada y un nonato, y reciben asistencia o beneficios públicos.
Cuidador	Un progenitor, persona embarazada, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.
Identificación del cliente	Un número único asignado a una persona que recibe asistencia/beneficios públicos.
Descalificado	La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.
Violencia doméstica	La violencia doméstica puede consistir en ser golpeado, pateado, azotado, violado, asfixiado, amenazado, controlado o privado de lo que se necesita para vivir (como comida, medicinas o un hogar) por parte de un cónyuge, novio, pareja o "ex".
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para los Cupones de Alimentos (SNAP). Las personas que reciben asistencia reciben una tarjeta de débito EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas de Cupones de Alimentos (SNAP).
Comunicaciones electrónicas	Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway. Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway enwww.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones. Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.
Tarjeta de débito EPPICard MasterCard	El estado de Georgia ha implementado una opción de pago “electrónico” conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito EPPICard MasterCard. Con esta opción de pago, se deposita el dinero en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en un fin de semana o feriado, los beneficios se ponen a disponibilidad el último día hábil del mes anterior. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos porque se cargan electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.
Familiar beneficiario	Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF en su nombre en nombre de los hijos, incluido un nonato.
Ingresos brutos	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones.
Personas sin hogar	Individuo que carece de residencia nocturna fija y regular o individuo cuya residencia nocturna principal es: • un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo); • un centro de reinserción social o institución similar que proporciona residencia temporal a personas destinadas a ser internadas; • un alojamiento temporal de no más de 90 días en la residencia de otra persona; o un lugar que no esté diseñado o no se utilice habitualmente como alojamiento habitual para seres humanos (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).
Miembros de la unidad familiar	Personas que viven en su hogar. Para los Cupones de Alimentos (SNAP), son las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.
Ingresos	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, pensión alimenticia o cualquier otra forma de dinero recibido.
Ley de Alivio Tributario para la Clase Media del 2012	Esta ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF en estos negocios constituirá una infracción intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.
No solicitante	Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Las personas no solicitantes no están obligadas a proporcionar un número de seguro social, ciudadanía o estado migratorio.
Beneficiario	Un beneficiario es una persona que acepta la responsabilidad de recibir asistencia en efectivo y gastar los fondos en nombre de la UA. El beneficiario puede o no ser un miembro de la UA.

Gastos antes de impuestos	Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos. Las deducciones antes de impuestos más comunes son el seguro de salud, el seguro dental, el seguro de la vista, etc. http://www.irs.gov
Inmigrante/extranjero calificado	Un extranjero/inmigrante calificado es una persona que reside legalmente en Estados Unidos y se encuentra dentro de una de las siguientes categorías: • Una persona admitida de manera legal para la residencia permanente (LPR) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); • Una persona inmigrante amerasiática conforme a la sección 584 de la Ley de Asignaciones de Programas Relacionados, Financiamiento de Exportaciones y Operaciones Extranjeras de 1988; • Una persona a la que se le concede *asilo* conforme a la sección 208 de la INA; • *Una persona refugiada,* admitida conforme a la sección 207 de la INA; • Una persona *con libertad bajo palabra* como refugiada o asilada conforme a la sección 212 (d)(5) de la INA; • Una persona cuya deportación está siendo suspendida conforme a la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la sección 241(b)(3) de la INA, según enmendada; • Una persona a la que se le otorga entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980; • Una persona inmigrante cubana o haitiana como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980; • *Una persona víctima de la trata de personas* conforme la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de la Trata del 2000; • Una persona inmigrante maltratada que cumpla con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, según enmendada; • *Una persona inmigrante afgana o iraquí* a la que se le otorgó estado de inmigrante especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas); • Una persona nativa de América del Norte nacida en Canadá que vive en EE. UU. conforme a la sección 289 de la INA, o no ciudadana de una tribu indígena reconocida federalmente conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Asistencia Educativa y Autodeterminación Indígena y; • Una persona miembro de la tribu hmong o laosiana de las tierras altas que brindó asistencia al personal de EE.UU. al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975). Solo para los solicitantes de Asistencia Médica, al pacto de libre asociación (COFA, en inglés) lo conforman personas ciudadanas de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palau. Las personas inmigrantes del COFA no tienen que cumplir con la prohibición de 5 años.
Recursos	Efectivo, bienes, o activos como cuentas de banco, vehículos, acciones, bonificaciones y seguro de vida.
Agresión sexual	Acto sexual no consentido proscrito por la legislación federal, tribal o estatal, incluso cuando la víctima carece de capacidad para consentir.
Acoso sexual	Comportamiento hostil, intimidatorio u opresivo basado en el sexo que cree un entorno de trabajo ofensivo.
Acoso	El acto o delito de seguir o hostigar de manera intencionada y repetida a otra persona en circunstancias que harían temer a una persona razonable que se produjeran lesiones o la muerte, en especial debido a amenazas expresas o implícitas.
Ingresos tributables	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otra forma de dinero recibido.
Dependiente tributario	Una persona que se espera que será reclamada en una declaración de impuestos de una persona que presenta impuestos. http://www.irs.gov
Persona que presenta impuestos	Una persona que se espera que presentará una declaración de impuestos. http://www.irs.gov
Deducciones de la declaración de impuestos	Las deducciones de la declaración de impuestos son las deducciones permitidas por el IRS que se encuentran en su formulario 1040 de declaración de impuestos, que comienzan con la línea 23 hasta la 35. Incluyen lo siguiente: Gastos de educadores; Formulario 2106; Formulario de Ahorros para la Salud 8889; Formulario de gastos de mudanza 3909; Multa/Retiro Anticipado de Ahorros; pensión alimenticia pagada; Deducción IRA; Interés de préstamos estudiantiles; Formulario de Matrícula y Cuotas 8917; Formulario de actividades de producción nacional 8903. http://www.irs.gov

Tráfico del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP)	El tráfico de los beneficios del SNAP significa: (1) La compra, venta, el robo o intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accesibles a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, para cobrarlos en efectivo o comprar productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta; (2) el intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) la compra de un producto con los beneficios del SNAP que tiene un contenedor que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener efectivo al deshacerse del producto y devolver el contenedor por el monto del depósito, deshacerse del producto intencionalmente, y devolver el contenedor intencionalmente por el monto del depósito; (4) la compra de un producto con los beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles por la reventa del producto, y luego volver a vender intencionalmente el producto comprado con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (5) la compra intencional de productos originalmente comprados con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (6) el intento de comprar, vender, robar o realizar un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y accesibles a través de las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjetas, y números de identificación personal (PIN), o con cupones manuales y firmas, por efectivo o productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta. (6) Intentar comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y a los que se accede mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o mediante un vale manual y firmas, a cambio de dinero en efectivo o a cambio de una contraprestación distinta de los alimentos elegibles, ya sea de forma directa o indirecta, en complicidad o connivencia con otras personas, o actuando solo.

Aviso de derechos de la ADA / Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

La ley federal * exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para ofrecer igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz , proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad ayudas a la comunicación , como intérpretes de lengua de signos. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida .

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia en la comunicación

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el administrador del caso o llamar a la DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights, o puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett , pero no es necesario que utilice un formulario.https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rightshttps://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckettmailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el trabajador de su caso , con la oficina local del DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles , ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Puede pedirle a su administrador del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador las conecte con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: dch.civilrights@dch.ga.gov. El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la "Declaración de no discriminación" incluida en este documento.

** La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.*

Conforme ala política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, , discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

No envíe solicitudes al USDA o al HHS

Declaración de no discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Los programas que reciben ayuda económica por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y los programas que el HHS opera directamente, también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información acerca del programa se encuentre disponible en otro idioma que no sea el inglés.

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL USDA
El USDA brinda ayuda económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y de reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar un reclamo de discriminación del programa, complete el formulario de reclamo de discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que puede encontrar en línea en el siguiente enlace: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA a través de los siguientes medios:

1. **Por correo:** Good and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Por fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Por teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Por correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas de SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información/línea directa del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); que se encuentran en línea en: línea directa de SNAP .

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL HHS
El HHS brinda ayuda económica federal para muchos programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar, lo que incluye los programas como la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a las que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) en su nombre o por otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o para otra persona con respecto a un programa que recibe ayuda económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del portal de reclamos de la OCR en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. También puede comunicarse con la OCR por correo a la siguiente dirección: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma sin cargo para presentar un reclamo.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otros reclamos por discriminación ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en el Departa de Servicios Humanos de Georgia, Oficina del Asesor General, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para los reclamos en los que se alega discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa para Personas con Dominio Limitado del Inglés y con discapacidad sensorial del DHS a la Oficina del Asesor General del Departamento de Servicios Humanos, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.
No envíe solicitudes al USDA o al HHS