



Solicitud de beneficios

DEBE ENTREGAR PERSONALMENTE, ENVIAR POR FAX o POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A SU OFICINA LOCAL DEL CONDADO.

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).

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

La DFCS ofrece los siguientes servicios:



Solicitud de



Asistencia alimentaria

Los beneficios de cupones para alimentos (SNAP) pueden utilizarse para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el letrero de EBT/*Quest* . Deduciremos el precio de su compra de alimentos de su cuenta de cupones para alimentos (SNAP) .



La Asistencia en Efectivo/Servicios de Apoyo al

Empleo, Asistencia Temporal para Familias en

Necesidad (TANF) proporciona asistencia en efectivo para familias con niños/as dependientes durante un período de tiempo limitado. Los/as padres/madres o cuidadores que están incluidos/as en la subvención deben participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia en Efectivo también proporciona asistencia financiera para las unidades familiares de personas refugiadas que no son elegibles para el programa TANF.

- Los Abuelos/as **que Crían Nietos/as (GRG, en inglés)** brindarán el apoyo necesario para



División de



Solicitud de

los/as niños/as puedan ser cuidados en los hogares de sus abuelos/as.



Asistencia Médica

Medicaid, para las personas que son elegibles, puede ayudar a pagar las facturas médicas, las visitas al médico, y las primas de Medicare.



Servicios de alcance comunitario

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

¿Cómo solicito los beneficios?

Paso 1. Complete la solicitud.

Lea las preguntas con atención y brinde información precisa. Firme y feche la solicitud.

Paso 2. Entregue la solicitud en su oficina local.

Deberá arrancar las páginas 1-2, 17-20 y guardarlas



División de



Solicitud de

para usted.



Envíe por correo, por fax, o lleve las páginas 3-16 de esta solicitud a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). Puede encontrar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Si usted o la persona para la cual realiza una solicitud es elegible para recibir los beneficios, los beneficios de cupones para alimentos (SNAP) se proporcionarán a partir de la fecha en la que recibimos la solicitud con su nombre, dirección, y firma. Los beneficios de TANF se proporcionarán a partir de la fecha en la que se aprueba la solicitud.

Si solicita cupones para alimentos (SNAP), TANF o Medicaid, puede presentar una solicitud para obtener beneficios únicamente con su nombre, dirección, y firma. Sin embargo, puede ayudarnos a procesar su solicitud más rápido si completa todo el formulario. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o únicamente para el programa de cupones para alimentos



(SNAP). Su solicitud de (SNAP) no será denegada únicamente sobre la base de que su solicitud para otro programa haya sido denegada. Realizaremos una determinación de elegibilidad por separado para su solicitud de cupones para alimentos (SNAP). Si se encuentra en una institución y solicita cupones para alimentos (SNAP) y la SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en la que sale de la institución.

Paso 3. Hable con nosotros.

Es posible que deba completar una entrevista con un/a empleado/a. De ser así, le proporcionaremos una cita. Esta entrevista puede completarse por teléfono.

Preguntas frecuentes

¿Cuánto tiempo se tarda en obtener los

beneficios? Cupones para alimentos (SNAP): hasta

30 días TANF: hasta 45 días

Medicaid: entre 10 y 60 días

Es posible que pueda obtener cupones para alimentos (SNAP)



División de

Solicitud de

dentro de los 7 días si califica. Consulte la página 6.

¿Cuánto obtendré?

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

¿Cómo obtendré mis beneficios?

Para los cupones para alimentos, obtendrá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, en inglés) para acceder a sus beneficios. Para el programa TANF, obtendrá una tarjeta de débito Master Card EPPIC para acceder a sus beneficios. Para Medicaid, recibirá una tarjeta de Medicaid para cada miembro elegible.

Es posible que se le solicite que proporcione la siguiente información:

- Prueba de identidad del solicitante si solicita cupones para alimentos (SNAP) o TANF. Una tarjeta de identificación (ID) o una licencia de conducir (DL, en inglés) es una forma



División de

Solicitud de

acceptable



de verificación. La prueba de identidad no es necesaria para los solicitantes de Asistencia Médica.

- Prueba de ciudadanía estadounidense/estado de inmigrante calificado para todas las personas que solicitan beneficios. Si solicita únicamente los Servicios Médicos de Emergencia (EMA, en inglés), no es necesario que proporcione su SSN o información sobre su estado migratorio.
- Los números de Seguro Social de todas las personas que solicitan asistencia.
- Prueba de ingresos, *por ejemplo*, recibos de sueldo, pagos de manutención infantil, y cartas adjudicación de ingresos. La prueba de pagos de manutención infantil no es necesaria para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Prueba de gastos como recibos de cuidado infantil, facturas médicas, costos de transporte médico, costos de alquiler/hipoteca y pagos de manutención infantil. Esta información no es necesaria para los solicitantes de Asistencia



División de

Solicitud de

Médica.



Primero intentaremos verificar el estado de ciudadanía/migratorio y la información de los ingresos a través de fuentes de datos electrónicos. No se requieren documentos de verificación en papel para presentar una solicitud. Sin embargo, puede proporcionar los documentos con la solicitud. Si no podemos realizar la verificación a través de las fuentes de datos electrónicos y necesita ayuda para obtener esta información, infórmenos.

¿Cómo utilizamos la información personal del solicitante?

Solo deberá proporcionar los números de Seguro Social(SSN, en inglés) y el estado de ciudadanía o migratorio de las personas que desean solicitar beneficios. Esta información se utilizará para verificar el sistema de ingresos y elegibilidad(IEVS, en inglés). También compararemos su información con otras agencias federales, estatales, y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad, para rastrear la información sobre salarios y la participación en las actividades laborales. Si un miembro de la unidad familiar no desea proporcionarnos información sobre su SSN, su ciudadanía o su estado migratorio, otros miembros de la



División de

Solicitud de

unidad familiar aún pueden recibir beneficios. Si solicita únicamente los servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información sobre su estado migratorio.

¿Otra persona puede realizar la solicitud por mí?

Para los cupones para alimentos (SNAP) y Medicaid, puede solicitarle a alguien que realice la solicitud por usted.

Para el programa TANF, cualquier persona puede realizar una solicitud pero se debe entrevistar a el/la padre/madre o cuidador/a.



(Complete esta solicitud y entréguela en su oficina local de la DFCS del condado.)

¿Qué estoy solicitando? (Marque todo lo que corresponda)

Cupones para Alimentos (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés))

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), anteriormente conocido como Programa de Cupones para Alimentos, es un programa financiado por el gobierno federal que brinda beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos para ayudar a pagar el costo de los alimentos. El programa también proporciona educación nutricional a las familias para satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales y brinda oportunidades de empleo y capacitación para ayudar a las familias a obtener empleos que las lleven a depender menos del programa SNAP.

Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, en inglés)

La Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF, en inglés) proporciona pagos temporales mensuales en



efectivo, pagos en efectivo únicos, u otros servicios de apoyo para fortalecer a las familias elegibles con niños/as. Si usted es el/la padre/madre del niño/a, o el/la cuidador/a que desea ser incluido/a en la subvención, le solicitaremos que participe en un programa de trabajo.

□ **Abuelos/as que Crían Nietos/as (GRG, en inglés)**

Los Abuelos/as que Crían Nietos/as (GRG, en inglés) brindarán pagos en efectivo adicionales para que los/as niños/as puedan ser cuidados en los hogares de sus

abuelos/as. **Los solicitantes deben realizar una solicitud para TANF para ser elegibles para el programa de GRG.**

□ **Asistencia en Efectivo para personas refugiadas**

El programa de Asistencia en Efectivo para personas refugiadas proporciona asistencia financiera para las unidades familiares de personas refugiadas que no son elegibles para el programa TANF. El término refugiado incluye personas refugiadas, personas inmigrantes cubanas/haitianas, víctimas de la trata de personas,



División de

Solicitud de

personas americano-asiáticas y personas menores
refugiadas sin acompañante.



División de

Solicitud de

□ Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a adultos mayores, personas ciegas o discapacitadas, mujeres embarazadas, niños/as, y familias. Cuando realiza una solicitud, analizaremos todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles puede ser elegible.

Complete el recuadro a continuación sobre el/la solicitante.

Nombre	Segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección donde vive		Apt	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección de correo postal (si es distinta)			
Número de teléfono principal	Otro teléfono de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	
Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)			
¿Cuál es su idioma de preferencia?		Si se requiere una entrevista, un/a intérprete? Sí _____ o No	



División de

Solicitud de

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 la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de habla con clave ___; 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.



División de

Solicitud de

Formulario 297 (Rev.12/2021)



División de

Solicitud de

Para todos/as los/as solicitantes de cupones de alimentos (SNAP), TANF, y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que el DHS-DFCS, el DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener de empleadores pasados o actuales. 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 para Alimentos (SNAP), Medicaid o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, el monto bruto de \$3750 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré sobre 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



División de

Solicitud de

incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto/a a un proceso penal o ser descalificado/a de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta a conciencia. Entiendo que puedo ser procesado/a si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante mi solicitud o el proceso de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de SNAP.

Firma

Fecha

Firma de el/la testigo si firmó con "X" Fecha



Representante autorizado/a:

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud, realice su entrevista, o utilice su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando usted no pueda acudir a la tienda. Indique en cada tipo de programa a quién desea designar como representante autorizado/a. Indique qué tareas desea que la persona u organización realice. Si solicita Medicaid, puede elegir más de una persona u organización para que actúe en su nombre.

Tipos de programa de el/la representante autorizado/a 1:

Cupones para alimentos (SNAP) TANF

Asistencia Médica

Tareas de el/la representante autorizado/a 1: Firmar la solicitud en nombre de el/la solicitante

Completar y presentar el formulario de renovación Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones

Actuar en nombre de el/la solicitante en todos los demás asuntos Recibir una tarjeta de beneficios de TANF



División de

Solicitud de

(EPPIC)

Nombre de la persona 1:

Nombre de la organización 1 (si
corresponde):

Teléfono: _____

Dirección: _____

Apt: _____

Cuidad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional) Dirección de
correo electrónico (opcional) _____

Idioma de preferencia: _____

¿Se necesita un/a intérprete? Sí ___ o No ___

Tipos de programa de el/la representante autorizado/a 2:

**Cupones para alimentos (SNAP) TANF Asistencia
Médica**

Tareas de el/la representante autorizado/a 2:

Firmar la solicitud en nombre de el/la solicitante



División de

Solicitud de

Completar y presentar el formulario de renovación



División de

Solicitud de

Recibir copias de avisos y otras comunicaciones

Actuar en nombre de el/la solicitante en todos los demás

asuntos **Recibir una tarjeta de beneficios de TANF**

(EPPIC)

Nombre de la persona 2: _____

Nombre de la organización 2 (si corresponde): _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Apt: _____

Cuidad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional) Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma de preferencia: _____ ¿Se

_____ necesita un/a

intérprete? Sí _____ o No _____



División de

Solicitud de

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

¿El/la representante autorizado/a 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 la lengua de señas___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico)___; Braille ___; Retransmisión en video ___ ; Intérprete de habla con clave___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra:_____

¿El/la representante autorizado/a necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___o permanentemente__? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo



División de

Solicitud de

necesita



División de

Solicitud de

esta modificación o asistencia _____

Para uso exclusivo de la oficina

Fecha de recepción:



División de

Solicitud de

¿Califico para obtener cupones para alimentos(SNAP) más rápidamente? (Esta información es necesaria solo para los/as solicitantes de cupones para alimentos (SNAP))

Responda estas preguntas sobre el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para ver si pueden obtener cupones para alimentos (SNAP) dentro de los 7 días.

1. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar es un/a trabajador/a agrícola migrante o de temporada?

Sí No Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

2. Ingreso bruto **total del trabajo** que se recibirá para

este mes: \$ _____

Nombre del empleador _____

Fecha de comienzo del empleo _____

Fecha de finalización del empleo _____

Salario _____

Horas trabajadas semanalmente _____



Solicitud de

¿Con qué frecuencia recibe el pago? semanal/cada dos
semanas/bimensual/mensual (encierra uno con un círculo)

3. Ingreso bruto **total no derivado del trabajo** que se
recibirá para este mes: \$ _____ Tipo de ingreso no
derivado del trabajo ____ Monto _____

¿Con qué frecuencia lo recibe? semanal/cada dos
semanas/bimensual/mensual (encierra uno con un círculo)

Tipo de ingreso no derivado del trabajo _ Monto _____

¿Con qué frecuencia lo recibe? semanal/cada dos
semanas/bimensual/mensual (encierra uno con un círculo)

4. Total de ingresos del trabajo y no derivados del trabajo para
este mes: \$

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



6. ¿Cuál es el monto mensual de su alquiler, hipoteca, impuestos a la propiedad, o seguro del propietario de vivienda? \$ _____

7. ¿Cuál es el monto total de su electricidad, agua, gas, u otros servicios públicos este mes? \$ _____

(Excluya los montos vencidos y los cargos por pagos atrasados del total)

a. ¿Cuál es la fuente principal de calefacción o refrigeración de su hogar? Marque todo lo que corresponda

Electricidad___ Gas_____Aire acondicionado de ventana
o central Aceite de queroseno_Madera_____

b. ¿Ha recibido asistencia para la energía en los últimos 12 meses? Sí ▪ No ▪

Si la respuesta es sí, monto recibido \$ _____



División de



Solicitud de

Infórmenos sobre el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Para los/as solicitantes de Asistencia Médica: Incluya a usted mismo/a, a su cónyuge, a sus hijos/as (incluidos los hijastros) menores de 21 años que viven con usted, a su pareja sin casar que necesita cobertura de salud, a cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, incluso si no viven con usted, y a cualquier otra persona menor de 21 años que usted cuide y viva con usted. No tiene que incluir a su pareja sin casar que no necesita cobertura de salud, a los hijos/as de su pareja sin casar, a sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si usted tiene más de 21 años) u a otros parientes adultos que presentan su propia declaración de impuestos. Si solicita únicamente los Servicios Médicos de Emergencia (EMA, en inglés), no es necesario que proporcione su SSN o información sobre su estado migratorio.



División de

Solicitud de

Complete el recuadro a continuación sobre el/la solicitante y **todos los miembros de la unidad familiar**. **Las siguientes leyes federales y regulaciones: La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 C.F.R. § 435.920, autorizan al DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar los números de Seguro Social.** Cualquier persona que viva en su hogar y no esté realizando una solicitud para obtener beneficios puede ser tratada como una **persona no solicitante**. Las personas no solicitantes no deben brindarnos información sobre su número de Seguro Social, ciudadanía, o estado migratorio, y no son elegibles para obtener los beneficios. Los otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir los beneficios si son elegibles. Si desea que nosotros decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir beneficios, aún deberá informarnos sobre el estado de ciudadanía o migratorio y proporcionarnos el número de Seguro Social (SSN) de esa persona. Aún deberá informarnos sobre los **ingresos** y recursos de esa persona para determinar la elegibilidad y el nivel de



División de

Solicitud de

beneficios de la unidad familiar. No



División de

Solicitud de

reportaremos a ningún miembro de la unidad familiar que no sea solicitante al Sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjería (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporciona el estado de ciudadanía o migratorio de esa persona. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado migratorio en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y podrá afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar.

Compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también podrá proporcionarse a los funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para que la utilicen para encontrar a las personas que se escapan de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo de cupones para alimentos (SNAP), la información en esta solicitud, incluidos los SSN, pueden proporcionarse a agencias federales y estatales y agencias privadas de recopilación de reclamos para que la utilicen para recopilar el reclamo. No denegaremos beneficiosa otros miembros de la unidad familiar solicitantes porque otros miembros de la



División de

Solicitud de

unidad familiar no proporcionen sus SSN, ciudadanía, o estado migratorio.

NOMBRE		Relación	¿Esta persona solicita beneficios?	¿Esta persona necesita una cobertura de salud?	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	¿Es hispano/a o latino/a?	Código de raza	¿Es usted ciudadano de EE.UU., nacional de EE.UU. o inmigrante/extranjero calificado?
Nombre	Segundo Apellido									
		USTED							(Opcional)	(Solo solicitantes)

Códigos de raza (Elija todos los que correspondan):
AI - Indio-americano o nativo de Alaska **AS** - Asiático **BL** - Negro o afroamericano
HP - Nativo de Hawái u otro isleño del pacífico **WH** - Blanco

Al proporcionar información sobre la raza/etnicidad, nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligada a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios.



División de

Solicitud de

Si usted u otros solicitantes de la unidad familiar no son ciudadanos de EE.UU. o nacionales de EE.UU., complete el siguiente recuadro:

<p>NOMBRE</p> <p>Nombre Segundo nombre Apellido</p>	<p>Tipo de documento de inmigración</p>	<p>Número de documento de ID</p>	<p>¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?</p> <p>(Sí/No)</p>	<p>¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de los EE. UU.?</p> <p>(Sí/No)</p>

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

Necesitamos más información sobre el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para poder decidir quiénes son elegible para recibir beneficios. Responda únicamente las preguntas sobre los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguna persona recibió algún beneficio en otro condado o



División de

Solicitud de

estado? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF)

Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Dónde: _____

Cuándo: _____

2. ¿Alguna persona fue declarada culpable de proporcionar información falsa sobre dónde vive y quién es para obtener múltiples beneficios de cupones para alimentos en más de un área después del 8/22/1996? (Solo para cupones para alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Dónde: _____

Cuándo: _____

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a un trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo Sí No a menos de 30 horas por semana dentro de los 30 días posteriores



División de

Solicitud de

a la fecha de la solicitud? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF)

Si la respuesta es sí, ¿quién renunció? _____

_____ ¿Por qué

el/ella renunció? _____

4. ¿Alguna persona está embarazada? (Esta pregunta no se aplica a los solicitantes de cupones para 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/interrupción?

_____; ¿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, ¿alguna persona tiene facturas médicas pendientes de pago en los últimos 3 meses

Sí No

6. ¿Alguna persona está descalificada del programade cupones para alimentos (SNAP) o del programa TANF? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

Si la respuesta es sí:

a. Quién: _____

b. Dónde: _____

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

8. Si la respuesta es sí, quién:

9. ¿Alguna persona está infringiendo las condiciones de la



Solicitud de

libertad condicional o libertad bajo palabra? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

Si la respuesta es sí, quién:

10. ¿Alguna persona tiene una condena por un delito grave debido a un comportamiento relacionado con la posesión, el uso o la distribución de una sustancia de drogas controlada (es decir, un criminal relacionado a drogas) después del 8/22/1996 (Solo para los cupones para alimentos(SNAP) y TANF) o por 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 cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito relacionado a drogas? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP) y



TANF) Sí No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad vigilada relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito relacionado a drogas? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

c. ¿Ha cumplido correctamente todos **los términos de la libertad condicional o vigilada** relacionados con cualquier condena relacionada a drogas? (Solo para cupones para alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

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

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____



12. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido declarado culpable de comprar o vender beneficios de cupones para alimentos (SNAP) por más de \$500 después del 8/22/1996? (Solo para Cupones para Alimentos (SNAP))

Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____

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

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____



14. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido declarado culpable como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños/as, 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 delito después del 2/7/2014? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí, complete la sección a continuación:

Quién: _____

Cuándo: _____

- a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones para Alimentos (SNAP)) Sí No
- b. ¿Cumple con los términos de la libertad vigilada relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones para Alimentos (SNAP)) Sí No
- c. ¿Ha cumplido correctamente **todos** los términos de la libertad



condicional o vigilada relacionados con cualquier condena relacionada a un delito grave?

(Cupones para Alimentos(SNAP))

Sí No

15. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar recibió ganancias de la lotería o juegos de azar? Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____

Monto recibido _____

16. ¿Alguna persona ha utilizado fondos de TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/piercings y salones de spa/masajes?



División de

Solicitud de

(Solo para TANF) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____

17. ¿Alguna de las personas que están realizando la solicitud de beneficios recibe actualmente una pensión alimenticia? Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Monto mensual recibido: _____

Fecha en que finalizó o se modificó por última vez el acuerdo de pensión alimenticia: _____

Infórmenos sobre los ingresos de el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

¿Usted o alguna de las personas por la cual realiza la solicitud



División de

Solicitud de

recibe algún tipo de ingresos como: salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, jubilación del seguro social/empleados ferroviarios, otras pensiones por discapacidad, por desempleo, o cualquier otro ingreso? Para los cupones para alimentos (SNAP) y TANF, también indique los ingresos como: Ingresos VA, manutención infantil, dinero de otras personas o compensación laboral. Si la respuesta es sí, complete el recuadro a continuación.

Miembro de la unidad familiar con ingresos	Tipo de ingreso	Nombre del empleador /Fuente del ingreso	Monto mensual (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia lo recibe (mensual, cada dos semanas, semanal)	Paga por hora	Horas por semana	FECHA (S) DE PAGO

Si trabaja por cuenta propia, indique el monto de sus gastos comerciales mensuales: \$ _____

Infórmenos sobre los recursos de el/la solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar. Para los/as solicitantes de TANF, enumere todos los recursos de todos los miembros de la unidad familiar y los/as solicitantes de



División de

Solicitud de

Medicaid que son personas mayores (65 años o más), ciegas o discapacitadas (discapacidad permanente que le impide trabajar)

¿Usted o alguien para quien está realizando la solicitud posee algún recurso? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la información a continuación (Marque todos los recursos (bienes) que posee usted, su cónyuge, sus dependientes o los que posee de manera conjunta con otra persona. (Adjunte hojas adicionales si es necesario).

- | | | |
|--------------------------|---|----------------------------|
| Cuentas corriente | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Planes funerarios/Artículo |
| funerario prepago | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| Cuentas de ahorro | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Terrenos o contratos |
| funerarios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| Bonos del gobierno | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Acciones y |
| | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | |
| bonos Fondos fiduciarios | <input type="radio"/> Sí <input type="radio"/> No | Otros |

(IRA, CD, etc.)



División de

Solicitud de

Sí No

¿Propiedad real/propiedad residencial?

Sí No



División de

Solicitud de

¿Usted o su cónyuge han cedido bienes por menos de su valor?

Sí No

Si respondió afirmativamente a alguna de estas preguntas, describalas a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con recursos	Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.

¿Usted o su cónyuge son propietarios de un vehículo? Si la respuesta es sí, describa a continuación. Sí No

Miembro de la unidad familiar	Marca del vehículo	Modelo	Año	Monto adeudado

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?

Sí No

Si la respuesta es **sí**, complete la siguiente información.



División de

Solicitud de

Propietario/a de	Compañía de	Número de	Valor nominal	Valor

Infórmenos sobre los gastos de el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar (Opcional para lo/as solicitantes de Medicaid)

¿Paga por el cuidado de un niño/a dependiente o un/a adulto/a discapacitado/a miembro de la unidad familiar?

Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro a continuación.

Persona que requiere el cuidado	Persona que paga por el cuidado	Motivo del cuidado	Nombre/n úmero del proveedor	Monto pagado al proveedor	Con qué frecuencia se le paga

¿Paga gastos de transporte para un/a niño/a dependiente o un/a adulto/a discapacitado/a miembro de la unidad familiar? Sí

No

¿Estos gastos están incluidos en los gastos del cuidado de dependientes? Sí No

Si la respuesta es no, responda esta pregunta: **Total de millas**



División de

Solicitud de

recorridas semanalmente : _____

¿Alguien de la unidad familiar paga la manutención infantil a alguna persona que vive fuera del hogar? Sí No

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

Miembro de la unidad familiar obligado/a a pagar	Nombre de el/la niño/a para quien se paga la manutención	Monto obligado a pagar	Monto pagado real	¿A quién se le paga la manutención infantil?

Cuéntenos más sobre los gastos de el/la solicitante y todos los miembros de la unidad familiar (Opcional para lo/as solicitantes de Medicaid)

¿Alguna persona de 60 años de edad o más, o alguna persona discapacitada tiene gastos médicos? Sí No

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



División de

Solicitud de

Miembro de la unidad familiar que tiene gastos	Tipo de gasto (visitas al médico, visitas al hospital, medicamentos recetados, Medicare o primas del seguro médico, anteojos)	Monto adeudado	¿Lo sigue adeudando? Sí/No	Fecha en que se pagó	¿Lo pagaré al seguro? Sí/No

¿Alguna persona de 60 años de edad o más, o alguna persona discapacitada tiene gastos médicos de transporte?

Sí No

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

Motivo del traslado (visita al médico o al hospital, recogida en farmacias)	Total de millas	Costo del taxi, autobús, hospedaje:

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar tiene gastos de vivienda y servicios públicos? Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro a continuación.



División de

Solicitud de

Gasto	Monto	¿Con qué	¿Quién lo paga?
Alquiler/Hipoteca			
Impuestos inmobiliarios			
Seguro de la propiedad			
Electricidad			
Gas			
Recolección de basura			
Teléfono			
Otro			

¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguna persona del hogar? Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

Comentarios/Documentación _____

A quién se le paga_Monto pagado \$__cada _____

Nombre del arrendador _____

Dirección del arrendador: _____

¿Alguien más paga cualquiera de estas facturas del hogar por usted? Sí No Si la respuesta es sí, complete el recuadro a continuación:

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



Complete la siguiente información si realiza una solicitud para Medicaid.

Información de las personas que declaran impuestos

1. ¿Alguna persona en la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos EL PRÓXIMO AÑO? Sí No

si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Enumere a cada persona que planea presentar) _____

2. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos indicadas presentará de manera conjunta con un/a cónyuge? Sí No
Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de el/la cónyuge:

3. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?

Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el(los) nombre(s) de los dependientes



4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona? Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de la persona que declara impuestos y del dependiente: (Persona que declara impuestos)

(Dependiente)

¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y la persona que declara impuestos?

Deducciones: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y cada cuánto lo paga.

Pensión pagada \$_____ ¿Con qué frecuencia?

Interés del préstamo estudiantil \$_____ ¿Con qué frecuencia?

Otras deducciones \$_____ ¿Con qué

frecuencia? _____ Tipo: _____



Otras coberturas de salud

1. ¿Alguna persona tiene otro seguro médico que cubra a alguien en su unidad familiar? Sí No

Si respondió afirmativamente a la pregunta 4 anterior, complete la siguiente información y el Anexo A:

Nombre del titular de la póliza	Nombre de la compañía de seguro médico, dirección y número de teléfono	Tipo de cobertura (Hospitalaria, complemento de Medicare, medicamentos, médica importante)	Nombre de las personas cubiertas	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza

2. ¿A alguien indicado en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre/madre o cónyuge.

Sí No Si la respuesta es **sí**, debe completar el Anexo A.

¿Es un plan de beneficios para empleados del estado?

Sí No

3. ¿Usted o alguna persona indicada en esta solicitud perdió alguna cobertura de salud en los últimos 2 meses?

a. Sí Si la respuesta es **sí**, ¿por qué se perdió? ____

b. No



División de

Solicitud de

4. ¿Alguna persona estaba en un hogar de acogida a los 18 años y solicita Medicaid? Sí No

5. ¿Alguna persona de su unidad familiar es indio-americana o nativa de Alaska? Sí No

Si la respuesta es sí, complete el Anexo B.

Si alguna persona es anciana (65 años o más), ciega o discapacitada (impedimento permanente por el cual no puede trabajar), responda las siguientes preguntas. (Opcional)

1. ¿Alguna de las personas que solicitan una cobertura de salud es ciega o discapacitada?

Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre

2. ¿Usted o su cónyuge reciben cobertura de Medicare actualmente?

Sí No **Si la respuesta es sí**, indique el nombre _____

3. ¿Está solicitando Medicaid para cubrir facturas médicas



División de

Solicitud de

pendientes de pago de los tres meses anteriores a una



solicitud de la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés)?

Sí No Si la respuesta es sí, fecha de la solicitud de SSI:

4. ¿Está realizando una solicitud para alguien que falleció y tiene facturas médicas pendientes de pago de los últimos tres (3) meses?

Sí No

5. ¿Está solicitando Medicaid para ayudar a pagar por el cuidado de una persona que está en un hogar de cuidados?

Sí No

6. ¿Está solicitando Medicaid para una persona mayor de 18 años cuyo cheque de la SSI se detuvo?

Sí No

7. ¿Está solicitando Medicaid para ayudar a pagar los servicios de exención basados en la comunidad como los Servicios de Atención Comunitaria, NOW/COMP, Cuidados Paliativos, Exención de Atención Independiente, o la Exención de Consideración (Katie Beckett)?

Sí No



Solicitud de

Sanciones del Programa de Cupones para Alimentos (SNAP)

Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar información falsa a sabiendas.

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No use Cupones para Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona use su tarjeta.
- No use Cupones para 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 para Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT por artículos ilegales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja cualquiera de las reglas de Cupones para Alimentos (SNAP) a propósito puede ser excluido del Programa de Cupones para



División de

Solicitud de

Alimentos por un año o de forma permanente, con una multa



División de



Solicitud de

de hasta \$250,000, prisión por hasta 20 años o ambas.

También puede estar sujeto/a a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede excluir del Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) por 18 meses adicionales si el tribunal lo ordena.

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir Cupones para Alimentos (SNAP) 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 para 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 no serán elegibles permanentemente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) desde la primera contravención 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 no serán elegibles permanentemente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) desde la primera contravención 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 (quién es) o lugar de residencia (dónde vive) para recibir múltiples beneficios de Cupones



para Alimentos (SNAP), usted o ese miembro de la unidad familiar no serán elegibles para participar en el Programa de Cupones para Alimentos (SNAP) por un período de 10 años.

Sanciones del Programa TANF

En el programa TANF, una IPV (Contravención intencional al programa) es una acción intencional realizada por una persona para establecer o mantener la elegibilidad de una unidad de asistencia (AU, en inglés), o para aumentar o prevenir un descenso en los beneficios de la AU, al proporcionar información falsa o engañosa, o al retener información.

- Cualquier miembro de la unidad familiar que esconde información y no informa cambios a tiempo o no dice la verdad perderá los beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. El uso indebido de los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de DÉBITO TANF para retirar efectivo o



División de

Solicitud de

realizar



División de

Solicitud de

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 para juegos, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/piercings y salones de spa/masajes está estrictamente prohibido y resultará en la pérdida de los beneficios de la asistencia TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.

- Si un tribunal de justicia descubre que usted o algún miembro de su unidad familiar oculta información o no informa los cambios a tiempo o no dice la verdad y es declarado culpable, es posible que no reciba la asistencia TANF durante 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier



División de

Solicitud de

miembro de su unidad familiar culpable de dar información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado, se le excluirá del programa por 10 años.

- Si un tribunal lo condenó por un cargo relacionado con drogas, sustancias controladas o un delito grave violento el 1/1/1997 o después, usted o ese miembro de la unidad familiar no serán elegibles o serán descalificados de manera permanente.



División de

Solicitud de

Para todos/as los/as solicitantes de cupones de alimentos (SNAP), TANF, y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que el DHS-DFCS, el DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener de empleadores pasados o actuales. 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 para Alimentos (SNAP), Medicaid o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, el monto bruto de \$3750 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré sobre 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



División de

Solicitud de

incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto/a a un proceso penal o ser descalificado/a de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta a conciencia. Entiendo que puedo ser procesado/a si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante mi solicitud o el proceso de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de SNAP.

Firma de el/la solicitante

Fecha

Firma de el/la representante autorizado/a

Fecha



División de

Solicitud de

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



División de



Solicitud de

registrarse o negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad para 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/a 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.



(Guarde estos documentos para su información)

¿Qué significan las palabras utilizadas en esta solicitud?

Este recuadro explica las palabras que hemos utilizado en esta solicitud.

Solicitante	Una persona que elige solicitar o recibir asistencia pública o beneficios.
Unidad de asistencia (AU)	Una unidad de asistencia incluye a las personas <i>elegibles</i> que viven juntas y reciben asistencia pública/beneficios.
Cuidador/a	Un padre/madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe asistencia TANF con niños/as bajo su cuidado.
Descalificación	La acción que se toma para retirar a una persona de un caso de Cupones para Alimentos (SNAP) o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	El sistema utilizado en Georgia para pagar beneficios a las personas que son elegibles para recibir Cupones para Alimentos (SNAP). A las personas que reciben asistencia se les envía una tarjeta de débito de EBT, la cual se utiliza para acceder a sus cuentas de Cupones para Alimentos (SNAP).



División de

Solicitud de

Comunicación electrónica

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 en www.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones.

Tarjeta de débito EPPI Card MasterCard

El estado de Georgia ha implementado una cómoda opción de pago "electrónico" para los beneficiarios de TANF llamada tarjeta de débito EPPI Card MasterCard. En esta opción de pago, el dinero se deposita en la cuenta del destinatario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en fin de semana o feriado, los beneficios estarán disponibles el último día hábil del mes anterior. El destinatario tiene acceso inmediato a sus fondos ya que los fondos se cargan electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.

Pariente beneficiario

Un padre/madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe asistencia TANF en su nombre en nombre de los/as niño/as.

Ingreso bruto

El ingreso total de una persona antes de que se tengan en cuenta los impuestos u otras deducciones.

Miembros de la unidad familiar

Las personas que viven en su hogar. Para los propósitos de los Cupones para alimentos (SNAP), las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas de manera conjunta.

Ingresos

Los pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, pensión por discapacidad, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otra forma de dinero recibido.



División de

Solicitud de

Ley de desgravación fiscal para la clase media de 2012

Esta Ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o las tarjetas de débito TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, instalaciones de entretenimiento para adultos, salas de póquer, bonos de fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos para juegos, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/piercings y salones de spa/masajes. El uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito TANF en estos negocios constituirá una contravención intencional del programa (fraude) por parte del destinatario.

Trabajadores agrícolas migratorios

Las personas que son trabajadoras agrícolas de temporada y que se mudan de una base a otra para trabajar o buscar trabajo agrícola.

Personas no solicitantes

Una persona que NO solicita ni recibe asistencia pública/beneficios. Las personas no solicitantes no están obligadas a proporcionar un SSN, la ciudadanía, o el estado migratorio.



División de

Solicitud de



División de

Solicitud de

Extranjero/inmigrante calificado

Un *extranjero/inmigrante calificado* es una persona que reside legalmente en los EE.UU. que entra en una de las siguientes categorías:

- una persona *legalmente admitida para la residencia permanente* (LPR, en inglés) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, en inglés);
- Personas inmigrantes americanas-asiáticas 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;
- *Personas refugiadas*, admitidas conforme a la sección 207 de la INA;
- Una persona en libertad condicional en los EE.UU. conforme a la sección 212 (d)(5) de la INA durante al menos un año;
- Una persona cuya deportación está siendo retenida 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, en su versión 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;
- Personas inmigrantes cubanas o haitianas como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980;
- *Víctimas de la trata de personas* conforme a la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de la Trata de 2000;
- Personas inmigrantes maltratadas que cumplan con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, en su versión enmendada;
- *Personas inmigrantes afganas o iraquíes* a las que se les otorgó estatus de persona inmigrante especial bajo la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas);
- Personas indio-americanas nacidas en Canadá que viven en los EE.UU. conforme a la sección 289 de la INA o no ciudadanas de una tribu india reconocida federalmente conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Autodeterminación y Asistencia Educativa Indígena y;
- Miembros tribales hmong o laosianos de las tierras altas que brindaron asistencia al personal de EE.UU. participando en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975).

Solo para las solicitudes de Asistencia Médica, el Pacto de Asociación Libre



División de

Solicitud de

Recursos	Efectivo, propiedades, o bienes como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos, y seguro de vida.
Trabajadores agrícolas de temporada	Personas que trabajan en ciertos momentos del año al plantar, recolectar, o empacar la producción. Se les contrata de manera temporal cuando un empleo requiere más trabajadores de los que la granja emplea de manera regular.
Traficar en el Programa de Cupones para Alimentos/SNAP	<i>Traficar</i> beneficios de SNAP significa: (1) Comprar, vender, robar o intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas EBT, números de tarjeta y números de PIN o mediante un cupón manual y la firma, a cambio de EFECTIVO o una contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea de manera directa, indirecta o en complicidad o colusión con otras personas, o actuando por cuenta propia; (2) El intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) Comprar un producto con beneficios de SNAP que tiene un contenedor que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener efectivo al desechar el producto y devolver el contenedor por el monto del depósito, descartar intencionalmente el producto y devolver intencionalmente el contenedor por el monto del depósito; (4) Comprar un producto con beneficios de SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles mediante la reventa del producto y, posteriormente, revender intencionalmente el producto comprado con beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (5) comprar intencionalmente productos adquiridos originalmente con los beneficios de SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (6) Intentar comprar, vender, robar o de otro modo afectar un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjetas y números de identificación personal (PIN), o mediante cupones y firmas manuales, por dinero en efectivo o una contraprestación distinta de los alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o colusión con otras personas, o actuando por cuenta propia.

Para todos/as los/as solicitantes de Medicaid:

Para informar sospechas de fraude de Medicaid en beneficiarios o



División de

Solicitud de

proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al (404) 463-7590 (local) o al (800) 533- 0686 (línea gratuita); por correo electrónico a oiganonymous@dch.ga.gov; por correo al Departamento de Salud Comunitaria, Sección OIG PI, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; o ingrese a <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

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 brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera resultar en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o en cargas financieras y administrativas excesivas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su administrador/a del caso o llamar al DFCS al (404) 657-3433 o al DCH al (678) 248-7449 para realizar su solicitud. También puede hacer su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de 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 DCH ADA en la oficina del equipo de DCH Katie Becket o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.

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 lenguaje de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede realizar un reclamo oralmente o por escrito al comunicarse con su administrador/a del caso, su oficina del DFCS local, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del equipo KB TEAM ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, o en PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449.

Puede pedirle a su administrador/a 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 o con problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un

operador se comuniquen con nosotros.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU. se encuentra dentro de la “Declaración conjunta de no discriminación USDA-HHS” 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 estén exentas de discriminación ilegal.*

Conforme a la política del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otros reclamos por discriminación comunicándose con la oficina de DFCS local , o los Derechos Civiles de DFCS, Coordinador de ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, (404) 657-3735. En caso de reclamos que aleguen discriminación sobre la base de un dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de dominio limitado

del inglés y discapacidad sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, Ste. 29-103, Atlanta, GA 30303, o llame al (404) 657-5244.

Conforme a la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés), los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios en función de su raza, edad, sexo, , discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Formulario 297 (Rev.12/2021)

19

Declaración de no discriminación

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, credo

religioso, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad realizada o financiada por el USDA.

Las personas con discapacidades que requieren medios de comunicación alternativos para obtener información del programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, Lengua de señas estadounidense, etc.) deben comunicarse con la Agencia (Estatadounidense, etc.) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, la información del programa estará disponible en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo por discriminación en el programa, complete el [Formulario de reclamo por discriminación en el programa de USDA](#), (AD-3027), disponible en: <https://www.usda.gov/oascr/how-to-file-a-program-discrimination-complaint>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA y proporcione en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Presente el formulario o la carta completa al USDA mediante:

1. correo: El Departamento de Agricultura de EE. UU.
Oficina del Subsecretario de Derechos Civiles
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 asuntos del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), las personas deben comunicarse a la línea directa de SNAP USDA al (800) 221-5689, disponible también en español, o [llamar al número de teléfono de información o línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para ver un listado de los números de línea directa por Estado); disponible en línea en:

http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar un reclamo por discriminación con respecto a un programa que recibe asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y de Servicios Humanos (HHS, en inglés) de

EE. UU., escriba a: HHS Director, Office for Civil Rights (Director de HHS, Oficina de Derechos Civiles), Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (llamada de voz) o (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución brinda igualdad de oportunidades.

Formulario 297 (Rev.12/2021)