

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**Formulario de renovación de los CUPONES PARA ALIMENTOS**  
**(SNAP)/MEDICAID/ASISTENCIA TEMPORAL PARA FAMILIAS**  
**(TANF)**

**Si necesita asistencia para leer o completar este documento o necesita asistencia para comunicarse con nosotros, solicítela o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene una discapacidad auditiva, es sordo y ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (Retransmisión de Georgia).**

**Solo para uso de la oficina:** Fecha recibido Nro. de carga Nro. de identificación del cliente Fecha en que se inicia Programas iniciados

Si está volviendo a presentar una solicitud para los cupones para alimentos (SNAP) o si está renovando sus beneficios del programa TANF o Medicaid, puede presentar este formulario de renovación/solicitud con solo su nombre, dirección y firma. **Sin embargo, nos ayudará a procesar su solicitud, recertificación/renovación más rápidamente si completa todo el formulario y proporciona la verificación de la información,**

**si se solicita.** Puede utilizar este formulario para presentar una renovación/solicitud conjunta para los cupones para alimentos (SNAP)/Medicaid o el programa TANF o solo para el programa de los cupones para alimentos (SNAP) (FS). No se suspenderá la renovación de los cupones para alimentos (SNAP) solamente por considerar que su renovación/solicitud para otro programa fue rechazado/suspendido. Realizaremos una determinación de elegibilidad separada para la renovación de los cupones para alimentos (SNAP).

***Escriba en letra imprenta el nombre y la dirección de la persona que está volviendo a solicitar los beneficios en este espacio:***

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de seguro social:
Dirección:		
Dirección postal:		
Número de teléfono principal:	Otro número de contacto:	Dirección de correo electrónico: (Opcional)
Comunicación por correo electrónico: Sí_____o No_____(opcional)	Mensajes de texto: Sí__o No__(opcional)	
¿Qué idioma prefiere?	Si se necesita una entrevista, ¿necesitará un intérprete?	Sí_____o No

**Ley para Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud para adaptaciones razonables y asistencia para comunicarse (si corresponde):**

**¿Tiene alguna discapacidad que requiere que haya modificaciones razonables o asistencia para comunicarse?**

**Sí \_\_\_ No \_\_\_ (En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que está solicitando):**

Intérprete de lengua de señas\_\_\_; Teletipo\_\_\_; Letra grande\_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico)\_\_\_; Braille\_\_\_; Retransmisión de video \_\_\_; Intérprete de habla complementada\_\_\_; Intérprete oral\_\_\_; Intérprete táctil\_\_\_; Recordatorios de las fechas límites del programa por llamadas telefónicas\_\_\_; Firma por teléfono (si corresponde)\_\_\_; Entrevista presencial (visita domiciliaria)\_\_\_; Otro:\_\_\_\_\_

**¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una vez o de manera continua? De ser posible, explique brevemente cuándo y hace cuánto usted necesita esta adaptación o asistencia.**

Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender que la(s) persona(s) para quien estoy presentando la solicitud de los beneficios es(son) ciudadana(s) estadounidense(s) o no es(son) ciudadana(s) 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. Comprendo y estoy de acuerdo con que la DFCS del DHS, el DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener la información de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre los salarios y mi participación en las actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación según los requisitos del programa de Cupones para Alimentos (SNAP)/Medicaid o TANF. También informaré si alguien de mi unidad familiar recibe ganancias de la lotería o de apuestas, un monto bruto de \$3750 o más (antes de los impuestos o demás montos retenidos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días a partir del fin del mes en que mi unidad familiar recibe las ganancias. Comprendo que, si alguna parte

de la información es incorrecta, es posible que se reduzcan o

rechacen mis beneficios y puedo estar sujeto/a a acciones penales o descalificación de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta deliberadamente. Comprendo que me pueden procesar si proporciono información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a la DFCS algunos de mis gastos durante el proceso de solicitud o renovación o no los verifico, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

Firma:

Fecha:

---

Firma del testigo si lo firma "X"

Fecha:

---

## **Representante autorizado:**

Complete esta sección solo si usted desea que alguien rellene su solicitud/renovación, que realice la entrevista para los Cupones para Alimentos (SNAP) o la TANF o que utilice su tarjeta EBT para los Cupones para Alimentos (SNAP) para comprar alimentos cuando usted no pueda ir a la tienda. Si está presentando la solicitud para Medicaid, puede elegir que más de una persona solicite la Asistencia Médica en su nombre.

### **Nombre 1:**

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad:

\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional) Dirección de correo electrónico: (opcional) \_\_\_\_\_

Idioma que prefiere: \_\_\_\_\_

¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

**Nombre 2:**

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apto.: \_\_\_\_\_

Ciudad:

\_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional) Dirección de correo electrónico: (opcional) \_\_\_\_\_

Idioma que prefiere: \_\_\_\_\_



¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_\_\_ o No \_\_\_\_\_

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

### **Ley para Estadounidenses con Discapacidades:**

**Solicitud para modificaciones razonables y asistencia para comunicarse para los representantes autorizados (si corresponde):**

**¿El representante autorizado tiene alguna discapacidad que requiere que haya modificaciones razonables o asistencia para comunicarse? Sí No (En caso**

**\_\_\_\_\_ afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que está solicitando):**

Intérprete de lengua de señas \_\_\_\_\_; Teletipo \_\_\_\_\_; Letra grande \_\_\_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_\_\_; Braille \_\_\_\_\_; Retransmisión de video \_\_\_\_\_; Intérprete de habla complementada \_\_\_\_\_; Intérprete oral \_\_\_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_\_\_; Recordatorios de las fechas límites del programa por llamadas telefónicas \_\_\_\_\_; Firma por teléfono (si corresponde) \_\_\_\_\_; Entrevista presencial (visita domiciliaria) \_\_\_\_\_; Otro: \_\_\_\_\_

**¿El representante autorizado necesita esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una vez o de manera continua\_\_\_\_\_? De ser posible, explique brevemente cuándo y hace cuánto usted necesita esta adaptación o asistencia. \_\_\_\_\_**

### **SOLO PARA MEDICAID:**

**¿Presentará una declaración de impuestos federales sobre los ingresos el PRÓXIMO AÑO?** (Puede solicitar de todas formas el seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre los ingresos).

**SÍ En caso afirmativo, responda las preguntas a, b y c.**

**NO En caso negativo, responda la pregunta c.**

a. ¿Presentará una declaración conjunta con un cónyuge?  Sí

No En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a alguna persona dependiente en la declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, escriba el(los) nombre(s) de las personas dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Se reclamará a alguien como una persona dependiente en

la declaración de alguien más?  Sí  No

En caso afirmativo, escriba el nombre de quien presenta la declaración de impuestos y de las personas dependientes:

---

¿Cuál es la relación entre la persona dependiente y quien presenta la declaración de impuestos?

---

**Si necesita asistencia para leer o completar este documento o necesita asistencia para comunicarse con nosotros, solicítela o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene una discapacidad auditiva, es sordo y ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (Retransmisión de Georgia).**

## **SERVICIOS DE EXTENSIÓN COMUNITARIA**

Para obtener más información sobre los otros servicios del DHS, visite nuestra página web en [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) o llame al (877) 423-4746.

**Responda todas las preguntas y proporcione pruebas de todos los ingresos y de cualquier gasto según se solicite.**

## **ESTADO MIGRATORIO Y DE CIUDADANÍA Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:**

**Rellene el siguiente cuadro sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. [Las siguientes leyes y](#)**

**[reglamentos: La Ley de Alimentación 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 a la DFCS a solicitarles a usted y a los miembros de la unidad familiar el\(los\) número\(s\) de seguro social. Cualquier persona](#)**

que

viva en su hogar y no esté solicitando los beneficios puede tratarse como no solicitante. Los no solicitantes no tienen que brindarnos información sobre su número de seguro social, ciudadanía o condición migratoria y no son elegibles para los beneficios. Es posible que los otros miembros del hogar puedan recibir los beneficios si son elegibles de otra manera. Si desea que nosotros decidamos si algún miembro del hogar es elegible para los beneficios, aun así, necesitará brindarnos información sobre el estado migratorio o de ciudadanía y necesitará brindarnos el número de seguro social (SSN, por las siglas en inglés). Aun así, necesitará brindarnos información sobre los ingresos y recursos de ellos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No denunciaremos a ningún miembro del hogar no solicitante al sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, por las siglas en inglés) del Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por las siglas en inglés) si no proporcionan su estado migratorio o de ciudadanía. Sin embargo, si se ha presentado la información del estado migratorio en su solicitud, esta información puede estar sujeta a la verificación por medio del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. Revisaremos la información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y su elegibilidad.

También se puede proporcionar esta información para que los

oficiales de la policía la utilicen para atrapar a personas prófugas de la ley. Si su unidad familiar tiene una reclamación de los cupones para alimentos (SNAP), la información de esta solicitud, incluido el SSN, puede proporcionarse a las agencias federales o estatales y a agencias privadas de recolección de reclamaciones para que la utilicen al recolectar la reclamación. No rechazaremos los beneficios a los miembros solicitantes de la unidad familiar porque los otros miembros de la unidad familiar no proporcionan su SSN o estado migratorio o de ciudadanía. Si está solicitando solo servicios médicos de emergencia, no tiene que proporcionar su SSN ni información sobre su estado migratorio.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Etnia ¿hispana o latina? (opcional)	Raza (opcional)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Número de seguro social (solo solicitantes)	¿Es usted un ciudadano estadounidense, un inmigrante calificado o se encuentra en un estado migratorio satisfactorio?	¿La madre de este hijo vive en el hogar? Sí/No	¿El padre de este hijo vive en el hogar? Sí/No	¿Desea tener Medicaid? Sí/No
			Sí/No				Propio		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 (selecciones todas las que correspondan):  
**AI** – Indoamericano 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/etnia, nos estará ayudando a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. No es necesario que su unidad familiar nos proporcione esta información y esto no afectará su elegibilidad o nivel del beneficio. Sin embargo, si no proporciona esta información, se llevará a cabo una identificación visual de la raza y etnia durante la primera entrevista presencial.



**Solo para Medicaid:**

¿Alguien de su unidad familiar estuvo en el régimen de acogida a los 18 años de edad?  Sí  No

Si tiene personas dependientes que no viven en el hogar con usted, inclúyalas a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de seguro social

\_\_\_\_\_ Sexo: M F (marque una opción)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudadanía:

\_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ (agregue páginas adicionales según sea necesario)

**Solo para el programa de Cupones para Alimentos (SNAP) -  
DESCALIFICACIONES:**

(1) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado de proporcionar información falsa sobre dónde vive y quién es para recibir múltiples beneficios de los cupones para alimentos en más de un área luego del 8/22/1996?  Sí  No

En caso afirmativo, Quién: \_\_\_\_\_ Dónde:

\_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

(2) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar tiene una condena por delitos graves por conductas relacionadas con la posesión, consumo o distribución de una sustancia controlada luego del 8/22/1996?  Sí  No

En caso afirmativo, Quién \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

Fecha del delito: \_\_\_\_\_ Fecha de la condena: \_\_\_\_\_

¿Esta persona es un delincuente sin antecedentes penales?

Sí  No

a) ¿Usted cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por delito de drogas? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

b) ¿Usted cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por delito de drogas? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de la libertad condicional o la libertad bajo palabra relacionados con cualquier condena por drogas? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

(3) ¿Alguien huye para evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave?  Sí  No

En caso afirmativo, quién \_\_\_\_\_

(4) ¿Alguien está violando las condiciones de la libertad condicional o la libertad bajo palabra?  Sí  No

En caso afirmativo, quién \_\_\_\_\_

(5) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por intercambiar los beneficios del SNAP por drogas luego del 8/22/1996?  Sí  No

En caso afirmativo, quién \_\_\_\_\_;

cuándo: \_\_\_\_\_

(6) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por comprar o vender los beneficios del SNAP de más de \$500 luego del 8/22/1996?  Sí  No

En caso afirmativo, quién \_\_\_\_\_;

cuándo: \_\_\_\_\_

(7) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por intercambiar los beneficios del SNAP por armas, munición o explosivos luego del 8/22/1996?  Sí  No

En caso afirmativo, quién; cuándo: \_\_\_\_\_

(8) ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y demás abusos infantiles, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual o un delito conforme a la ley estatal que el procurador general determinó que era sustancialmente similar a dicho delito, luego del 2/7/2014?

(Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

En caso afirmativo, complete la siguiente sección:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

a) ¿Usted cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  
 Sí  No

b) ¿Usted cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con cualquier sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave?  
(Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de la libertad

condicional o la libertad bajo palabra relacionados con cualquier condena por un delito grave?

(Solo para los cupones para alimentos (SNAP))  Sí  No

(9) ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar recibió ganancias de la lotería o de apuestas?  Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

Monto recibido: \_\_\_\_\_

### **Solo para el programa TANF - DESCALIFICACIONES**

(1) ¿Alguien ha sido condenado por un delito violento?

Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

(2) ¿Alguien ha sido condenado en enero de 1997 o posteriormente por tergiversar su residencia para recibir los beneficios de la TANF en varios estados?  Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

(3) ¿Alguien ha sido condenado por utilizar la asistencia en efectivo de la TANF o la tarjeta de débito MasterCard la TANF en alguno de estos lugares prohibidos: tiendas de bebidas alcohólicas, perforaciones, 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/perforaciones y salones de spa/masajes.  Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

### **Solo para los cupones para alimentos (SNAP) y el programa TANF:**

**Alumnos de educación superior: ¿Alguien de su unidad familiar está inscrito, al menos, a tiempo parcial en una escuela universitaria, universidad o escuela de formación profesional o técnica?**  Sí  No En caso afirmativo, quién: \_\_\_

Nombre de la institución: \_\_\_\_\_ Grado/Condición \_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_ ¿El alumno está empleado?

Sí  No ¿Inscrito en estudio y trabajo?  Sí  No

En caso afirmativo, cantidad de horas que trabaja por semana (También complete la siguiente sección del empleo).

### **Solo para Medicaid y el programa TANF:**

**¿Alguien de su unidad familiar está embarazada?**  Sí  No

En caso afirmativo, ¿cuál es la fecha de parto esperada? \_\_\_\_\_;  
¿y cuántos bebés esperan? \_\_\_\_\_

En caso negativo, ¿alguien de su unidad familiar dio a luz o se interrumpió un embarazo dentro de los últimos 12 meses?  Sí

No En caso afirmativo, ¿cuál fue la fecha del parto/de la interrupción? \_\_\_\_\_; ¿y cuántos bebés se dieron a luz/se esperaban? \_\_\_\_\_

Nombre de la mujer embarazada: \_\_\_\_\_ Nombre  
\_\_\_\_\_ del  
padre del bebé nonato: \_\_\_\_\_

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

## **MÉDICO:**

### **Solo para Medicaid:**

¿Alguien de su unidad familiar tiene alguna factura médica sin pagar?  Sí  No

**En caso afirmativo, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.**

### **Solo para los cupones para alimentos (SNAP):**

**¿Alguien de 60 años o más o alguna persona discapacitada**

tiene gastos médicos?  Sí  No



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

**En caso afirmativo, enumere los gastos en el siguiente cuadro: Adjunte las facturas, los medicamentos recetados correspondientes al (a los) mese(s) más reciente(s).**

Miembro de la unidad familiar que tiene una factura	Tipo de gasto (médico, hospital, receta)	Monto que de adeuda	Fecha de la factura	¿El seguro lo paga? Sí/No

¿Alguien de 60 años o más o alguna persona discapacitada tiene gastos médicos de transporte?  Sí  No

**En caso afirmativo, complete la siguiente sección. Si recibe Medicaid, proporcione pruebas:**

Propósito del viaje (visita al médico o al hospital, recolección en la farmacia)	Total de millas que se condujeron:	Costo del taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:
--	------------------------------------	---

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

En caso afirmativo, proporcione la siguiente información:

¿Que gasto se pagó?	¿Quién paga ese gasto?
¿A quién le paga las facturas esta persona?	Dirección:

## Solo para Medicaid

### OTRA COBERTURA MÉDICA

**¿Alguien se encuentra inscrito ahora en el seguro médico de las siguientes opciones?**

- Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Georgia ▪ PeachCare para Niños® ▪ Medicare
- Programas de Atención Médica para Veteranos ▪ TRICARE (No marque esta opción si tiene atención directa o Line of Duty)
- Seguro del empleador: Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_
- Otro: Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro seguro médico **además de Medicaid**?  Sí  No

**En caso afirmativo, envíenos una copia de su tarjeta del seguro.**

## RECURSOS:

**(No es necesario para el Medicaid MAGI): ¿Alguna persona de su unidad familiar tiene alguno de los siguientes recursos?  Sí  No (En caso afirmativo, proporcione la siguiente información). Si recibe Medicaid para las personas de la ancianas, ciegas o discapacitadas (además de los Planes de Ahorros de Medicare como solo QMB, SLMB o QI-1) proporcione pruebas.**

Tipo de recurso	Propietario	Número de cuenta/de póliza (No complete esta sección si su número de cuenta/póliza es igual que su SSN)	Valor	Nombre del banco, compañía de seguro, etc.
Efectivo				
De cheques/De ahorros				
Cooperativa de crédito				
Anualidades				
Acciones o bonos				
Caja fuerte				
Cuenta de jubilación (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				

Vehículos (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Certificados de depósito/A anualidades (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Planes para el funeral prepagados (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Parcela en el cementerio (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Fondos fiduciarios (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Propiedad que no es el hogar (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Propiedad que es el hogar (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Seguro de vida (Solo para el Medicaid no MAGI/TANF)				
Otro				

**Solo para el Medicaid para personas de ancianas, ciegas o discapacitadas:**

**¿Usted, su cónyuge o alguien para quien usted presenta la solicitud vendió, intercambió o donó recursos en los últimos 60 meses?  Sí  No**

En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**EMPLEO: ¿Alguien de su unidad familiar trabaja?  Sí  No**

**En caso afirmativo, enumere la información de la paga de la persona empleada del empleo como, por ejemplo, el sueldo, bonificaciones y propinas, y adjunte pruebas de TODOS los ingresos brutos recibidos en las últimas 4 semanas.**

PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	PAGA POR HORA	HORAS POR SEMANA	FRECUENCIA DEL PAGO	FECHA(S) EN QUE SE PAGÓ	PAGO DE BONIFICACIÓN	PROPINAS

**Solo para Medicaid**

**GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:**

▪ Seguro médico \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ▪

Seguro oftalmológico \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_



- Seguro dental \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ▪ Otro  
 \_\_\_\_\_ tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ▪ Otro  
 Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_  
 tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Algo más? Adjúntelo en una hoja de papel separada.

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

### **DEDUCCIONES DE LAS DECLARACIONES DE IMPUESTOS:**

Seleccione todas las opciones que correspondan y proporcione el monto y la frecuencia que paga:

**AVISO:** No debe incluir un costo que ya consideró en su respuesta sobre el trabajo por cuenta propia.

- Pensión para el cónyuge divorciado \$ \_\_\_\_\_  
 ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_ ▪ Intereses del préstamo para  
 estudios \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

▪ Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_ ¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

▪ Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_

¿Frecuencia? \_\_\_\_\_

**¿Alguien de su unidad familiar renunció voluntariamente a un trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo por debajo de las 30 horas por semana en los últimos 30 días de la fecha de esta renovación?  Sí  No**

En caso afirmativo, ¿quién renunció?

\_\_\_\_\_ Fecha en que renunció: \_\_\_\_\_

¿A qué trabajo renunció? \_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_



**¿Alguien ha dejado de trabajar?  Sí  No En caso afirmativo, complete la siguiente sección y proporcione pruebas:**

¿Qué trabajo se dejó?	Nombre del miembro de la unidad	
Lugar del empleo:		
Fecha en que dejó de recibir la paga:	Fecha del último cheque:	Monto de la última paga (bruta):

**¿Alguien ha comenzado a trabajar?  Sí  No En caso afirmativo, complete la siguiente sección y proporcione pruebas:**

Nombre de la persona que comenzó a trabajar:	Fecha en	Número de teléfono:
Nombre del empleador/comercio:	Tasa de	Fecha en que se
Frecuencia en que se paga (seleccione una opción):		

**TRABAJO POR CUENTA PROPIA:**

**¿Alguien trabaja por cuenta propia?  Sí  No (En caso afirmativo, ¿quién?) \_\_\_\_\_**

**Proporcione pruebas de los ingresos del trabajo por cuenta propia por medio de archivos tributarios, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes de un comercio establecido.**

¿Es una empresa constituida?  Sí  No

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

En caso afirmativo, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona?

---

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

**INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO:**

¿Alguien de su unidad familiar recibe dinero de aportaciones, seguro social, seguridad de ingreso suplementario (SSI, en inglés), VA, manutención de menores, desempleo, jubilación o algún otro ingreso?

Sí  No

En caso afirmativo, complete la siguiente información y proporcione pruebas de todos los ingresos recibidos en las últimas 4 semanas o la carta de concesión más reciente.

Nombre	Fuente:	Monto:	¿Frecuencia?
--------	---------	--------	--------------


**Para Medicaid MAGI:** No se contarán los ingresos de  
manutención de menores, pagos a veteranos, seguridad de  
ingreso suplementario (SSI) o los beneficios de la compensación  
al trabajador.

## **COSTOS DEL CUIDADO DE PERSONAS DEPENDIENTES:**

**¿Paga el cuidado de un hijo dependiente o de un miembro adulto discapacitado de la unidad familiar?**

Sí  No En caso afirmativo, complete la siguiente sección.

Personas que necesitan cuidado:		Persona que paga el cuidado:	
Nombre del proveedor:		Cuánto se le paga al proveedor:	Frecuencia del pago:
Número de teléfono del proveedor:	Motivo del cuidado:		

**¿Paga gastos de transporte para un hijo dependiente o de un miembro adulto discapacitado de la unidad familiar?**  Sí  No

¿Estos gastos están incluidos en los gastos del cuidado de la persona dependiente?  Sí  No

En caso negativo, responda esta pregunta: **Total de millas que se conducen:** \_\_\_\_\_

## **COSTOS DE LA VIVIENDA:**

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

No En caso afirmativo, **complete el siguiente cuadro.**

Gasto	Monto	¿Frecuencia?	¿Quién pagó?
Renta/Hipoteca			
Impuestos a la			
Seguro de la			
Electricidad			
Gas			
Combustible/M			
Pozo/Tanque			
Recolección de			
Teléfono			
Otro			

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

¿Alguien más paga alguno de estas facturas del hogar por usted?

Sí  No **En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro.**

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

¿Recibió asistencia energética en los últimos 12 meses?

Sí  No

En caso afirmativo, monto recibido \$ \_\_\_\_

¿Comparte los gastos mensuales del hogar con alguien del hogar?

Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/Documentación \_\_\_\_\_

A quién se paga \_\_\_\_\_ Monto que se paga \$ \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_ Nombre del arrendador \_

\_\_\_\_\_ Dirección del arrendador \_\_\_\_\_

## **PAGO DE LA MANUTENCIÓN DE MENORES:**

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

En caso afirmativo, complete el siguiente cuadro:

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

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

**Esta sección es solo para los beneficiarios de la**

**TANF. Debe completar lo siguiente: Registros de**

**vacunas:**

¿Hay algún niño menor de 7 años que aún no esté inscrito en la escuela? (No se considera que el prejardín sea la "escuela").

Sí    No

En caso afirmativo, envíe el Formulario 3231 - Formulario de Inmunizaciones para el Cuidado Infantil para cada niño menor de 7 años.

## Requisitos escolares:

¿Todos los niños (de 6 a 18 años de edad) van a la escuela?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el(los) nombre(s) del(de los) niño(s)

Nombre(s) de la(s) escuela(s) \_\_\_\_\_

Grado(s) \_\_\_\_\_

¿Hay algún niño de 16 años de edad o más que **no** vaya a la escuela?

Sí  No

En caso afirmativo, indique el(los) nombre(s) del(de los) niño(s)

\_\_\_\_\_

Proporcione una copia de los talonarios de cheques si este niño está **empleado** o una declaración del proveedor si participa en **alguna actividad relacionada al trabajo.**

## Violencia doméstica:

¿Usted o alguien de su unidad familiar es víctima de violencia doméstica?  Sí  No

En caso afirmativo, indique el nombre de la víctima de violencia doméstica \_\_\_\_\_

Luego de la evaluación, si su unidad familiar califica, podemos eximir ciertos requisitos del programa como, por ejemplo, la



participación en actividades laborales o la derivación a la División de los Servicios de Manutención de Menores.

**Gastos de vehículo:**

¿Usted es el padre o pariente de un niño (o niños) y está incluido en la Unidad de Asistencia (AU, por las siglas en inglés) de la TANF con el niño (o los niños)?  Sí  No

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

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

En caso afirmativo, ¿quién? (Nombre del propietario) \_\_\_\_\_

Año, marca y modelo del vehículo: \_\_\_\_\_

Enumere los comprobantes de pago, seguro, mantenimiento y otros gastos relacionados del auto:

\_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro gasto recurrente (por ejemplo, facturas de tarjeta de crédito) que esté pagando?  Sí  No

En caso afirmativo, enumérelo(s): \_\_\_\_\_

# DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TODOS LOS PROGRAMAS

## **TIENE DERECHO A:**

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

**AVISO DE AUDIENCIA:** En todos los programas, tiene derecho a solicitar una audiencia justa por escrito o en persona. Puede solicitar una audiencia llamando al 1-877-423-4746 o puede solicitar una audiencia ante un oficial de audiencias estatales si no está de acuerdo con la decisión. Puede ser representado en la audiencia por un abogado, pariente, amigo o alguien que usted elija. Si desea tener una audiencia, debe solicitar la audiencia por escrito o contactándose con la agencia dentro de los:

- **90 días** a partir de la fecha de este aviso para **los Cupones para los Alimentos (SNAP)**

- **30 días** a partir de la fecha de este aviso para **Medicaid y la TANF.**

## **ES RESPONSABLE DE:**

- Dar al trabajador la información correcta y proporcionar pruebas de las declaraciones necesarias para recibir beneficios. Cuando usted firma este formulario, está dando al trabajador permiso para obtener información de su empleador, banco, vecino u otras personas para que podamos asegurarnos de que usted está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- Decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está presentando la solicitud por usted provee información incorrecta, puede estar cometiendo un crimen y puede ir a la cárcel.
- Proporcionar pruebas de que usted o cualquier persona de su familia que solicita beneficios es un ciudadano estadounidense o inmigrante elegible.
- Cooperar con el personal estatal o federal que trabaja para la Prevención de Fraude o la Oficina de Servicios de Investigación y que llevan a cabo revisiones de casos especiales. Si no coopera y no podemos determinar que todavía es elegible para los Cupones para Alimentos (SNAP),

se puede rechazar o cerrar su caso.

- (para los Cupones para Alimentos (SNAP)) Cooperar con los revisores de control de calidad cuando llaman o visitan su hogar para entrevistarlos acerca de la información que le ha brindado al gestor de caso. Si no coopera con ellos, se puede rechazar o cerrar su caso.
- (para los Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) Reembolsar los beneficios que no debería haber recibido.
- (para Medicaid) Cooperar con el control de calidad para la elegibilidad de Medicaid o la integridad del programa cuando llaman o visitan su hogar para entrevistarlos acerca de la información que le ha brindado al gestor de caso.
- (para Medicaid) los miembros que estén en un asilo de ancianos, un establecimiento de cuidado intermedio, o en un servicio comunitario, o que estén inscritos y reciban servicio por medio de un programa de exención, cooperar con Estate Recovery.

Si recibe cupones para alimentos (SNAP), debe informar cuando su ingreso bruto mensual total supere el límite de ingresos para el tamaño de su unidad familiar. Si usted es un adulto que trabaja que no tiene hijos, debe informar cuando las horas de trabajo sean menos que 20 horas por semana u 80 horas al mes. Debe informar

estos cambios como máximo el décimo día del fin de mes en el que ocurrió el cambio.

También debe informar cuando la unidad familiar recibe una ganancia importante de lotería o de apuestas. Esto es un premio en efectivo que se gana en una sola jugada. Si usted o un miembro de la unidad familiar recibe ganancias de la lotería o de apuestas por un monto bruto de \$ 3750 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos), debe informar estas ganancias dentro de los 10 días siguientes al final del mes en que ese miembro de la unidad familiar recibió las ganancias.

Si recibe la **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación dentro de los 10 días de que ocurra el cambio.

Comprendo que cualquier suma total o pago "extraordinario" que alguna persona de mi caso de Medicaid reciba debe presupuestarse, junto con cualquier otro ingreso que podamos tener, para determinar la elegibilidad.

En el programa de **Medicaid**, tengo derecho a:

- Recibir Medicaid incluso si tengo otro seguro médico.
- Elegir un médico o proveedor de Medicaid.
- Que le aprueben o denieguen la solicitud de Medicaid dentro de los 10, 45 o 60 días a partir de la fecha en que presento la solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid.

## Como condición de mi elegibilidad para Medicaid:

- Estoy de acuerdo con asignar al Estado todos los derechos al apoyo médico y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital o beneficios médicos).
- Estoy de acuerdo con cooperar con el Estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado a perseguir a cualquier tercero que pueda ser responsable del pago del cuidado o servicios. Comprendo que debo informar cualquier pago recibido por la 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 esta persona, la persona necesitará ejecutar una asignación de los derechos descritos anteriormente como condición de su elegibilidad para Medicaid).
- Estoy de acuerdo con brindarle al Estado el derecho a exigir que un padre ausente proporcione seguro médico, si se encuentra disponible. Comprendo que debo obtener apoyo médico por parte del padre ausente si se encuentra disponible y debo cooperar con la División de Servicios de Manutención de Menores para obtener este apoyo. Si **no** coopero, comprendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solo mis hijos recibirán los beneficios a menos que se establezca una buena causa.

## **AVISOS DE LAS SANCIONES DEL PROGRAMA DE CUPONES**

**PARA ALIMENTOS (SNAP):** Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No use Cupones para Alimentos (SNAP) ni 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 Alimentos por un año o de forma permanente, con una multa 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.**

**Comprendo que si doy información falsa u oculto información, me pueden enjuiciar por fraude.**

**AVISO DE LAS SANCIONES DEL PROGRAMA TANF:** En el programa TANF, se considera que es una contravención intencional al programa (IPV, por las siglas en inglés) una acción intencional al proporcionar información falsa o engañosa para establecer o mantener la elegibilidad de una unidad de asistencia (AU, en inglés),

o al ocultar información para evitar una acción negativa o al utilizar la asistencia en efectivo en los lugares prohibidos.

Se lo puede derivar a la Oficina del Inspector General para determinar su sanción según la gravedad de su delito si usted:

- no informa cambios a tiempo o no dice la verdad o el uso los fondos de la asistencia en efectivo o de la tarjeta de DÉBITO del programa TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en perforaciones, 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/perforaciones y salones de spa/masajes está estrictamente prohibido, o da información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado y está condenado por un cargo relacionado con las drogas o un delito violento grave, el 1/1/97 o luego.

Cualquier persona de su unidad familiar que incumpla estas normas a propósito puede ser excluida del programa TANF desde seis meses hasta por siempre.

**Para MEDICAID**, cometer fraude o abuso va en contra de la ley. Es posible que se le remita a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid y PeachCare para Niños®. Los infractores pueden limitarse a utilizar un proveedor, ser retirados del programa o pedir que reembolsen al Departamento de Salud Comunitaria los servicios médicos prestados.

El fraude es un acto deshonesto cometido intencionalmente. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

**Entre los ejemplos de fraude y abuso de los participantes se encuentran los siguientes:**

- permitir que otra persona use su tarjeta de seguro de salud Medicaid, PeachCare para Niños® o de las Organizaciones de Gestión de la Atención médica (CMO)
- obtener recetas con la intención de abusar o vender medicamentos
- utilizar documentos falsificados para obtener servicios
- utilizar indebidamente o abusar del equipo provisto por Medicaid o PeachCare para niños®
- proporcionar información incorrecta o permitir que otros lo hagan para obtener la elegibilidad de Medicaid o PeachCare para niños®
- no informar los cambios que se producen en los ingresos, los acuerdos de residencia o los recursos

Para denunciar los casos de fraude sospechosos de Medicaid de beneficiarios o proveedores, llame a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud Comunitaria a (local) (404) 463-7590 o (línea gratuita) (800) 533-0686; por correo electrónico al [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo al Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5<sup>th</sup> Floor, Atlanta, GA 30303; 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 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 la 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.**



**FIRME Y ESCRIBA LA FECHA EN LA CASILLA QUE MEJOR DESCRIBA SU SITUACIÓN.**

**SI ESTÁ RENOVANDO SU MEDICAID Y CUPONES PARA ALIMENTOS (SNAP) O LA TANF, DEBE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA EN CUALQUIER CASILLA**

**· O CASILLA Y CASILLA ·**

**ENVÍE ESTE FORMULARIO ANTES DEL DÍA 10 DEL PRÓXIMO MES O, AL MENOS, DOS DÍAS ANTES DE LA CITA DE LOS CUPONES PARA ALIMENTOS (SNAP).**

**Solo para Medicaid, firme aquí cuando el solicitante/miembro/tutor legal es quien está completándolo:** Si estoy solicitando/renovando Medicaid, soy un ciudadano(s) estadounidense(s) o inmigrante(s) calificado(s) que está(n) en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Solo para Medicaid – firme aquí cuando una persona que no es el solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal es quien es el representante personal:** Certifico a mi leal saber y entender que la(s) persona(s) para quien estoy presentando la solicitud/renovando Medicaid es(son) ciudadana(s) estadounidense(s) o inmigrante(s) calificado(s) que está(n) en los Estados Unidos.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

**Teléfono al que se lo puede contactar**

**Si el solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal desea que esta persona sea el representante personal, debe marcar aquí**

\_\_\_\_\_  
(Solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal)

\_\_\_\_\_  
(Fecha)

• **Fara los cupones para alimentos (SNAP) o la TANF – cuando el solicitante/beneficiario/tutor legal es quien está completándolo:** Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender que la(s) persona(s) para quien estoy presentando la solicitud de los beneficios es(son) ciudadana(s) estadounidense(s) o no es(son) ciudadana(s) 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. Comprendo y estoy de acuerdo con que la DFCS del DHS, el DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre los salarios y mi participación en las actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación según los requisitos del programa de Cupones para Alimentos (SNAP)/Medicaid o TANF. También informaré si alguien de mi unidad familiar recibe ganancias de la lotería o de apuestas, un monto bruto de \$3750 o más (antes de los impuestos o demás montos retenidos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días a partir del fin del mes en que mi unidad familiar recibe las ganancias. Comprendo que, si alguna parte de la información es incorrecta, es posible que se reduzcan o

rechacen mis beneficios y puedo estar sujeto/a a acciones penales o descalificación de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta deliberadamente. Comprendo que me pueden procesar si proporciono información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a la DFCS algunos de mis gastos durante el proceso de solicitud o renovación o no los verifico, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

---

(Firma)

---

(Fecha)

**(Guarde estos documentos para su información)**

**Este recuadro explica las palabras utilizadas en este formulario.**

<b>Solicitante</b>	Una persona que elige solicitar o recibir asistencia pública o beneficios.
<b>Unidad de asistencia (AU)</b>	Una unidad de asistencia incluye a las personas elegibles que viven juntas y reciben asistencia pública/beneficios.
<b>Cuidador/a</b>	Un padre/madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe asistencia TANF con niños/as bajo su cuidado.
<b>Identificación del cliente</b>	Un número único asignado a una persona que recibe asistencia/beneficios públicos.
<b>Descalificación</b>	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.
<b>Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)</b>	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).
<b>Comunicación electrónica</b>	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 que aparece en el Portal del Cliente de GA Gateway.

<b>Tarjeta de débito EPPI Card MasterCard</b>	<p>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.</p>
<b>Pariente beneficiario</b>	<p>Un padre/madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe asistencia TANF en su nombre en nombre de los/as niño/as.</p>
<b>Ingreso bruto</b>	<p>El ingreso total de una persona antes de que se tengan en cuenta los impuestos u otras deducciones.</p>
<b>Miembros de la unidad familiar</b>	<p>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.</p>
<b>Ingresos</b>	<p>Los pagos tales como sueldos, salarios, comisiones,</p>

<p><b>Ley de desgravación fiscal para la clase media de 2012</b></p>	<p>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 perforaciones, 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.</p>
<p><b>No solicitante</b></p>	<p>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.</p>
<p><b>Beneficiario</b></p>	<p>Un beneficiario es una persona que acepta la responsabilidad de recibir la asistencia en efectivo y de gastar los fondos en nombre de la AU. Un beneficiario puede o no ser un miembro de la AU.</p>
<p><b>Gastos antes de los impuestos</b></p>	<p>Los gastos antes de los impuestos son deducciones que se quitan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de los impuestos. Las deducciones antes de los impuestos más comunes son el seguro</p>

<b>Extranjero/inmigrante calificado</b>	<p>Un extranjero/inmigrante calificado es una persona que reside legalmente en los EE.UU. que entra en una de las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una persona <i>legalmente admitida para la residencia permanente</i> (LPR, en inglés) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, en inglés);</li> <li>• 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;</li> <li>• Una persona a la que se le concede <i>asilo</i> conforme a la sección 208 de la INA;</li> <li>• <i>Personas refugiadas</i>, admitidas conforme a la sección 207 de la INA;</li> </ul>
<b>Recursos</b>	<p>Efectivo, propiedades, o bienes como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos, y seguro de vida.</p>
<b>Ingresos tributables</b>	<p>Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, pensión por discapacidad, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otra forma de dinero recibido.</p>
<b>Persona dependiente</b>	<p>Una persona que se espera que sea reclamada en la declaración de impuestos de un presentador de impuestos . <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<b>Presentador de impuestos</b>	<p>Una persona que se espera que presente una declaración de impuestos. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>

<p><b>Deducciones de las declaraciones de impuestos</b></p>	<p>Las deducciones de las declaraciones de impuestos son deducciones permitidas por el IRS que se encuentran en el formulario 1040 de la declaración de impuestos, desde la línea 23 a la línea 35. Estos incluyen: Gastos de educador; Formulario 2106, Formulario de Cuentas de Ahorro para la Salud 8889; Formulario de Gastos de Mudanza 3909; Multa/Retiro prematuro de Ahorros, Pensión pagada para el cónyuge divorciado, Deducción de una IRA, Intereses de un préstamo para estudios, Formulario de la Matrícula y Cuotas 8917, Formulario de Actividades de Producción Doméstica 8903.</p> <p><a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<p><b>Traficar en el Programa de Cupones para Alimentos/SNAP</b></p>	<p>Traficar beneficios de SNAP significa:</p> <p>(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</p>



	colusión con otras personas, o actuando por cuenta propia.
--	--

## **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 lengua 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 lengua de señas. Puede comunicarse con su administrador/a del caso o llamar a la 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 la ADA de la 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 la ADA del DCH 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. 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 solicitarle al 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 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. 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 ala 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.**

### **Declaración de no discriminación**

Está prohibido para esta institución discriminar por motivos de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sex y en algunos casos creencias religiosas e ideologías políticas.

El Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, país de origen, sexo, religión, discapacidad, edad, ideologías políticas o las represalias o retaliación por procedimientos anteriores de derechos civiles en cualquier programa o actividad dirigidos o financiado por el USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios de comunicación alternativos para obtener información de algún

programa (por ejemplo, braille, letras grandes, grabación de audio, lengua de señas americana, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas que sean sordas, que tengan discapacidad auditiva o del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339. Además, se puede facilitar la información del programa en otros idiomas además del inglés.

Para presentar un reclamo acerca del programa, complete el [Formulario de Reclamo de Discriminación en un Programa del USDA](#), (AD-3027), disponible en línea 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 e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-992. Remita el formulario completo o la carta al USDA a través de:

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



2. fax: (202) 690-7442; o

3. correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov)

Para conocer cualquier otra información sobre algún problema con el Programa Complementario de Asistencia Nutricional (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea telefónica del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también se encuentra disponible en español, o llame a la [Información Estatal/Línea telefónica](#) (haga clic en el vínculo para obtener una lista de las líneas telefónicas por Estado); disponible en línea en [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar un reclamo de discriminación acerca de un programa con el que recibe asistencia económica Federal por medio del Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS), escriba al: Director del HHS, Oficina para Derechos Civiles, Habitación 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20201 o llame al (800) 368-1019 (voz) o (800) 537-7697 (teletipo).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.