



Prijava za beneficije

MORATE LIČNO DOSTAVITI, POSLATI FAKSOM ili POŠTOMPOPUNJENI ZAHITJEV NA VAŠ LOKALNI OKRUŽNI URED.

Ako vam je potrebna pomoć pri čitanju ili popunjavanju ovog dokumenta ili vam je potrebna pomoć u komunikaciji s nama, pitajte nas ili pozovite (877) 423-4746. Naše usluge, uključujući tumače, su besplatne. Ukoliko ste gluhi, nagluhi, gluhoslijepi ili imate poteškoća sa govorom, možete nas pozvati na gore navedeni broj pozivom na 711 (Georgia poziv).

Koje Usluge Nudimo u Odjeljenju za Porodične i Dječje Usluge (DFCS)?

DFCS nudi sljedeće usluge:



Pomoć u hrani

SNAP beneficije se mogu se koristiti za kupovinu hrane u bilo kojoj trgovini koja ima EBT/ Quest znak. Mi ćemo oduzeti cijenu vaše kupovine hrane od vašeg SNAP računa.



Novčana pomoć/Usluge podrške pri zapošljavanju

Privremena pomoć porodicama u stanju potrebe (TANF) pruža novčanu pomoć porodicama sa izdržavanom djecom i trudnicama na ograničeno vrijeme. Roditelji ili staratelji, ili trudnice koje su uključene u grant su obavezne da učestvuju u programu rada. Program Gotovinske pomoći također pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja ne ispunjavaju uslove za program TANF.

- **Bake i Djedovi koji Odgajaju Unuke (GRG)** pružit će neophodnu podršku kako bi se djeca mogla brinuti u domovima svojih baka i djedova.



Medicinska Pomoć

Medicaid, za one koji ispunjavaju uslove, može pomoći u plaćanju medicinskih računa, posjeta ljekaru i Medicare premija.

- Ovo uključuje **Pathways Medical Assistance**. Pathways Medical Assistance je program koji pruža besplatnu ili smanjenu cijenu Medicaid pokriva pojedincima starosti od 19 do 64 godine, koji imaju prihod u domaćinstvu do 100% Federalnog Nivoa Siromaštva (FPL), koji inače ne ispunjavaju uslove za Medicaid i koji ispunjavaju uslove. Ako želite biti uzeti u obzir za Pathways, molimo vas da također popunite Prilog D.

Službe za informisanje u zajednici

Za više informacija o drugim DHS uslugama, molimo vas posjetite našu web stranicu na <http://dfcs.georgia.gov> ili pozovite (877) 423-4746.



Kako da se prijavim za beneficije?

Korak 1. Popunite prijavu.

Pažljivo pročitajte pitanja i dajte tačne informacije. Potpišite i datirajte prijavu.

Korak 2. Predajte aplikaciju svom lokalnom uredu.

Morat ćete otkinuti stranice 1-2, 17-20 i zadržati ih za sebe.

Često postavljana pitanja

Koliko vremena je potrebno za ostvarivanje beneficija?

SNAP:	do 30 dana
TANF:	do 45 dana
Medicaid:	10 do 90 dana

Možda ćete moći da dobijete SNAP u roku od 7 dana ako se kvalifikujete. Vidi stranicu 6.

Koliko ću dobiti?

Vaš prihod, resursi i veličina porodice određuju iznose beneficija. Moći ćemo vam pružiti konkretne informacije kada utvrdimo vašu kvalifikovanost.

Kako ću dobiti svoje beneficije?

Za SNAP, dobit ćete karticu za elektronski transfer beneficija (EBT) kakobiste pristupili svojim beneficijama. Za TANF ćete dobiti Way2Go Debit Mastercard za pristup svojim pogodnostima. Za Medicaid, dobit ćete Medicaid karticu za svakog člana koji ispunjava uslove.

Od vas će se možda tražiti da dostavite sljedeće informacije:

- Dokaz o identitetu podnosioca zahtjeva ako se prijavljuje za SNAP i/ili TANF. Lična karta (ID) ili vozačka dozvola (DL) je prihvatljiv oblik verifikacije. Dokaz identiteta nije potreban za kandidate za Medicinsku Pomoć.
- Dokaz o američkom državljanstvu/statusu kvalifikovanog imigranta za svakoga ko traži beneficije. Ako se prijavljujete samo za Hitnu Medicinsku Pomoć (EMA), ne morate dati svoj BSO ili informacije o vašem imigracionom statusu.
- Brojevi socijalnog osiguranja svih koji traže pomoć.
- Dokaz o prihodu, *na primjer*, platni listovi, isplate alimentacije i pisma o dodjeli prihoda. Dokaz o plaćanju alimentacije za djecu nije potreban za podnosioca zahtjeva za Medicinsku Pomoć.
- Dokaz o troškovima poput računa za brigu o djeci, medicinski računi, troškovi medicinskog prevoza, troškovi stanarine/hipoteke i plaćanja alimentacije. Ove informacije nisu potrebne kandidatima za Medicinsku Pomoć.

Prvo ćemo pokušati provjeriti podatke o državljanstvu/imigraciji i prihodima putem elektronskih izvora podataka. Papirnati dokumenti za provjeru nisu potrebni za podnošenje zahtjeva; međutim, možete dostaviti dokumente uz prijavu. Ako nismo u mogućnosti provjeriti putem elektronskih izvora podataka i potrebna vam je pomoć da dobijete ove informacije, slobodno nam javite.



Prijava za beneficije



Pošaljite poštom, faksom ili donesite stranice 3-16 ove aplikacije u vašu lokalnu kancelariju Odjela za porodicu i djecu (DFCS). Lokalni ured možete pronaći na <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Ako vi ili osoba za koju se prijavljujete ispunjavate uslove potrebne za beneficije, SNAP beneficije će biti osigurane odatuma kada primimo prijavu s vašim imenom, adresom, i potpisom. TANF beneficije će se pružati od datuma odobrenja zahtjeva.

Ako se prijavljujete za SNAP, TANF i/ili Medicaid, možete podnijeti zahtjev za beneficije samo sa svojim imenom, adresom i potpisom. Međutim, može nam pomoći da brže obradimo vašu prijavu ako popunite cijeli obrazac. Možete koristiti ovaj obrazac za podnošenje zajedničke prijave za više od jednog programa ili samo za SNAP. Vaša (SNAP) prijava neće biti odbijena samo na osnovu toga što je vaša prijava za drugi program odbijena. Mi ćemo posebno utvrditi podobnost za vašu SNAP prijavu. Ako se nalazite u ustanovi i podnosite zahtjev za SNAP i SSlistovremeno, datum podnošenja vaše prijave je datum kada ste pušteni iz ustanove.

Korak 3. Razgovarajte sa nama.

Možda ćete morati završiti intervju sa radnikom. Ako je tako, zakazati ćemo vam termin. Ovaj intervju se može obaviti telefonom.

Kako koristimo lične podatke podnosioca zahtjeva?

Morate dati samo Brojeve socijalnog osiguranja (BSO) i državljanstvo ili imigracioni status za osobe koje žele podnijeti zahtjev za beneficije. Ova informacija će se koristiti za provjeru sistema za provjeru prihoda i podobnosti (IEVS). Također ćemo usporediti vaše podatke s drugim Federalnim, državnim, i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaše prihode i uvjeti za dobivanje pomoći, te pratili informacije o plaćama i sudjelovanju u radnim aktivnostima. Ako član domaćinstva ne želi da nam da podatke o svom SSN-u, državljanstvu ili imigracionom statusu, ostali članovi domaćinstva mogu i dalje primati beneficije. Ako se prijavljujete samo za hitnu medicinsku pomoć, ne morate dati svoj SSN ili informacije o vašem imigracionom statusu.

Može li se neko drugi prijaviti za mene?

Za SNAP i Medicaid, možete zamoliti nekoga da se prijavi za vas.

Za TANF se može prijaviti svako, ali roditelj ili staratelj odnosno trudnica moraju biti intervjuisani.



Prijava za beneficije

(Popunite ovu prijavu i vratite je u kancelariju LOKALNOG OKRUŽNOG DFCS.)

Za šta se prijavljujem? (Označite sve što je primjenjivo)

Dodatni program pomoći u ishrani (SNAP)

Dodatni Program Pomoći u Ishrani (SNAP), ranije poznat kao Bodovi za Hranu, je program koji se finansira iz savezne države i koji obezbjeđuje mjesečne beneficije domaćinstvima s niskim primanjima kako bi se platila cijena hrane. Program takođe pruža obrazovanje o ishrani porodicama kako bi zadovoljile svoje potrebe za hranom i ishranom i pruža mogućnosti zapošljavanja i obuke kako bi se pomoglo porodicama da se zaposle što dovodi do manje zavisnosti od SNAP-a.

Privremena pomoć za porodice u potrebi (TANF)

Privremena pomoć za porodice u stanju potrebe (TANF) obezbjeđuje privremene mjesečne novčane isplate, pojedinačne novčane isplate ili druge usluge podrške, kako bi se ojačale kvalifikovane porodice sa djecom ili trudnicama. Ako ste roditelj djeteta, ili staratelj ili trudnica koja biželjela biti uključena u grant, od vas ćemo tražiti da učestvujete u radnom programu.

Bake i Djedovi Odgajaju Unuke (GRG)

Bake i djedovi Odgajaju Unuke (GRG) će obezbijediti dodatne novčane isplate kako bi se djeca mogla brinuti u domovima svojih baka i djedova. Kandidati se moraju prijaviti za TANF da bi bili podobni za GRG.

Novčana pomoć izbjeglicama

Program Gotovinske pomoći izbjeglicama pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja ne ispunjavaju uslove za program TANF. Izraz izbjeglica uključuje izbjeglice, Kubance/Haićane koji dolaze, žrtve trgovine ljudima, Amerazijce, Azilante, Afganistance ili Iraćane sa specijalnom imigrantskom vizom (SIV) ili Afganistanske uslovne otpuste.

Medicaid

Medicaid nudi zdravstvenu zaštitu starijim osobama, slijepim osobama ili odraslim osobama s invaliditetom, trudnicama, djeci i porodicama. Kada se prijavite, pogledat ćemo sve programe Medicaid-a i odlučiti koje biste mogli primiti.

Molimo popunite donju tabelu o podnosiocu zahtjeva.

Ime	Srednje Inicijal	Prezime	Sufiks
Adresa u Kojoj Živite		Stan	
Grad	Država	Poštanski broj	
Jesi li beskućnik? Da _____ ili Ne _____			
Poštanska Adresa (ako je drugačija)			
Glavni Telefonski Broj		Drugi Kontakt Broj	
Elektronska Komunikacija: E-pošta: Da _____ ili Ne _____ (opcionalno) Dopisivanje: Da _____ ili Ne _____ (opcionalno)		Adresa E-pošte: (opcionalno):	
Koji je vaš Preferirani Jezik?		Ako je potreban intervju, da li će vam tumač? Da _____ ili Ne _____	

Zakon o Amerikancima sa Invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji (ako je primjenjivo):

Da li imate invaliditet koji će zahtijevati Razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji? Da ___ Ne ___

(Ako da, molimo vas opišite razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji koju tražite):

Tumač za znakovni jezik _____; TTY _____; Veliki print _____; Elektronska komunikacija (e-pošta) _____; Brajevo pismo _____; Video poziv _____; Govorni tumač _____; Usmeni tumač _____; Taktilni tumač _____; Podsjetnik telefonskog poziva o rokovimaprograma _____;



Odjeljenje za porodične
i dječje usluge

Prijava za beneficije

Telefonski potpis (ako je primjenjivo)____; Intervju licem u lice (kućna posjeta)____; Ostalo: _____
Da li vam je potrebna ova razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji jednokratno____ili stalno____?
Ako je moguće, ukratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova izmjena ili pomoć?

Za sve kandidate za SNAP, TANF i Medicaid:

Izjavljujem pod materijalnom i krivičnom odgovornošću za krivokletstvo prema svom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju podnosim zahtjev za beneficije američki državljanin ili ne-državljanin(i) koji zakonito boravi u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovoj aplikaciji. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i mog učešća u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu u svojoj situaciji u skladu sa zahtjevima programa SNAP i/ili TANF. Također ću prijaviti ako bilo tko u mom domaćinstvu ostvari dobitke na lutriji ili kocki, u bruto iznosu od 4500 USD ili više (prije poreza ili drugih iznosa po odbitku). Ove dobitke ću prijaviti najkasnije 10 dana od kraja mjeseca u kojem je moje kućanstvo primilo dobitak. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim reći DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih SNAP beneficija.

Odjeljenje za ljudske usluge Georgie ("DHS") prikuplja lične podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte, datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

Potpis

Datum

Potpis svjedoka ako ga je potpisao "X"

Datum

Ovlašteni predstavnik:

Popunite ovaj odjeljak samo ako želite da osoba ili organizacija popuni vašu prijavu, završi vaš intervju i/ili iskoristi vašu EBT karticu za kupovinu hrane kada ne možete ići u trgovinu. Molimo provjerite za svaki tip programa koga želite imenovati kao ovlaštenog predstavnika. Molimo provjerite koje dužnosti želite da osoba ili organizacija ima. Ako se prijavljujete za Medicaid, možete odabrati više osoba ili organizacija koje će djelovati u vaše ime.

Ovlašteni predstavnik 1 Vrsta programa: SNAP TANF Medicinska Pomoć
 Ovlašteni Predstavnik 1 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime kandidata Popunite i dostavite obrazac za obnovu
 Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije Postupajte u ime podnosioca prijave u svim ostalim stvarima
 Primit karticu pogodnosti TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Ime osobe 1: _____

Naziv Organizacije 1 (ako je primjenjivo): _____ Telefon: _____

Adresa: _____ Stan: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Elektronska Komunikacija: E-pošta: Da ___ Ne ___ (opcionalno) Dopisivanje: Da ___ Ne ___ (opcionalno)

Adresa e-pošte: (opcionalno) _____

Preferirani Jezik: _____ Da li je potreban tumač? Da ___ ili Ne ___



Prijava za beneficije

Ovlašteni predstavnik 2 Vrsta programa: SNAP TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni predstavnik 2 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime podnosioca Popunite i dostavite obrazac za obnovu Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije Postupajte u ime podnosioca prijave u svim drugim stvarima Primate TANF benefiicijsku karticu (Way2Go Debit Mastercard)

Ime osobe 2: _____

Naziv Organizacije 2 (ako je primjenljivo): _____ Telefon: _____

Adresa: _____ Stan: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Elektronska Komunikacija: E-pošta: Da ___ Ne ___ (opcionalno) Dopisivanje: Da ___ Ne ___ (opcionalno)

Adresa e-pošte: (opcionalno) _____

Preferirani Jezik: _____ Da li je potreban tumač? Da ___ ili Ne ___

Zakon o Amerikancima sa Invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji za Ovlaštene predstavnike (ako je primjenljivo):

Da li Ovlašteni predstavnik ima invaliditet zbog kojeg će biti potrebna razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji? Da ___ Ne ___ (Ako da, molimo opišite razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji koju tražite):

Tumač za znakovni jezik ___; TTY ___; Velika štampana slova ___; Elektronska komunikacija (e-pošta) ___; Brajevo pismo ___; Video relej ___; Cued Speech Interpreter ___; Usmeni tumač ___; Taktilni tumač ___; Podsjetnik telefonskog poziva o rokovima programa ___; Telefonski potpis (ako je primjenljivo) ___; Intervju licem u lice (kućna posjeta) ___; Ostalo: _____

Da li je ovlaštenom predstavniku potrebna ova razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji jednokratno ___ ili stalno ___? Ako je moguće, ukratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova modifikacija ili pomoć? _____

Samo za kancelarijsku upotrebu:

Datum prijema: _____

Podobnost na ekspresnoj traci:

Express Lane Eligibility (ELE) je automatski proces za upis ili obnavljanje djece mlađe od 19 godina koja ispunjavaju uslove i koja primaju program dodatne pomoći u ishrani (SNAP), privremenu pomoć za porodice u potrebi (TANF), novčanu pomoć izbjeglicama (RCA), brigu o djeci i roditeljske službe (CAPS) ili žene, novorođenčad i djeca (WIC) u program medicinske pomoći.

Odjeljenje za porodične i dječje usluge (DFCS) će koristiti podatke o veličini domaćinstva, prebivalištu i prihodu iz SNAP, TANF, RCA, CAPS ili WIC, ali će DFCS potvrditi državljanstvo ili imigracioni status koristeći pravila medicinske pomoći kako bi ELE odlučio da automatski upisuju ili obnavljaju djecu u Medicaid ili PeachCare for Kids®. DFCS će poslati obavještenje o određivanju kada se završi, omogućit će članovima da izvrše bilo kakve promjene i omogućiti im da se odustanu od ELE procesa ili prekinu slučaj medicinske pomoći u bilo kojem trenutku.



Prijava za beneficije

Da li se kvalifikujem da brže dobijem SNAP? (Ove informacije se traže samo za kandidate za SNAP)

Odgovorite na ova pitanja o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva da vidite da li možete dobiti SNAP u roku od 7 dana.

1. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva migrant ili sezonski radnik na farmi? Da Ne

Ako da, ko _____

2. Ukupna **Bruto zarađena primanja** koja će se ostvariti za ovaj mjesec:

\$ _____

Ime Poslodavca _____

Datum početka zaposlenja _____

Datum završetka

zaposlenja: _____

Stopa plate _____

Radni sati sedmično

Koliko često ste plaćeni: sedmično/ dvosedmično / polumjesečno / mjesečno (zaokružite jedno)

3. Ukupna **Bruto nezarađena primanja** koja će se ostvariti za ovaj mjesec:

\$ _____

Vrsta nezarađenih prihoda _____ Iznos _____

Koliko često se prima: sedmično/dvosedmično/polumjesečno/mjesečno (zaokružite jedno)

Vrsta nezarađenih prihoda _____ Iznos _____

Koliko često se prima: sedmično/dvosedmično/polumjesečno/mjesečno (zaokružite jedno)

4. Ukupna zarađeni i nezarađeni prihodi za ovaj mjesec:

\$ _____

5. Koliko novca vi i svi članovi domaćinstva imate u gotovini ili u banci?

\$ _____

6. Koliki je mjesečni iznos vaše kirije, hipoteke, poreza na imovinu i/ili vlasnika kuće

\$ _____

Osiguranje?

7. Koliki je ukupan iznos vaših troškova za struju, vodu, plin i/ili druge režije ovog mjeseca? \$ _____

(Isključiti iznose kašnjenja i naknade za kašnjenje u ukupnom iznosu)

- a. Koji je primarni izvor grijanja ili hlađenja vašeg domaćinstva? Označite sve što je primjenjivo.

Električno _____ Plin _____ Prozorni ili centralni klima uređaj _____ Kerozin ulje _____ Drvo _____

- b. Da li ste primili energetska pomoć (LIHEAP) u posljednjih 12 mjeseci?

Da Ne Ako da, primljeni iznos \$ _____



Prijava za beneficije

Recite nam nešto o Podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva

Za kandidate za Medicinsku Pomoć: Molimo vas da uključite sebe, svog supružnika, svoju djecu (uključujući pastorčad) mlađu od 21 godine koja žive s vama, vašeg nevjenčanog partnera kojem je potrebno zdravstveno osiguranje, svakoga koga uključite u svoju poresku prijavu, čak i ako ne živi s vama, i bilo koga drugog mlađeg od 21 godine o kome se brineš i živi sa tobom. Ne morate uključiti svog nevjenčanog partnera kojem nije potrebno zdravstveno osiguranje, djecu vašeg vanbračnog partnera, svoje roditelje koji žive s vama, ali podnose vlastitu poresku prijavu (ako ste stariji od 21 godine), ili druge odrasle rođake koji sami podnose porez povratak. Ako se prijavljujete samo za Hitnu Medicinsku Pomoć (EMA), ne morate dati svoj BSO ili informacije o vašem imigracionom statusu.

Molimo popunite donju tabelu o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva. Sljedeći savezni zakoni i propisi:

Zakon o hrani i ishrani iz 2008., 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. CFR § 273.2, 45CFR § 205.52, 42 CFR § 435.910 i 42

CFR § 435.920, ovlastite DFCS da od vas i članova vašeg domaćinstva zatraži brojeve socijalnog osiguranja. Svako ko živi u vašem domaćinstvu i ne podnosi zahtjev za beneficije može se tretirati kao **nepodnosilac zahtjeva**. Osobe koje ne podnose zahtjev ne moraju nam dati informacije o svom broju socijalnog osiguranja, državljanstvu ili imigracionom statusu i nemaju pravo na beneficije. Ostali članovi domaćinstva mogu i dalje moći da primaju beneficije ako na drugi način imaju pravo. Ako želite da odlučimo da li neki član domaćinstva ima pravo na beneficije, i dalje ćete morati da nam kažete o njihovom državljanstvu ili imigracionom statusu i da nam date njihov broj socijalnog osiguranja (BSO). I dalje ćete morati da nam **kažete** o njihovim prihodima i resursima kako biste utvrdili podobnost i nivo beneficija domaćinstva. Nećemo prijaviti članove domaćinstva koji ne podnose zahtjeve sistema za Državljanstvo i Imigraciju Sjedinjenih Američkih Država (USCIS) putem sustava za Provjeru Statusa Stranih Državljana (SAVE) ako nam ne pruže podatke o svojem državljanstvu ili imigracionom statusu. Međutim, ako su informacije o imigracionom statusu dostavljene u vašem zahtjevu, ove informacije mogu biti predmet provjere putem SAVE sistema i mogu uticati na podobnost domaćinstva i nivo beneficija. Mi ćemo upariti vaše informacije sa drugim Saveznim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vašu zaradu i pravo na beneficije. Ove informacije također se mogu dostaviti policijskim službenicima kako bi ih koristili za hvatanje osoba koje izbjegavaju zakon. Ako vaše domaćinstvo ima zahtjev za izdavanje SNAP, informacije o ovoj aplikaciji, uključujući BSO, mogu se dati Federalnim i Državnim agencijama i privatnim agencijama za naplatu potraživanja kako bi ih koristile u naplati zahtjeva. Nećemo uskratiti beneficije članovima domaćinstva koji podnose zahtjev ako drugi članovi domaćinstva ne dostave svoj BSO, državljanstvo ili imigracioni status.

IME Prvo Srednje Inicijal Prezime	Veza	Da li se ova osoba prijavljuje za beneficije? (D/N)	Da li je ovoj osobi potrebno zdravstveno osiguranje? (D/N)	Datum Rođenja Format (dd/mm/gg)	Broj Socijalnog Osiguranja (Opcionalno za Ne-Aplikante)	Pol (M/Ž)	Hispanac ili Latino? (Opcionalno)	Rasni Kod (Opcionalno) (Pogledajte kodove ispod)	Da li ste državljanin SAD-a, američki nacionalni, kvalifikovani imigrant ili u zadovoljavajućem imigracionom statusu? (Samo podnosioci prijave) (D/N)
	JA								



Odjeljenje za porodične
i dječje usluge



Prijava za beneficije

Rasni Kodovi (Odaberite sve što je primjenjivo):

AI – Američki Indijanci ili Starosjedioci Aljaske

AS – Azijat

BL – Crnac ili Afroamerikanac

HP – Starosjedioci Havaja ili Drugih Pacifičkih Ostrva

WH – Bijelac

Pružajući informacije o rasi/etničkoj pripadnosti, pomoći ćete nam u upravljanju našim programima na nediskriminatoran način. Vaše domaćinstvo nije dužno da nam daje ove informacije i to neće uticati na vaše pravo ili nivo beneficija.



Prijava za beneficije

Ako vi ili drugi podnosioci zahteva za domaćinstvo niste američki građani ili američki stanovnici, ispunite sljedeću tabelu:
(molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

IME			Vrsta imigracionog dokumenta	Stranac/Potvrda/Broj Dokumenta	Živate li u SAD-u od 1996. godine? (D/N)	Datum naturalizacije/Datum ulaska ili prijema u SAD (ako je primjenjivo) Format (mm/dd/gg)	Jeste li vi, ili vaš supružnik ili roditelj veteran ili aktivni pripadnik američke vojske? (D/N)
Prvo	Srednje Inicijal	Prezime					

Recite nam više o Podnosiocu zahtjeva i Svim Članovima Domaćinstva

Potrebno nam je više informacija o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva kako bismo odlučili ko ima pravo na beneficije. Odgovorite samo na pitanja o beneficijama koje želite da dobijete na stranici ispod.

1. Da li je neko primao beneficije u drugom okrugu ili državi? (Samo za SNAP i TANF) Da Ne

Akoda:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

2. Da li je neko osuđen za davanje lažnih podataka o tome gdje živi i ko su da bi dobio višestruke SNAP beneficije u više područja nakon 22.8.1996. godine? (Samo za SNAP) Da Ne

Akoda:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

3. Da li je neko u vašem domaćinstvu dobrovoljno dao otkaz ili je svojevrijem smanjio radno vrijeme ispod 30 sati sedmično u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva? (Samo za SNAP i TANF) Da Ne

Ako **da**, ko je dao otkaz? _____

Zašto je on/ona odustao? _____

4. Da li je neko trudan? (Ovo pitanje se ne odnosi na kandidate za SNAP) Da Ne

Ako **da**,

Ime trudnice: _____

Koji je procijenjeni datum dospijanja? _____; i koliko beba se očekuje? _____

Ako ne, da li je neko u domaćinstvu porađao ili je trudnoća prekinuta u posljednjih 12 mjeseci? Da Ne

Ako **da**,

Ime trudnice: _____

Koji je bio datum poroda/prekida trudnoće? _____; i koliko beba je rođeno/očekivano? _____

*Samo za kandidate za TANF molimo navedite sljedeće:

Ime oca nerođene bebe: _____ Adresa oca: _____



Prijava za beneficije

5. Za podnosioca zahtjeva za Medicaid, da li neko ima neplaćene medicinske račune za posljednja 3 mjeseca? Da Ne

Ako **da**, pošaljite neplaćene račune ako imate Medicaid slučaj.

6. Da li je neko diskvalifikovan iz SNAP ili TANF programa? (Samo za SNAP i TANF)

Da Ne

Akoda:

Ko: _____

Gdje: _____

7. Da li je neko u bijegu kako bi izbjegao gonjenje ili zatvor zbog ozbiljnog krivičnog djela? (Samo za SNAP i TANF)

Da Ne

Ako **da**, ko: _____

8. Da li neko krši odredbe uslovne kazne ili nadzora? (Samo za SNAP i TANF) Da Ne

Ako **da**, ko: _____

9. Da li je neko osuđen za krivično djelo zbog ponašanja u vezi s posjedovanjem, upotrebom ili distribucijom kontrolisane droge (tj. prestupnika) nakon 22.8.1996. (Samo za SNAP i TANF) ili nasilnog krivičnog djela (Samo za TANF)?

Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

a. Da li se pridržavate odredbi uslovne kazne koje se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za SNAP) Da Ne

b. Da li se pridržavate odredbi uslovnog nadzora koje se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za SNAP) Da Ne

c. Jeste li uspješno završili **sve odredbe uslovne kazne ili nadzora** koje se odnose na osudu u vezi sa drogom? (Samo za SNAP) Da Ne

10. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu SNAP beneficijama za drogu nakon 22.8.1996? (Samo za SNAP) Da Ne

Akoda:

Ko: _____ Kada: _____

11. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za kupovinu ili prodaju SNAP beneficija preko 500 dolara nakon 22.8.1996? (Samo za SNAP) Da Ne

Akoda:

Ko: _____

Kada: _____

12. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu SNAP beneficijama za oružje, municiju, ili eksploziv nakon 22.8.1996? (Samo za SNAP) Da Ne

Akoda:

Ko: _____

Kada: _____



Prijava za beneficije

13. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva osuđeni kao odrasla osoba za teško seksualno zlostavljanje, ubistvo, seksualna eksploatacija i drugo zlostavljanje djece, Federalno ili Državno krivično djelo koje uključuje seksualno zlostavljanje napad, ili krivično djelo prema Državnom zakonu za koje je Državni Advokat utvrdio da je suštinski slično takvom prekršaju, nakon 7.2.2014? (Samo za SNAP) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

- a. Da li se pridržavate odredbi uslovne kazne koji se odnose na bilo koju kaznu koju ste dobili kao rezultat osude za krivično djelo? (Samo za SNAP) Da Ne
- b. Da li se pridržavate odredbi uslovnog nadzora koji se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za SNAP) Da Ne
- c. Da li ste uspješno ispunili **sve odredbe uslovne kazne ili nadzora** u vezi sa bilo kojom krivičnomosudom? (Samo za SNAP) Da Ne

14. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva ostvarili dobitke na lutriji ili kockanju? Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____ Priljeni iznos: _____

15. Da li je neko koristio sredstva TANF-a ili Way2Go karticu u sljedećim objektima, prodavnicama pića, kockarnicama, poker sobama, poslovima zabave za odrasle, za kauciju, u noćnim klubovima, salonima/tavernama, bingo dvoranama, trkačkim stazama, prodavnicama oružja/municije, kruzerima, za vidovnjake, u prodavnicama za pušače, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažnim salonima? (Samo za TANF) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

16. Da li neko ko se prijavljuje za beneficije trenutno prima alimentaciju? Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Mjesečni primljeni iznos: _____

Datum zaključenja ili posljednje izmjene ugovora o alimentaciji: _____

Recite nam o prihodima podnosioca zahtjeva i svih članova domaćinstva

Da li vi ili neko ko živi u vašem domaćinstvu primite bilo kakvu vrstu prihoda kao što su: plate, naknade, bonusi, samozapošljavanje, socijalno osiguranje/željeznička penzija, drugi invaliditet, penzije, nezaposlenost ili bilo koji drugi prihod? Za SNAP i TANF, navedite i prihode kao što su: VA prihod, alimentacija za djecu, novac od drugih ljudi ili kompenzacija radnika. Ako **da**, popunite donji grafikon.

Ime člana domaćinstva sa prihodima	Vrsta prihoda	Ime poslodavca/Izvor prihoda	Mjesečni iznos (Prije odbitka)	Koliko često se prima (mjesečno, dvosedmično, sedmično)	Plaćanje po satu	Sati sedmično	DATUM(I) PLAĆANJA

Da li neko trenutno štrajkuje? Da Ne

Ako ste samo-zaposleni, navedite iznos svojih mjesečnih poslovnih troškova: \$ _____



Prijava za beneficije

Recite nam o resursima podnosioca zahtjeva i svih članova domaćinstva - Za podnosiocje zahtjeva za TANF i SNAP, navedite sve resurse za sve članove domaćinstva i podnosiocje zahtjeva za Medicaid koji su stariji (65 ili više godina), slijepi ili invalidi (trajno oštećenje koje vas sprečava da radite)

Da li vi ili neko za koga se prijavljujete posjedujete bilo kakve resurse? Da Ne

Ako **da**, molimo popunite donje informacije (Provjerite sve resurse (imovine) u vašem vlasništvu, vašem supružniku, vašim izdržavanim osobama ili u zajedničkom vlasništvu s nekim drugim. Priložite dodatne stranice ako je potrebno).

Tekući računi Da Ne
Štedni računi Da Ne
Državne obveznice Da Ne
Povjerenički fondovi Da Ne
Nekretnina/Kućna? Da Ne

Planovi za Pogreb / Unaprijed plaćene pogrebne usluge
 Da Ne

Grobne parcele ili Ugovori Da Ne
Dionice i obveznice Da Ne
Ostalo (IRA, CD, itd.) Da Ne

Jeste li vi ili vaš supružnik poklonili neku imovinu za manje od njene vrijednosti? Da Ne

Ako ste na bilo koje od ovih pitanja odgovorili **potvrдно**, opišite u nastavku.

Ime člana domaćinstva sa resursom	Vrsta resursa	Broj računa/Polise	Vrijednost	Naziv banke, Osiguravajućeg društva, itd.

Da li vi ili vaš supružnik posjedujete vozilo? Da Ne

Ako **da**, opišite u nastavku.

Član domaćinstva koji posjeduje Vozilo	Marka vozila	Model	Godina	Iznos duga

Da li vi ili vaš supružnik imate polisu životnog osiguranja? Da Ne

Ako **da**, molimo popunite sljedeće informacije.

Vlasnik polise	Osiguravajuće društvo	Broj polise	Nominalna vrijednost	Novčana vrijednost

Recite nam o Troškovima podnosioca zahtjeva i svih članova domaćinstva (Opcionalno za podnosiocje zahtjeva za Medicaid)

Da li plaćate brigu o izdržavanom djetetu ili odraslom članu domaćinstva sa invaliditetom? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Osoba kojoj je potrebna njega	Osoba koja plaća njegu	Razlog njege	Ime/Broj njegovatelja	Iznos uplaćen njegovatelju	Koliko često se plaća

Da li plaćate troškove prevoza za izdržavano dijete ili odraslog člana domaćinstva sa invaliditetom? Da Ne

Da li su ovi troškovi uključeni u troškove zavisne njege? Da Ne



Odjeljenje za porodične
i dječje usluge

Prijava za beneficije

Ako **ne**, molimo vas odgovorite na ovo pitanje: Ukupno pređenih milja sedmično:

Da li neko u domaćinstvu plaća alimentaciju za dijete koje živi van kuće? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Član domaćinstva dužan je platiti	Ime djeteta za koje se plaća izdržavanje	Obavezni iznos za plaćanje	Stvarni plaćeni iznos	Kome se plaća alimentacija za djecu?

Da li neko stariji od 60 godina ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Član domaćinstva koji ima troškove	Vrsta troška (posjeti ljekaru, posjeta bolnici, recepti, premije za Medicare ili Zdravstveno Osiguranje, naočale)	Iznos Duga	Još uvijek duguje? Da/Ne	Datum plaćanja	Hoće li osiguranje platiti? Da/Ne

Da li neko stariji od 60 godina ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove za prevoz? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Svrha Putovanja (posjeta ljekaru ili bolnici; preuzimanje apoteke)	Ukupno pređenih milja:	Cijena taksija, autobusa, parkinga ili smještaj:

Imate li vi ili bilo koji član domaćinstva troškove smještaja i komunalije? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Troškovi	Iznos	Koliko često?	Ko je platio?
Najam/Hipoteka			
Porezi na Imovinu			
Osiguranje Imovine			
Struja			
Plin			
Lož ulje/Drvo/ Kerozin			
Bunar/Septička Jama/Voda/Kanalizacija			
Smeće			
Telefon			
Ostalo			



Prijava za beneficije

Da li dijelite mjesečne troškove domaćinstva sa nekim u kući? Da Ne

Ako **da**, s kim? _____

Komentari/Dokumentacija _____

Plaćeno kome _____ Plaćeni iznos \$ _____ po _____

Ime s tanodavca _____

Adresa stanodavca: _____

Da li neko drugi umjesto vas plaća neke od ovih računa za domaćinstvo? Da Ne Ako **da**, popunite donju tabelu:

Ko plaća račun?	Koji računi se plaćaju?
Koji iznos se plaća?	Kome ta osoba plaća račune?

Molimo popunite sljedeće informacije ako se prijavljujete za Medicaid.

Informacije o Poreskoj prijavi

1. Da li neko u domaćinstvu planira da podnese federalnu prijavu poreza na dohodak SLJEDEĆE GODINE? Da Ne

Ako **da**, ko? (navedite svaku osobu koja planira da podnese zahtjev) _____

2. Hoće li bilo koji od navedenih poreskih obveznika podnijeti zahtjev zajedno sa supružnikom? Da Ne Ako **da**, navedite ime

supružnika: _____

3. Hoće li iko od poreskih obveznika tražiti izdržavane članove u svojoj poreskoj prijavi? Da Ne Ako **da**, molimo navedite imena

izdržavanih osoba: _____

4. Hoće li iko biti potraživan kao zavisnik od tuđe poreske prijave? Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime poreskog obveznika i izdržavanog lica:

(Filer) _____

(Zavisni) _____

Kako je porezni zavisnik povezan sa poreskim podnosiocem? _____

Odbici: Označite sve što važi i navedite iznos i koliko često ga plaćate.

Alimentacija plaćena \$ _____ Koliko često? _____ Kamata na studentski kredit \$ _____ Koliko često? _____

Premije zdravstvenog osiguranja, 401K i drugi odbici prije oporezivanja \$ _____ Koliko često? _____

Ostali odbici \$ _____ Koliko često? _____ Vrsta: _____

Ostalo zdravstveno osiguranje

1. Ima li neko drugo zdravstveno osiguranje koje pokriva nekoga u vašem domaćinstvu? Da Ne

Ako ste odgovorili **potvrдно** na pitanje 4 iznad, molimo vas popunite sljedeće informacije i Prilog A:

Ime nosioca polise	Naziv, adresa i broj telefona zdravstvenog osiguranja	Vrsta pokrića (bolnica, Medicare dodatak, lijekovi, glavni medicinski)	Ime obuhvaćenih osoba	Datum stupanja na snagu	Broj polise



Prijava za beneficije

2. Da li je nekome na listi na ovoj prijavi ponuđeno zdravstveno osiguranje od posla? Označite **da** čak i ako je pokriva s posla nekog drugog, kao što je roditelj ili supružnik.
 Da Ne Ako **da**, potrebno je da popunite Prilog A.
Je li ovo plan beneficija državnih službenika? Da Ne
3. Jeste li vi ili bilo ko naveden u ovoj aplikaciji izgubio zdravstveno osiguranje u posljednja 2 mjeseca?
 - a. Da Ako **da**, zašto je izgubljeno? _____
 - b. Ne
4. Da li se neko u hraniteljstvu sa 18 godina prijavio za Medicaid? Da Ne
5. Da li je neko u vašem domaćinstvu Amerikanac ili starosjedilac Aljaske? Da Ne
Ako **da**, ispunite Prilog B.

Ako je neko star (65 ili više godina), slijep ili invalid (trajno oštećenje koje vas sprečava da radite), odgovorite na pitanja. (Opcionalno)

1. Da li se neko prijavljuje za zdravstveno osiguranje slijep ili invalid?
 Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime: _____
2. Jeste li vi ili vaš supružnik trenutno pokriveni Medicare-om?
 Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime: _____
3. Da li se prijavljujete za Medicaid da pokrijete neplaćene medicinske račune iz tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva za dodatni sigurnosni prihod (SSI)?
 Da Ne Ako **da**, datum SSI prijave: _____
4. Da li se prijavljujete za nekoga ko je sada preminuo i ima neplaćene medicinske račune u posljednja tri (3) mjeseca?
 Da Ne
5. Da li se prijavljujete za Medicaid da pomognete u plaćanju njege osobe koja je u staračkom domu?
 Da Ne
6. Da li se prijavljujete za Medicaid za osobu stariju od 18 godina čija je SSI provjera prestala?
 Da Ne
7. Da li se prijavljujete za Medicaid kako biste pomogli u - plaćanju usluga odricanja od odgovornosti u zajednici, kao što su Usluge brige u zajednici, NOW/COMP, hospicij Njega, Odricanje od neovisne njege ili Pretpostavljeno odricanje (Katie Beckett)?
 Da Ne



Prijava za beneficije

SNAP penali

Možete izgubiti beneficije ili biti predmet krivičnog gonjenja zbog svjesnog davanja lažnih informacija.

- Nemojte davati lažne informacije ili skrivati informacije da biste dobili beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo da dobije.
- Nemojte koristiti SNAP ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dozvolite da neko drugi koristi vaše.
- Nemojte koristiti SNAP beneficije za kupovinu neprehrambenih artikala kao što su alkohol ili cigarete ili za plaćanje kreditnim karticama.
- Nemojte trgovati ili prodavati SNAP ili EBT kartice za ilegalne predmete, kao što su vatreno oružje, municija ili kontrolisane supstance (ilegalne droge).

Svakome u vašem domaćinstvu ko prekrši bilo koje od ovih pravila namjerno može biti zabranjen pristup programu SNAP od jedne godine do trajno, može biti kažnjen novčanom kaznom do \$250.000 dolara, zatvorom na 20 godina ili oboje. Ona/on takođe može biti predmet krivičnog gonjenja prema drugim važećim Federalnim i Državnim zakonima. Njoj/njemu također može biti zabranjen pristup SNAP-u na dodatnih 18 mjeseci ako sud naloži.

Svaki član domaćinstva koji namjerno krši pravila može biti odbijen za program SNAP za godinu dana za prvi prekršaj, dvije godine za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje SNAP beneficija u transakciji koja uključuje prodaju kontrolisane supstance, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo na beneficije prve dvije godine za prvi prekršaj, a trajno za drugi prekršaj.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje beneficija u transakciji koja uključuje prodaju vatrenog oružja, municije ili eksploziva, vi ili taj član domaćinstva trajno nećete imati pravo da učestvujete u programu SNAP pri prvom prekršaju ove odredbe.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za dobijanje beneficija od trgovine ljudima u ukupnom iznosu od 500 dolara ili više, vi ili taj član domaćinstva trajno nećete imati pravo da učestvujete u programu SNAP nakon prvog kršenja ove odredbe.

Ako se utvrdi da ste vi ili bilo koji član kućanstva dali lažnu izjavu ili izjavu u vezi s identitetom (tko su oni) ili mjestom prebivališta (gdje žive) kako biste dobili višestruke SNAP pogodnosti, vi ili taj član domaćinstva nećete biti kvalificirani za sudjelovanje u SNAP-u na razdoblje od 10 godina.

Kazne za program TANF

U TANF Programu, IPV (Namjerno Kršenje Programa) je namjerna radnja pojedinca da utvrdi ili zadrži podobnost jedinice za pomoć (AU), ili da poveća ili spriječi smanjenje beneficija AU, pružanjem lažnih ili obmanjujućih informacija ili uskraćivanje informacija.

- Svaki član domaćinstva koji krije informacije i ne prijavi promjene na vrijeme ili ne kaže istinu izgubit će TANF beneficije za šest mjeseci za prvi prekršaj, dvanaest mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj. Zloupotreba sredstava za gotovinsku pomoć ili TANF debitne kartice za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kockarnicama, prodavnicama pića, zabavnim sadržajima za odrasle „strip klubovima“, poker sobama, za kauciju, u noćnim klubovima/salonima/tavernama, bingo dvoranama, na trkačkim stazama, u ustanovama za igre na sreću, prodavnicama oružja/municije, kruzerima, za vidovnjake, u prodavnicama za pušače, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažni salonima je strogo zabranjeno i rezultirat će gubitkom TANF beneficija na šest mjeseci za prvo kršenje, dvanaest mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud utvrdi da vi ili bilo koji član domaćinstva krijete informacije ili ne prijavite promjene na vrijeme ili ne kažete istinu i budete osuđeni, ne možete dobiti TANF 6 mjeseci za prvi prekršaj, 12 mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za davanje lažnih informacija o tome gdje živite kako biste mogli primiti beneficije u više od jedne države, bit ćete zastarjeli 10 godina.
- Ako vas je sud osudio za optužbu u vezi sa drogom, kontrolisanu supstancu ili ozbiljno nasilno krivično djelo 1/1/1997 ili nakon toga, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo i/ili ćete biti trajno diskvalifikovani.



Prijava za beneficije

Za sve kandidate za SNAP, TANF i Medicaid:

Izjavljujem pod materijalnom i krivičnom odgovornošću za krivokletstvo prema svom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju podnosim zahtjev za beneficije američki državljanin ili nedržavljanin(i) koji zakonito boravi u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovoj aplikaciji. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i mog učešća u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu u svojoj situaciji u skladu sa zahtjevima programa SNAP i/ili TANF. Također ću prijaviti ako bilo tko u mom kućanstvu ostvari dobitke na lutriji ili kocki, u bruto iznosu od 4500 USD ili više (prije poreza ili drugih iznosa po odbitku). Ove dobitke ću prijaviti u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo primi dobitke. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim da kažem DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom mog procesa prijave ili obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih SNAP beneficija.

Odjeljenje za ljudske usluge Georgie ("DHS") prikuplja lične podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte i datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

Potpis Podnosioca zahtjeva

Datum

Potpis Ovlaštenog predstavnika

Datum

INFORMACIJE O REGISTRU BIRAČA

Ako niste registrovani za glasanje tamo gdje sada živite, da li biste se danas prijavili da biste glasali ovdje?

_____ Da

_____ Ne

Ne želim da odgovaram na pitanje o registru birača

Podnošenje zahtjeva za registraciju ili odbijanje registracije za glasanje neće uticati na iznos pomoći koju će vam ova agencija pružiti.

Ako želite pomoć u popunjavanju obrasca za Registraciju Birača, mi ćemo vam pomoći. Odluka da li ćete tražiti ili prihvatiti pomoć je vaša. Prijavni formular možete popuniti privatno.

Ako smatrate da se neko umiješao u vaše pravo da se registrujete ili da odbijete da se registrujete za glasanje, vaše pravo na privatnost prilikom odlučivanja da li da se registrujete ili podnesete zahtev za registraciju za glasanje, ili vaše pravo da izaberete svoju političku stranku ili drugu političku preferenciju, možete podnijeti Žalbu Državnom Sekretaru na adresi 2 Martin Luther King Jr. Vozi, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom (404) 656-2871.

AKO NE OZNAČITE NIJEDNU KUTIJICU, SMATRAT ĆE SE DA STE ODLUČILI NE REGISTRIRATI SE ZA GLASANJE U OVOM TRENUTKU.

Kopija aplikacije za Registraciju Birača u Georgi je uključena u DFCS prijave, obnove i obrasce za promjenu adrese. Također možete zatražiti aplikaciju za Registraciju Birača od svog službenika. Ako popunite prijavu za Registraciju Birača, podnesite je Uredu Državnog Sekretara Georgie slijedeći uputstva navedena u aplikaciji za Registraciju Birača.



Prijava za beneficije

(Sačuvajte ove dokumente za svoju informaciju)

Šta znače riječi korištene u ovoj aplikaciji?

Ova tabla objašnjava riječi koje smo koristili u ovoj aplikaciji.

Podnosilac prijave	Pojedinac koji se prijavi za primanje javne pomoći ili beneficija.
Jedinica za pomoć (AU)	Jedinica za pomoć uključuje osobe koje <i>ispunjavaju uslove</i> koje žive zajedno, uključujući trudnicu i nerođeno dijete, i primaju javnu pomoć/povlastice.
Njegovatelj	Roditelj, trudnicu, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavi i prima TANF sa djecom o kojoj se brine, uključujući i nerođeno dijete.
Diskvalifikovan	Radnja poduzeta za uklanjanje pojedinca iz programa SNAP ili TANF jer nisu govorili istinu te su primali beneficije koje nisu trebali dobiti.
Elektronski prenos beneficija (EBT)	Sistem koji se koristi u Georgiji za isplatu beneficija pojedincima koji ispunjavaju uslove za SNAP. Pojedinci koji primaju pomoć dobijaju EBT debitnu karticu, koja se koristi za pristup njihovim SNAP računima.
Elektronska komunikacija	<p>Imate mogućnost da odaberete kako želite primiti obavještenja o vašim podacima. Ako odaberete da primite obavještenja putem e-pošte ili tekstualnih poruka, primit ćete poruku koja vas obavještava da imate obavijest u Mojim Obavještenjima koja se nalaze na Korisničkom Portalu GA Gateway.</p> <p>Za komunikaciju putem e-pošte morate nam dati svoju adresu e-pošte i prihvatiti odredbe i uvjete za bezpapirna obavještenja koja se nalaze na Korisničkom Portalu GA Gateway nakon što kreirate račun. Posjetite web stranicu korisničkog portala GA Gateway na www.gateway.ga.gov da ažurirate postavke obavještenja.</p> <p>Za Komunikaciju putem SMS-a, morate nam dati svoj broj telefona. Standardne tarife za poruke i podatke može se prijaviti. Ovo se može razlikovati od operatera, molimo provjerite sa svojim pružiocem usluga.</p>
Priznanje srodnika	Roditelj, trudnicu, rođak ili zakonski staratelj koji podnese zahtjev i prima TANF u svoje ime u ime djece, uključujući i nerođeno dijete.
Bruto prihod	Ukupni prihod osobe prije uzimanja u obzir poreza ili drugih odbitaka.
Beskućnik	<p>Lice koje nema stalno i redovno noćno boravište ili lice čije je primarno noćno boravište:</p> <ul style="list-style-type: none"> • sklonište pod nadzorom dizajnirano da pruži privremeni smještaj (kao što je socijalni hotel ili sklonište za skupove); • polu otvoreni dom ili slična ustanova koja obezbjeđuje privremeni boravak za pojedince koji se namjeravaju institucionalizirati; • privremeni smještaj ne duži od 90 dana u rezidenciji druge osobe; ili • mjesto koje nije namijenjeno ili uobičajeno koristi kao redoviti smještaj za spavanje ljudi (kao što su hodnik, autobusna stanica, predvorje ili slična mjesta).
Članovi domaćinstva	Pojedinci koji žive u vašem domu. Za SNAP, pojedinci koji žive zajedno i zajedno kupuju i pripremaju svoje obroke.
Prihodi	Isplate kao što su naknade, plate, provizije, bonusi, naknade za radnike, invalidnina, penzija, penzijske beneficije, kamate, alimentacija za djecu ili bilo koji drugi oblik primljenog novca.
Zakon o poreskim olakšicama za srednju klasu iz 2012	Ovaj Zakon zabranjuje korištenje sredstava za novčanu pomoć ili TANF debitnih Kartica za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kockarnicama, prodavnicama alkoholnih pića, sadržajima za zabavu za odrasle, poker sobama, za kauciju, u noćnim klubovima/salonima/tavernama, bingo dvoranama, trkačkim stazama, igraonicama, prodavnicama oružja/municije, kruzerima, za vidovnjake, u prodavnicama za pušače, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažnim salonima. Upotreba novčanih sredstava pomoći ili TANF debitne kartice u ovim preduzećima će predstavljati namjerno kršenje programa (prevaru) od strane primaoca.
Migranti Radnici na Farmi	Pojedinci koji su sezonski radnici na farmi i koji se sele iz jedne matične baze u drugu da rade ili traže posao na farmi.



Prijava za beneficije

Nepodnosilac zahtjeva	Pojedinaac koji NE aplicira za ili ne prima javnu pomoć/beneficije. Od osoba koje ne podnose zahtjev nije potrebno da navedu broj socijalnog osiguranja, državljanstvo ili imigracioni status.
Kvalificirani stranac/Imigrant	<p>Kvalificirani <i>stranac/imigrant</i> je osoba koja legalno boravi u SAD-u koja spada u jednu od sljedećih kategorija:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba kojoj je zakonito odobren stalni boravak (LPR) prema Zakonu o imigraciji i državljanstvu (INA); Amerazijski imigrant prema članu 584 Zakona o inostranim operacijama, finansiranju izvoza i srodnim programima iz 1988. Osoba kojoj je odobren azil prema članku 208. INA-e; Izbjegllice, primljene prema članu 207. INA-e; Osoba puštena na uvjetnu slobodu kao izbjeglica ili azilant prema članku 212 (d)(5) INA-e; Osoba čija se deportacija zadržava u skladu s člankom 243(h) INA-e na snazi prije 1. travnja 1997. ili članom 241(b)(3) INA-e, s izmjenama; Osoba kojoj je odobren uvjetni ulazak prema članku 203(a)(7) INA-e koji je bio na snazi prije 1. travnja 1980.; Kubanski ili haićanski imigranti kako je definisano u članu 501(e) Zakona o pomoći u obrazovanju izbjeglica iz 1980. godine; Žrtve trgovine ljudima prema članu 107(b)(1) Zakona o Zaštiti Žrtava Trgovine Ljudima iz 2000. godine; Pretučeni imigranti koji ispunjavaju uslove navedene u članu 431 (c) Zakona o Ličnoj Odgovornosti i Pomirenju Radnih Mogućnosti iz 1996. godine, sa izmjenama i dopunama; Afganistanski ili irački imigranti kojima je odobren status posebnog imigranta prema članu 101(a)(27) INA-e (podložno određenim uvjetima); Američki Indijanci rođeni u Kanadi koji žive u SAD-u u skladu s člankom 289 INA-e ili nedržavljeni federalno priznatog indijanskog plemena prema Odjeljku 4(e) Zakona o samoopredjeljenju Indijanaca i Pomoći u obrazovanju; Članovi plemena Hmong ili Highland Laosa koji su pružili pomoć američkom osoblju učestvujući u vojnim ili spasilačkim operacijama tokom Vijetnamske Ere (8/05/1964 – 5/07/1975). <p>Samo za podnosiocje zahtjeva za Medicinsku Pomoć, Pakt o Slobodnom Udruživanju (COFA) su državljani Saveznih Država Mikronezije, Republike Maršalovih ostrva i Republike Palau. COFA migranti ne moraju ispuniti rok od 5 godina.</p>
Resursi	Gotovina, vlasništvo, ili imovina kao što su bankovni računi, vozila, dionice, obveznice i životno osiguranje.
Sezonski Radnici na Farmi	Pojedinci koji rade u određeno doba godine na sadnji, branju ili pakovanju proizvoda. Zapošljavaju se na određeno vrijeme kada posao zahtijeva više radnika nego što ga farma zapošljava redovno.
Trgovina SNAP-om	<p><i>Promet</i> SNAP pogodnosti znači: (1) Kupovina, prodaja, krađa, ili druga razmjena SNAP beneficija izdanih i pristupljenih putem EBT kartica, brojeva kartica i PIN brojeva ili putem ručnog vaučera i potpisa, za NOVAC ili neku drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu, bilo direktno, indirektno, u zajedničkom dogovoru s drugima ili djelujući samostalno; (2) Razmjena oružja, municije, eksploziva, ili kontrolisanih supstanci; (3) Kupovina proizvoda s SNAP beneficijama koji ima ambalažu s povratnim depozitom s ciljem dobivanja novca odbacivanjem proizvoda i vraćanjem ambalaže za povrat depozita, namjerno odbacivanje proizvoda i namjerno vraćanje ambalaže za povrat depozita; (4) Kupovina proizvoda s SNAP beneficijama s ciljem dobivanja novca ili druge naknade osim za odgovarajuću hranu putem ponovne prodaje proizvoda, a zatim namjerno ponovna prodaja proizvoda kupljenih s SNAP beneficijama u zamjenu za novac ili drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu; (5) Namjerno kupovanje proizvoda koji su izvorno kupljeni s SNAP beneficijama u zamjenu za novac ili drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu; (6) Pokušaj kupovine, prodaje, krađe ili druge razmjene SNAP beneficija izdanih i pristupljenih putem elektroničkog prijenosa beneficija (EBT) kartica, brojeva kartica i osobnih identifikacijskih brojeva (PIN-ova) ili putem ručnog vaučera i potpisa, za novac ili neku drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu, bilo direktno, indirektno, u zajedničkom dogovoru s drugima ili djelujući samostalno.</p>
Way2Go Debit MasterCard	Država Georgia je implementirala pogodnu opciju „elektronskog“ plaćanja za primaocje TANF-a pod nazivom Way2Go Debit MasterCard. Kod ove opcije plaćanja, novac se polaže na račun primaoca prvog kalendarskog dana u mjesecu. Ako prvi padne na vikend ili praznik, beneficije su dostupne posljednjeg radnog dana u prethodnom mjesecu. Primalac ima trenutni pristup svojim sredstvima jer se sredstva elektronski učitavaju na debitnu MasterCard karticu.

Za Sve Kandidate za Medicaid:

Da biste prijavili sumnju na prevaru Medicaid-a za primatelje ili pružatelje usluga, pozovite Ured Glavnog Inspektora Odjela za Zdravstvo u Zajednici Georgije na (lokalni) (404) 463-7590 ili (besplatan) (800) 533-0686; putem e-pošte na



Odjeljenje za porodične
i dječje usluge



Prijava za beneficije

anonymous@dch.ga.gov; poštom na Odjel za Zdravstvo Zajednice, OIG PI Odjeljak, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19. sprat, East Tower, Atlanta GA 30334; ili posjetite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

Odredbe o pravima Američkog zakona o invaliditetu ADA/Član 504

Pomoć za osobe sa invaliditetom

Odjeljenje za ljudske usluge Georgije i Odjeljenje za zdravstvo u zajednici ("Odjeljenja") prema federalnom zakonu* obavezni su da osobama sa invaliditetom obezbijede jednaku priliku da učestvuju i da se kvalifikuju za programe, usluge ili aktivnosti odjeljenja. Ovo uključuje programe kao što su SNAP, TANF i Medicinska Pomoć.

Odjeljenja obezbjeđuju razumne modifikacije kada su modifikacije neophodne kako bi se izbjegla diskriminacija na osnovu invaliditeta. Naprimjer, možemo promijeniti politike, prakse ili procedure kako bismo omogućili jednak pristup. Kako bismo osigurali jednako efikasnu komunikaciju, osobama sa invaliditetom ili njihovim pratiocima sa invaliditetom pružamo pomoć u komunikaciji, kao što su tumači za znakovni jezik. Naša pomoć je besplatna. Odjeljenja nisu dužna izvršiti bilo kakve izmjene zbog kojih bi došlo do temeljnih promjena u pružanju usluga, programa i aktivnosti kao i neopravdanih, finansijskih i administrativnih opterećenja.

Kako da podnesete zahtjev za razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji

Molimo kontaktirajte svog službenika ukoliko ste osoba sa invaliditetom i trebate razumnu modifikaciju, ipomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. U tom slučaju, potražite pomoć, ukoliko Vam je potrebna podrška ili usluga za efikasnu komunikaciju, poput tumača za znakovni jezik. Možete kontaktirati svog službenika za slučajeve ili nazvati DFCS na (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) tim na 678-248-7449 da podnesete svoj zahtjev. Također možete podnijeti zahtjev koristeći DFCS ADA Obrazac zahtjeva za razumnu modifikaciju, koji je dostupan u vašoj lokalnoj kancelariji DFCS-a ili online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ili možete dobiti Obrazac zahtjeva za razumnu modifikaciju DCH ADA u kancelariji KB-a, online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ili možete poslati svoj zahtjev za modifikaciju na DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Kako podnijeti žalbu

Imate pravo podnijeti žalbu ako su vas Odjeli diskriminirali zbog vašeg invaliditeta. Na primjer, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije ako ste zatražili razumnu modifikaciju ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumnom roku. Možete podnijeti tužbu usmeno ili pismeno tako što ćete kontaktirati svog radnika na predmetu, vašu lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS Građanska Prava, ADA/Section 504 Koordinator na adresi 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za DCH, kontaktirajte KB tima ADA/Section 504 koordinatora na 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ili P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH adresa e-pošte je: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Od svog socijalnog radnika možete zatražiti kopiju DFCS obrasca za žalbu na osnovu kršenja građanskih prava. Obrazac za žalbe je dostupan online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Ukoliko Vam je potrebna pomoć u podnošenju žalbe zbog diskriminacije, možete kontaktirati gore navedeno osoblje DFCS-a. Osobe koje su gluhe ili imaju oštećenje sluha ili koje mogu imati smetnje pri govoru mogu pozvati 711 kako bi se operater povezao s nama. Adresa e-pošte za žalbe DCH-u zbog kršenja građanskih prava je: dch.civilrights@dch.ga.gov. Pokretanja DCH procesa građanskih prava i žalbeni obrazac se nalazi na sljedećem linku <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Također, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije odgovarajućoj federalnoj agenciji. Kontakt informacije za SAD. Ministarstvo Poljoprivrede (USDA) i SAD Odjel za zdravstvo i ljudske usluge (HHS) je u okviru "Izjave o nediskriminaciji" koja je uključena.

**Član 504 Zakona o Rehabilitaciji iz 1973. godine; Zakon o Amerikancima sa invaliditetom iz 1990. godine; i Zakon o izmjenama i dopunama zakona o Amerikancima s invaliditetom iz 2008. osiguravaju da osobe s invaliditetom budu oslobođene nezakonite diskriminacije.*

Prema politici **Ministarstva zdravlja zajednice (DCH)**, programi Medicinske Pomoći ne mogu vam uskratiti pravo ili beneficije na osnovu vaše rase, starosti, pola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili vjere.

Nemojte slati zahtjeve USDA ili HHS

Izjava o nediskriminaciji

U skladu sa saveznim zakonima o građanskim pravima i U.S. Propisi i politike Ministarstva poljoprivrede (USDA) o građanskim pravima, USDA, njenim agencijama, uredima i zaposlenicima i institucijama koje učestvuju u ili upravljaju programima USDA zabranjeno je diskriminaciju na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjersko uvjerenje, invaliditet, godine, politička uvjerenja ili odmazdu ili odmazdu za prethodnu aktivnost u vezi s građanskim pravima u bilo kojem programu ili aktivnosti koju provodi ili finansira USDA. Programi koji primaju federalnu finansijsku pomoć od SAD-a Odjeljenje za Zdravstvo i Ljudske usluge (HHS), kao što je Privremena Pomoć za Porodice u Potrebi (TANF), i programi kojima HHS direktno upravlja, takođe su zabranjeni od diskriminacije prema saveznim zakonima o građanskim pravima i propisima HHS.

Osobe sa invaliditetom kojima su potrebna alternativna sredstva komunikacije za informacije o programu (npr. Brajevo pismo, velika štampa, audio traka, Američki Znakovni Jezik), treba da kontaktiraju agenciju (državnu ili lokalnu) u kojoj su se prijavili za beneficije. Gluhe, nagluhe i osobe koje imaju poteškoće u govoru mogu kontaktirati USDA putem federalnog komunikacijskog servisa (Federal Relay Service) na (800) 877-8339. Pored engleskog jezika, informacije o programu mogu biti i na drugim jezicima.

ŽALBE NA OSNOVU KRŠENJA GRAĐANSKIH PRAVA UNUTAR USDA PROGRAMA

USDA pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi, kao što su Program Dodatne Pomoći u Ishrani (SNAP), Program Distribucije Hrane u Indijskim Rezervatima (FDPIR) i drugi. Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju u programu, popunite Obrazac za žalbu zbog diskriminacije u programu (AD-3027) koji se nalazi na online na <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> u bilo kojem Uredu USDA ili napišite pismo upućeno USDA i navedite u pismu sve informacije koje se traže u obrascu. Da biste zatražili kopiju obrasca za reklamaciju, pozovite (866) 632-9992. Pošaljite svoj popunjeni obrazac ili pismo USDA na:

1. **Pošta:** Služba za Hranu i Ishranu, USDA
1320 Braddock Place, soba 334, Aleksandrija, VA 22314; ili
2. **faks:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **e-pošta:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Za bilo koje druge informacije u vezi sa problemima SNAP-a, osobe treba ili kontaktirati USDA SNAP telefonski broj na (800) 221-5689, koji je takođe na španskom jeziku, ili nazvati [državne informacije/brojeve](#) dežurne linije (kliknite na link za popis brojeva dežurne linije do država); pronađeno online na: [SNAP telefonska linija](#).

ŽALBE ZA GRAĐANSKA PRAVA KOJE UKLJUČUJU HHS PROGRAME

HHS pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe za poboljšanje zdravlja i blagostanja, uključujući TANF, Head Start, Program Energetske Pomoći u Kući S niskim Primanjima (LIHEAP) i druge. Ako vjerujete da ste bili diskriminirani zbog svoje rase, boje kože, nacionalnog porijekla, invaliditeta, starosti, spola (uključujući trudnoću, seksualnu orijentaciju i rodni identitet) ili religije u programima ili aktivnostima koje HHS direktno upravlja ili kojima HHS pruža saveznu finansijsku pomoć, možete podnijeti žalbu Uredu za Građanska Prava (OCR) za sebe ili za nekog drugog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju za sebe ili nekog drugog u vezi sa programom koji prima federalnu finansijsku pomoć putem HHS-a, ispunite obrazac online putem OCR-ovog portala za žalbe na <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Takođe možete kontaktirati OCR putem pošte na: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ili na e-pošte: OCRmail@hhs.gov. Za brži postupak obrade, preporučujemo vam da koristite OCR online stranicu za podnošenje žalbi, a ne putem e-pošte. Osobe kojima je potrebna pomoć oko podnošenja tužbe zbog kršenja građanskih prava, mogu poslati e-poštu OCR-u na OCRMail@hhs.gov ili pozvati OCR besplatno na 1-800-368-1019, TDD (telekomunikacijski broj za gluhe osobe) 1-800-537-7697. Za osobe koje su gluhe, imaju oštećenje sluha ili imaju poteškoća s govorom, molimo da pozovite 7-1-1 kako biste pristupili uslugama telekomunikacijskog posredovanja. Usluge za podnošenje žalbi pružamo besplatno i u drugim oblicima (kao što je Brajevo pismo i uvećani font slova) kao i pomoćna pomagala te usluge jezične pomoći.

Ova institucija pruža jednake mogućnosti.

U okviru Odjeljenja za ljudske usluge (DHS), možete podnijeti i druge žalbe zbog diskriminacije tako što ćete kontaktirati svoju lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS za Građanska prava, ADA/Section 504 Koordinator u Odjelu za Ljudske Usluge Georgie, Ured Glavnog Savjetnika, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za žalbe koje se odnose na diskriminaciju na osnovu Ograničenog poznavanja engleskog jezika, kontaktirajte DHS Program ograničenog znanja engleskog jezika i senzornog oštećenja pri Odjeljenju za ljudske usluge Georgie, Ured Glavnog Savjetnika, 47

Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.
Nemojte slati zahtjeve USDA ili HHS