



Solicitação de benefícios

VOCÊ DEVE ENTREGAR A SOLICITAÇÃO PREENCHIDA EM MÃOS, ENVIAR POR FAX ou PELO CORREIO PARA O ESCRITÓRIO LOCAL DO SEU CONDADO.

Se você precisar de ajuda para ler ou preencher este documento ou se precisar de ajuda para se comunicar conosco, avise-nos ou ligue para (877) 423-4746. Nossos serviços, incluindo serviços de interpretação, são gratuitos. Se você é surdo, tem deficiência auditiva, é surdocego ou tem dificuldade para falar, ligue para o número acima discando 711 (Serviço de retransmissão do estado da Geórgia).

Quais serviços oferecemos na Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS, na sigla em inglês)?

A DFCS oferece os seguintes serviços:



Assistência alimentar

Os benefícios do SNAP podem ser utilizados para comprar alimentos em qualquer estabelecimento que tenha a placa do EBT/Quest. Subtrairemos o valor da sua compra de alimentos da sua conta do SNAP.



Serviços de assistência financeira/Apoio ao emprego

A Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF, na sigla em inglês) fornece assistência financeira para famílias com filhos dependentes e gestantes por tempo limitado. Os pais ou cuidadores, ou gestantes que estiverem incluídos no benefício são obrigados a participar de um programa profissional. O programa de assistência financeira também oferece assistência financeira à famílias refugiadas que não são elegíveis para o programa TANF.

- O programa **Avós Criando Netos (Grandparents Raising Grandchildren - GRG)** fornecerá o suporte necessário para que as crianças possam ser cuidadas na casa dos avós.



Assistência médica

O Medicaid, para aqueles que são elegíveis, pode ajudar a pagar contas médicas, consultas médicas e mensalidades do Medicare.

- Isso inclui a assistência médica Pathways (**Pathways Medical Assistance**). A assistência médica Pathways é um programa que oferece cobertura Medicaid gratuita ou de custo reduzido para indivíduos com idades entre 19 e 64 anos, que tenham renda familiar de até 100% do Nível Federal de Pobreza (FPL, na sigla em inglês), que não sejam elegíveis para o Medicaid e que atendam aos requisitos de elegibilidade. Se você gostaria de ser considerado para a Pathways, preencha também o anexo D.

Serviços de alcance comunitário

Para mais informações sobre outros serviços do DHS, acesse nosso site em <http://dfcs.georgia.gov> ou ligue para (877) 423-4746.



Como faço para solicitar benefícios?

Passo 1. Preencha o formulário.

Leia as perguntas com atenção e forneça informações corretas. Assine e coloque a data no formulário.

Passo 2. Entregue o formulário no escritório local.

Você precisará destacar as páginas 1-2, 17-20 e guardá-las

Perguntas frequentes

Quanto tempo demora para receber os benefícios?

SNAP:	até 30 dias
TANF:	até 45 dias
Medicaid:	de 10 a 90 dias

Você poderá receber o SNAP em até 7 dias se estiver qualificado. Consulte a página 6.

Quanto vou receber?

Sua renda, recursos e tamanho da família determinam os valores dos benefícios. Poderemos fornecer informações específicas assim que determinarmos a sua elegibilidade.

Como vou receber meus benefícios?

Para SNAP, você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT, na sigla em inglês) para acessar seus benefícios. Para TANF, você receberá um cartão Way2Go Debit Mastercard para acessar seus benefícios. Para Medicaid, você receberá um cartão Medicaid para cada membro elegível.

Poderemos pedir que você forneça as seguintes informações:

- Comprovante de identidade do solicitante se estiver solicitando SNAP e/ou TANF. Uma carteira de identidade (ID, na sigla em inglês) ou carteira de motorista (DL, na sigla em inglês) são exemplos aceitáveis de comprovante de identidade. O comprovante de identidade não é necessário para os solicitantes de assistência médica.
- Comprovante de cidadania americana /status de imigrante qualificado para todos os que solicitarem benefícios. Se você estiver solicitando apenas Serviços Médicos de Emergência (EMA, na sigla em inglês), não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre seu status de imigração.
- Números do Social Security de todos os que solicitarem assistência.
- Comprovante de renda, *por exemplo*, recibos de pagamento, comprovantes de pagamento de pensão alimentícia e cartas de concessão de renda. O comprovante de pagamento de pensão alimentícia não é necessário para solicitantes de assistência médica.
- Comprovante de despesas como recibos de escolas, contas médicas, custos com transporte médico, custos com aluguel/hipoteca e pagamentos de pensão alimentícia. Estas informações não são necessárias para solicitantes de assistência médica.

Primeiro, tentaremos verificar o status de cidadania/imigração e as informações de renda por meio de fontes eletrônicas de dados. Os documentos de verificação impressos não são necessários para enviar uma solicitação; no entanto, você pode fornecer os documentos com a solicitação. Se não conseguirmos verificar por meio de fontes eletrônicas de dados e você precisar de ajuda para obter essas informações, informe-nos.



Solicitação de benefícios

com você.



Envie por correio, fax ou leve as páginas 3 a 16 deste formulário para o escritório local da Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS). Você pode encontrar o endereço do escritório local em <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Se você ou a pessoa para quem você está solicitando forem elegíveis para o programa, os benefícios do SNAP serão fornecidos a partir da data em que recebermos a solicitação com seu nome, endereço e assinatura. Os benefícios do TANF serão fornecidos a partir da data em que a solicitação for aprovada.

Se você estiver solicitando SNAP, TANF e/ou Medicaid, você pode preencher uma solicitação de benefícios apenas com seu nome, endereço e assinatura. No entanto, o preenchimento completo do formulário pode nos ajudar a processar sua solicitação mais rapidamente. Você pode usar este formulário para preencher uma solicitação conjunta para mais de um programa ou somente para o SNAP. Sua solicitação no SNAP não será negada apenas com base no fato de sua solicitação para outro programa ter sido negada. Faremos uma determinação de elegibilidade separada para sua solicitação do SNAP. Se você estiver em uma instituição e estiver solicitando o SNAP e SSI ao mesmo tempo, a data de preenchimento da sua solicitação é a data em que você foi liberado da instituição.

Passo 3. Fale conosco.

Você pode precisar ser entrevistado por um funcionário. Se for o caso, marcaremos um horário. Esta entrevista pode ser feita por telefone.

Como utilizamos as informações pessoais do solicitante?

Você só precisa fornecer os números do Social Security (SSN, na sigla em inglês) e o status de cidadania ou imigração das pessoas que desejam solicitar benefícios. Essas informações serão verificadas no sistema de verificação de renda e elegibilidade (IEVS, na sigla em inglês). Também cruzaremos suas informações com outras agências federais, estaduais e locais para verificar sua renda e elegibilidade, para rastrear informações salariais e participação em atividades profissionais. Se um membro da família não quiser nos fornecer informações sobre o SSN, status de cidadania ou de imigração, outros membros da família ainda podem receber benefícios. Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, não precisa nos fornecer seu SSN ou informações sobre seu status de imigração.

Outra pessoa pode solicitar os benefícios para mim?

Para SNAP e Medicaid, você pode pedir que alguém solicite os benefícios para você. Para o TANF, qualquer pessoa pode solicitar, mas o pai/mãe, responsável ou gestante deve ser entrevistado(a).



Solicitação de benefícios

(Preencha este formulário e leve-o ao escritório LOCAL DA DFCS DO SEU CONDADO.)

O que estou solicitando? (Assinale todas as opções que se aplicam)

Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP, na sigla em inglês)

O Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), anteriormente conhecido como Food Stamps, é um programa financiado pelo governo federal que oferece benefícios mensais para famílias de baixa renda para ajudar a pagar os custos com alimentação. O programa também fornece educação nutricional às famílias para atender às necessidades alimentares e nutricionais delas e oferece oportunidades de emprego e treinamento para ajudar as famílias a conseguir um emprego que leve a uma menor dependência do SNAP.

Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF, na sigla em inglês)

A Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) fornece pagamentos mensais temporários em dinheiro, pagamentos únicos em dinheiro ou outros serviços de apoio para fortalecer famílias elegíveis com crianças/adolescentes ou gestantes. Se você for o pai/mãe do menor, ou o cuidador ou uma gestante que gostaria de ser incluído no benefício, solicitaremos que você participe de um programa profissional.

Avós Criando Netos (GRG, na sigla em inglês)

O programa Avós Criando Netos (GRG) fornecerá pagamentos adicionais em dinheiro para que as crianças possam ser cuidadas na casa dos avós. **Os solicitantes devem solicitar o TANF para serem elegíveis para o GRG.**

Assistência financeira para refugiados

O programa de assistência financeira para refugiados (Refugee Cash Assistance) fornece assistência financeira à famílias refugiadas que não são elegíveis para o programa TANF. O termo refugiado inclui refugiados, imigrantes cubanos/haitianos, vítimas de tráfico humano, amerasiáticos, asilados, afegãos ou iraquianos com Visto Especial de Imigrante (SIV, na sigla em inglês) ou afegãos em liberdade condicional elegíveis.

Medicaid

O Medicaid oferece seguro médico para idosos, adultos cegos ou com deficiência, gestantes, crianças e famílias. Quando você preencher sua solicitação, analisaremos todos os programas do Medicaid e decidiremos quais deles você pode ser elegível para receber.

Preencha a tabela abaixo sobre o solicitante.

Primeiro nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Sufixo
Endereço residencial		Apto	
Cidade	Estado	Zip Code	
Você está em situação de rua? Sim ____ ou Não ____			
Endereço para correspondência (se for diferente)			
Número de telefone principal		Outro número de telefone	
Comunicação eletrônica: E-mail: Sim ____ ou Não ____ (opcional) Mensagens de texto: Sim ____ ou Não ____ (opcional)		Endereço de e-mail (opcional):	
Qual é o seu idioma de preferência?		Se for necessária uma entrevista, você intérprete? Sim ____ ou Não ____	

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de adaptação razoável e assistência de comunicação (se aplicável):

Você tem alguma deficiência que exija uma adaptação razoável ou assistência de comunicação? Sim ____ Não ____

(Se sim, descreva a adaptação razoável ou a assistência de comunicação que você está solicitando):

Intérprete de língua de sinais ____; TTY ____; Letras grandes ____; Comunicação eletrônica (email) ____; Braille ____; Retransmissão de vídeo ____; Intérprete de fala sinalizada ____; Intérprete oral ____; Intérprete tátil ____; Lembrete por telefone dos prazos do programa ____; Assinatura telefônica (se aplicável) ____; Entrevista presencial (visita domiciliar) ____; Outro: _____

Você precisa desta adaptação razoável ou assistência de comunicação uma única vez ____ ou sempre ____?



Solicitação de benefícios

Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa dessa adaptação ou assistência

Para todos os solicitantes do SNAP, TANF e Medicaid:

Declaro, sob pena de perjúrio, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios são cidadãos americanos ou não cidadãos legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas, de acordo com o meu conhecimento. Entendo e concordo que o Departamento de Serviços Humanos-Divisão De Serviços à Família e à Crianças (DHS-DFCS, na sigla em inglês), o Departamento de Saúde Comunitária (DCH, na sigla em inglês) e as agências federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas por mim nesta solicitação. As informações podem ser obtidas a partir de empregadores anteriores ou atuais. Entendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações salariais e minha participação em atividades profissionais.

Informarei qualquer alteração na minha situação de acordo com os requisitos do programa SNAP e/ou TANF. Também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de azar, no valor bruto de 4500 dólares ou mais (antes da retenção de impostos ou outros valores). Informarei esses ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família receber os prêmios. Entendo que se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e poderei estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer informações incorretas conscientemente. Entendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Entendo que se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas das minhas despesas durante o processo de solicitação ou renovação e/ou não conseguir comprová-las, o DHS-DFCS não considerará essas despesas ao calcular o valor dos meus benefícios do SNAP.

O Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia ("DHS", na sigla em inglês) coleta Informações Pessoais Identificáveis (PII, na sigla em inglês), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de e-mail e datas de nascimento, etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao nos enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar essas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

Assinatura

Data

Assinatura da testemunha se assinada por "X"

Data

Representante autorizado:

Preencha esta seção somente se desejar que uma pessoa ou organização preencha sua solicitação, faça sua entrevista e/ou use seu cartão EBT para comprar alimentos quando você não puder ir ao mercado. Assinale quem você deseja designar como representante autorizado para cada tipo de programa. Assinale quais responsabilidades você deseja que a pessoa ou organização tenha. Se você estiver solicitando o Medicaid, poderá escolher mais de uma pessoa ou organização para agir em seu nome.

Representante autorizado 1 Tipos de programas: SNAP TANF Assistência médica

Representante Autorizado 1 Responsabilidades: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação

Receber cópias de avisos e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos

Receber um cartão de benefícios TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Nome da pessoa 1: _____

Nome da organização 1 (se aplicável): _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Apto: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____

Comunicação eletrônica: E-mail: Sim ___ Não ___ (opcional) Mensagens de texto: Sim ___ Não ___ (opcional)

Endereço de e-mail (opcional) _____

Idioma de preferência: _____ Precisa de um intérprete? Sim ___ ou Não ___



Solicitação de benefícios

Representante autorizado 2 Tipos de programas: SNAP TANF Assistência médica
Representante autorizado 2 Responsabilidades: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação Receber cópias de avisos e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos Receber um cartão de benefícios TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Nome da pessoa 2: _____
Nome da organização 2 (se aplicável): _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Apto: _____
Cidade: _____ Estado: _____ Zip: _____
Comunicação eletrônica: E-mail: Sim ___ Não ___ (opcional) Mensagens de texto: Sim ___ Não ___ (opcional)
Endereço de e-mail (opcional) _____
Idioma de preferência: _____ Precisa de um intérprete? Sim ___ ou Não ___

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de adaptação razoável e assistência de comunicação para representantes autorizados (se aplicável):

O representante autorizado tem alguma deficiência que exija uma adaptação razoável ou assistência de comunicação? Sim ___ Não ___ (Se sim, descreva a adaptação razoável ou assistência de comunicação que você está solicitando):

Intérprete de língua de sinais ___; TTY ___; Letras grandes ___; Comunicação eletrônica (e-mail) ___; Braille ___; Retransmissão de vídeo ___; Intérprete de fala sinalizada ___; Intérprete oral ___; Intérprete tátil ___; Lembrete por telefone dos prazos do programa ___; Assinatura telefônica (se aplicável) ___; Entrevista presencial (visita domiciliar) ___; Outro: _____

O representante autorizado precisa desta adaptação razoável ou assistência de comunicação uma única vez ___ ou sempre ___? Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa dessa adaptação ou assistência. _____

Apenas para equipe do escritório: _____ Data de recebimento: _____

Elegibilidade expressa (Express Lane Eligibility):

A Elegibilidade Expressa (ELE, na sigla em inglês) é um processo automático para inscrever ou renovar crianças e adolescentes elegíveis com menos de 19 anos que estejam recebendo o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP, na sigla em inglês), a Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF, na sigla em inglês), Assistência Financeira para Refugiados (RCA, na sigla em inglês), Serviços de Assistência para Pais e Crianças (CAPS, na sigla em inglês) ou Mulheres, Bebês e Crianças (WIC, na sigla em inglês) no programa de assistência médica.

A Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS, na sigla em inglês) utilizará as informações de tamanho da família, residência e renda do SNAP, TANF, RCA, CAPS ou WIC, mas a DFCS verificará o status de cidadania ou imigração utilizando as regras da assistência médica para fazer uma determinação de elegibilidade expressa (ELE) para automaticamente inscrever ou renovar as crianças no Medicaid ou no PeachCare for Kids®. A DFCS enviará uma notificação de determinação após a conclusão, permitirá que os membros façam quaisquer alterações e lhes dará a opção de sair do processo ELE ou encerrar o caso de assistência médica a qualquer momento.



Solicitação de benefícios

Eu me qualifico para receber os benefícios do SNAP mais rapidamente? (Esta informação é necessária apenas para solicitantes do SNAP)

Responda a estas perguntas sobre o solicitante e sobre todos os membros da família para verificar se você pode receber o SNAP em 7 dias.

1. Você ou alguém em sua casa é migrante ou trabalhador agrícola sazonal? Sim Não

Se **sim**, quem? _____

2. **Renda bruta** total que será recebida neste mês: \$ _____

Nome do empregador _____

Data de início do emprego _____ Data de término do emprego _____

Taxa de remuneração _____ Horas trabalhadas semanalmente _____

Com que frequência você é pago: semanalmente/quinzenalmente/duas vezes por mês/mensalmente (circule uma opção)

3. **Renda** bruta total **não proveniente de trabalho** que será recebida neste mês:

\$ _____

Tipo de renda não proveniente de trabalho _____ Valor _____

Frequência de recebimento: semanalmente/quinzenalmente/duas vezes por mês/mensalmente (circule uma opção)

Tipo de renda não proveniente de trabalho _____ Valor _____

Frequência de recebimento: semanalmente/quinzenalmente/duas vezes por mês/mensalmente (circule uma opção)

4. Renda total recebida (proveniente de trabalho e não proveniente de trabalho) este mês:

\$ _____

5. Qual é o valor total que você e todas as pessoas da sua casa têm em dinheiro ou depositado nas contas bancárias? \$ _____

6. Qual é o valor mensal do seu aluguel, hipoteca, impostos sobre a propriedade e/ou seguro

\$ _____

residencial?

7. Qual é o valor total de suas despesas com eletricidade, água, gás e/ou outros serviços públicos neste mês?

\$ _____

(Não inclua valores de despesas vencidas e atrasadas no total)

- a. Qual é a principal fonte de aquecimento ou resfriamento da sua casa? Assinale todas as opções que se aplicam.

Elétrico _____ Gás _____ Ar condicionado central ou de janela _____ Querosene _____ Lenha _____

- b. Você recebeu assistência financeira para energia elétrica (LIHEAP, na sigla em inglês) nos últimos 12 meses?

Sim Não Se **sim**, valor recebido \$ _____



Solicitação de benefícios

Conte-nos mais sobre o solicitante e sobre todos os membros da família

Para solicitantes de assistência médica: Inclua você, seu cônjuge, seus filhos (incluindo enteados) menores de 21 anos que moram com você, seu parceiro sem vínculo matrimonial que precisa de seguro de saúde, qualquer pessoa que você inclua em sua declaração de imposto de renda, mesmo que não more com você, e qualquer outra pessoa com menos de 21 anos de quem você cuide e more com você. Não é necessário incluir seu parceiro sem vínculo matrimonial que não precisa de seguro de saúde, os filhos de seu parceiro sem vínculo matrimonial, seus pais que moram com você, mas que apresentam a própria declaração de imposto de renda (se você tiver mais de 21 anos), ou outros parentes adultos que apresentam a própria declaração de imposto de renda. Se você estiver solicitando apenas Serviços Médicos de Emergência (EMA, na sigla em inglês), não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre seu status de imigração.

Preencha a tabela abaixo sobre o solicitante e sobre todos os membros da família. As seguintes leis e regulamentos federais: A Lei de Alimentos e Nutrição de 2008, 7 USC § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, e 42 § 435.920, 42 C.F.R. § 435.910, e 42 C.F.R. § 435.920, autorizam a DFCS a solicitar o número do seu Social Security e o(s) número(s) dos membros de sua família. Qualquer pessoa que more em sua casa e não esteja solicitando benefícios pode ser tratada como **não solicitante**. Os não solicitantes não precisam nos fornecer informações sobre o número do Social Security, status de cidadania ou imigração e **não são elegíveis** para benefícios. Outros membros da família ainda podem receber benefícios se forem elegíveis. Se você quiser que decidamos se algum membro da sua família é elegível para benefícios, ainda será necessário nos informar sobre o status de cidadania ou imigração deles e nos fornecer o número de Social Security (SSN) deles. Ainda será necessário nos informar sobre a renda e bens deles para determinar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Não denunciaremos nenhum membro não solicitante da família ao sistema de Verificação Sistemática de Direitos de Estrangeiros (SAVE, na sigla em inglês) dos Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS, na sigla em inglês) se eles não nos fornecerem o status de cidadania ou status de imigração deles. No entanto, se as informações de status de imigração tiverem sido enviadas em sua solicitação, essas informações podem estar sujeitas a verificação por meio do sistema SAVE e podem afetar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Nós cruzaremos suas informações com outras agências federais, estaduais e locais para verificar sua renda e elegibilidade. Essas informações também podem ser fornecidas a agentes da lei para serem utilizadas na captura de pessoas que estejam fugindo da lei. Se a sua família tiver uma reivindicação do SNAP, as informações contidas neste formulário, incluindo o SSN, podem ser fornecidas a agências federais e estaduais e agências privadas de cobrança de reivindicações para que sejam utilizadas na cobrança da reivindicação. Não negaremos benefícios aos membros solicitantes da família somente porque outros membros da família não forneceram o SSN ou o status de cidadania ou de imigração deles.

NOME	Grau de parentesco	Esta pessoa está solicitando benefícios ?	Essa pessoa precisa de seguro de saúde?	Data de nascimento	Número do Social Security	Sexo	Hispânico o ou latino?	Código de raça	Você é um cidadão americano, nacional dos EUA, imigrante qualificado ou possui um status de imigração satisfatório? (Apenas solicitantes)
Primeiro nome		(S/N)	(S/N)	Formato (mm/dd/aa)	(Opcional para não solicitantes)	(M/F)	(Opcional) (S/N)	(Opcional) (Veja os códigos abaixo)	
Inicial do nome do meio	EU								
Sobrenome									



Solicitação de benefícios

Códigos de raça (Assinale todos os que se aplicam):

AI - Indígena americano ou nativo do Alasca

AS - Asiático

BL - negro ou afro-americano

HP - Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico

WH - Branco

Ao fornecer informações sobre raça/etnia, você nos ajudará a administrar nossos programas de maneira não discriminatória. Sua família não é obrigada a nos fornecer essas informações e isso não afetará sua elegibilidade ou nível de benefício.

Se você ou outros solicitantes da família não forem cidadãos americanos ou nacionais dos EUA, preencha a tabela a seguir:
(anexe páginas adicionais conforme necessário)

NOME	Tipo de documento de imigração	Número de identificação de estrangeiro/certificado/documento	Você morou nos Estados Unidos a partir de 1996?	Data de naturalização/data de entrada ou admissão nos EUA (se aplicável)	Você, seu cônjuge ou os seus pais são veteranos ou membros ativos das forças armadas dos EUA? (S/N)
Primeiro nome					
Inicial do nome do meio					
Sobrenome			(S/N)	Formato (mm/dd/aa)	(S/N)

Conte-nos mais sobre o solicitante e sobre todos os membros da família

Precisamos de mais informações sobre o solicitante e sobre todos os membros da família para decidirmos quem tem direito aos benefícios. Responda apenas as perguntas sobre os benefícios que deseja receber na página abaixo.

1. Alguém em sua casa já recebeu algum benefício em outro condado ou estado? (Somente para SNAP e TANF) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

2. Alguém em sua casa já foi condenado por fornecer informações falsas sobre onde mora e quem é para obter múltiplos benefícios do SNAP em mais de um lugar após 22/08/1996? (Somente para SNAP) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém em sua casa saiu voluntariamente de um emprego ou reduziu voluntariamente as horas de trabalho para menos de 30 horas semanais dentro de 30 dias da data da solicitação? (Somente para SNAP e TANF) Sim Não

Se **sim**, quem?

Por que ele/ela saiu do emprego? _____

4. Alguém em sua casa está grávida? (Esta pergunta não se aplica a solicitantes do SNAP) Sim Não

Se **sim**,

Nome da gestante: _____

Qual é a data prevista para o parto? _____; e quantos bebês são esperados? _____

Se não, alguém na família deu à luz ou teve uma gravidez interrompida nos últimos 12 meses? Sim Não



Solicitação de benefícios

Se **sim**,

Nome da gestante: _____

Qual foi a data do parto/perda gestacional/aborto? _____; e quantos bebês nasceram/eram esperados? _____

*Somente para solicitantes do TANF, forneça as seguintes informações:

Nome do pai do nascituro: _____ Endereço do pai: _____

5. Para solicitantes do Medicaid, alguém em sua família tem alguma fatura médica não paga nos últimos 3 meses? Sim Não

Sim Não

Se **sim**, envie as faturas não pagas se você tiver um caso Medicaid.

6. Alguém em sua casa foi desqualificado do programa SNAP ou TANF? (Somente para SNAP e TANF)

Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

7. Alguém em sua casa está fugindo para evitar ser processado ou preso por um crime? (Somente para SNAP e TANF) Sim Não

Se **sim**, quem: _____

8. Alguém em sua casa está violando as condições de liberdade condicional ou liberdade vigiada? (Somente para SNAP e TANF) Sim Não

Se **sim**, quem: _____

9. Alguém em sua casa foi condenado criminalmente por comportamento relacionado à posse, uso ou distribuição de uma substância controlada (ou seja, crime relacionado a drogas) após 22/08/1996 (somente para (SNAP) e TANF) ou por um crime violento (somente para TANF)? Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

a. Você está em conformidade com os termos da liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime relacionado a drogas? (Somente para SNAP) Sim Não

b. Você está em conformidade com os termos da liberdade vigiada relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime relacionado a drogas? (Somente para SNAP) Sim Não

c. Você cumpriu com êxito **todos os termos de liberdade condicional ou liberdade vigiada** relacionados a qualquer condenação relacionada a drogas? (Somente para SNAP) Sim Não

10. Você ou alguém em sua família foi condenado por trocar benefícios do SNAP por drogas após 22/08/1996? (Somente para SNAP) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

11. Você ou alguém em sua família foi condenado por comprar ou vender benefícios do SNAP por mais de 500 dólares após 22/08/1996? (Somente para SNAP) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

12. Você ou alguém em sua família foi condenado por trocar benefícios do SNAP por armas, munições ou explosivos após 22/08/1996? (Somente para SNAP) Sim Não



Divisão de Serviços à
Família e à Criança



Solicitação de benefícios

Se **sim**:

Quem: _____

Quando: _____



Solicitação de benefícios

13. Você ou alguém em sua casa foi condenado como adulto por abuso sexual agravado, assassinato, exploração sexual ou outros abusos contra crianças, um crime federal ou estadual envolvendo agressão sexual ou um crime sob a lei estadual determinado pelo Procurador Geral como sendo substancialmente semelhante a tal crime, após 07/02/2014? (Somente para SNAP) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

- a. Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Somente para SNAP) Sim Não
- b. Você está em conformidade com os termos de liberdade vigiada relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Somente para SNAP) Sim Não
- c. Você concluiu com êxito **todos os termos da liberdade condicional ou vigiada** relacionados a qualquer condenação por crime? (Somente para SNAP) Sim Não

14. Você ou alguém em sua casa recebeu prêmios de loteria ou jogos de azar? Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____ Quando: _____ Valor recebido: _____

15. Alguém em sua casa já usou fundos do TANF ou o cartão Way2Go nos seguintes estabelecimentos: lojas de bebida, cassinos, salas de poker, estabelecimentos de entretenimento adulto, fianças, casas noturnas, salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, tabacarias, lojas de tatuagem/piercing e salões de massagem/spa? (Somente TANF) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

16. Algum solicitante em sua casa está recebendo pensão alimentícia? Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Valor mensal recebido: _____

Data em que o acordo de pensão alimentícia foi finalizado ou modificado pela última vez: _____

Conte-nos mais sobre a renda do solicitante e de todos os membros da família

Você ou alguém que mora em sua casa recebe algum tipo de renda como: salário, gorjetas, bônus, renda de trabalho autônomo, Social Security/aposentadoria ferroviária, outro tipo de renda por invalidez, pensões, seguro desemprego ou qualquer outra renda? Para SNAP e TANF, informe também rendas como: benefícios de veteranos, pensão alimentícia, dinheiro de outras pessoas ou benefícios de indenização trabalhista. Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Nome do membro da família que possui a renda	Tipo de renda	Nome do empregador/fonte de renda	Valor mensal (antes das deduções)	Frequência de pagamentos (mensalmente, quinzenalmente, semanalmente)	Pagamento por hora	Horas por semana	DATA(S) DO(S) PAGAMENTO(S)

Alguém em sua casa está em greve no momento? Sim Não



Solicitação de benefícios

Se for autônomo, informe o valor mensal de suas despesas comerciais: \$ _____

Conte-nos sobre os bens do solicitante e de todos os membros da família - Para solicitantes do TANF e SNAP, informe todos os bens de todos os membros da família e solicitantes do Medicaid que sejam idosos (65 anos ou mais), cegos ou que tenham alguma deficiência (deficiência permanente que impeça de trabalhar)

Você ou a pessoa a quem você está solicitando os benefícios possui algum bem? Sim Não

Se **sim**, preencha as informações abaixo (assinale todos os recursos (bens) de sua propriedade, do seu cônjuge, dos seus dependentes ou propriedades conjuntas com outras pessoas. Anexe páginas adicionais, se necessário).

Conta corrente <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Planos funerários/itens de sepultamento pré-pagos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Conta poupança <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Jazigos ou contratos funerários <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Títulos públicos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Ações e títulos <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Fundos fiduciários <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	Outros (Conta de aposentadoria (IRA), certificados de depósito, etc.) <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não
Imóvel/propriedade residencial? <input type="radio"/> Sim <input type="radio"/> Não	

Você ou seu cônjuge já doaram algum bem por um valor inferior ao valor real? Sim Não

Se você respondeu **sim** a alguma dessas perguntas, descreva abaixo.

Nome do membro da família que possui o bem	Tipo de bem	Número da conta/apólice	Valor	Nome do banco, seguradora, etc.

Você ou seu cônjuge possuem um veículo? Sim Não

Se **sim**, descreva abaixo.

Membro da família que possui veículo	Marca do veículo	Modelo	Ano	Valor devido

Você ou seu cônjuge têm uma apólice de seguro de vida? Sim Não

Se **sim**, preencha as informações a seguir.

Proprietário da apólice	Seguradora	Número da apólice	Valor nominal	Valor em dinheiro

Conte-nos sobre as despesas do solicitante e de todos os membros da família (opcional para solicitantes Medicaid)

Você paga pelo cuidado de uma criança dependente ou um membro da família adulto com deficiência? Sim Não

Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Pessoa que precisa de cuidados	Pessoa que paga pelos cuidados	Motivo do cuidado	Nome/número de telefone do prestador de	Valor pago ao prestador de serviços	Qual a frequência do pagamento



Solicitação de benefícios

Você paga despesas de transporte para uma criança dependente ou membro da família adulto com deficiência? Sim Não
Estas despesas estão incluídas nas despesas com cuidados de dependentes? Sim Não

Se **não**, responda a esta pergunta: **Distância percorrida semanalmente:** _____

Alguém em sua casa paga pensão alimentícia para alguém que não mora na mesma casa? Sim Não
Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Membro da família que tem a obrigação de pagar	Nome da criança para quem a pensão é paga	Valor estabelecido	Valor realmente pago	A quem a pensão alimentícia é paga?

Alguém em sua casa com 60 anos ou mais ou com alguma deficiência tem despesas médicas? Sim Não
Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Membro da família que tem despesas	Tipo de despesa (consultas médicas, visitas hospitalares, prescrições, Medicare ou mensalidades de seguro saúde, óculos)	Valor devido	Ainda é devido? Sim/Não	Data de pagamento	O seguro cobre? Sim/Não

Alguém em sua casa com 60 anos ou mais ou com alguma deficiência tem despesas médicas com transporte? Sim Não
Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Motivo do deslocamento (visita ao médico ou ao hospital; retirada de medicamentos)	Distância percorrida:	Custo de táxi, ônibus, estacionamento hospedagem:

Você ou alguém em sua casa tem despesas com moradia e serviços públicos? Sim Não
Se **sim**, preencha a tabela abaixo.

Despesa	Valor	Com que frequência?	Quem paga?
Aluguel/Hipoteca			
Impostos sobre a propriedade			
Seguro da propriedade			
Eletricidade			
Gás			
Óleo combustível/lenha/querose			
Poço/Fossa Séptica/Água/Esgoto			



Solicitação de benefícios

Lixo			
Telefone			
Outros			

Você divide as despesas domésticas mensais com alguém na sua casa? Sim Não

Se **sim**, com quem? _____

Comentários/documentação _____

Pago a quem _____ Valor pago \$ _____ por _____

Nome do proprietário _____

Endereço do proprietário: _____

Alguém paga alguma dessas despesas domésticas para você? Sim Não **Se sim, preencha a tabela abaixo:**

Quem paga a despesa?	Quais despesas são pagas?
Qual é o valor pago?	Para quem essa pessoa paga as despesas?

Preencha as informações a seguir se estiver solicitando o Medicaid.

Informações do contribuinte

1. Alguém na sua casa planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal NO PRÓXIMO ANO? Sim Não

Se **sim**, quem? (informe o nome de todas as pessoas que planejam declarar) _____

2. Algum dos contribuintes listados irá declarar imposto juntamente com um cônjuge? Sim Não Se **sim**, informe o nome do cônjuge: _____

3. Algum dos contribuintes irá declarar algum dependente em sua declaração de imposto de renda? Sim Não Se **sim**, informe o(s) nome(s) dos dependentes: _____

4. Alguém em sua casa será declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? Sim Não Se **sim**, informe o nome do contribuinte e do dependente:

(Contribuinte) _____

(Dependente) _____

Qual o grau de parentesco entre o dependente e o contribuinte? _____

Deduções: Assinale todas as opções aplicáveis e informe o valor e com que frequência você o paga.

Pagamento de pensão alimentícia \$ _____ Com que frequência? _____

Juros do empréstimo estudantil \$ _____ Com que frequência? _____

Mensalidades de seguro saúde, 401K e outras deduções antes dos impostos \$ _____ Com que frequência? _____

Outras deduções \$ _____ Com que frequência? _____ Tipo: _____

Outros seguros de saúde

1. Alguém tem algum outro seguro de saúde que cubra alguém em sua casa? Sim Não

Se você respondeu **sim** à pergunta 4 acima, preencha as seguintes informações e o anexo A:

Nome do titular da apólice	Nome, endereço e telefone da companhia de seguro saúde	Tipo de cobertura (hospital, Medicare Supplement, medicamentos, médico principal)	Nome das pessoas cobertas pelo seguro	Data de vigência	Número da apólice



Solicitação de benefícios

2. Alguém mencionado nesta solicitação recebe seguro de saúde de um emprego? Assinale **sim**, mesmo que o seguro seja do trabalho de outra pessoa, como de um dos pais ou do cônjuge.
 Sim Não Se **sim**, você precisa preencher o anexo A.
 É um plano de benefícios para funcionários públicos? Sim Não
3. Você ou alguém mencionado nesta solicitação perdeu algum seguro de saúde nos últimos 2 meses?
- a. Sim Se **sim**, por quê? _____
- b. Não
4. Alguém em sua casa esteve em um lar adotivo temporário aos 18 anos e solicitando o Medicaid? Sim Não
5. Alguém em sua casa é indígena dos Estados Unidos ou do Alasca? Sim Não
 Se **sim**, preencha o anexo B.

Se alguém em sua casa for idoso (65 anos ou mais), cego ou tiver alguma deficiência (deficiência permanente que impeça de trabalhar), responda às perguntas a seguir. (Opcional)

1. Alguém em sua casa que está solicitando o seguro de saúde é cego ou tem alguma deficiência?
 Sim Não Se **sim**, informe o(s) nome(s): _____
2. Você ou seu cônjuge estão atualmente cobertos pelo Medicare?
 Sim Não Se **sim**, informe o(s) nome(s): _____
3. Você está solicitando Medicaid para cobrir contas médicas não pagas nos três meses anteriores a uma solicitação de Renda de Segurança Complementar (SSI)?
 Sim Não Se **sim**, data da solicitação de SSI: _____
4. Você está solicitando para alguém que já faleceu e tem contas médicas não pagas dos últimos três (3) meses?
 Sim Não
5. Você está solicitando Medicaid para ajudar a pagar pelos cuidados de uma pessoa que está em uma casa de repouso?
 Sim Não
6. Você está solicitando Medicaid para uma pessoa com mais de 18 anos cujo SSI foi interrompido?
 Sim Não
7. Você está solicitando o Medicaid para ajudar a pagar por serviços de isenção baseados na comunidade, como serviços de cuidados comunitários, NOW/COMP, unidade de cuidados paliativos, isenção de cuidados independentes ou reconhecimento de isenção (Katie Beckett)?
 Sim Não



Solicitação de benefícios

Penalidades do SNAP

Você pode perder seus benefícios ou estar sujeito a processos criminais se fornecer informações falsas conscientemente.

- Não forneça informações falsas ou oculte informações para obter benefícios que sua família não deveria receber.
- Não use benefícios do SNAP ou cartões EBT que não sejam seus e não permita que outra pessoa use o seu.
- Não use benefícios do SNAP para comprar itens que não sejam alimentos, como bebidas alcoólicas ou cigarros, ou para pagar cartões de crédito.
- Não troque ou venda os benefícios do SNAP ou cartões EBT por itens ilegais; como armas de fogo, munições ou substâncias controladas (drogas ilegais).

Qualquer pessoa em sua casa que infringir qualquer uma das regras do SNAP propositalmente, pode ser impedida de participar do programa SNAP pelo período entre um ano e permanentemente, ser multada em até 250 mil dólares, condenada a até 20 anos de prisão ou todas as opções. A pessoa também pode estar sujeita a processo legal sob outras leis federais e estaduais aplicáveis. A pessoa também pode ser impedida de participar do SNAP por mais 18 meses se for ordenada pelo tribunal.

Qualquer pessoa em sua casa que intencionalmente infringir as regras poderá não receber os benefícios do SNAP pelo período de um ano para a primeira infração, dois anos para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da sua família culpados por usar ou receber benefícios do SNAP em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou esse membro da família não serão elegíveis para benefícios pelo período de dois anos para a primeira infração, e permanentemente para a segunda infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da sua família culpados por ter usado ou recebido benefícios em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, você ou esse membro da família se tornarão permanentemente inelegíveis para participar do programa SNAP na primeira infração desta violação.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da sua família culpados por ter traficando benefícios por um valor agregado de 500 dólares ou mais, você ou esse membro da família se tornarão permanentemente inelegíveis para participar do programa SNAP na primeira infração desta violação.

Se você ou qualquer membro da sua família forem considerados culpados por ter fornecido uma declaração ou representação fraudulenta com relação à identidade (quem são) ou local de residência (onde moram) para receber múltiplos benefícios do SNAP, você ou esse membro da família se tornarão inelegíveis para participar do programa SNAP por um período de 10 anos.

Penalidades do programa TANF

No programa TANF, uma IPV (Violação Intencional do Programa, na sigla em inglês) é uma ação intencional de um indivíduo para estabelecer ou manter a elegibilidade de uma unidade de assistência (AU, na sigla em inglês), ou para aumentar ou evitar a redução dos benefícios da AU, fornecendo informações falsas ou enganosas ou omitindo informações.

- Qualquer membro da família que omitir informações e não informar mudanças no prazo ou não falar a verdade perderá os benefícios TANF pelo período de seis meses para a primeira infração, doze meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração. O uso indevido dos fundos de assistência em dinheiro ou do cartão TANF DEBIT para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebida, estabelecimentos de entretenimento adulto "strip clubs", salas de poker, fianças, casas noturnas/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, tabacarias, lojas de tatuagem/piercing e salões de massagem/spa é estritamente proibido e resultará na perda dos benefícios TANF pelo período de seis meses para a primeira infração, doze meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.
- Se um tribunal considerar que você ou qualquer membro da família estão ocultando informações ou se vocês não informarem mudanças no prazo, ou não falarem a verdade e forem condenados, vocês não poderão receber os benefícios do TANF pelo período de 6 meses para a primeira infração, 12 meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.
- Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da sua família culpados por fornecerem informações falsas sobre onde moram para receber benefícios em mais de um estado, vocês serão impedidos de receber os benefícios por 10 anos.
- Se um tribunal condenou você ou algum membro da sua família por uma acusação relacionada a drogas, substância controlada ou crime violento grave em ou após 01/01/1997, você ou esse membro da família não serão elegíveis e/ou



Divisão de Serviços à
Família e à Criança



Solicitação de benefícios

serão desqualificados permanentemente.



Solicitação de benefícios

Para todos os solicitantes do SNAP, TANF e Medicaid:

Declaro, sob pena de perjúrio, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios são cidadãos americanos ou não cidadãos legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas, de acordo com o meu conhecimento. Entendo e concordo que o Departamento de Serviços Humanos-Divisão De Serviços à Família e à Crianças (DHS-DFCS, na sigla em inglês), o Departamento de Saúde Comunitária (DCH, na sigla em inglês) e as agências federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas por mim nesta solicitação. As informações podem ser obtidas a partir de empregadores anteriores ou atuais. Entendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações salariais e minha participação em atividades profissionais.

Informarei qualquer mudança em minha situação de acordo com os requisitos do programa SNAP e/ou TANF. Também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de azar, no valor bruto de 4500 dólares ou mais (antes da retenção de impostos ou outros valores). Informarei estes ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família receber os prêmios. Entendo que se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e poderei estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer informações incorretas conscientemente. Entendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Entendo que, se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas de minhas despesas durante meu processo de solicitação ou renovação e/ou não conseguir comprová-las, o DHS-DFCS não considerará essas despesas ao calcular o valor dos meus benefícios do programa SNAP.

O Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia ("DHS", na sigla em inglês) coleta Informações Pessoais Identificáveis (PII, na sigla em inglês), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de e-mail e datas de nascimento, etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao nos enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar essas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

Assinatura do solicitante

Data

Assinaturado representante autorizado

Data

INFORMAÇÕES SOBRE O REGISTRO ELEITORAL

Se você não está registrado para votar no local onde mora atualmente, gostaria de se registrar hoje?

_____ Sim

_____ Não

_____ Não quero responder à pergunta sobre o registro eleitoral

Solicitar ou recusar o registro para votar não afetará a assistência que você receberá desta agência.

Se você precisar de ajuda para preencher o formulário de solicitação de registro eleitoral, nós o ajudaremos. A decisão de pedir ou aceitar ajuda é sua. Você pode preencher o formulário de inscrição em particular.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de se recusar a se registrar para votar, no seu direito à privacidade ao decidir se deve se registrar para votar, ou no seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma reclamação junto ao Secretário de Estado no endereço: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ou ligando para (404) 656-2871.

SE VOCÊ NÃO ASSINALAR NENHUMA DAS OPÇÕES, CONSIDERAREMOS QUE VOCÊ DECIDIU NÃO SE REGISTRAR PARA VOTAR NESTE MOMENTO.

Uma cópia do formulário de registro eleitoral do estado da Geórgia está incluída nos formulários de solicitação, renovação e mudança de endereço da DFCS. Você também pode solicitar um formulário de registro eleitoral ao funcionário do seu caso. Se você preencher um formulário de registro eleitoral, envie-o ao escritório do Secretário do estado da Geórgia seguindo as



Divisão de Serviços à
Família e à Criança



Solicitação de benefícios

instruções fornecidas no formulário de registro eleitoral.



Solicitação de benefícios

(Guarde estes documentos como arquivo de referência pessoal)

O que significam as palavras utilizadas nesta solicitação?

Esta tabela explica as palavras que utilizamos nesta solicitação.

Solicitante (Applicant)	Um indivíduo que solicita o recebimento de assistência ou benefícios públicos.
Unidade de Assistência (Assistance Unit, AU)	Uma unidade de assistência inclui indivíduos <i>elegíveis</i> que moram juntos, incluindo gestantes e nascituros, e que recebem assistência/benefícios públicos.
Cuidador (Caretaker)	Um pai ou mãe, gestante, parente ou responsável legal que solicita e recebe o TANF com crianças sob seus cuidados, incluindo um nascituro.
Desqualificado (Disqualified)	A ação tomada para remover um indivíduo de um caso de SNAP ou TANF porque ele omitiu a verdade e recebeu benefícios que não deveria ter recebido.
Transferência Eletrônica de Benefícios (Electronic Benefit Transfer, EBT)	O sistema utilizado no estado da Geórgia para pagar benefícios a indivíduos elegíveis para o SNAP. Os indivíduos que recebem assistência, recebem um cartão de débito EBT, que é utilizado para acessar as contas do SNAP.
Comunicações eletrônicas (Electronic Communications)	<p>Você tem a opção de escolher como gostaria de receber notificações sobre suas informações. Se você optar por receber avisos por e-mail ou mensagem de texto, receberá uma mensagem notificando que você tem um aviso em My Notices (meus avisos) localizado no portal do cliente do GA Gateway.</p> <p>Para comunicação por e-mail, você deve nos informar seu endereço de e-mail e aceitar os termos e condições para avisos sem papel localizados no portal do cliente do GA Gateway após criar uma conta. Visite o site do portal do cliente GA Gateway em www.gateway.ga.gov para atualizar suas configurações de notificação.</p> <p>Para comunicação por mensagem de texto, você deve nos informar seu número de telefone. Taxas padrão de mensagens e dados podem ser aplicadas. Isso pode variar de acordo com as operadoras, verifique com seu provedor.</p>
Parente do beneficiário (Grantee Relative)	Um pai ou mãe, gestante, parente ou responsável legal que solicita e recebe o TANF em nome das crianças, incluindo nascituros.
Renda bruta (Gross Income)	A renda total de uma pessoa antes de considerar impostos ou outras deduções.
Indivíduo em situação de rua (Homeless Individual)	Um indivíduo que não possui uma residência fixa e regular ou um indivíduo cuja residência principal é: <ul style="list-style-type: none"> um abrigo supervisionado projetado para fornecer acomodações temporárias (como um hotel assistencial ou abrigo coletivo); uma casa de passagem ou instituição similar que proporcione residência temporária a indivíduos que devem ser institucionalizados; uma acomodação temporária por até 90 dias na residência de outra pessoa; ou um local não destinado ou normalmente utilizado como acomodação regular para seres humanos (como um corredor, uma estação de ônibus, um saguão ou locais similares).
Membros da família (Household Members)	Indivíduos que moram em sua casa. Para SNAP, indivíduos que moram juntos e compram e preparam as refeições juntos.
Renda (Income)	Pagamentos como remunerações, salários, comissões, bônus, indenização trabalhista, benefícios por invalidez, pensão, aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Lei de Alívio Fiscal da Classe Média de 2012 (Middle Class Tax Relief Act of 2012)	Esta lei proíbe o uso de fundos de assistência financeira ou cartões de débito TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebida, estabelecimentos de entretenimento adultos, salas de poker, fianças, casas noturnas/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, tabacarias, lojas de tatuagem/piercing e salões de massagem/spa. O uso de fundos de assistência financeira ou do cartão de débito TANF nesses locais constituirá uma infração intencional do programa (fraude) por parte do beneficiário.
Trabalhadores agrícolas migrantes (Migrant Farm Workers)	Indivíduos que são trabalhadores agrícolas sazonais e que se deslocam de uma base para outra para trabalhar ou procurar trabalho agrícola.
Não solicitante (Non-applicant)	Um indivíduo que NÃO solicita nem recebe assistência/benefícios públicos. Não solicitantes não são obrigados a fornecer um número de Social Security, ou status de cidadania ou imigração.



Solicitação de benefícios

<p>Estrangeiro/imigrante qualificado (Qualified Alien/Immigrant)</p>	<p>Um <i>estrangeiro/imigrante qualificado</i> é uma pessoa que reside legalmente nos EUA e se enquadra em uma das seguintes categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma pessoa <i>legalmente admitida para residência permanente</i> (LPR, na sigla em inglês) sob a Lei de Imigração e Nacionalidade (INA, na sigla em inglês); • Imigrante <i>amerasiático</i> sob a seção 584 da Lei de Apropriações para Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportações e Programas Relacionados de 1988; • Uma pessoa a quem é concedido <i>asilo</i> sob a seção 208 da INA; • <i>Refugiados</i>, admitidos sob a seção 207 da INA; • Uma pessoa <i>em liberdade condicional</i> como refugiada ou asilada sob a seção 212 (d)(5) da INA; • Uma pessoa cuja <i>deportação</i> está sendo suspensa sob a seção 243 (h) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) da INA, conforme emenda; • Uma pessoa a quem foi concedida <i>entrada condicional</i> sob a seção 203 (a)(7) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1980; • Imigrantes <i>cubanos ou haitianos</i> conforme definido na seção 501(e) da Lei de Assistência à Educação para Refugiados de 1980; • <i>Vítimas de tráfico humano</i> sob a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; • <i>Imigrantes agredidos</i> que atendam às condições estabelecidas na seção 431 (c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e de Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, conforme emenda; • Imigrantes <i>afegãos ou iraquianos</i> que receberam status especial de imigrante sob a seção 101(a) (27) da INA (sujeito a condições específicas); • <i>Indígenas americanos</i> nascidos no Canadá que vivem nos EUA de acordo com a seção 289 da INA ou não cidadãos de tribos indígenas reconhecidas pelo governo federal de acordo com a seção 4(e) da Lei de Autodeterminação Indígena e Assistência Educacional e; • <i>Membros da tribo Hmong ou Highland Laotian</i> que prestaram assistência aos EUA participando de operações militares ou de resgate durante a Era do Vietnã (05/08/1964 - 07/05/1975). <p>Apenas para solicitantes de assistência médica, os cidadãos do Pacto de Associação Livre (COFA, na sigla em inglês) são cidadãos dos Estados Federados da Micronésia, da República das Ilhas Marshall e da República de Palau. Migrantes do COFA não precisam cumprir o período de restrição de 5 anos.</p>
<p>Bens (Resources)</p>	<p>Dinheiro, propriedades ou ativos, como contas bancárias, veículos, ações, títulos e seguros de vida.</p>
<p>Trabalhadores agrícolas sazonais (Seasonal Farm Workers)</p>	<p>Indivíduos que trabalham em determinadas épocas do ano plantando, colhendo ou embalando produtos. Eles são contratados temporariamente quando um trabalho requer mais trabalhadores do que a fazenda emprega regularmente.</p>
<p>Tráfico no SNAP (Trafficking in SNAP)</p>	<p><i>Traficar</i> benefícios do SNAP significa: (1) Comprar, vender, roubar ou de outra forma trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados por meio de cartões EBT, números de cartão e números PIN ou por comprovante manual e assinatura, por DINHEIRO ou outros itens que não sejam alimentos autorizados, seja direta, indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho; (2) A troca por armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) Comprar um produto com benefícios do SNAP que tenha um recipiente que exija um depósito para devolução com a intenção de obter dinheiro descartando o produto e devolvendo o recipiente pelo valor do depósito, descartando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente o recipiente pelo valor do depósito; (4) Comprar um produto com benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou outros itens que não sejam alimentos autorizados, revendendo o produto e subsequentemente revender intencionalmente o produto adquirido com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou outros itens que não sejam alimentos autorizados; (5) Compra intencional de produtos originalmente comprados com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou outros itens que não sejam alimentos autorizados; (6) Tentar comprar, vender, roubar ou afetar de outra forma uma troca de benefícios do SNAP emitidos e acessados por meio de cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartão e números de identificação pessoal (PINs), ou por comprovante manual e assinaturas, por dinheiro ou</p>
<p>Cartão de débito Way2Go Debit MasterCard</p>	<p>O estado da Geórgia implementou uma opção conveniente de pagamento "eletrônico" para os beneficiários do TANF, chamada Way2Go Debit MasterCard. Nessa opção de pagamento, o dinheiro é depositado na conta do beneficiário no primeiro dia do mês. Se o dia primeiro cair em final de semana ou feriado, o benefício é disponibilizado no último dia útil do mês anterior. O beneficiário tem acesso imediato aos fundos porque eles são carregados eletronicamente no cartão de débito MasterCard.</p>

Para todos os solicitantes do Medicaid:

Para denunciar suspeitas de fraude no Medicaid envolvendo beneficiários ou provedores, ligue para o Departamento de Saúde Comunitária do estado da Geórgia - Escritório do Inspetor Geral no número (local) (404) 463-7590 ou (gratuito) (800) 533-0686; por e-mail em oganonymous@dch.ga.gov; pelo correio para o Department of Community Health, OIG PI Section (Departamento de Saúde Comunitária, Escritório do Inspetor Geral - Seção de Integridade do Programa), no endereço 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; ou acesse <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

Notificação de Direitos da ADA/Seção 504

Ajuda para pessoas com deficiência

O Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia e o Departamento de Saúde Comunitária do estado da Geórgia (“os Departamentos”) são obrigados por lei federal* a fornecer às pessoas com deficiência oportunidades iguais de participar e se qualificar para os programas, serviços ou atividades dos Departamentos. Isso inclui programas como SNAP, TANF e assistência médica.

Os Departamentos fornecem adaptações razoáveis quando estas são necessárias para evitar a discriminação com base na deficiência. Por exemplo, podemos alterar políticas, práticas ou procedimentos para proporcionar igualdade de acesso. Para garantir uma comunicação igualmente eficaz, fornecemos às pessoas com deficiência ou aos acompanhantes, assistência de comunicação, como intérpretes de língua de sinais. Nossa ajuda é gratuita. Os Departamentos não são obrigados a fazer nenhuma adaptação que resulte em uma alteração fundamental na natureza de um serviço, programa ou atividade ou em encargos financeiros e administrativos indevidos.

Como solicitar uma adaptação razoável ou assistência de comunicação

Entre em contato com o funcionário do seu caso se você tiver uma deficiência e precisar de uma adaptação razoável, assistência de comunicação ou ajuda extra. Por exemplo, entre em contato se precisar de um auxílio ou serviço para uma comunicação eficaz, como um intérprete de língua de sinais. Você pode entrar em contato com o funcionário do seu caso ou ligar para a DFCS em (877) 423-4746 ou para a equipe DCH Katie Beckett (KB) no número 678-248-7449 para fazer sua solicitação. Você também pode fazer sua solicitação utilizando o formulário de solicitação de adaptação razoável da DFCS ADA, que está disponível no escritório local da DFCS ou online em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ou você pode obter o formulário de solicitação de adaptação razoável da DCH ADA no escritório da equipe KB, online em <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ou você pode enviar sua solicitação de adaptação por e-mail para DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Como registrar uma denúncia

Você tem o direito de fazer uma denúncia se os Departamentos o tiverem discriminado por causa de sua deficiência. Por exemplo, você pode registrar uma denúncia de discriminação se tiver solicitado uma adaptação razoável ou um intérprete de língua de sinais que tenha sido negado ou se sua solicitação não tiver sido atendida dentro de um prazo razoável. Você pode fazer uma denúncia verbalmente ou por escrito entrando em contato com o funcionário do seu caso, com o escritório local da DFCS ou com o Coordenador de Direitos Civis da DFCS, ADA/Seção 504 no endereço 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para o DCH, entre em contato com o Coordenador da ADA/Seção 504 da Equipe KB no endereço 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ou P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. O endereço de e-mail do DCH é: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Você pode pedir ao funcionário do seu caso uma cópia do formulário de denúncia de direitos civis da DFCS. O formulário de denúncia também está disponível em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Se você precisar de ajuda para fazer uma denúncia de discriminação, entre em contato com a equipe da DFCS mencionada acima. Indivíduos surdos ou com deficiência auditiva ou que possam ter problemas de fala podem ligar para 711 para que um operador se conecte conosco. O endereço de e-mail para denúncias de direitos civis do DCH é: dch.civilrights@dch.ga.gov. Você pode encontrar o link para o processo de direitos civis do DCH e o formulário de denúncias em: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Você também pode registrar uma denúncia de discriminação junto à agência federal apropriada. As informações de contato do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA, na sigla em inglês) e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (HHS, na sigla em inglês) estão incluídas dentro da “declaração de não discriminação” fornecida dentro desse documento.

**A seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973; a Lei dos Americanos com Deficiência de 1990; e a Emenda da Lei dos Americanos com Deficiência de 2008 garantem que as pessoas com deficiência estejam livres de discriminação ilegal.*

De acordo com a política do **Departamento de Saúde Comunitária (DCH, na sigla em inglês)**, os programas de assistência médica não podem negar sua elegibilidade ou benefícios com base em sua raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade ou religião.

Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS

Declaração de não discriminação

De acordo com as leis federais de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Programas que recebem assistência financeira federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA, como Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF), e os programas que o HHS opera diretamente também são proibidos de discriminarem de acordo com as leis federais de direitos civis e os regulamentos do HHS.

Pessoas com deficiências que necessitam de meios de comunicação alternativos para obter informações sobre o programa (por exemplo, braille, letras grandes, gravação de áudio, língua americana de sinais, devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva ou com deficiência de fala podem entrar em contato com o USDA por meio do Federal Relay Service (Serviço Federal de Retransmissão) no número (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO USDA

O USDA fornece assistência financeira federal para muitos programas de segurança alimentar e redução da fome, como o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR, na sigla em inglês) entre outros. Para registrar uma denúncia de discriminação do programa, preencha o formulário de denúncia de discriminação do programa (AD-3027) encontrado online em <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> e em qualquer escritório do USDA ou escreva uma carta endereçada ao USDA e inclua na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de denúncia, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA por:

1. **Correspondência:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Sala 334, Alexandria, VA 22314; ou
2. **fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **telefone:** (833) 620-1071; ou
4. **e-mail:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obter qualquer outra informação relacionada a questões do SNAP, as pessoas devem entrar em contato com a linha direta do USDA SNAP pelo número (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou ligar para os [números de informações/linha direta do estado](#) (clique no link para obter uma lista de números de linha direta por estado); disponíveis online em: [Linha direta SNAP](#).

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO HHS

O HHS fornece assistência financeira federal para muitos programas que visam melhorar a saúde e o bem-estar, incluindo o TANF, o Head Start (Programa Inicial) e o Programa de Assistência para Energia em Residências de Baixa Renda (LIHEAP, na sigla em inglês), entre outros. Se você acredita que foi discriminado por causa de sua raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo (incluindo gravidez, orientação sexual e identidade de gênero) ou religião em programas ou atividades que o HHS opera diretamente ou para os quais o HHS fornece assistência financeira federal, você pode registrar uma denúncia no Escritório de Direitos Civis (OCR, na sigla em inglês) para você ou para outra pessoa.

Para registrar uma denúncia de discriminação para você ou para outra pessoa em relação a um programa que recebe assistência financeira federal por meio do HHS, preencha o formulário online por meio do portal de reclamações do OCR em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Você também pode entrar em contato com o OCR pelo correio no endereço: 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; ou email: OCRmail@hhs.gov. Para um processamento mais rápido, recomendamos que você use o portal online do OCR para registrar as denúncias, em vez de enviá-las pelo correio. As pessoas que precisarem de assistência para registrar uma denúncia de direitos civis podem enviar um e-mail para o OCR em OCRMail@hhs.gov ou ligar gratuitamente para o OCR no número 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldades de fala, disque 7-1-1 para acessar os serviços de retransmissão de telecomunicações. Também fornecemos formatos alternativos (como braille e letras grandes), auxílios e serviços de assistência linguística gratuitos para registrar uma denúncia.

Esta instituição oferece oportunidades iguais a todos.

No Departamento de Serviços Humanos (DHS), você também pode registrar outras denúncias de discriminação entrando em contato com o escritório local da DFCS ou com o coordenador de Direitos Civis da DFCS, ADA/Seção 504 no seguinte endereço: Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para denúncias que aleguem discriminação com base em proficiência limitada em inglês, entre em contato com o Programa de Proficiência Limitada em Inglês e Deficiência Sensorial do DHS (DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program) no seguinte endereço:

Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.
Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS