

可能であれば、この修正または支援が必要な時期と期間を簡単に説明してください。

私は、私が給付金を申請している人が米国市民であるか、または米国に合法的に存在する非市民であることを知っている限り、また確信している限り、偽証罪の罰を受けていることを宣言します。また、本申請書に記載されたすべての情報は、自らの知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH、および認可された連邦政府機関が、この申請書で私が提供した情報を確認する可能性があることを理解しており、同意します。過去の勤務先に照会の上、情報が取得される場合があります。私は、自身の情報が、賃金情報および自身の労働活動への参加を追跡するために使用されることを理解しています。

私は、SNAP/メディケイドおよび/またはTANFプログラムの要件に従って、私の状況に何か変化があれば報告します。私は、私の世帯員の誰かが宝くじやギャンブルの賞金を受け取った場合、総額が4,500ドル以上(税金やその他の金額が源泉徴収される前)も報告します。私は、これらの賞金について、私の世帯員がこの賞金を受け取った月末から10日以内に報告します。私は、情報が不正確であった場合、給付金が減額または拒否される可能性があり、不正確な情報を故意に提供したとして刑事訴追の対象またはDHS-DFCSプログラムの資格を剥奪される場合があると理解しています。私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、訴追される可能性があることを理解しています。私は、申請または更新の際に、DHS-DFCSに経費の一部を伝えなかった場合/確認できなかった場合、DHS-DFCSは私のSNAP給付額を計算する際にその経費を計上しないことを理解しています。

ジョージア州福祉局(「DHS」)は、給付金申請に際して、名前、住所、電話番号、Eメールアドレス、そして誕生日等の個人を特定可能な情報(PII)を収集します。個人情報を送信することにより、お客様は、DHSの方針、手順、および法律や規則で許可または要求される通りに、私たちがそのような個人情報を収集、使用、および開示することに同意したものとみなされます。

署名： _____ 日付 _____

「X」が署名している場合の立会人の証人署名 _____ 日付 _____

パスウェイズ医療支援

パスウェイズ医療支援は、世帯収入が連邦貧困水準の100%までで、他のメディケイド受給資格がなく、資格を満たす19歳から64歳までの個人に向けて、無料または割引料金でメディケイドを提供するプログラムです。パスウェイズの選考を希望される方は、添付書類Dにご記入ください。

委任された代理人：

申請書/更新書の記入、SNAP または TANF の面接、および/または SNAP EBT カードによる食料購入（店に行けない場合）を個人または団体に依頼する場合のみ、このセクションを記入してください。プログラムの種類ごとに、委任された代理人として指定したい人にチェックしてください。また、どのような職務を担ってほしいかをチェックしてください。メディケイドを申請する場合、あなたの代わりに医療支援を申請する人を複数選択することができます。

権限のある代表者 1 プログラムタイプ：SNAP TANF 医療支援

委任された代理人 1 の義務：申請者に代わって申請書に署名する 更新申請書に記入して提出する 通知やその他の連絡のコピーを受け取る その他全ての事柄について申請者に代わって行動する TANF 給付カード (Way2Go) を受け取る

氏名 1： _____
組織名 1 (該当する場合)： _____ 電話： _____
住所： _____ 区画： _____
都市： _____ 州： _____ 郵便番号： _____
電子通信：電子メール：はい _____ いいえ (任意) テキストメッセージ：はい _____
_____ いいえ _____ (任意)

E メールアドレス (任意) _____
希望する言語： _____ 通訳は必要ですか？はい _____ または、
いいえ _____

委任された代理人 2 のプログラムの種類：SNAP TANF 医療支援

委任された代理人 2 の義務：申請者に代わって申請書に署名する 更新申請書に記入して提出する 通知やその他の連絡のコピーを受け取る その他全ての事柄について申請者に代わって行動する TANF 給付カード (Way2Go) を受け取る

氏名 2： _____
組織名 2 (該当する場合)： _____ 電話： _____
住所： _____ 区画： _____
都市： _____ 州： _____ 郵便番号： _____
電子通信：電子メール：はい _____ いいえ (任意) テキストメッセージ：はい _____
_____ いいえ _____ (任意)

E メールアドレス (任意) _____
希望する言語： _____ 通訳は必要ですか？はい _____ または、いいえ _____

米国障がい者法 (Disabilities Act) 下の米国人：合理的な修正と権限のある代表者のためのコミュニケーション支援に関する要請 (該当する場合)：

委任された代理人は、ひとつの合理的な修正またはコミュニケーション支援を必要とするような障がいがありますか？はい _____ いいえ _____

(はいの場合、要求している合理的な変更またはコミュニケーション支援について説明してください)：

手話通訳者 _____ ; TTY _____ ; 大きな印字体 _____ ; 電子通信 (Eメール) _____ ; 点字 _____ ; ビデオリレー _____ ;
キョードスピーチ通訳者 _____ ; 口頭通訳者 _____ ; 触覚通訳者 _____ ; _____ ; プログラム締切日のリ
マインダーの電話 _____ 電話署名 (該当する場合) _____ 対面インタビュー (家庭訪問) _____ ;

その他： _____

委任された代理人は、この合理的修正またはコミュニケーション援助を 1 回限り _____ または常時必要
としますか？ _____ ? 可能であれば、この修正または支援が必要な時期と期間を簡単に説明してくださ
い。 _____

メディケイドのみ対象：

来年、連邦所得税申告をする予定ですか？ (連邦所得税申告をしない場合でも、健康保険に申し込むことは可能です。)

はい いいえ はいの場合、質問 a、b、および c にお答えください。いいえの場合、質問 c にお答えください。

- a. 配偶者と共同申請をしますか？ はい いいえ、はいの場合、配偶者氏名： _____
- b. 確定申告で扶養家族を申請しますか？ はい いいえ
はいの場合、扶養家族の氏名を記入： _____

- c. 他人の申告書に扶養家族として記載されることはありますか？ はい いいえ
はいの場合、納税者名と納税扶養家族を記入してください： _____
税扶養者は税申告者と、どのような関係がありますか？ _____

コミュニティ支援サービス

その他の DHS のサービスについては、ウェブサイト www.dfcs.georgia.gov をご覧いただくか、電話(877)423-4746 までお問い合わせください。

すべての質問にお答えいただき、必要に応じて、すべての収入証明書と必要な経費をご提示ください。

市民権 移民の状況および社会保障番号：

申請者と世帯員全員について、以下の表に記入してください。以下の連邦法および規制：The Food and Nutrition Act of 2008 (2008 年食品と栄養法) 7 U.S.C. § 2011-2036, 7C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.

§ 205.52、連邦規則集第 42 編第 435.910 条、および連邦規則集第 42 編第 435.920 条は、DFCS があなたおよびあなたの世帯員の社会保障番号を要求する権限を与えています。 あなたの世帯に住んでいて、給付を申請していない人は、**非申請者**として扱われることがあります。非申請者は、社会保障番号、市民権、移民権の情報を提供する必要はなく、給付を受ける資格はありません。他の世帯員が受給資格を有している場合は、給付金を受給できる可能性があります。世帯員が給付を受ける資格があるかどうかを当社に判断させたい場合は、その世帯員の市民権または移民資格を当社に伝え、社会保障番号 (SSN) を当社に提供する必要があります。それに加えて、当事者の収入と財源について、世帯の資格と給付水準を決定するために当局まで伝える必要があります。申請者以外の世帯員が市民権や移民権の状況を教えてくれなかった場合、米国市民権移民局 (USCIS) の体系的な外国人確認 (SAVE) システムに報告することはありません。ただし、申請時に移民情報を提出した場合、この情報は SAVE システムによる検証の対象となり、世帯の受給資格や給付水準に影響を与える可能性があります。当局は、あなたの収入と資格を確認するために、他の連邦、州、および地方の機関とあなたの情報を照合します。また、この情報は、法執行機関に提供され、法律から逃れている人を逮捕するために使用されることがあります。あなたの世帯が SNAP を請求している場合、この申請書上の情報は、SSN など、連邦・州機関および民間の請求回収機関に提供され、請求回収のために使用されることがあります。当局はその他の世帯員が自身の SSN、市民権、入国管理状況を提供できないことを理由として、申請者世帯員への給付を拒否することはありません。緊急医療サービスのみを申請する場合、SSN や移民に関する情報を提供する必要はありません。

氏名	MI	姓名	民俗区分はヒスパニック系ですか、またはラテン系ですか？ (任意)	人種 (任意)	性別 男/女	生年月日 フォーマット (mm/dd/yy)	あなたとの続柄	社会保障番号 (非申請者のオプション)	あなたは、アメリカ人ですか、米国国籍者、米国移民資格保持者、または十分な移民資格を保持していますか？ (申請者のみ) (はい/いいえ)	子供の母親は、ご自宅で暮らしていますか？ (Y/N)	子供の父親は、ご自宅で暮らしていますか？ (Y/N)	メディケイドを希望しますか？ (Y/N)
			はい/いいえ				自身		はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ
			はい/いいえ						はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ	はい/いいえ

人種コード (該当するものをすべてお選びください)：

AI - 米国先住民またはアラスカ先住民

AS - アジア系

BL - 黒人またはアフリカ系米国入

HP - ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島民

WH - 白人

人種/民族情報を提供することにより、当局がプログラムを非差別的に管理することを支援することになります。あなたの世帯は、この情報を提供する必要はなく、そうすることで、あなたの資格や給付水準に影響を受けることもありません。ただし、この情報を提供されない場合、最初の対面式面接の際に人種と民族区分について視覚による識別が行われます。

あなたまたは他の世帯の申請者が帰化人、または合法的な外国人/移民の場合は、次の表に記入してください：
(必要に応じてページを追加してください)

氏名 名 ミドルイニシャル 姓	入国審査書類の種類	外国人/証明書/文書 ID 番号	1996 年以降に米国に居住したことがありますか？ (Y/N)	帰化日 / 米国への入国日 または入学日 (該当する場合) フォーマット (mm/dd/yy)	あなた、またはあなたの配偶者、親が退役軍人、または現役の米軍兵士ですか？ (Y/N)

メディケイドのみ対象：

あなたの世帯で、18 歳の時に養育施設にいた人はいましたか？ はい いいえ
同居していない税法上の扶養家族がいる場合、以下に記入してください。

お名前： _____ 社会保障番号 _ 性別： M F (どちらかに○をつけてください)
生年月日： _____ 市民権： _____
あなたとの続柄： _____ (必要に応じてページを追加してください)

申請者と世帯員全員についてお教えてください

給付の対象者を決定するために、申請者と世帯員全員に関する詳細な情報が必要です。以下のページでは、あなたが受け取りたい給付金に関する質問のみにお答えください。

- 他の郡や州で何らかの給付を受けた人はいますか？(SNAP と TANF のみ) 。
 はい いいえ
はいの場合：
誰が： _____
どこで： _____
いつ： _____
- 1996 年 8 月 22 日以降、複数の地域で複数の SNAP 給付を受けるために、住んでいる場所や人物について虚偽の情報を提供し、有罪判決を受けた人はいますか？(SNAP のみ) はい いいえ
はいの場合：
誰が： _____
どこで： _____
いつ： _____
- 申請日から 30 日以内に、あなたの世帯で自発的に仕事を辞めたり、労働時間を週 30 時間以下に短縮した人がいますか？(SNAP および TANF のみ) はい いいえ
はいの場合、誰が辞めましたか？ _____
なぜ辞めたのですか？ _____
- 妊娠している人はいますか？(この質問は SNAP 申請者には当てはまりません) はい いいえ
はいの場合、妊婦の名前： _____
出産予定日はいつですか？ _____; 赤ちゃんは何人生まれる予定ですか？ _____
いいえの場合、過去 12 ヶ月以内に世帯内で出産した人、または妊娠が中絶された人はいますか？ はい いいえ
はいの場合、妊婦の名前： _____
出産日/中絶日は？ _____ また、何人の赤ちゃんが生まれましたか？ _____
*TANF 申請者のみ、以下をご記入ください：
胎児の父親の名前： _____ 父親の住所： _____
- メディケイド申請者の場合、過去 3 ヶ月間に未払いの医療費がある人はいますか？ はい いいえ
はいの場合、メディケイド案件の場合は未払い請求書を送付してください。
- SNAP や TANF プログラムの対象から外れる人はいますか？(SNAP と TANF のみ) 。 はい いいえ

え

はいの場合：

誰が： _____
どこで： _____

7. 重罪による起訴や拘置を避けるために逃亡している人はいますか？(SNAP および TANF のみ) はい いいえ
はいの場合、誰ですか： _____

8. 保護観察または仮釈放の条件を破っている人はいますか？(SNAP および TANF のみ) はい いいえ
はいの場合、誰ですか： _____

9. 1996年8月22日以降、規制薬物の所持、常用また配布に関わる行為（すなわち麻薬犯罪）（SNAP と TANF のみ）、または暴力（TANF のみ）の前科がありますか？ はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____ いつ： _____

a. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか？(SNAP のみ)
 はい いいえ

b. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関連する仮釈放の条件を遵守していますか？(SNAP のみ)
 はい いいえ

c. 薬物関連の有罪判決に関する保護観察または仮釈放の条件をすべて正常に完了しましたか？(SNAP のみ)
 はい いいえ

10. 1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員の誰かが、SNAP 給付金を麻薬と売買したことで有罪判決を受けたことがありますか？(SNAP のみ) はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____ いつ： _____

11. 1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員が500ドル以上のSNAP 給付金の売買で有罪判決を受けたことがありますか？(SNAP のみ) はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____
いつ： _____

12. 1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員がSNAP 給付金を銃、弾薬、爆発物と交換し、有罪判決を受けたことがありますか？(SNAP のみ) はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____
いつ： _____

13. あなたまたはあなたの世帯のメンバーが、2014年2月7日以降、加重性的虐待、殺人、性的搾取、その他の児童虐待、性的暴行を伴う連邦または州の犯罪、あるいは司法長官がそのような犯罪と実質的に類似していると判断した州法の犯罪で成人として有罪になったことがありますか？(SNAP のみ) はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____
いつ： _____

a. あなたは重罪で受けた判決の結果に関する保護観察の条件に従いますか？(SNAP のみ) はい いいえ

b. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか？(SNAP のみ)
 はい いいえ

c. 薬物関連の有罪判決に関する保護観察または仮釈放の条件をすべて正常に完了しましたか？(SNAP のみ) はい いいえ

14. あなたまたは世帯員が宝くじやギャンブルの賞金を受け取ったことがありますか？ はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____ いつ： _____ 受領額： _____

15. TANF 資金または Way2Go カードを以下の施設で使用した人はいますか？ 酒屋、カジノ、ポーカールーム、風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船、靈感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店（TANF のみ） はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____ いつ： _____

16. 給付金を申請している人の中に、現在扶養手当を受けている人はいますか？ はい いいえ

はいの場合：

誰が： _____

毎月の受領額： _____

感謝料契約が確定した日または最後に修正された日： _____

SNAP と TANF のみ：

高等教育を受けている学生：あなたの世帯に、カレッジ、大学、専門学校、または技術学校に少なくとも半日以上在籍している人はいますか？ はい いいえ はいの場合、誰： _____

学校名： _____ 学年/身分： _____ 卒業日： _____

学生は就職していますか？ はい いいえ ワークスタディに登録されていますか？

はい いいえ

はいの場合、1 週間あたりの勤務時間 _____（以下の雇用欄にもご記入ください）

SNAP のみ：

60 歳以上の人や障がい者で医療費がかかる人はいますか？ はい いいえ

メディケア保険料、処方薬代、または病院代などの医療費に変動がありましたか？ はい いいえ

はいの場合、支出を下の表に記入し、直近月の請求書を添付してください。

請求された世帯員	費用の種類（診療、病院、処方薬）	支払額	請求日	保険は支払われる予定ですか？ はい/いいえ

60 歳以上または障がい者の方で、医療費に交通費が含まれる方はいらっしゃいますか？ はい いいえ

はいの場合、以下の情報を提供してください。メディケイドを受給している場合は、その証明書を提出してください。

目的（診療や通院、処方薬の受け取りなど）	総走行距離：	タクシー代、バス代、駐車場代、宿泊代など：
----------------------	--------	-----------------------

これらの医療費のうち、他の人があなたのために支払っていますか？ はい いいえ

はいの場合、以下に情報を提供してください：

どの費用を負担してもらっていますか？	誰がその経費を負担していますか？
この人は誰に対して請求書の支払いをしていますか？	住所：

メディケイドのみ対象：

他の医療保険

現在、下記から健康保険に加入している方はいらっしゃいますか？

- ジョージア州福祉局メディケイド PeachCare for Kids® メディケア
- VA 医療プログラム TRICARE（ダイレクトケアまたは職務がある場合、チェックしないでください）
- 雇用主の保険：保険会社名 _____ 保険証券番号 _____
- その他：保険会社名 _____ 保険証券番号 _____

メディケイド以外の健康保険に加入していますか？ はい いいえ

はいの場合は、保険証のコピーをお送りください。

財源：

(MAGI メディケイドには必要ありません) : あなたの世帯で、次のような収入源がある人はいますか？

はい いいえ (はいの場合、以下の情報を提供してください。高齢者、視覚障がい者、または身体障がい者のメディケイド (QMB、SLMB、QI-1 などの Medicare Savings Plans を除く) を受けている場合は、その証明を提出してください。

財産の種類	所有者	アカウント/ポリシー番号 (アカウント/ポリシー番号が以下の場合は記入しないでください。 SSN と同じ)	値	銀行名、保険会社名など
現金				
当座/普通預金				
信用金庫				
年金				
株式または債権				
貸金庫				
退職金口座 (MAGI 以外の場合)				
車両 (MAGI 以外の場合)				
CD / 年金 (MAGI 以外の場合)				
プリペイド葬儀プラン				
墓地区画 (MAGI 以外の場合)				
信託基金 (MAGI 以外の場合)				
非自宅用物件				
自宅用物件 (MAGI 以外の場合)				
生命保険 (MAGI 以外の場合)				
その他				

高齢者、失明者、または障がい者のメディケイドのみ：

あなた、あなたの配偶者、またはあなたが申請している人は、過去 60 か月に収入源を売却、取引、または譲渡したことがありますか？ はい いいえ

はいの場合、何をですか？ _____ いつ？ _____

SNAP、TANF、メディケイドの場合：

職業：あなたの世帯で、働いている人はいますか？ はい いいえ
 はいの場合、賃金、ボーナス、およびチップなど雇用者の給与情報を記載し、過去4週間に受け取ったすべての総収入を証明する書類を添付してください。

就業している人	雇用者	時間当たりの賃金	週当たりの労働時間	支払い頻度	支払い日	賞与支払い	チップ

現在ストライキ中の人はいますか？ はい いいえ

メディケイドのみ対象：

税引き前費用：

☑ 健康保険 \$ _____ 頻度 _____ ☑ 視力の保険 \$ _____ 頻度 _____
 ☑ 歯科保険 _____ 支払頻度 _____ ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 支払頻度 _____
 ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 支払頻度 _____ ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 支払頻度 _____
 ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 支払頻度 _____
 その他別紙に添付してください。

税引前費用とは、税金が適用される前に収入から差し引かれる控除を指します。すべての控除が税引前であるわけではありません。

確定申告の控除：

該当するものすべてをチェックし、その金額と支払い頻度を教えてください。

注記：自営業への回答で既に検討した費用を入れしないでください。

☑ 扶養料の支払い \$ _____ 頻度 _____ ☑ 学生ローン利息 \$ _____ 頻度 _____
 ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 頻度 _____ ☑ その他の控除の種類 \$ _____ 頻度 _____

SNAP、TANF、メディケイドの場合：

仕事をやめた人はいますか？ はい いいえ はいの場合、以下に記入してその証明書を提出してください。

どのような仕事をやめましたか？	仕事をやめた世帯員の名前：	
勤務地：		
給与の支払が停止された日：	最終小切手の日付：	最終給与額（総額）：

働き始めた人はいますか？ はい いいえ はいの場合、以下に記入してその証明書を提出してください。

仕事を始めた人の名前：	開始日：	電話番号：
雇用主/企業名：	給与率： \$	最初に小切手を受け取った日/ 受け取る予定日：
支払頻度（1つに○をつけてください）： <input type="checkbox"/> 毎週 <input type="checkbox"/> 隔週 <input type="checkbox"/> 月2回 <input type="checkbox"/> 毎月 <input type="checkbox"/> その他		

自営業：

自営業の人はいますか？ はい いいえ（はいの場合、誰ですか？） _____

税務ファイル、事業記録、領収書、請求書、または確立された事業の顧客からの明細書を通じて、自営業の収入を証明するものを提出してください。

この事業は法人化されていますか？ はい いいえ
 この人に自営業の経費はありますか？ はい いいえ

はいの場合、その人にはどのような費用がありますか？ _____

メディケイドと TANF の場合のみ：自営業の経費を証明するものを提出してください。

不労所得:

あなたの世帯で、寄付金、ソーシャルセキュリティ、SSI、VA、児童扶養手当、失業、退職金、またはその他の収入を得ている人はいますか？ はい いいえ

はいの場合、以下の情報を記入し、また過去4週間で受け取ったすべての収入証明書、または最新の給付金の手紙を提供してください。

氏名	出所	金額	支払頻度

MAGI メディケイドの場合：養育費、退役軍人の支払い、補助保障所得（SSI）、または労働者災害補償給付からの所得はカウントされません。

扶養家族費用：

あなたは扶養している子どもの養育費、または障がいのある成人世帯員に対する介護費用を負担していますか？

はい いいえ

はいの場合、以下の質問にお答えください。

要介護者：		介護費用を負担する人：	
プロバイダー名：		プロバイダーに支払われる金額：	支払われる頻度：
プロバイダーの電話番号：	介護の理由：		

扶養している子供または障害のある成人の世帯員の交通費を支払っていますか？ はい いいえ

これらの費用は扶養費に含まれますか？ はい いいえ

いいえの場合、以下の質問にお答えください。毎週の総走行距離： _____

住居費：

あなたまたは世帯員の誰かが住居費を支払い始めたか、または住居費が変更されましたか？ はい いいえ
 はいの場合、以下の表に記入してください。

費用	金額	支払頻度？	支払者は誰ですか？
家賃/住宅ローン			
固定資産税			
損害保険料			
電気			
ガス			
重油/薪/灯油			
井戸/浄化槽 タンク/上下水道			
ゴミ			
電話			
その他			

その家の主な冷暖房源は何ですか？(電気、ガス、またはその両方)

これらの家計簿のうち、誰かに支払ってもらっているものはありますか？ はい いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください：

誰が請求書を負担していますか？	どんな請求書が支払われていますか？
支払額はいくらですか？	この人は誰に対して請求書の支払いをしていますか？

過去 12 か月間でエネルギー補助を受けたことがありますか？ はい いいえ

はいの場合、受け取った金額 \$ _____

家庭内で毎月の家計を共有している人がいますか？ はい いいえ

はいの場合、誰ですか？ _____

コメント/ドキュメント _____

支払先 _____ 支払額 \$ _____ 単位 _____

家主名 _____ 家主の住所 _____

児童扶養手当の支払い：

あなたまたはあなたの世帯の誰かが、家庭外で生活している人に養育費を支払っていますか？ はい いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください：

誰が支払う義務がありますか？	債務額はいくらですか？
養育費は誰のために支払われますか？	実際に支払われる金額はいくらですか？
養育費は誰に支払われますか？	どのくらいの頻度で養育費が支払われますか？

SNAPのみ： 過去 3 ヶ月間に支払われた金額と、法的に支払う義務がある金額を証明してください。

このセクションは、TANF RECIPIENTS 専用です - 以下の項目を記入する必要があります：

撮影記録：

7歳未満で、まだ学校に通っていない子供はいますか？（プレKは「学校」とはみなされません）

はい いいえ

はいの場合、7歳未満のお子様お一人ずつ、Form 3231- Child Care Immunization Form

（子ども予防接種フォーム）をお送りください。

学校の条件：

すべての子供（6～18歳）が学校に通っていますか？ はいいいえ

はいの場合、子どもの名前 _____

学校名（複数可） _____

学年（複数可） _____

16歳以上の子どもで学校に通っていない人はいますか？ はいいいえ

はいの場合、お子様のお名前？ _____

この子供が雇用されている場合は、現在の小切手の半券のコピー、または、その他の仕事関連の作業に従事している場合は、業者からの明細書を提出してください。

家庭内暴力：

あなた、またはあなたの家族の誰かが、家庭内暴力、セクシャル・ハラスメント、性的暴行、またはストーカー行為の被害を受けていますか？ はいいいえ

はいの場合、被害者のお名前をお聞かせください _____

審査後、あなたの世帯が適格であれば、特定のプログラム要件を免除することができます：

就労活動への参加、または児童扶養手当課への紹介。

自動車費：

あなたは子供（または子供たち）の親または親戚で、子供（または子供たち）と一緒に TANF AU に含まれていますか？ はいいいえ

はいの場合、以下の質問に答えてください：：

あなたまたは他の成人 AU メンバーは自動車を所有していますか、または購入予定ですか？ はいいいえ

はいの場合、誰ですか？（所有者名） _____

車の年式、メーカー、型式： _____

自動車購入代金、保険料、メンテナンス費、その他関連費用をご記入ください： _____

他に支払っている定期的な出費（例：クレジットカードの請求など）はありますか？ はいいいえ

はいの場合、記入してください： _____

エクスプレスレーン（Express Lane）の対象者：

エクスプレスレーン資格（ELE）は、栄養補助プログラム（SNAP）、貧困家庭への一時的援助（TANF）、難民現金援助（RCA）、チャイルドケア&ペアレントサービス（CAPS）、または女性、乳児、子供（WIC）を受けている19歳未満の対象となるお子様を医療支援プログラムに自動的に登録または更新するための手続きです。

お子さんが SNAP または TANF の受給資格がある場合、子ども家庭サービス部（DFCS）は SNAP または TANF の世帯サイズ、居住地、収入情報を使用しますが、DFCS はメディケイドまたは PeachCare for Kids® への登録・更新のための ELE 判定を行うために、医療支援規則を使用して市民権または移民のステータスを確認します。DFCS は、完了後に決定通知を送信し、メンバーに変更を加え、いつでも ELE の手続きから抜けたり、医療支援ケースを終了したりできるようにします。

すべてのプログラムの権利と責任

あなたには以下の権利があります：

- 英語の読み書き、会話や理解が困難な場合、このフォームへの記入の支援や無料の言語支援サービスを要求してください(通訳者、翻訳文書、または直接言語サービス)。
- あなたの世帯でご自身またはどなたかに障がいがある場合、補助器具・サービス、適切な助成を要求してください。

聴聞会に関する通知：すべてのプログラムにおいて、あなたには書面または面会で公正な聴聞会を要求する権利があります。この決定に同意できない場合は、1-877-423-4746 に電話するか、州の聴聞官の前で聴聞を求めることができます。弁護士、親族、友人など、あなたが選んだ人が聴聞会での代理人となることができます。あなたが聴聞会を望む場合は、以下の日数以内に書面で、または内部の機関に連絡することにより、聴聞会を求める必要があります：

- **SNAP については、** この通知の日付から **90 日間**
- **メディケイドと TANF については、** この通知の日付から **30 日間**

あなたの責任は以下の通りです：

- 担当のケースワーカーに正しい情報を提供し、給付金受給に必要とされる資格の証拠を提供すること。このフォームにサインすると、あなたは担当のケースワーカーに対して雇用者、銀行、身内の人あるいは、その他からの情報入手を許可することになり、これにより当局は貴方が正しい給付金額を受給していることを確認できるようになります。
- 常に真実を申し述べる。あなたやあなたのために申請している人が間違った情報を提供した場合、あなたは犯罪を犯している可能性があり、刑務所に行くことになるかもしれません。
- 給付金の申請者または申請者の世帯の誰かが、米国民または適格移民であることを証明すること。
- 詐欺防止に取り組む州当局および連邦職員や捜査機関や個別事例について監査をしている職員に協力すること。協力が得られず、SNAP の受給資格があると判断できない場合、あなたの事案が拒否または停止される場合があります。
- (SNAP の場合) Quality Control の審査員が、ケースマネージャーに伝えた情報について電話や自宅での聞き取り調査を行うときに、その審査員に協力すること。もしあなたが彼らに協力しない場合、ご自身の事案は拒否または停止される場合があります。
- (SNAP と TANF の場合) 本来受け取るべきでなかった給付金を返済すること。
- (メディケイドの場合) あなたがケースマネージャーに伝えた情報について聞き取りをするために、あなたの家に電話したり訪問する際、メディケイドの資格品質管理またはプログラム・インテグリティと協力しています。
- (メディケイドの場合) ナーシングホーム (老人ホーム)、中間ケア施設、地域密着型サービスにいるまたは、または放棄プログラムに登録してサービスを受けているメンバーで、遺産の回復に協力しています。

SNAP を受給している場合、世帯の月間総所得が、世帯人数に応じた連邦貧困レベルの 130% を超えた場合に報告する必要があります。収入の変更は、変更があった月の月末から 10 日以内に報告しなければなりません。

子供がいない社会人の場合、労働時間が週 20 時間または月 80 時間未満になった場合は、報告する必要があります。これらの変更は、変更があった月の末日から 10 日目までに報告する必要があります。

また、あなたの家庭が宝くじやギャンブルの賞金を大量に受け取った場合も報告する必要があります。これは単一のゲームで勝った場合の賞金を指します。あなたまたは世帯員が総額 4,500 ドル以上 (税金またはその他の金額が源泉徴収される前) の宝くじまたはギャンブルの賞金を受け取った場合、世帯が賞金を受け取った月の最後の日から 10 日以内にこれらの賞金を報告する必要があります。

TANF またはメディケイド を受給している場合、状況に変化があった場合は、変化があった日から 10 日以内にあなたの状況におけるすべての変化を報告する必要があります。

私は、私のメディケイドの対象者が受け取る一時金または「報奨金」は、資格を決定するために、私たちが持つかもしれない他の収入と一緒に、予算化されなければならないことを理解しています。

メディケイドプログラムでは、あなたは以下の権利を有します：

- その他の医療保険がある場合でもメディケイドを受けられます。
- メディケイドでご自身の医師または医療提供者を選択できます。
- メディケイドの種類によりませんが、あなたがメディケイドを申請した日から 10 日、45 日または 90 日以内に当該申請が承認または拒否されます。

私のメディケイド受給の条件として：

- 私は、医療扶助と第三者からの医療費支払いに関する全ての権利 (病院と医療給付) を国家に譲渡することに同意します。

- 私は、ケアとサービスに対して支払う責任がある第三者を州が追跡する支援をするための情報を特定し、提供することに関して州に協力することを同意します。私は医療ケアに対して支払いを受けた場合、10日以内に報告する必要があることを理解しています。（あなたが他の個人の代わりにこのフォームを記入し、その個人のために譲渡を実行する権限を持っていない場合、その個人はメディケイドの資格を得る条件として、上記の権利の譲渡を実行する必要があります）。
- 私は非同居の親に対して、利用可能な医療保険がある場合は、加入を要求する権利を州当局に与えることに同意します。私は非同居親から利用可能な場合医療支援を取得する必要があることを理解し、この支援の取得の際に児童福祉部門に協力しなければならないことを理解しています。私が協力しない場合、正当な理由がない限り、私はメディケイドの給付を失い、私の子供たちだけが給付を受けることになることを理解しています。

SNAP 罰則の警告：故意に虚偽の情報を提供した場合、あなたの給付金を失うか、刑事訴追を受ける可能性があります。

- あなたの世帯が受けるべきでない給付を受けるために、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりしないでください。
- 自分のものでない SNAP カードや EBT カードを使ったり、他人に使わせたりしないでください。
- SNAP 給付金をアルコールやタバコなどの非食品購入やクレジットカードでの支払いに使用しないでください。
- SNAP カードや EBT カードを、銃器、弾薬、規制薬物（違法薬物）などの違法な品物と交換したり、売ったりしないでください。

あなたの家庭でこれらの規則を故意に破った人は、1年から永久に SNAP プログラムが停止され、最高 25 万ドルの罰金、20 年の禁固刑、またはその両方を科される可能性があります。当事者は、他の連邦法および州法に基づき起訴される可能性があります。また裁判所の命令により SNAP プログラムからさらに 18 ヶ月間追放される可能性もあります。

故意に規則を破った世帯の人は、初犯の場合は 1 年間、2 回目の場合は 2 年間、3 回目の場合は永久に SNAP をもらえない可能性があります。

裁判所が、あなたまたは世帯員が規制薬物の販売を含む取引で給付金を使用または受け取ったと裁定した場合、あなたまたはその世帯員は、初犯の場合は 2 年間、再犯の場合は永久に給付を受ける資格がありません。

銃器、弾薬、爆発物の販売を含む取引において、あなたまたは世帯員が給付金を使用または受領したことが裁判所により有罪とされた場合、あなたまたはその世帯員は、この違反の初犯をもって、永久に SNAP に参加する資格がなくなります。

裁判所が、あなたまたは世帯員が総額 \$500 以上の人身売買による利益を得たことに対して有罪と認定した場合、あなたまたはその世帯員は、本事業の初犯時に SNAP プログラムへの参加が永久的に不適格となります。

複数の SNAP 給付を受けるために、あなた自身または世帯員が、身元（誰であるか）または居住地（どこに住んでいるか）に関して不正な陳述または表明を行ったことが判明した場合、あなた自身またはその世帯員は、10 年間 SNAP に参加する資格がなくなります。

私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、詐欺で訴追される可能性があることを理解しています。

TANF プログラムに関する罰則の警告：TANF プログラムでは、虚偽または誤解を招く情報を提供することによる意図的な行為、または AU の資格を維持するために確立する、給付を増やす、給付の減少を防ぐ、否定的な行動を避けるために情報を保留する、または禁止された場所で現金援助を使用することは、意図的なプログラム違反と見なされます。

以下のような場合、違反の重大性に基づいて刑罰を決定するため、監察官室に照会されることがあります：

- 時間通りに変更を報告しない、または真実を語らない、または支援資金や TANF DEBIT カードを使って、現金を引き出す、またはカジノ、酒店、成人向け娯楽施設「ストリップクラブ」、ポーカールーム、保釈金、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、競技、ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、靈感占い、喫煙所、刺青/ピアス店、およびスパ/マッサージ店で取引を行うことは、厳重に禁止されています。複数の州で給付を受けることができるよう虚偽の住所を提供することや、1997 年 1 月 1 日以降に薬物関連の罪また重大な暴力的重罪で有罪になった場合。

これらの規則を故意に破った世帯の人は、6 か月から永久に TANF プログラムを停止される場合があります。

メディケイドの場合、詐欺や不正行為を行うことは法律違反となります。Medicaid and PeachCare for Kids® Program Integrity Unit（メディケイドおよびピーチケア・フォー・キッズプログラムインテグリティ部門）に問い合わせることができます。違反者は、業者を 1 社に限定されたり、プログラムから抹消されたり、提供された医療サービスに対して地域保健省への払い戻しを求められる場合があります。

詐欺は、故意に行われる不誠実な行為です。不正使用は、良い慣行に従っていない行為です。

参加者の不正・濫用の例としては、以下のようなものがあります：

- メディケイド、PeachCare for Kids®、または CMO の健康保険証を他人に使わせること
- 薬を不正使用または販売する意図で処方箋を入手すること
- サービスを受けるために偽造文書を使用すること
- メディケイドまたは PeachCare for Kids® から提供された機器の誤用または乱用
- メディケイドまたは PeachCare for Kids® の資格を得るために、不正確な情報を提供する、または他者に提供させ

ること

- 収入、生活環境または収入源に起きた変化について報告しなかったこと。

受給者または業者に関するメディケイドの不正の疑いを報告するには、ジョージア州地域保健局-監察総監室に電話（市内）(404) 463-7590 または（フリーダイヤル）(800) 533-0686、電子メール iganonymous@dch.ga.gov、郵便 Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334）、またはサイト経由（<https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>）で行ってください。

有権者登録情報

現在あなたが住んでいる場所であなたが有権者登録をしていない場合、今日ここで有権者登録を申請しますか？

___ はい

___ いいえ

___ 有権者登録の質問には答えたくない

有権者登録の申請または辞退は、当機関から提供される援助の量に影響を与えるものではありません。

有権者登録申請書の記入に支援を希望される場合は、お手伝いします。支援を求めると受け入れるかは、あなた自身が決めることです。申請書の記入は、個人的に行ってもかまいません。

有権者登録を行う、または有権者登録を拒否する権利、有権者登録を行ったり、または申請を行うかどうかを決定する際のプライバシー権利、または自分の政党や他の政治的嗜好を選択する権利に対し、妨害を加えたと思われる人がいたら、2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste.802, West Tower, Atlanta, GA 30334、または電話 (404) 656-2871 に連絡し、州務長官宛に苦情を申し出てください。

どちらにもチェックが入っていない場合は、今回選挙登録をしないことを決定したものとみなします。

ジョージア州の有権者登録申請書の写しは、DFCS の申請書、更新書、住所変更届に同封されています。また、ケースワーカーに有権者登録申請書を請求することもできます。有権者登録申請書を作成したら、有権者登録申請書に記載されている指示に従って、ジョージア州務長官事務所に提出します。

メディケイドと SNAP または TANF を更新する場合は、ご自身の状況に最も適した欄に署名し、日付を記入してください。

更新手続きを開始するには、認証終了日前にこの用紙をご返送ください。

- **メディケイドのみ - 申請者/会員/法定後見人が完了した時点でここに署名すること。**

私が自分のためメディケイドを申請/更新する場合、偽証罪に問われることを承知の上で自身が米国民、U.S.市民、米国民国籍保有者/米国在住資格を持つ移民であることを宣言します。私が親または法定後見人である場合、私は、申請者が米国民、U.S.市民、米国民国籍保有者/米国在住資格を持つ移民であることを宣言します。また、本申請書に記載されたすべての情報は、自らの知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。

_____ (署名)

_____ (日付)

● **メディケイドのみ - 申請者/会員/法定後見人が完了した時点でここに署名すること。**

私は、知識と信念の及ぶ限りにおいて、私がメディケイドを申請／更新する人は米国民、米国籍保有者/米国在住資格のある移民であること、または合法的に米国で居住していることを認めます。また、本申請書に記載されたすべての情報は、自らの知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。

(署名)

(日付)

連絡可能な電話番号 _____

申請者/会員/親/法定後見人がこの人物を個人的な代理人として希望する場合、当事者は、ここにチェックを入れ、以下に署名してください はい いいえ

(申請者/会員/親/法定後見人)

(日付)

● **フードスタンプ (SNAP) および/または TANF の場合-申請者/受取人/法的保護者が完了している場合：**

私は、私が給付金を申請している人が米国民であるか、または米国に合法的に存在する非市民であることを知っている限り、また確信している限り、偽証罪の罰を受けていることを宣言します。私は、さらに、この申請で提供されるすべての情報が、私の知る限り、真実で正しいことを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH および認可された連邦機関が、この申請書に記入した私の情報を確認することがあることを理解し、同意します。過去の勤務先に照会の上、情報が取得される場合があります。私は、自身の情報が、賃金情報および自身の労働活動への参加を追跡するために使用されることを理解しています。

私は、SNAP および/または TANF プログラムの要件に従って、私の状況に何か変化があれば報告します。また、私の世帯の誰かが宝くじやギャンブルの賞金を受け取った場合、総額 4,500 ドル以上（税金やその他の金額が差し引かれる前）を報告します。私は、これらの賞金について、私の世帯員がこの賞金を受け取った月末から 10 日以内に報告します。私は、情報が不正確であった場合、給付金が減額または拒否される可能性があり、不正確な情報を故意に提供したとして刑事訴追の対象または DHS-DFCS プログラムの資格を剥奪される場合があると理解しています。私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、訴追される可能性があることを理解しています。私は、申請または更新の際に、DHS-DFCS に経費の一部を伝えなかった場合／確認できなかった場合、DHS-DFCS は私の SNAP 給付額を計算する際にその経費を計上しないことを理解しています。

ジョージア州福祉局（「DHS」）は、給付金申請に際して、名前、住所、電話番号、E メールアドレス、そして誕生日等の個人を特定可能な情報（PII）を収集します。個人情報を送信することにより、お客様は、DHS の方針、手順、および法律や規則で許可または要求される通りに、私たちがそのような個人情報を収集、使用、および開示することに同意したものとみなされます。

(署名)

(日付)

(参考までにこれらの書類を保管しておいてください。)

この表は、この様式で使用されるいくつかの用語について説明しています。

申請者	公的な支援や給付を受けるために申請する個人。
支援ユニット (AU)	補助ユニットには、妊娠中の個人と胎児、同居し、公的扶助/給付を受ける資格のある個人が含まれます。
世話役	子どもがいる、胎児を含めている、TANF を受けているまた申し込む親、妊婦、親戚または親権者です。
申請者 ID	公的な支援/給付を受けている個人に割り当てられる固有の番号。
失格	真実を語らず、本来受け取るべきでない給付金を受け取ったという理由で、フードスタンプ (SNA P) または TANF のケースから個人を排除するために取られる措置のこと。
家庭内暴力	家庭内暴力には、(元) 配偶者、(元) ボーイフレンドまたは (元) パートナーによる打撃、蹴り、殴打、レイプ、首絞め、脅し、束縛、生存に必要なもの (食物、薬、家など) を入手させない行為が含まれます。 ボーイフレンド/ガールフレンド、パートナー、あるいは「元」。
電子給付信託 (E BT)	ジョージア州で SNAP 受給資格者に給付金を支払うために使用されるシステム。扶助を受けている個人には EBT デビットカードが発行され、これを使用して SNAP 口座にアクセスする。
電子通信	申請者は、ご自身の情報に関する通知をどのように受け取るかを選択することができます。電子メールまたはテキストによる通知を受け取ることを選択した場合、GA Gateway Customer Portal にある My Notices に通知があることを知らせるメッセージが表示されます。 電子メールによるコミュニケーションについては、電子メールアドレスを提供し、アカウント作成後に GA Gateway Customer Portal にあるペーパーレス通知に関する条件に同意する必要があります。GA Gateway Customer Portal Website www.gateway.ga.gov にアクセスし、通知設定を更新してください。 テキスト通信の場合、申請者は電話番号を当局に提供する必要があります。標準的なメッセージおよびデータ料金が適用される場合があります。通信事業者によって異なる場合がありますので、ご確認ください。
助成対象者の親族	親、妊婦、親戚、親権者のうち、胎児を含む、子供のために自分の名前で TANF を申請し、受給する者。
総収入	税金やその他の控除を考慮する前の個人の総収入のこと。
ホームレス個人	夜間の定住地を持たない個人、または夜間の主な居住地が夜間である個人で以下に居住する個人： <ul style="list-style-type: none"> • 臨時の宿泊施設を提供するために設計された監視付きのシェルター (福祉ホテルや集会所など)； • 施設入所を目的とした個人に臨時の住居を提供する、ハーフウェイハウス施設または同様の施設 • 他の個人の住居に 90 日間以上、臨時の宿泊する場合、または人間の通常の寝床として設計されていないか、通常使用されていない場所 (廊下、バス停、ロビー、または同様の場所)
世帯人員	自宅に同居している個人。SNAP の場合、同居しており、食材の購入・調理を一緒に行っている個人。
収入	賃金、給料、歩合給、ボーナス、労災、障がい手当、年金、退職金、利子、養育費、その他あらゆる形態の金銭の受け取り。
Middle Class Tax Relief Act of 2012 (2012 年中産階級免税法)	この法律では、カジノ、酒屋、風俗娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証金、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬、競技、ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、心霊占い師、喫煙店、刺青/ピアス店、スパ/マッサージ店で、現金支援資金または TANF デビットカードを使用して現金を引き出したり取引を行ったりすることを禁止されています。これらの事業で現金支援資金または TANF デビットカードを使用することは、受給者側の意図的なプログラム違反 (詐欺) を構成することになります。
非申請者	公的扶助/給付を申請しない、または受けていない個人。申請していない人は、社会保障番号、市民権、または移民の資格を提供する必要はありません。
受取人	受取人とは、AU に代わって現金支援を受け取り、資金を使用する責任を負う個人を指します。受取人は、AU メンバーである場合もあれば、そうでない場合もあります。
税引前費用	税引前費用とは、税金が適用される前に収入から差し引かれる控除を指します。すべての控除が税引前であるわけではありません。最も一般的な税引き前控除は、健康保険、歯科保険、眼科保険、などです。 http://www.irs.gov

<p>適格外国人/移民</p>	<p>適格外国人/移民とは、米国に合法的に居住している人で、次のいずれかに該当する人を指します：</p> <ul style="list-style-type: none"> • 移民国籍法 (INA) に基づき、合法的に永住権を認められた人 (LPR) • Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act of 1988 (1988 年対外活動・輸出金融・関連プログラム歳出法)、第 584 条に基づくアメリカン移民; • INA の第 208 条に基づき亡命が認められた人; • INA の第 207 条に基づき亡命が認められた難民; • INA の第 212 条 (d) (5) に基づき難民または亡命者として仮放免された者; • 1997 年 4 月 1 日以前に施行された INA のセクション 243(h)、または改正後の INA のセクション 241(b)(3)に基づいて退去強制が保留されている人; • 1980 年 4 月 1 日以前に施行されていた INA の第 203 条(a)(7)に基づき、条件付入国を認められた人; • Refugee Education Assistance Act of 1980 (1980 年難民教育支援法)、第 501 条 (e) に定義されるキューバまたはハイチからの移民; • Trafficking Victims Protection Act of 2000 (2000 年人身売買被害者保護法)、第 107 条 (b) (1) に基づく人身売買の被害者; • Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996 (1996 年個人的責任および就労機会調整法)、第 431 条 (c) に規定される条件を満たす、虐待を受けた移民; • INA 101 条 (a) (27) に基づき特別移民資格を与えられたアフガンまたはイラクの移民 (特定の条件を満たすことが必要です) ; • INA 第 289 条に基づき米国に居住するカナダ生まれのアメリカンインディアン、または Indian Self-Determination and Education Assistance Act (インディアン自決および教育支援法)、第 4 条 (e) に基づき連邦政府公認のインディアン部族の非市民; • ベトナム時代 (1964 年 8 月 5 日~1975 年 7 月 5 日) に軍事・救援活動に参加し、米軍兵士を助けたモン族または高地ラオス族人民。 <p>医療支援申請者のみ、自由連合協定 (COFA) とは、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、パラオ共和国の国民を指します。COFA 移民は、5 年という期限を満たす必要はありません。</p>
<p>財源</p>	<p>銀行口座、自動車、株式、債券、および生命保険などの現金、財産、または資産。</p>
<p>性的暴行</p>	<p>連邦法、部族法、または州法で禁止されている、同意のない性行為 (被害者に同意能力がない場合を含む)。</p>
<p>セクシャルハラスメント</p>	<p>攻撃的な職場環境を作り出す、性別に基づく敵対的、威圧的、または抑圧的な行動。</p>
<p>ストーカー行為</p>	<p>特に明示または黙示の脅迫により、合理的な人に傷害または死亡の恐怖を与えるような状況で、故意に繰り返し他人を尾行したり嫌がらせをしたりする行為または犯罪。</p>
<p>課税所得</p>	<p>賃金、給料、手数料、ボーナス、障がい者手当、年金、退職金、利子などの支払、または受け取った金銭のその他のフォーム。</p>
<p>税扶養</p>	<p>納税者の確定申告で請求されることが予想される個人。 http://www.irs.gov</p>
<p>税務申告者</p>	<p>確定申告をする見込みのある個人。 http://www.irs.gov</p>
<p>確定申告控除</p>	<p>確定申告控除とは、確定申告書フォーム 1040 の 23 行目から 35 行目までに記載されている IRS の許容される控除を指す。これには以下のようなものがあります：教育費；フォーム 2106、健康貯蓄；フォーム 8889、引越し費用；フォーム 3909、罰金/貯蓄早期引き出し、支払扶養手当、IRA 控除、学生ローン利息、授業料；フォーム 8917、国内生産活動フォーム；8903。 http://www.irs.gov</p>
<p>SNAP における不正取引</p>	<p>SNAP の給付金を不正取引すること：</p> <p>(1) EBT カード、カード番号および PIN 番号、または手動バウチャーおよび署名を通じて発行され、アクセスされた SNAP 給付金を、直接、間接的に、他者と共謀または共謀して、あるいは単独で、現金または適格食品以外の対価と売買、窃盗、その他の方法で交換すること；</p> <p>(2) 銃器、弾薬、爆発物、または規制薬物の交換 (3) 返却保証金が必要な容器の製品を、製品を廃棄して保証金相当額で容器を返却することにより現金を得る目的で、SNAP の給付金で購入すること、意図的に製品を廃棄し、意図的に保証金相当額で容器を返却すること (4) 製品を転売することにより現金または適格食品以外の対価を得る目的で、SNAP の給付金で製品を購入し、その後意図的に SNAP の給付金で購入した製品を現金または適格食品以外の対価で転売すること；(5) 現金または適格食品以外の対価を得る目的で、SNAP 給付金で製品を購入し、その製品を転売し、その後意図的に SNAP 給付金で購入した製品を現金または適格食品以外の対価と引き換えに転売すること。(6) お金や他に食品のために、他の人と一緒にまたは一人で、直接的間接的での発行またはアクセスされた SNAP 給付金の交換を電子給与転送 (EBT) カード、カード番号、個人識別番号 (PIN)、またはマニュアル補助券とサインでの購入、販売、盗み、またはその他の取引を試みること。</p>
<p>Way2Go デビットマスターカード</p>	<p>ジョージア州は、Way2Go デビットマスターカードと呼ばれる便利な「電子的」支払いオプションを TANF 受取人に導入しました。この支払い方法では、毎月 1 日に受給者の口座に振り込まれます。1 日が週末や祝日に当たる場合は、前月の最終営業日に支給されます。デビットマスターカードに電子的に入金されるため、受給者はすぐに資金を利用することができます。</p>

ADA/Section 504 の権利に関する通知

障がいがある方への補助

ジョージア州福祉局およびジョージア州地域保健局（以下「両局」）は連邦法*により、障がい者に両局のプログラム、サービス、または活動への参加と資格取得の機会を平等に提供することを義務付けられています。これには、SNAP、TANF、医療支援などの制度などがあります。

各部門は、障がいに基づく差別を避けるために、変更する必要がある場合、合理的な修正を提供しています。例えば、当社は平等なアクセスを提供するために、方針、慣行、手続を変更することがあります。平等に効果的なコミュニケーションを図るため、当社は、障がい者またはその同伴者に手話通訳などのコミュニケーション支援を提供します。当社の支援は無料です。また、サービス、プログラム、活動の本質の根本的な変更、あるいは過度の財政的、管理的負担をもたらすような修正は、各省庁が行う必要はありません。

合理的な修正またはコミュニケーションの支援を要求する方法

障がいをお持ちで、合理的な修正、コミュニケーション支援、特別な支援が必要な場合は、担当のケースワーカーにご連絡ください。例えば、手話通訳など、効果的なコミュニケーションのための補助やサービスが必要な場合は、お電話ください。ケースワーカーに連絡するか、DFCS (877) 423-4746 または DCH ケイティ・ベケット (KB) チーム (678) 248-7449 に電話して、依頼することができます。また、あなたは地元の DFCS 事務所で DFCS ADA Reasonable Modification Request Form、またはオンライン <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> を使って要請ができます。

または、DCH ADA Reasonable Modification Request Form は、KB 事務所、またはオンライン <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> で入手できます。または DCH.ADAassistance@dch.ga.gov までメールで修正の要請を送ることも可能です。

苦情を申し立てる方法

あなたは、各部門があなたの障がいを理由に差別を行った場合、苦情を申し立てる権利があります。例えば、あなたが合理的な変更または手話通訳を要求した場合、それが拒絶された場合、または、合理的な時間内に行動していない場合は、差別の苦情を提出することができます。苦情は、あなたのケースワーカー、最寄りの DFCS 事務所、または 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 の DFCS 公民権事務局の ADA/セクション 504 コーディネーターに口頭または文書で連絡することにより行うことができます。DCH の場合は、以下の KB チームの ADA/セクション 504 コーディネーターに連絡してください。2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or P. O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH の E メール：dch.adarequests@dch.ga.gov

あなたは、DFCS の公民権に関する苦情申立書の写しをケースワーカーに求めることができます。この苦情フォームは、<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> でも入手できます。差別に関する苦情の申し立てにサポートが必要な場合は、上記の DFCS のスタッフに連絡できます。聴覚障がい者の方、または言語障害をお持ちの方は 711 に電話してオペレーターにつないでもらうことができます。DCH 公民権の苦情に関する E メールはこちら：dch.civilrights@dch.ga.gov。DCH 公民権プロセスと苦情フォームのリンクは、<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> にあります。

また、適切な連邦政府機関に差別の苦情を提出することもできます。米国の連絡先情報農務省 (USDA) および米国 U.S 保健省と福祉局 (HHS) は「差別禁止声明」を応援します。

**Rehabilitation Act of 1973 (1973 年リハビリテーション法) 第 504 条、Americans with Disabilities Act of 1990 (1990 年障がいを持つアメリカ人法)、Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008 (2008 年障がいを持つアメリカ人法改正法) は、障がい者が不法な差別から解放されることを保証しています。*

地域保健局 (DCH) の方針により、医療支援プログラムは、人種、年齢、性別、障がい、国籍、宗教に基づき、資格や給付を拒否することはできません。

米国農務省および保健省に申請書を送付しないでください

差別禁止に関する声明

連邦公民権法および米国に基づき USDA、その機関、事務所、従業員、および USDA プログラムに参加または管理する機関は、人種、肌の色、出身国、性別 (性自認および性的指向を含みます)、宗教的信条、障害、年齢、政治的信念に基づく差別、または、USDA が実施または資金提供するプログラムまたは活動における以前の公民権活動に対する報復または報復を禁じられています。困窮世帯のための一時支援 (TANF) など、米国保健社会福祉省 (HHS) から連邦政府の財政援助を受けるプログラム、および HHS が直接運営するプログラムも、連邦公民権法および HHS 規制の下で差別が禁止されています。

プログラム情報 (点字、大活字、オーディオテープ、アメリカの手話など) の代替通信手段を必要とする障害者は、給付を申請した機関 (州または地方) に連絡する必要があります。

聴覚障害者、難聴者、または言語障害のある個人は、連邦リレーサービス ((800)877-8339) を通じて USDA に問い合わせることができます。また、プログラム情報は、英語以外の言語で公開される場合があります。

USDA プログラムに関する公民権侵害の申し立て

USDA は、栄養補助プログラム (SNAP)、インディアン居留地に関する食料配給プログラム (FDPIR) など、多くの食料安全保障および飢餓削減プログラムに連邦政府の財政支援を提供しています。差別に関するプログラム苦情を申し立てるには、オンラインの <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>、にあるプログラム差別苦情フォーム (AD-3027) に記入するか、USDA 宛ての手紙を書き、フォームで要求されたすべての情報を手紙に記入してください。苦情フォームのコピーをリクエストするには、(866)632-9992 にお電話ください。記入済みの様式または書簡を以下の通り USDA に提出してください:

1. **郵便**: 食品栄養局 (Food and Nutrition Service)、USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; または
2. **ファックス**: (833) 256-1665 または (202) 690-7442; または
3. **電話**: (833) 620-1071; または
4. **電子メール**: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

SNAP に関するその他の情報については、USDA SNAP ホットライン番号 (800) 221-5689 (スペイン語対応)、または [州別情報/ホットライン番号](#) (リンクをクリックすると州別のホットライン番号のリストが表示されます) にお問い合わせください。オンラインの場合は、[SNAP ホットライン](#) を参照してください。

HHS プログラムに関する公民権に関する苦情

HHS は、TANF、ヘッド・スタート、低所得者向け住宅エネルギー支援プログラム (LIHEAP) など、健康と福祉を増進するための多くのプログラムに連邦政府の財政支援を行っています。HHS が直接運営している、または HHS が連邦政府の財政援助を提供しているプログラムや活動において、人種、肌の色、出身国、障害、年齢、性別 (妊娠、性的指向、性同一性を含みます)、または宗教を理由に差別されたと思われる場合は、公民権局 (OCR) に苦情を申し立てることができます。

HHS を通じて連邦政府の資金援助を受けているプログラムに関して、自分自身または他の人のために差別の苦情を提出するには、OCR の苦情ポータル <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> からオンラインで様式に記入してください。また、次の住所に郵送で OCR に連絡することもできます。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、ファックス: (202) 619-3818、電子メール: OCRmail@hhs.gov。処理が迅速に進むよう、郵送ではなく、OCR オンラインポータルを使用して苦情を申し立てることをお勧めします。公民権に関する苦情を申し立てる際に支援が必要な人は、OCR に電子メールを送ることができます。OCRMail@hhs.gov、または OCR フリーダイヤル 1-800-368-1019 (TDD 1-800-537-7697) までお電話ください。聴覚障害、難聴、言語障害のある方は、7-1-1 にダイヤルして通信リレーサービスをご利用いただけます。また、苦情を申し立てるための代替形式 (点字や大活字など)、補助補助、言語支援サービスを無料で提供しています。

この機関は機会均等プロバイダーです。

福祉局 (DHS) に従って、他の差別苦情を申し立てるため、あなたの地方にある DFCS 事務所、または DFCS の人権、ジョージア州ヒューマンサービス局の 504 コーディネーター ADA/部門、General Counsel、(総合弁護人の事務所)、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746、までご連絡ください。英語能力の限界に基づく差別を称する苦情については、ジョージア州福祉局での、総合弁護人の事務所、の DHS 限定的な英語力及び感覚障がいプログラム、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746、までご連絡ください。

米国農務省および保健省に申請書を送付しないでください