

**Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Formulário de renovação do SNAP/MEDICAID/TANF**

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).

| | | |
|--|---------------------|-----------------------|
| Apenas para equipe do escritório: | | |
| Data de recebimento _____ | ID do cliente _____ | Data de início: _____ |
| Programas iniciados: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid | | |

Se você estiver solicitando novamente o SNAP ou renovando seus benefícios do TANF ou Medicaid, você pode preencher este formulário de renovação/solicitação apenas com seu nome, endereço e assinatura. **No entanto, será mais rápido processar sua solicitação, recertificação/renovação se você preencher todo o formulário e fornecer a comprovação das informações, caso sejam solicitadas.** Você pode utilizar este formulário para registrar uma renovação/solicitação conjunta para os programas SNAP/Medicaid e/ou TANF ou somente para o SNAP. A sua renovação do SNAP não será negada apenas com base no fato de que sua renovação/solicitação para outro programa foi negada/encerrada. Faremos uma determinação de elegibilidade separada para a renovação do SNAP.

ESCREVA o nome e o endereço da pessoa que está renovando os benefícios no espaço abaixo:

| | | |
|---|---|--|
| Nome do cliente: | Data de nascimento: | Número do Social Security: (Opcional para não solicitantes*) |
| Você está em situação de rua? Sim _____ Não _____ | | *Veja a seguir informações sobre status de cidadania e imigração e números do Social Security. |
| Endereço: | | |
| | | |
| Endereço para correspondência: | | |
| | | |
| 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 precisará de um 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 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) _____;
Outros: _____

Você 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

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, tanto quanto é do meu conhecimento. Entendo e concordo que o Departamento de Serviços Humanos-Divisão De Serviços à Família e à Criança (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 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 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 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 for assinada por 'X'

Data

Assistência médica Pathways:

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.

Representante autorizado:

Preencha esta seção somente se quiser que uma pessoa ou organização preencha sua solicitação/renovação, faça sua entrevista para SNAP ou TANF e/ou use seu cartão EBT do SNAP 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 funções você deseja que a pessoa ou organização tenha. Se você estiver solicitando Medicaid, poderá escolher mais de uma pessoa para solicitar assistência médica 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)

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 _____

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)

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) _____;

Outros: _____

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 _____

Somente para Medicaid:

Você planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO? (Você pode solicitar um seguro de saúde mesmo que não apresente uma declaração de imposto de renda federal.)

Sim Não Se **sim**, responda às perguntas a, b e c. Se **Não**, responda à pergunta c.

- Você vai apresentar a declaração juntamente com um cônjuge? Sim Não Se **sim**, nome do cônjuge: _____
- Você vai declarar dependentes em sua declaração de imposto de renda? Sim Não
Se **sim**, informe o(s) nome(s) do(s) dependente(s): _____
- Alguém será declarado como dependente na declaração de imposto de outra pessoa? Sim Não
Se **sim**, informe o nome do contribuinte e dos dependentes: _____
Qual o grau de parentesco entre o dependente e o contribuinte? _____

SERVIÇOS DE ALCANCE COMUNITÁRIO:

Para mais informações sobre outros serviços do DHS, visite nosso site em www.dfcs.georgia.gov ou ligue para (877) 423-4746. **Responda a todas as perguntas e forneça comprovante de todas as receitas e despesas conforme solicitado.**

STATUS DE CIDADANIA E IMIGRAÇÃO E NÚMEROS DO SOCIAL SECURITY:

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, 2011-2036, 7 USC § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 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 recursos **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 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 usadas na captura de pessoas que estejam fugindo da lei. Se a sua família tiver uma reivindicação do SNAP, as informações 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 status de cidadania ou de imigração deles. Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, não precisa fornecer seu SSN nem informações sobre seu status de imigração.

| Primeiro nome | Inicial do nome do meio | Sobrenome | Etnia hispânica ou latina? (Opcional) | Raça (opcional) | Sexo M/F | Data de nascimento Formato (mm/dd/aa) | Grau de parentesco | Número do Social Security (opcional para não solicitantes) | Você é um cidadão americano, nacional dos EUA, imigrante qualificado ou possui um status de imigração satisfatório? (Apenas solicitantes) (S/N) | A mãe desta criança mora na casa? (S/N) | O pai desta criança mora na casa? (S/N) | Você está solicitando o Medicaid? (S/N) |
|---------------|-------------------------|-----------|---------------------------------------|-----------------|----------|--|--------------------|--|---|---|---|---|
| | | | S/N | | | | EU MESMO | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |
| | | | S/N | | | | | | S/N | S/N | S/N | S/N |

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

AI – Indígena americano ou nativo do Alasca **AS** – Asiático
HP – Nativo do Havaí ou de outras ilhas do Pacífico **WH** – Branco

BL – Negro ou afro-americano

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 nem nível de benefício. No entanto, se você não fornecer essas informações, a identificação visual de raça e etnia será feita durante a primeira entrevista presencial.

Se você ou outros solicitantes da família forem cidadãos naturalizados, ou estrangeiros/imigrantes qualificados,

preencha a tabela a seguir:

(anexe páginas adicionais conforme necessário)

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

Somente para Medicaid:

Alguém em sua casa esteve em um lar adotivo temporário aos 18 anos? Sim Não

Se você tem dependentes fiscais que não moram mesma casa que você, liste-os abaixo.

Nome: _____ Número do Social Security _____ Sexo: M F (circule uma opção)

Data de nascimento: _____ Cidadania: _____

Grau de parentesco: _____ (anexe páginas adicionais conforme necessário)

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 às 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 de parto prevista? _____; e quantos bebês são esperados? _____

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

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 candidatos ao Medicaid, alguém em sua família tem alguma fatura médica não paga nos últimos 3

meses? 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 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 casa 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 casa foi condenado por trocar benefícios do SNAP por armas, munições ou explosivos após 22/08/1996? (Somente para SNAP) Sim Não

Se **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

13. Você ou alguém em sua casa foi condenado como adulto por abuso sexual agravado, assassinato, exploração sexual ou outros abusos contra crianças e adolescentes, 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 da liberdade vigiada relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Somente para SNAP) Sim Não

c. Você cumpriu 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: _____

Somente para SNAP e TANF:

ALUNOS DO ENSINO SUPERIOR: Alguém em sua casa está matriculado pelo menos meio período em uma faculdade, universidade, escola profissionalizante ou técnica ? Sim Não

Se **sim**, quem: _____

Nome da instituição: _____ Período/Status: _____ Data de graduação: _____

O aluno está empregado? Sim Não Participa de programa de estudo e trabalho?

Sim Não

Se **sim**, horas trabalhadas por semana ____ (Preencha também a seção sobre emprego abaixo)

Somente para SNAP:

Alguém em sua casa com 60 anos ou mais ou com alguma deficiência tem despesas médicas?

Sim Não

Suas despesas médicas, como mensalidades do Medicare, custos de medicamentos prescritos ou contas hospitalares, sofreram alterações? Sim Não

Se **sim**, informe as despesas na tabela abaixo e anexe as faturas dos últimos meses.

| Nome da pessoa que tem a despesa | Tipo de despesa (médico, hospital, receita médica) | Valor devido | Data da fatura | 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**, forneça as informações abaixo. Se você estiver recebendo Medicaid, forneça comprovante:

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

Alguém paga alguma destas despesas médicas para você? Sim Não

Se **sim**, forneça as informações abaixo:

| | |
|---|------------------------|
| Quais despesas são pagas? | Quem paga as despesas? |
| Para quem essa pessoa paga as despesas? | Endereço: |

Somente para Medicaid:

OUTROS SEGUROS DE SAÚDE

Alguém em sua casa está cadastrado em alguns dos seguintes seguros de saúde nesse momento?

- Medicaid, do Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia PeachCare for Kids®
 Medicare
- Programas de Saúde do VA (Administração de Veteranos dos EUA) TRICARE (Não assinale se você recebe cuidados diretos ou se é elegível por causa do serviço militar)
- Seguro do empregador: Nome do seguro _____ Número da apólice _____
- Outros: Nome do seguro _____ Número da apólice _____

Você tem outro seguro de saúde além do Medicaid? Sim Não

Se sim, envie-nos uma cópia do seu cartão do seguro.

BENS:

(Não necessário para Medicaid MAGI (Renda Bruta Ajustada Modificada)): Alguém em sua casa tem algum dos seguintes bens?

Sim Não (Se sim, forneça as informações abaixo. Se você estiver recebendo Medicaid para idosos, cegos ou pessoas com deficiência (exceto Medicare Savings Plans, como QMB, SLMB ou QI-1 apenas), forneça um comprovante.

| Tipo de bem | Proprietário | Número da conta/apólice (não preencha se o número da sua conta/apólice for o mesmo que o seu SSN) | Valor | Nome do banco, seguradora, etc. |
|---|--------------|---|-------|---------------------------------|
| Dinheiro | | | | |
| Conta corrente/conta poupança | | | | |
| Cooperativa de crédito | | | | |
| Anuidades | | | | |
| Ações ou títulos | | | | |
| Cofre de segurança | | | | |
| Conta de aposentadoria (Para não-MAGI) | | | | |
| Veículos (Para não-MAGI) | | | | |
| Certificado de depósito/anuidades (Para não-MAGI) | | | | |
| Planos funerários pré-pagos | | | | |
| Jazigo em cemitério (Para não-MAGI) | | | | |
| Fundos fiduciários (Para não-MAGI) | | | | |
| Propriedade não residencial | | | | |
| Propriedade residencial (Para não-MAGI) | | | | |
| Seguro de vida (Para não-MAGI) | | | | |
| Outros | | | | |

Somente para Medicaid para idosos, cegos ou pessoas com deficiência:

Você, seu cônjuge ou alguém a quem você está solicitando os benefícios vendeu, trocou ou doou algum bem nos últimos 60 meses? Sim Não

Se **sim**, qual bem? _____ Quando? _____

Para SNAP, TANF e Medicaid:

EMPREGO: Alguém em sua casa trabalha?

Sim Não

Se sim, forneça as informações do pagamento da pessoa empregada, como salários, bônus e gorjetas, e anexe comprovante de TODA a renda bruta recebida nas últimas 4 semanas.

| PESSOA EMPREGADA | EMPREGADOR | PAGAMENTO POR HORA | HORAS POR SEMANA | COM QUE FREQUÊNCIA É PAGO | DATA(S) DE PAGAMENTO | PAGAMENTO DE BÔNUS | GORJETAS |
|------------------|------------|--------------------|------------------|---------------------------|----------------------|--------------------|----------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

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

Somente para Medicaid:

DESPESAS ANTES DOS IMPOSTOS:

- ☞ Seguro de saúde \$ _____ Com que frequência? _____ ☞ Seguro oftalmológico \$ _____ Com que frequência? _____
- ☞ Seguro odontológico \$ _____ Com que frequência? _____ ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____
- ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____ ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____
- ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____
- Mais? Anexe em uma folha separada.

Despesas antes dos impostos são deduções feitas de sua renda antes da aplicação dos impostos. Nem todas as deduções são feitas antes dos impostos.

DEDUÇÕES NA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA:

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

OBSERVAÇÃO: Você não deve incluir um custo que já foi considerado na sua resposta sobre o trabalho autônomo.

- ☞ Pagamento de pensão alimentícia \$ _____ Com que frequência? _____ ☞ Juros do empréstimo estudantil \$ _____ Com que frequência? _____
- ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____ ☞ Outro tipo de dedução \$ _____ Com que frequência? _____

Para SNAP, TANF e Medicaid:

Alguém parou de trabalhar? Sim Não **Se sim, preencha os campos a seguir e apresente um comprovante:**

| | | |
|-----------------------------------|---|------------------------------------|
| Qual trabalho foi interrompido? | Nome do membro da família que parou de trabalhar: | |
| Local de trabalho: | | |
| Data de interrupção do pagamento: | Data do último cheque: | Valor do último pagamento (bruto): |

Alguém começou a trabalhar? Sim Não **Se sim, preencha os campos a seguir e apresente um comprovante:**

| | | |
|--|-------------------------|---|
| Nome da pessoa que começou a trabalhar: | Data de início: | Número de telefone: |
| Nome do empregador/empresa: | Taxa de remuneração: \$ | Data em que o primeiro pagamento foi/será recebido: |
| Frequência de pagamento (assinale uma): ☞ Semanalmente ☞ Quinzenalmente ☞ Duas vezes por mês ☞ Mensalmente ☞ Outros | | |

TRABALHO AUTÔNOMO:

Alguém em sua casa é autônomo? (trabalha por conta própria):

Sim Não (Se **sim**, quem?) ____

Forneça comprovante de renda de trabalho autônomo por meio de arquivos fiscais, registros comerciais, recibos, contas ou extratos de clientes de uma empresa estabelecida.

Esta empresa está registrada? Sim Não

Esta pessoa tem alguma despesa com o trabalho autônomo? Sim Não

Se **sim**, que tipo de despesas essa pessoa tem? _____

Somente para Medicaid e TANF: forneça comprovante de despesas com trabalho autônomo.

RENDA NÃO PROVENIENTE DE TRABALHO:

Alguém em sua casa recebe dinheiro de contribuições, Social Security, SSI (Renda de Segurança Complementar, na sigla em inglês), VA (contribuições para veteranos), pensão alimentícia, seguro desemprego, aposentadoria ou qualquer outra renda não proveniente de trabalho? Sim Não

Se **sim**, preencha as informações abaixo e forneça comprovante de toda a renda não proveniente de trabalho recebida nas últimas 4 semanas ou a carta de concessão mais recente.

| Nome | Fonte | Valor | Qual a frequência do pagamento? |
|------|-------|-------|---------------------------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Para Medicaid MAGI: A renda proveniente de pensão alimentícia, pagamentos para veteranos, Renda de Segurança Complementar (SSI) ou benefícios de compensação do trabalhador não será contabilizada.

DESPESAS COM CUIDADOS DE DEPENDENTES:

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

Se **sim**, responda às perguntas abaixo.

| | | | |
|--|--------------------|---|---------------------------------|
| Pessoa que necessita de cuidados: | | Pessoa que paga pelos cuidados: | |
| Nome do prestador de serviços: | | Quanto é pago ao prestador de serviços: | Qual a frequência do pagamento: |
| Número de telefone do prestador de serviços: | Motivo do cuidado: | | |

Você paga as despesas de transporte de 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:** _____

CUSTOS DE MORADIA:

Você ou alguém em sua casa começou a pagar os custos de moradia ou os seus custos de moradia mudaram? 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/querosene | | | |
| Poço/fossa séptica/água/esgoto | | | |
| Lixo | | | |
| Telefone | | | |
| Outros | | | |

Qual é a principal fonte de aquecimento ou resfriamento da casa? (eletricidade, gás, ou ambos)

Alguém paga alguma destas contas domésticas paravocê? 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? |

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

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

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

Se **sim**, quem? _____

Comentários/documentação _____

Pago a quem _____ Valor pago \$ _____ por _____

Nome do proprietário _____ Endereço do proprietário _____

PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA:

Você ou alguém em sua casa paga pensão alimentícia para alguém que não mora na mesma casa? Sim Não

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

| | |
|--|---|
| Quem tem a obrigação de pagar? | Qual é o valor estabelecido? |
| Para quem a pensão alimentícia é paga? | Quanto é o valor realmente pago? |
| A quem a pensão alimentícia é paga? | Com que frequência a pensão alimentícia é paga? |

Somente para SNAP: Forneça comprovante do valor pago nos últimos 3 meses e do valor legalmente estabelecido.

[Esta seção é SOMENTE PARA BENEFICIÁRIOS DO TANF – Você deve preencher o seguinte:](#)

Registros de vacinação:

Tem alguma criança menor de 7 anos em sua casa que ainda não está matriculada na escola? (A pré-escola **não** é considerada "escola"). Sim Não

Se **sim**, envie o Formulário 3231- Formulário de imunização para escolas, para todas as crianças menores de 7anos.

Requisitos escolares:

Todas as crianças e adolescentes (6-18 anos) da sua casa frequentam a escola? Sim Não

Se **sim**, nome(s) da(s) criança(s) ou adolescente(s) _____

Nome da(s) escola(s) _____

Série(s) _____

Tem algum adolescente de 16 anos ou mais na sua casa que **não** está frequentando a escola?

Sim Não

Se **sim**, nome do(s) adolescente(s) _____

Forneça uma cópia dos recibos de pagamento atuais se este menor de idade estiver **empregado** ou uma declaração do provedor se estiver envolvida **em qualquer outra atividade relacionada a trabalho**.

Violência doméstica:

Você ou alguém do seu agregado familiar é vítima de violência doméstica, assédio sexual, agressão sexual ou perseguição? Sim Não

Se **sim**, informe o nome da vítima _____

Após a avaliação, se sua família for elegível, podemos dispensar certos requisitos do programa, como participação em atividades de trabalho ou encaminhamento para a Divisão de Serviços de Apoio à Criança.

Despesas com automóveis :

Você é o pai/mãe ou familiar da(s) criança(s)/adolescente(s) e está incluído na Unidade de Assistência (AU, na sigla em inglês) do TANF com a(s) criança(s)/adolescente(s)? Sim Não

Se **sim**, responda às seguintes perguntas:

Você ou qualquer outro membro adulto da AU possui ou está comprando um automóvel? Sim Não

Se **sim**, quem? (Nome do proprietário) _____

Ano, marca e modelo do veículo: _____

Informe os pagamentos do financiamento do automóvel, seguros, manutenção e outras despesas relacionadas:

Você tem alguma outra despesa recorrente (por exemplo, faturas de cartão de crédito) que está pagando?

Sim Não

Se **sim**, descreva-a: _____

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), 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.

[DIREITOS E RESPONSABILIDADES PARA TODOS OS PROGRAMAS](#)

VOCÊ TEM DIREITO DE:

- **solicitar assistência para preencher este formulário e serviços de assistência linguística gratuitos** (intérpretes, materiais traduzidos ou serviços diretos no idioma) se você tiver dificuldade para ler, escrever, falar ou entender o idioma inglês.
- **solicitar auxílios, serviços e adaptações razoáveis** se você ou alguém em sua casa tiver uma deficiência.

AVISO DE AUDIÊNCIA: Em todos os programas, você tem o direito de solicitar uma audiência justa por escrito ou pessoalmente. Você pode solicitar uma audiência ligando para o número 1-877-423-4746 ou pode solicitar uma audiência perante um oficial de audiências do estado se não concordar com esta decisão. Você pode ser representado na audiência por um advogado, parente, amigo ou qualquer outra pessoa que você escolher. Se você quiser uma audiência, deve solicitá-la por escrito ou entrando em contato com a agência:

- **90 dias** a partir da data desta notificação **para SNAP**
- **30 dias** a partir da data desta notificação **para Medicaid e TANF**

VOCÊ É RESPONSÁVEL POR:

- fornecer informações corretas ao funcionário do seu caso e fornecer comprovantes das declarações necessárias para receber os benefícios. Ao assinar este formulário, você está dando permissão ao funcionário do seu caso para que ele obtenha informações de seu empregador, banco, vizinhos ou outras pessoas, para que possamos ter certeza de que você está recebendo o valor correto dos benefícios.
- dizer sempre a verdade. Se você ou alguém que está solicitando os benefícios para você fornecer informações incorretas, você pode estar cometendo um crime e pode ser preso.
- fornecer comprovantes de que você ou qualquer pessoa solicitando benefícios em sua casa é um cidadão americano ou imigrante qualificado.
- cooperar com funcionários estaduais e federais que trabalham para a Prevenção de Fraudes ou para o Escritório de Serviços Investigativos e que estão fazendo análises de casos especiais. Se você não cooperar e não pudermos determinar se você ainda é elegível para o SNAP, seu caso pode ser negado ou encerrado.
- (para SNAP) cooperar com os supervisores do Controle de Qualidade quando eles ligarem ou forem à sua casa para entrevistá-lo sobre as informações que você forneceu ao funcionário do seu caso. Se você não cooperar com eles, seu caso pode ser negado ou encerrado.
- (para SNAP e TANF) reembolsar benefícios que você não deveria ter recebido.
- (para Medicaid) cooperar com o Controle de Qualidade de Elegibilidade do Medicaid ou Integridade do Programa quando eles ligarem ou forem à sua casa para entrevistá-lo sobre as informações que você forneceu ao funcionário do seu caso.
- (para Medicaid) membros que estão em um lar de repouso, centro de cuidados intermediários, serviço comunitário, ou estão inscritos e recebem serviços por meio de um programa de isenção, devem cooperar com a recuperação patrimonial.

Se você é beneficiário do **SNAP**, você deve informar quando a renda mensal bruta total de sua família for superior a 130% do Nível Federal de Pobreza para o tamanho da família. Você deve informar essas alterações na renda dentro de 10 dias a partir do final do mês em que a alteração ocorreu.

Se você for um adulto que trabalha e não tem filhos, deverá informar quando suas horas de trabalho forem inferiores a 20 horas por semana ou 80 horas por mês. Você deve informar essas alterações dentro de 10 dias a partir do final do mês em que a alteração ocorreu.

Você também deve informar se sua família receber ganhos substanciais de loterias e jogos de azar. Isto seria um prêmio em dinheiro ganho em um único jogo. Se você ou um membro da família receber prêmios de loteria ou jogos de azar, no valor bruto de 4500 dólares ou mais (antes da retenção de impostos ou outros valores), você deve informar esses ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que a família foi contemplada.

Se você recebe **TANF ou Medicaid**, deverá informar sobre **qualquer mudança** em sua situação dentro de 10 dias após a ocorrência da mudança.

Eu entendo que qualquer montante único ou pagamento “inesperado” que qualquer pessoa em meu caso Medicaid receber deve ser orçado, juntamente com qualquer outra renda que possamos ter, para determinar a elegibilidade.

No programa **Medicaid**, você tem direito de:

- Receber o Medicaid mesmo que você tenha outro seguro de saúde.
- Escolher o seu médico ou provedor do Medicaid.
- Ter sua solicitação para o Medicaid aprovada ou negada dentro de 10, 45 ou 90 dias a partir da data de solicitação, dependendo do tipo de Medicaid.

Como condição para minha elegibilidade ao Medicaid:

- Concordo em ceder ao estado todos os direitos a assistência médica e ao pagamento de cuidados

- médicos de terceiros (benefícios hospitalares e médicos).
- Concordo em cooperar com o estado na identificação e fornecimento de informações para ajudar o estado a buscar qualquer terceiro que possa ser responsável pelo pagamento de cuidados e serviços. Entendo que devo informar quaisquer pagamentos recebidos por cuidados médicos dentro de dez dias. (Se você estiver preenchendo este formulário em nome de outra pessoa e não possuir o poder para realizar uma cessão de direitos em nome dela, a pessoa precisará executar uma cessão dos direitos descritos acima como condição da elegibilidade dela para o Medicaid).
- Concordo em ceder ao estado o direito de exigir que um pai/mãe ausente forneça seguro médico, se disponível. Entendo que devo obter assistência médica do pai/mãe ausente, se disponível, e devo cooperar com a Divisão de Serviços de Apoio à Criança para obter essa assistência. Se eu **não** cooperar, entendo que posso perder meus benefícios do Medicaid e apenas meus filhos receberão benefícios, a menos que uma justa causa seja estabelecida.

AVISO DE PENALIDADE 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 os 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 violar qualquer uma dessas regras 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 pode estar sujeita a processo legal sob outras leis federais e estaduais aplicáveis e também pode ser impedida de participar do programa SNAP por mais 18 meses se for ordenado 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 em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou esse membro da família não serão elegíveis para receber 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 após a primeira infração desta violação.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da sua família culpados por ter traficado 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 após a 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.

Eu entendo que, se eu fornecer informações falsas ou omitir informações, poderei ser processado por fraude.

AVISO DE PENALIDADE DO PROGRAMA TANF: No programa TANF, uma ação intencional ao fornecer informações falsas ou enganosas para estabelecer ou manter a elegibilidade de uma AU, aumentar benefícios, evitar uma redução nos benefícios, omitir informações para evitar uma ação negativa ou usar a assistência financeira em locais proibidos é considerada uma infração intencional do programa.

Você pode ser encaminhado ao escritório do Inspetor Geral para que ele determine sua penalidade com base na gravidade da infração se você:

- não informar as mudanças no prazo estipulado ou não falar a verdade ou utilizar os fundos de assistência financeira ou o cartão de débito TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebida, estabelecimentos de entretenimento adulto “strip clubs”, salas de poker, fianças, casas noturnas/salões/tabernas, 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 fornecer informações falsas sobre onde você mora para que você possa receber benefícios em mais de um estado e for condenado por uma acusação relacionada a drogas ou um crime violento grave, em ou após 01/01/97.

Qualquer pessoa em sua casa que viole essas regras propositalmente pode ser impedida de participar do programa TANF pelo período de seis meses a permanentemente.

Para o MEDICAID, cometer fraude ou abuso é contra a lei. Você pode ser encaminhado para a unidade de

integridade do programa Medicaid e PeachCare for Kids®. Os infratores podem ser limitados a utilizar apenas um provedor, desligados do programa ou solicitados a reembolsar o Departamento de Saúde Comunitária pelos serviços médicos prestados.

Cometer fraude é ser desonesto propositalmente. O abuso é um ato que não segue as boas práticas.

Exemplos de fraude e abuso por parte dos participantes são:

- Permitir que outra pessoa utilize seu cartão de seguro de saúde do Medicaid, PeachCare for Kids® ou CMO (Organização de Cuidados Gerenciados na Comunidade, na sigla em inglês)
- Obter receitas médicas com a intenção de utilizar os medicamentos indevidamente ou vendê-los como drogas
- Uso de documentos falsificados para obter serviços
- Uso indevido ou abusivo de equipamentos fornecidos pelo Medicaid ou PeachCare for Kids®
- Fornecer informações incorretas ou permitir que outras pessoas o façam para obter elegibilidade para o Medicaid ou PeachCare for Kids®
- Não informar as mudanças que ocorrem na sua renda, condições de vida ou recursos

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 oiganonymous@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>.

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 pelo telefone (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 instruções fornecidas no formulário de registro eleitoral.

SE VOCÊ ESTIVER RENOVANDO O SEU MEDICAID E SNAP OU TANF, VOCÊ DEVE ASSINAR E DATAR A CAIXA QUE MELHOR SE ADEQUA À SUA SITUAÇÃO.

ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO ANTES DA DATA DE TÉRMINO DA CERTIFICAÇÃO PARA INICIAR O PROCESSO DE RENOVAÇÃO.

• Somente para Medicaid – assine aqui quando o solicitante/membro/responsável legal estiver preenchendo o formulário:

Se eu estiver solicitando/renovando o Medicaid para mim mesmo, declaro sob pena de perjúrio que sou cidadão americano, nacional dos EUA e/ou imigrante qualificado, legalmente presente nos Estados Unidos. Se eu for pai/mãe ou responsável legal, declaro que o(s) solicitante(s) são cidadãos americano, nacional dos EUA e/ou imigrantes qualificados, legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

_____ (Assinatura)

_____ (Data)

• Somente para Medicaid - assine aqui quando uma pessoa que não seja o solicitante/membro/pai/mãe/responsável legal estiver preenchendo o formulário:

Eu certifico, tanto quanto é do meu conhecimento e convicção, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando/renovando o Medicaid são cidadãos americanos, nacionais dos EUA e/ou imigrantes qualificados ou estão legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas, tanto quanto é do meu conhecimento.

_____ (Assinatura)

_____ (Data)

Número de telefone em que podemos entrar em contato com você _____

Se o solicitante/membro/pai/mãe/responsável legal desejar que esta pessoa seja seu representante pessoal, deverá assinalar aqui e assinar abaixo Sim Não

_____ (solicitante/membro/pai/mãe/responsável legal)

_____ (Data)

• Para SNAP e/ou TANF – quando o solicitante/beneficiário/responsável legal estiver preenchendo o formulário:

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, tanto quanto é do 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 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 de 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 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)

_____ (Data)

(Guarde estes documentos como arquivo de referência pessoal)

Esta tabela explica alguns dos termos utilizados neste formulário.

| | |
|---|--|
| 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 elegíveis 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 TANF com crianças ou adolescentes sob seus cuidados, incluindo um nascituro. |
| ID do cliente (Client ID) | Um número único atribuído a um indivíduo que recebe assistência/benefícios públicos. |
| 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. |
| Violência doméstica (Domestic Violence) | Violência doméstica pode incluir ser agredido, chutado, espancado, estuprado, sufocado, ameaçado, controlado ou impedido de obter o que precisa para viver (como alimentos, medicamentos ou moradia) por um cônjuge, namorado/namorada, parceiro(a) ou "ex". |
| 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 dos menores, 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 adulto, 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 nessas empresas constituirá uma infração intencional do programa (fraude) por parte do beneficiário. |
| 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. |
| Beneficiário (Payee) | Um beneficiário é um indivíduo que aceita a responsabilidade de receber assistência financeira e gerenciar os fundos em nome da AU. Um beneficiário pode ou não ser um membro da AU. |
| Despesas antes dos impostos (Pre-Tax Expenses) | Despesas antes dos impostos são deduções feitas de sua renda antes da aplicação dos impostos. Nem todas as deduções são feitas antes dos impostos. As deduções antes dos impostos mais comuns são seguro de saúde, seguro odontológico, seguro oftalmológico, etc. http://www.irs.gov |

| | |
|---|---|
| Estrangeiro / imigrante qualificado (Qualified Alien/Immigrant) | <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 <i>concedido asilo</i> sob a seção 208 da INA; • <i>Refugiados</i>, admitidos sob a seção 207 da INA; • Uma pessoa em <i>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 <i>concedida 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> |
| Bens (Resources) | Dinheiro, propriedades ou ativos, como contas bancárias, veículos, ações, títulos e seguros de vida. |
| Agressão sexual (Sexual Assault) | Ato sexual não consensual proibido por lei federal, tribal ou estadual, inclusive quando a vítima não tem capacidade para consentir. |
| Assédio sexual (Sexual Harassment) | Comportamento hostil, intimidador ou opressivo com base no sexo que cria um ambiente de trabalho ofensivo. |
| Perseguição (Stalking) | O ato ou crime de intencionalmente e repetidamente seguir ou assediar outra pessoa em circunstâncias que fariam uma pessoa sensata temer lesões ou morte, especialmente devido a ameaças expressas ou implícitas. |
| Rendimentos tributáveis (Taxable Income) | Pagamentos como remunerações, salários, comissões, bônus, benefícios por invalidez, pensão, aposentadoria, juros ou qualquer outra forma de dinheiro recebido. |
| Dependente fiscal (Tax Dependent) | Um indivíduo que espera ser incluído na declaração de imposto de renda de um contribuinte. http://www.irs.gov |
| Contribuinte (Tax Filer) | Um indivíduo que pretende apresentar uma declaração de imposto de renda. http://www.irs.gov |
| Deduções na declaração de imposto de renda (Tax Return Deductions) | As deduções na declaração de impostos são as deduções permitidas pela Receita Federal (IRS, na sigla em inglês) encontradas no formulário 1040 da declaração de imposto de renda, começando na linha 23 até a linha 35. Elas incluem: despesas com educadores; formulário 2106; formulário 8889 de poupança para saúde; formulário 3909 de despesas com mudança; penalidade por retirada antecipada de poupança; pagamento de pensão alimentícia; dedução de IRA; juros de empréstimos estudantil; formulário 8917 de mensalidades e taxas; formulário 8903 de atividades de produção doméstica. http://www.irs.gov |
| Tráfico no SNAP (Trafficking in SNAP) | <p><i>Traficar</i> benefícios do SNAP significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, roubar ou de outra forma trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados por meio de cartões EBT, números de cartão e PIN ou por voucher manual e assinatura, por DINHEIRO ou consideração além de alimentos elegíveis, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou colusão com outros, ou agindo sozinho;</p> <p>(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 adquiridos originalmente 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, na sigla em inglês), ou por comprovante manual e assinaturas, por dinheiro ou outros itens que não sejam alimentos autorizados, direta ou indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho.</p> |
| Cartão de débito Way2Go Debit MasterCard | 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. |

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 do 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 Cíveis 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 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, Room 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