

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

Molimo da koristite ovaj obrazac kako biste prijavili i naveli određene promjene u Vašem domaćinstvu u Odjeljenju za porodične idječije usluge. **Ukoliko Vam je potrebna pomoć pri čitanju ili popunjavanju ovog dokumenta ili Vam je potrebna pomoć u komunikaciji s nama, pitajte nas i pozovite na broj 1-877-423-4746. Sve naše usluge, uključujući usluge tumačenja i prevođenja, su besplatne. Ukoliko ste gluhi, imate oštećenje sluha, gluhoslijepi ste ili imate poteškoća sa govorom, možete nas pozvati na gore navedeni broj pozivom na pozivni broj 711 (Georgia).**

NEMOJTE VRAĆATI OVAJ OBRAZAC OSIM U SLUČAJU AKO PRIJAVLJUJETE PROMJENE SVOJIH ŽIVOTNIH OKOLNOSTI.

Ime klijenta: _____

Lična karta klijenta _____

Adresa stanovanja: _____

Slučaj# _____

Kontakt broj socijalnog radnika _____

Pojednostavljeni obrazac za izvještaj o domaćinstvu (Simplified Reporting Households) mora se prijaviti:

- U slučaju kada je ukupni mjesečni bruto prihod domaćinstva veći od 130% od nivoa prihoda za ukupnu količinu domaćinstva.
- U slučaju kada se odrasloj radno-sposobno i neovisnoj osobi (ABAWD) radno vrijeme umanjuje za 20 radnih sati sedmično ili 80 radnih sati mjesečno. Ove promjene se moraju prijaviti najkasnije u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem je došlo do promjene.
- Domaćinstva moraju prijaviti ukoliko član domaćinstva dobije **dobitke na lutriji ili kockanju**, u bruto iznosu od 4500 dolara ili više (prije odbijanja poreza ili drugih iznosa). Ovo je novčana nagrada dobijena u jednoj igri. Dobitci se moraju prijaviti najkasnije u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem je član domaćinstva primio dobitke.

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

Pored toga što imate samo Pojednostavljeni obrazac za izvještaj o domaćinstvu, možete navesti bilo koju od sljedećih promjena:

Molimo označite promjene koje navodite i odgovorite na sljedeća pitanja u obrascu.

- Došlo je do promjene broja članova domaćinstva jer se neko od članova uselio ili odselio
- Domaćinstvo je preseljeno na novu adresu
- Član(ovi) domaćinstva su počeli da rade
- Član(ovi) domaćinstva su prestali sa radom
- Kod člana(ovi) domaćinstva je došlo do promjene u plaćanju po satu ili satima
- Član(ovi) domaćinstva su počeli da primaju ili su prestali primati SSI (Dodatnu socijalnu pomoć), socijalno osiguranje, VA (Pomoć za veterane), mirovinu, penziju, pomoć za invaliditet, novac od prijatelja ili bližnjih srodnika, alimentaciju, novčana podrška za nezaposlenost itd.
- Zbog nekog člana u domaćinstvu je došlo do promjene u kućnim prihodima i režijama
- Vi ili neko u Vašem domaćinstvu imate novčana sredstva od 3000 dolara ili više. Ukoliko u domaćinstvu živi starija osoba ili invalid, imate novčana sredstva od 4500 dolara ili više.

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

POPIS DOMAĆINSTVA

- Ime osobekoja se uselila? _____ Ime osobe koja se odselila? _____
- Kada se osoba uselila ili odselila? _____

A D R E S A

- Moje domaćinstvo se preselilo na novu kućnu adresu. Naziv nove adrese je _____

- Noviprihod zakupnine ili imovine iznosi \$ _____ Ukoliko je u pitanju imovina, godišnji porez na vlasništvoje \$ _____ a iznos osiguranja vlasnika je \$ _____.
- Da livam neko pomaže pri plaćanjustanarine, hipoteke ili režija? Da ____ Ne ____ Ako je odgovor da, ko?

- Koje komunalne usluge plaćate na novoj adresi? _____
- Da li ste dužni plaćati troškove grijanja ili hlađenja? Da ____ Ne ____ (struja, plin ili oboje)

Z A R A D A

- Ime osobe kod koje je došlo do promjene u zaradi ilizaposlenju?
- Koji je izvor zarade ili zaposlenja? _____

- Koliko često osoba prima zaradu? _____
- Kada je osoba počela primati zaradu ili biti zaposlena? _____
- Koliki je novi iznos zarade? _____
- Kada je osoba prestala da prima zaradu ili sa zaposlenjem? _____
- Koji je zadnji primljeni iznos zarade? _____

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

MEDICINSKI TROŠKOVI				
Da li neki član Vašeg domaćinstva, stariji preko 60 godina ili starija osoba ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove? Da _____ Ne _____ Ako da, popunite tabelu ispod.				
Član/članovi domaćinstva koji ima/imaju medicinske troškove	Vrsta troška (liječnik, bolnica, lijekovi, premija zdravstvenog osiguranja)	Iznos dugovanja	Datum računa	Hoće li osiguranje platiti usluge? (Da/Ne)

PLAĆANJE ALIMENTACIJE ZADIJETE
<ul style="list-style-type: none"> • Da li Vi ili neko u Vašem domaćinstvu plaćate alimentaciju za nekoga ko živi izvan domaćinstva? Da _____ Ne _____ • Ime osobe koja dužna da plati alimentaciju? _____ • Koliki je ukupan iznos alimentacije? _____ • Ime djeteta za koje se plaća alimentacija? _____ • Ime osobe kojoj se isplaćuje alimentacija za dijete? _____ • Koliko često se plaća alimentacija za dijete? _____ • Koliki jestvarni iznos alimentacije? _____

TROŠKOVI IZDRŽAVANJA			
Ime osobe kojoj je potrebna njega:		Ime osobe koja plaća njegu:	
Ime njegovatelja:		Koliko je njegovatelj plaćen:	Koliko često se njegovatelj plaća:
Kontakt broj njegovatelja #:	Validan razlog za kućnu njegu:		

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

S R E D S T V A			
Da li neko u vašem domaćinstvu posjeduje neka od sljedećihmaterijalnih sredstava? Da _____ Ne _____			
Ako je odgovor da, ispunite tabelu navedenu ispod.			
Vrsta izvora	Vlasnik	Iznos/Vrijednost	Naziv banke
Gotovina			
Tekući račun/štedni			
Kreditna unija			
Dionice ili obveznice			
Sigurnosni bankovni sef			

Moje domaćinstvo je **imalo ukupan mjesečni bruto prihod** (zarađen - prije odbijanja I neisplaćenog prihoda) koji iznosi više od 130% od ukupnog limita prihoda .

U kojem mjesecu/godini je prihod domaćinstva bio iznad od 130%? _____ / _____
Mjesec Godina

Koliki je ukupan mjesečni bruto prihod? _____

Potpis _____ Datum _____

Moje domaćinstvo je imalo **člana ABAWD-a čije se radno vrijeme umanjilo za 20 sati sedmično ili 80 sati mjesečno**.
 Ja, _____ sam ABAWD nezaposlenik koji je radio 20-29 sati sedmično ili 80 sati mjesečno.
 Moje radno vrijeme se umanjilo za _____ sati sedmično.

Potpis _____ Datum _____

Moje domaćinstvo je imalo člana koji je dobio prihodena **lutriji ili na kocki**.

U kojem mjesecu/godini je član domaćinstva dobio prihod od lutrije/kockanja? _____ / _____
Mjesec Godina

Koliki je ukupan bruto iznos prihoda od lutrije/kockanja? _____

Potpis _____ Datum _____

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

Izjavljujem pod krivičnom odgovornošću, prema mom saznanju i uvjerenju, da je osoba(e) koju ja prijavljujem za beneficije usluga državljanin(e) SAD-a ili zakonski živi u Sjedinjenim Američkim Državama. Pored toga, potvrđujem da su sve informacije, prema mojim saznanjima, navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS (Odjel za ljudske djelatnosti) - DFCS (Odjeljenje za porodicu i djecu), DCH (Odjel za javno zdravstvo) i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovom zahtjevu. Informacije se mogu prikupiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o mojoj zaradi i učešća u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu mojih radnih okolnosti u skladu sa zahtjevima programa SNAP (Program dodatne pomoći u prehrani) /Medicaid (Program zdravstvene pomoći) i/ili TANF (Program privremene pomoći za porodice u potrebi). Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitke na lutriji ili kockanju, čiji bruto iznos je od 4500 dolara ili više (prije oporezivanja ili drugih zadržavajućih iznosa). Ove dobitke ću prijaviti u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo primidobitke od lutrije. Razumijem da, ukoliko bilo koja informacija koju navedem bude netačna, moje beneficije na usluge na osnovu toga mogu biti smanjene ili odbijene, mogu biti predmet krivičnog procesa ili diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog savjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično kažnjen ukoliko dostavim lažne ili skrivene informacije. Razumijem da ukoliko propustim obavijestiti DHS-DFCS o određenim mojim troškovima tokom prijave ili procesa obnove i/ili a ne potvrdim iste, DHS-DFCS neće finansirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa naknada za Bodove za Hranu (SNAP).

Potpis _____ Datum _____

INFORMACIJE O REGISTRU BIRAČA

Ukoliko niste registrovani za glasanje u mjestu svog prebivališta, da li se želite ovdje prijaviti za glasanje?

_____ Da

_____ Ne

_____ Ne želim da odgovaram na pitanje o registru birača

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

Ukoliko želite pomoć pri popunjavanju Prijave za registar birača, mi ćemo Vam pomoći. Na Vama je odluka da li ćete tražiti ili prihvatiti pomoć. Prijavni formular možete popuniti sami.

Ukoliko smatrate da se neko nameće u Vaše pravo prilikom registracije ili odbijanja da se registrujete za glasanje, pravo na privatnost prilikom odlučivanja da li da se registrujete ili podnesete zahtjev za registraciju za glasanje, ili pravo da izaberete svoju političku stranku ili drugu političku preferenciju, možete podnijeti žalbu državnom tajniku na adresi: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom na 404-656-2871.

UKOLIKO NE OZNAČITE NIJEDNU STAVKU, SMATRAT ĆE SE KAO ODLUKA DA STE ODLUČILI NE REGISTRIRATI ZA GLASANJE U OVOM TRENUTKU.

Kopija prijave za registar birača u državi Georgia uključuje u DFCS prijave, obnove i obrasce za promjenu adrese. Također možete zatražiti Prijavu za registar birača od svog službenika. Ukoliko ispunite Prijavu za registar birača, podnesite je u Ured državnog službenika Georgije tako što ćete slijediti uputstva navedena u prijavi za registar birača.

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

Odredbe o pravima Američkog zakona o invaliditetu ADA/Član 504

Pomoć za osobe sa invaliditetom

Odjeljenje za socijalne usluge Georgia i Odjeljenje za javno zdravstvo Georgia su dužni, prema Federalnom zakonu*, da osobama sa invaliditetom, pružiti jednaku priliku da učestvuju i apliciraju za programe, usluge ili aktivnosti Odjeljenja. Ovo uključuje programe kao što su SNAP, TANF i usluge Medicinske pomoći.

Odjeljenja obezbjeđuju opravdane promjene kada su iste neophodne kako bi se izbjegla diskriminacija na osnovu invaliditeta. U tom slučaju, možemo promijeniti politiku rada, prakse ili procedura kako bismo svima omogućili jednak pristup. Kako bi se osigurala jednako efikasna komunikacija za osobe sa invaliditetom ili osobama sa poteškoćama u razvoju, pružamo pomoć u komunikaciji, kao što su tumači za znakovni jezik. Naše usluge pomoći su besplatne. Odjeljenja nisu dužna izvršiti bilo kakve izmjene zbog kojih bi došlo do temeljnih promjena u pružanju usluga, programa i aktivnosti kao i neopravdanih, finansijskih i administrativnih opterećenja.

Kako da podnesete zahtjev za razumnu prilagodbu i pristupačnost ili pomoć u komunikaciji

Molimo kontaktirajte svog službenika ukoliko ste osoba sa invaliditetom i trebate razumnu prilagodbu i pristupačnost, pomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. U tom slučaju, potražite pomoć, ukoliko Vam je potrebna podrška ili usluga za efikasnu komunikaciju, poput tumača za znakovni jezik. Možete kontaktirati svog socijalnog radnika ili nazvati DFCS na broj (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) tim na 678-248-7449 kako bi ste podnijeli svoj zahtjev. Također, možete podnijeti zahtjev koristeći DFCS ADA obrazac Zahtjeva za razumnu prilagodbu (DFCS ADA Reasonable Modification Request Form), koji je dostupan u vašoj lokalnoj kancelariji DFCS-a ili online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Isti zahtjev (DFCS ADA Reasonable Modification Request) možete dobiti u kancelariji KB tima ili online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ali u tom slučaju ne morate koristiti obrazac.

Na koji način podnijeti žalbu

Imate pravo podnijeti žalbu ukoliko su Vas Odjeljenja diskriminirali zbog Vašeg stanja invaliditeta. U tom slučaju, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije na osnovu zahtjeva za razumnu prilagodbu ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumnom roku. Možete podnijeti tužbu usmeno ili pismeno tako što ćete kontaktirati svog socijalnog radnika, lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS koordinatora za građanska prava, koordinatora za Zakon o Amerikancima sa invaliditetom (ADA)/Član 504 (DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Coordinator) na adresi: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746. Za podnošenje žalbi DCH-u, kontaktirajte koordinatora KB tima ADA zakona/ Član 504 na: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ili P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. Email adresa DCH-a je: dch.adarequests@dch.ga.gov.

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

Također, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije odgovarajućoj federalnoj agenciji. Kontakt informacije Ministarstvo poljoprivrede (USDA) Sjedinjenih Američkih Država) U.S. i Odjeljenja za zdravstvo i socijalne usluge (HHS) se nalazi u okviru "Izjave o zabrani nediskriminacije".

**Član 504 Zakona o Rehabilitaciji iz 1973. godine; Zakon o Amerikancima sa invaliditetom iz 1990. godine; i Zakon o izmjenama i dopunama Zakona o Amerikancima s invaliditetom iz 2008. godine osiguravaju da osobe s invaliditetom budu zaštićene od bilo kakve vrste diskriminacije.*

Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za porodicu i djecu

Aplikacije nemojte slati USDA-u (Ministarstvo poljoprivrede SAD-a

Izjava o zabrani diskriminacije

U skladu sa federalnim Zakonima o građanskim pravima i regulativama građanskih prava te politike rada Ministarstva Poljoprivrede (USDA) o građanskim pravima, USDA-u, njenim agencijama, uredima, zaposlenicima i institucijama koje učestvuju i upravljaju programima USDA, zabranjen je bilo kakav oblik diskriminacije na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjerskog uvjerenja, invaliditeta, starosne dobi, političkog opredjeljenja ili na osnovu prisilnih mjera za prethodnu aktivnost u vezi s građanskim pravima u bilo kojem programu ili aktivnostima koju sprovodi ili finansira USDA. Također, programi koji primaju federalnu finansijsku pomoć od Odjeljenja za zdravstvo i socijalne usluge (HHS), kao što je TANF (Privremena pomoć za porodice u potrebi), te programi kojima HHS direktno upravlja, nije dozvoljen bilo kakav oblik diskriminacije na osnovu Federalnog zakona o građanskim pravima i HHS regulativa.

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

ŽALBE NA OSNOVU KRŠENJA GRAĐANSKIH PRAVA UNUTAR USDA PROGRAMA

USDA pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi, kao što su Program dodatne pomoći u ishrani (SNAP), Program distribucije hrane na osnovu indijanskih rezervata (FDPIR) i drugi. Da biste podnijeli žalbu na osnovu diskriminacije u programu, popunite obrazac za podnošenje žalbe (AD-3027) koji se nalazi web stranici na <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> ili u bilo kojem USDA uredu ili pošaljite pismo upućeno USDA i u njemu sve informacije koje se traže u obrascu. Kako biste zatražili kopiju obrasca za prigovor, molimo pozovite (866) 632-9992. Pošaljite svoj popunjeni obrazac ili pismo USDA-u na:

1. **email:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ili
2. **faks:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **email:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

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

ŽALBE ZA GRAĐANSKA PRAVA KOJE UKLJUČUJU HHS PROGRAME

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

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

Ova institucija pruža svima jednake mogućnosti.

Također možete podnijeti pritužbe zbog diskriminacije tako što ćete kontaktirati svoju lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS koordinatorka za građanska prava i Zakona o Amerikancima sa invaliditetom (ADA)/Član 504 na: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. Za žalbe koje se odnose na diskriminaciju na osnovu ograničenog poznavanja engleskog jezika, kontaktirajte DHS-ove Programe za osobe sa ograničenim poznavanjem engleskog jezika i za osobe sa osjetilnim poteškoćama pri Odjeljenju za Ljudske usluge Georgia: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 ili nazovite (877) 423-4746.

**Obrazac - Izvještaj o promjenama Odjelaza
socijalnu zaštitu Georgia, Odjeljenje za
porodicu i djecu**

Aplikacije nemojte slati USDA-u (Ministarstvo poljoprivrede SAD-a