

ジョージア州社会福祉省家族児童サー
ビス課変更報告書

家庭環境の変化を家族児童サービス局に報告する場合は、このフォームをご使用ください。この文書に
関して読み書きのサポートを必要とされる方、連絡をお取りになるのにサポートが必要な方は、当局に
ご依頼いただくか、1-877-423-4746 までお電話ください。通訳者を含む当局のサービスは無料です。
あなたが、聴覚障害者、難聴者、盲ろう者、または話すことが難しい方は、711 (Georgia Relay) をダ
イヤルして、上記の番号にお電話ください。

状況の変化をご報告いただかない限り、このフォームを返却していただく必要はございません。

お名前： _____ 申請者 ID 番号 _____

住所： _____ ケース番号 _____

従業員電話番号 _____

簡易報告世帯は下記の項目について報告が必要です：

- 毎月の総収入の合計が世帯規模の収入水準の 130%を超える場合。
- 扶養家族のいない健全な成人 (ABAWD) の労働時間が週 20 時間または月 80 時間を下回る場合。
これらの変更は、変更があった月の末日から 10 日以内に報告する必要があります。

- 世帯員が宝くじやギャンブルの賞金を総額 4500 ドル以上受け取った場合（税金やその他の金額
が源泉徴収される前の金額）、その世帯は報告しなければなりません。これは単一のゲームで
勝った場合の賞金を指します。当選金は、世帯員が当選金を受け取った月の月末から 10 日以
内に報告しなければなりません。

ご家庭の報告要件は簡素化されていますが、下記の項目に関する変更について報告することが
できます。

報告する変更点について確認し、このフォームの該当する質問に回答してください。

- 誰かが転入または転出したことによる世帯員の変更
- 世帯が新しい住所に引っ越した、世帯員が働き始めた、
- 世帯員が仕事をやめた
- 世帯員が時給または時間を変更した場合
- 世帯員が SSI、社会保障、VA、年金、退職金、障害、友人や親戚からのお金、養育費、失業な
どを受け取り始めた、または受け取らなくなった。
- 誰かが家計費と請求書を変更した
- あなたまたは世帯員の誰かが 3,000 ドル以上のリソースを保持している。高齢者または障害者の
場合で、リソースが 4,500 ドル以上。

ジョージア州社会福祉省家族児童サー

世帯員の構成

- 誰が入居しましたか？ _____ 誰が退出しましたか？ _____

- その人が入居または退出したのはいつですか？ _____

住所

- 私の世帯は新しい住所に引っ越しました。新しい住所は _____

- 新しい家賃または住宅ローン金額(ドル) _____ 住宅ローンの場合、年間固定資産税はドルで _____、住宅所有者保険の金額もドルで表示されます _____。

あなたの家賃、住宅ローン、元金または支払った税金は誰が払っていますか？
はい _____ いいえ _____ はいの場合、誰ですか？ _____

- あなたの新しい住所では、どの光熱費を支払いますか？ _____
- 冷暖房費を支払う必要がありますか？ はい **収入** _____ いいえ _____ 電気、ガス、またはその両方
- 収入や雇用に変化があったのは誰ですか？ _____
- 収入や雇用はどこから得たものですか？ _____
- 収入をどのくらいの頻度で受け取っていますか？ _____
- 収入や雇用はいつから始まりましたか？ _____
- 新しい収入額はいくらですか？ _____

- 収入や雇用が止まったのはいつですか？ _____

- 最後に受け取った支払い金額はいくらですか？ _____

**ジョージア州社会福祉省家族児童サ
ビス課変更報告書**

医療支出				
60歳以上の人や障害者で医療費がかかる人はいますか？ はい ___ いいえ ___ はいの場合は、下記の表を記入してください。				
請求対象世帯員	費用の種類(医師、病院、処方箋、メディケア保険料)	未払い額	請求日	保険は支払われる予定ですか？(はい/いいえ)

子供サポート支出

- あなたまたは世帯員の誰かが、自宅以外に住んでいる人に養育費を払っていますか？
はい ___ いいえ _____
- 誰が支払う義務がありますか？ _____
- 義務金額はいくらですか？ _____
- 養育費は誰のために支払われますか？ _____
- 養育費は誰に支払われますか？ _____
- どのくらいの頻度で養育費が支払われますか？ _____
- 実際に支払われる金額はいくらですか？ _____

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

**ジョージア州社会福祉省家族児童サー
ビス課変更報告書**

リソース			
あなたの世帯員に、次のような財産を持っている人はいますか？ はい _____ いいえ _____			
はいの場合は、下記の表にご記入ください。			
財産の種類	所有者	金額/価格	銀行名
現金			
当座/普通預金			
信用組合			
株式または債権			
貸金庫			

私の世帯の月の総収入 (控除前と不労所得) の合計は、所得制限の 130% を超えています。

世帯収入が 130% を超えたのは何月/何年ですか？ _____ / _____
月 年

間の総収入はいくらですか？ _____

署名 _____ 日付 _____

私の家庭には労働時間が週 20 時間、または 1 か月あたり 80 時間を下回る ABAWD 世帯員がいました。私、_____ は失業中の ABAWD で、週に 20~29 時間、または月に 80 時間働いていました。

私の労働時間は週に _____ 時間に減りました。

署名 _____ 日付 _____

私の家族に、宝くじやギャンブルの賞金を受け取った世帯員がいました。

世帯員はどの月/年に宝くじ/ギャンブルの収入を受け取りましたか？ _____ / _____
月 年

宝くじ/ギャンブルの総収入額はいくらですか？ _____

署名 _____ 日付 _____

ジョージア州社会福祉省家族児童サー ビス課変更報告書

私は、偽証罪で問われることを承知した上で、私の知る限り、給付金を申請している人物が米国人であることを宣言します。米国市民または合法的に米国に滞在しています。私は、さらに、この申請で提供されるすべての情報が、私の知る限り、真実で正しいことを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH、および認可された連邦政府機関が、この申請書で私が提供した情報を確認する可能性があることを理解しており、同意します。情報は、過去または現在の雇用主から取得される場合があります。私は、私の情報が賃金情報と私の仕事活動への参加状況を追跡するために使用されることを理解しています。

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

署名 _____ 日付 _____

有権者登録情報

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

はい

いいえ

有権者登録の質問には答えたくない

登録を申請する、または有権者登録を辞退することで、この機関が提供する支援の程度に影響はありません。

有権者登録申請用フォームの記入についてサポートが必要な場合は、お任せください。支援を求めるのか、受け入れるのかは、あなた自身が決めることです。あなたは、申込書の記入を非公開で行うことができます。

有権者登録または有権者登録を拒否する権利、有権者登録の申請をするかどうかを決定する際のプライバシーの権利、または自分の政党またはその他の政治的好みを選択する権利を誰かが妨害したと思われる場合は、次の住所宛で国務長官に苦情を申し立てることができます。2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334、または 404-656-2871 にお電話ください。

あなたがどちらかの項目にチェックを入れない場合は、この時点では有権者登録をしないことに決めたものとみなされます。

ジョージア州有権者登録申請書のコピーは、DFCS 申請書、更新、および住所変更用フォームに含まれています。あなたは、有権者登録申請書をケースワーカーに依頼することもできます。有権者登録申請書に記入したら、有権者登録申請書に記載されている指示に従って、ジョージア州の州務長官事務所に提出してください。

ジョージア州社会福祉省家族児童サー
ビス課変更報告書

ADA/Section 504 の権利に関する通知

障害を持つ人々の支援

ジョージア州社会福祉省およびジョージア州地域保健局(「部門」)は、連邦法*により、部門のプログラム、サービス、活動に参加し、資格を得る平等な機会を障害者に提供することが義務付けられています。この例として、SNAP、TANF、医療支援などのプログラムなどがあります。

当部門は、障害に基づく差別を避けるために変更が必要な場合、合理的な変更を行います。例えば、ポリシー、慣行、手順を変更して、平等なアクセスを提供する場合があります。同様に、効果的なコミュニケーションを確保するために、障害のある人やその同伴者に対して、手話通訳者などのコミュニケーション支援を提供しています。この支援は無料で提供されています。部門は、サービス、プログラム、活動の性質に根本的な変更をもたらしたり、過度の財政的および管理上の負担を引き起こしたりするような変更を行うことは求められていません。

合理的な変更またはコミュニケーションの支援を依頼する方法

障害があり、合理的な変更、コミュニケーションの支援、追加の支援が必要な場合は、ケースワーカーに連絡してください。例えば、手話通訳者など、効果的なコミュニケーションのための支援やサービスが必要な場合は、お電話ください。ケースワーカーに連絡するか、DFCS (877) 423-4746 または DCH Katie Beckett (KB) チーム (678-248-7449) に電話してリクエストすることができます。また、お住いの地域の DFCS 事務局または <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> のオンライン DFCS ADA の合理的な変更リクエスト (Reasonable Modification Request) フォームを使用して依頼するか、KB チームまたは <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> オンラインで DCH ADA の合理的な変更リクエストフォームを入手できますが、フォームを使用する必要はありません。

苦情を申し立てる方法

あなたの障害のために部門があなたを差別した場合、あなたには苦情を申し立てる権利があります。例えば、あなたが合理的な変更または手話通訳を要求した場合、それが拒絶された場合、または、合理的な時間内に対応されなかった場合は、差別の苦情を申し立てることができます。苦情は、ケースワーカー、最寄りの DFCS オフィス、DFCS 公民権、ADA /セクション 504 コーディネーター(47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746) に連絡することにより、口頭または書面で行うことができます。DCH については、下記の KB チーム ADA /セクション 504 コーディネーターにお問い合わせください。2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 または P.O.Box 172, Norcross, GA.30091, 678-248-7449.DCH の E メールアドレス：dch.adarequests@dch.ga.gov

あなたは、DFCS 公民権苦情フォームのコピーをケースワーカーに依頼することができます。この苦情フォームは、<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> でも入手できます。差別に関する苦情を申し立てる際にサポートが必要な場合は、上記の DFCS スタッフにお問い合わせください。聴覚障がい者の方、または言語障がいをお持ちの方は 711 に電話してオペレーターにつないでもらうことができます。DCH 公民権の苦情の際の E メールアドレス：dch.civilrights@dch.ga.govDCH 公民権プロセスと苦情フォームのリンクは、<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> にあります。

また、適切な連邦政府機関に差別の苦情を提出することもできます。米国の連絡先情報農務省 (USDA) および米国保健社会福祉省 (HHS) は、そこに含まれる「差別禁止声明」の中で以下のように述べています。

**1973 年のアメリカ合衆国リハビリテーション法 第 504 条、1990 年の障害を持つアメリカ人法、2008 年の障害を持つアメリカ人法改正法は、障害者が違法な差別を受けないことを保証しています。*

USDA に申請書を送付しないでください

差別禁止に関する声明

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

ジョージア州社会福祉省家族児童サー

ビス課変更報告書

プログラム情報(点字、大活字、オーディオテープ、アメリカの手話など)の代替通信手段を必要とする障害者は、給付を申請した機関(州または地方)に連絡する必要があります。聴覚障害者、難聴者、または言語障害のある個人は、連邦リレーサービス((800)877-8339)を通じてUSDAに問い合わせることができます。また、プログラム情報は、英語以外の言語で利用できる場合があります。

USDA プログラムに関する公民権侵害の申し立て

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

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

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

HHS のプログラムに関わる公民権に関する苦情

HHS は、TANF、ヘッド・スタート、低所得者向け住宅エネルギー支援プログラム (LIHFAP) など、健康と福祉を増進するための多くのプログラムに連邦政府の財政支援を行っています。HHS が直接運営する、あるいは HHS が連邦財政援助を提供しているプログラムや活動において、人種、肌の色、国籍、障がい、年齢、性別(妊娠、性的指向、性同一性など)、宗教を理由に差別されたと思う場合、自分または他の人のために市民権局 (OCR) に苦情を提出することができます。

HHS を通じて連邦政府の資金援助を受けているプログラムに関して、自分自身または他の人のために差別の苦情を提出するには、OCR の苦情ポータル <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> からオンラインで様式に記入してください。また、郵便で以下の OCR に連絡することもできます：Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201、ファックス：(202) 619-3818、Eメール：OCRmail@hhs.gov。処理が迅速に進むよう、郵送ではなく、OCR オンラインポータルを使用して苦情を申し立てることをお勧めします。公民権に関する苦情の申し立てについて支援が必要な方は、OCRMail@hhs.gov 宛てに OCR に電子メールを送信するか、OCR フリーダイヤル (1-800-368-1019、TDD 1-800-537-7697) にお電話ください。聴覚障害、難聴、言語障害のある方は、7-1-1 にダイヤルして通信リレーサービスをご利用いただけます。また、苦情を申し立てるための代替形式(点字や大活字など)、補助補助、言語支援サービスを無料で提供しています。

この機関は機会均等プロバイダーです。

また、最寄りの DFCS オフィス、または下記の DFCS 公民権および ADA/セクション 504 コーディネーターに連絡して差別に関する苦情を申し立てることもできます：47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746。英語力の制限に基づく差別を主張する苦情については、下記の DHS 限定英語能力および感覚障害プログラム (DHS 限定英語能力・感覚障害プログラム)：47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 にご連絡いただくか、(877) 423-4746 にお電話ください。

USDA に申請書を送付しないでください