

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

Utilize este formulário para informar mudanças nas circunstâncias da sua casa ao Departamento de Serviços à Família e à Criança. **Se você precisar de ajuda para ler ou preencher este documento ou para se comunicar conosco, avise-nos ou ligue para 1-877-423-4746. Nossos serviços, incluindo serviços de interpretação, são gratuitos. Se você for surdo, deficiente auditivo, surdocego ou tiver dificuldade para falar, ligue no número acima, discando 711 (Serviço de retransmissão do estado da Geórgia).**

NÃO ENTREGUE ESTE FORMULÁRIO A MENOS QUE ESTEJA INFORMANDO UMA MUDANÇA DE CIRCUNSTÂNCIAS.

Nome: _____ Número de ID do cliente _____

Endereço: _____ Número do caso _____

_____ Telefone do responsável pelo caso _____

Relatórios simplificados As famílias devem informar:

- Quando a rendabruta mensal total for superiora 130% do nível de renda para otamanho da sua família.
- Quando as horas de trabalho de um adulto saudável sem dependentes (ABAWD, na sigla em inglês) forem inferiores a 20 horas por semana ou 80 horas por mês. **Essas mudanças devem ser informadas dentro de 10 dias a partir do final do mês em que a mudança ocorreu.**
- As famílias devem informar quando um membro da família receber prêmios de **loterias ou jogos de azar**, no valor bruto de 4500 dólares ou mais (antes da retenção de impostos ou outros valores). Isto seria um prêmio em dinheiro ganho em um único jogo. Você deve informar esses ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que o membro da família for contemplada.

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

Embora a sua família tenha apenas requisitos de relatórios simplificados, você pode informar qualquer uma das seguintes mudanças:

Assinale as mudanças que você está informando e responda às perguntas deste formulário.

- Mudança na composição familiar devido a alguém saindo de mudança da sua casa ou se mudando para dentro da sua casa
- A família se mudou para um novo endereço
- Um membro da família começou a trabalhar
- Um membro da família parou de trabalhar
- Um membro da família teve uma mudança no valor de pagamento por hora ou horas
- Um membro da família começou ou parou de receber SSI, previdência social, benefícios de veteranos, pensão, aposentadoria, auxílio doença, dinheiro de amigos ou parentes, pensão alimentícia, seguro desemprego, etc.
- Alguém teve uma mudança nas despesas e contas da casa
- Você ou alguém em sua casa possui recursos de 3000 dólares ou mais. Se for idoso ou com alguma deficiência, recursos de 4500 dólares ou mais.

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

COMPOSIÇÃO FAMILIAR

- Quem se mudou para dentro da sua casa? _____ Que se mudou saindo da casa? _____
- Quando essa a pessoa se mudou? _____

ENDEREÇO

- Minha família se mudou para um novo endereço. O novo endereço é _____

- Novo valor de aluguel ou hipoteca \$ _____ Se for hipoteca, o imposto anual sobre a propriedade é de \$ _____ e o valor do seguro residencial é de \$ _____.
- Alguém ajuda você a pagar o aluguel, a hipoteca ou serviços públicos? Sim _____ Não _____ Se sim, quem?

- No seu novo endereço, quais serviços públicos você paga? _____
- Você precisa pagar por aquecimento ou resfriamento da casa? Sim _____ Não _____ (eletricidade, gás ou ambos)

RENDA

- Quem teve mudanças na renda ou no emprego? _____
- Qual é a origem da renda ou do emprego? _____

- Com que frequência a renda é recebida? _____
- Quando teve início a nova renda ou o emprego? _____
- Qual é o novo valor da renda? _____
- Quando ocorreu o término da renda ou emprego? _____
- Qual é o valor do último pagamento recebido? _____

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

DESPESAS MÉDICAS				
Alguém em sua casa com 60 anos ou mais ou com alguma deficiência tem despesas médicas? Sim ____ Não ____ Se sim, preencha a tabela abaixo.				
Membro da família que tem a despesa	Tipo de despesa (médico, hospital, receitas médicas, mensalidade Medicare)	Valor devido	Data da fatura	O seguro cobre? (Sim/Não)

PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA
<ul style="list-style-type: none"> Você ou alguém em sua casa paga pensão alimentícia para alguém que não mora na mesma casa? Sim ____ Não ____ Quem tem a obrigação de pagar? _____ Qual é o valor estabelecido? _____ Para quem a pensão alimentícia é paga? _____ A quem a pensão alimentícia é paga? _____ Com que frequência a pensão alimentícia é paga? _____ Qual é o valor realmente pago? _____

DESPESAS COM DEPENDENTES			
Pessoa que necessita de cuidados:		Pessoa que paga pelos cuidados:	
Nome do prestador de serviços:		Valor pago ao prestador de serviços:	Frequência de pagamento:
Número de telefone do prestador de serviços:	Motivo do cuidado:		

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

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/Medicaid 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.

Assinatura _____

Data _____

INFORMAÇÕES SOBRE O REGISTO 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, Suite 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.

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

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 o 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 com deficiência, 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, ligue 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 no telefone (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 ou online em <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, mas você não precisa utilizar um formulário.

Como registrar uma denúncia

Você tem o direito de fazer uma denúncia se os Departamentos o tiverem discriminado por causa de sua deficiência. Por exemplo, você pode registrar uma denúncia de discriminação se tiver solicitado uma adaptação razoável ou um intérprete de língua de sinais que tenha sido negado ou se sua solicitação não tiver sido atendida dentro de um prazo razoável. Você pode fazer uma denúncia verbalmente ou por escrito entrando em contato com o funcionário do seu caso, com o escritório local da DFCS ou com o Coordenador de Direitos Civis da DFCS, ADA/Seção 504 no endereço 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746. Para o DCH, entre em contato com o Coordenador da ADA/Seção 504 da Equipe KB no endereço: 2211 Beaver Ruin 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.*

Departamento de Serviços Humanos do estado da Geórgia
Divisão de Serviços à Família e à Criança
Formulário de relatório de mudanças

Não envie solicitações para o USDA

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:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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 e-mail: 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 gratuitos de assistência linguística para registrar uma denúncia.

Esta instituição oferece oportunidades iguais a todos.

Você também pode registrar denúncias de discriminação entrando em contato com o escritório local da DFCS ou com o Coordenador de Direitos Civis ADA/Seção 504 da DFCS no endereço: 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: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 ou ligue para (877) 423-4746.

Não envie solicitações para o USDA