

Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)
Форма отчета об изменениях

Пожалуйста, используйте эту форму, чтобы сообщить об изменениях в ваших семейных обстоятельствах в Департамент по делам семьи и детей (Department of Family and Children Services). Если вам нужна помощь в прочтении или заполнении этого документа или помощь в общении с нами, обратитесь к нам или позвоните по телефону 1-877-423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, бесплатны. Если вы являетесь глухим, слабослышащим, слепоглухим или имеете трудности с речью, вы можете позвонить нам по указанному выше номеру, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия (Georgia Relay)).

НЕ ВОЗВРАЩАЙТЕ ЭТУ ФОРМУ, ЕСЛИ ВЫ НЕ СООБЩАЕТЕ ОБ ИЗМЕНЕНИИ ОБСТОЯТЕЛЬСТВ.

Имя: _____ ID клиента _____

Адрес: _____ Дело № _____

_____ Телефон социального работника _____

Домохозяйства с упрощенной отчетностью должны сообщать:

- Если их совокупный ежемесячный валовой доход превышает 130% от уровня дохода, установленного для размера их домохозяйства.
- Если количество рабочих часов трудоспособного взрослого без иждивенцев (Able-Bodied Adult without Dependents, ABAWD) составляет менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. **Об этих изменениях необходимо сообщать не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение.**
- Домохозяйства должны сообщать о получении членом домохозяйства **выигрыша в лотерею или азартные игры** на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Это денежный приз, выигранный за одну игру. О выигрыше необходимо сообщить не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором член домохозяйства получил выигрыш.

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)**

Форма отчета об изменениях

Несмотря на то, что для вашей семьи действуют только упрощенные требования к отчетности, вы можете сообщить о любых из следующих изменений:

Отметьте изменения , о которых вы сообщаете, и заполните ответы на вопросы в этой форме.

- Изменение состава проживающих в домохозяйстве из-за вселения или выбытия кого-либо
- Семья переехала на новый адрес
- Член(ы) семьи начал(и) работать
- Член(ы) семьи прекратил(и) работать
- У члена(ов) домохозяйства изменилась почасовая ставка или часы работы
- Член(ы) домохозяйства начал(и) получать или прекратил(и) получать Дополнительный социальный доход (Supplemental Security Income, SSI), социальное обеспечение, пособие Администрации ветеранов (Veterans Affairs, VA), пенсию, пенсию по возрасту, пособие по инвалидности, деньги от друзей или родственников, детские алименты, пособие по безработице и т.д.
- У кого-то изменились домашние расходы и платежи
- Вы или кто-то из членов вашей семьи располагаете средствами в размере 3000 долларов США или выше. В случае пожилого человека или инвалида, размер средств от 4500 долларов США и выше.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)
Форма отчета об изменениях

СОСТАВ ДОМОХОЗЯЙСТВА

- Кто въехал? _____ Кто выехал? _____
- Когда человек въехал или выехал? _____

АДРЕС

- Моя семья переехала на новый адрес. Новый адрес - _____

- Новая сумма арендной платы или ипотеки \$ _____ Если ипотека, то ежегодный налог на недвижимость составляет \$ _____, а сумма страховки домовладельца составляет \$ _____.
- Помогает ли вам кто-либо платить за аренду, ипотеку или коммунальные услуги?
Да _____ Нет _____ Если «да», то кто?

- Какие коммунальные услуги вы оплачиваете по новому адресу? _____
- Приходится ли вам оплачивать расходы на отопление или кондиционирование?
Да _____ Нет _____ (электричество, газ или и то, и другое)

ДОХОД

- У кого изменился доход или место работы? _____
- Откуда происходит доход или работа? _____

- Как часто вы получаете доход? _____
- Когда появился доход или работа? _____
- Какова новая сумма дохода? _____
- Когда прекратился доход или работа? _____
- Какова сумма последней полученной выплаты? _____

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)
Форма отчета об изменениях**

МЕДИЦИНСКИЕ РАСХОДЫ				
Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или кто-либо с ограниченными возможностями медицинские расходы? Да _____ Нет _____ Если «да», заполните таблицу ниже.				
Член домохозяйства, которому выставлен счет	Тип расходов (врач, больница, рецепты на лекарства, страховой взнос Medicare)	Сумма к уплате	Дата счета	Оплачивается страховкой? (Да/Нет)

ВЫПЛАТА АЛИМЕНТОВ НА РЕБЕНКА
<ul style="list-style-type: none"> Вы или кто-то из членов вашего домохозяйства выплачивает алименты на ребенка, живущего вне дома? Да _____ Нет _____ Кто обязан платить? _____ Какова сумма обязательств? _____ На кого выплачиваются алименты? _____ Кому выплачиваются алименты? _____ Как часто осуществляются выплаты алиментов? _____ Какова фактическая сумма выплат? _____

УХОД ЗА ИЖДИВЕНЦАМИ			
Лицо, нуждающееся в уходе:		Лицо, оплачивающее уход:	
Наименование учреждения:		Сумма, выплачиваемая учреждению:	Как часто оплачивается уход:
Телефон учреждения:	Причина для ухода за иждивенцем:		

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)
Форма отчета об изменениях**

РЕСУРСЫ			
Владеет ли кто-либо в вашем домохозяйстве следующими ресурсами? Да _____ Нет _____			
Если «да», заполните таблицу ниже.			
Тип ресурса	Владелец	Сумма/стоимость	Название банка
Наличные			
Расчетный/ сберегательный счет			
Кредитная организация			
Акции или облигации			
Сейф для хранения ценностей			

Совокупный **ежемесячный валовой доход** моей семьи (заработанный - до вычетов И незаработанный доход) превышает 130% от предельного уровня дохода.

В каком месяце/году доход домохозяйства превысил 130%? _____ / _____
Месяц Год

Какова общая сумма ежемесячного валового дохода? _____

Подпись _____ Дата _____

Среди членов моей семьи был **ABAWD**, количество рабочих часов которого не превышало **20 часов в неделю или 80 часов в месяц**.

Я, _____ безработный(-ая) ABAWD, работавший(-ая) 20-29 часов в неделю или 80 часов в месяц. Мое рабочее время сократилось до _____ часов в неделю.

Подпись _____ Дата _____

В моем домохозяйстве был член семьи, получивший **выигрыш в лотерею или азартные игры**.

В каком месяце/году член домохозяйства получил доход от лотереи/азартных игр? _____ / _____
Месяц Год

Какова общая сумма валового дохода от лотерей/азартных игр? _____

Подпись _____ Дата _____

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей
(Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)
Форма отчета об изменениях**

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или лицом (лицами), законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и соглашаюсь с тем, что DHS-DFCS, Департамент здравоохранения населения штата Джорджия (Department of Community Health, DCH) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программ SNAP/Medicaid и/или TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составит 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу о выигранных суммах не позже чем через 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут(а) уголовному преследованию или лишен(а) права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен(а) к ответственности за предоставление ложной информации или ее сокрытие. Я понимаю, что если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах в процессе подачи заявления или продления участия в программе и (или) не подтверждаю их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

Подпись _____

Дата _____

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ

Если вы не зарегистрировались для голосования по месту жительства, хотели ли бы вы подать заявление о регистрации избирателей сейчас?

_____ Да

_____ Нет

_____ Я не хочу отвечать на вопрос о регистрации избирателей

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на объем помощи, которую вам окажет данное учреждение.

Если вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателей, мы можем вам помочь. Решение о просьбе и принятии помощи принимаете вы. Вы можете заполнить форму заявления без присутствия посторонних.

Если вы считаете, что кто-то нарушил ваше право на регистрацию или отказ от регистрации избирателя, ваше право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации избирателя, или ваше право выбора политической партии или других политических предпочтений, вы можете подать жалобу Секретарю штата (Secretary of State) по адресу: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 или позвонив по телефону 404-656-2871.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБРАЛИ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГОЛОСОВАНИИ НА ЭТОТ РАЗ.

Копия заявления о регистрации избирателей штата Джорджия прилагается к формам DFCS для подачи заявления, продления и смены адреса. Вы также можете запросить заявление о регистрации избирателя у своего социального работника. Если вы заполнили заявление о регистрации избирателя, подайте его в офис Секретаря штата Джорджия, следуя инструкциям, приведенным в заявлении о регистрации избирателя.

Уведомление о правах ADA (Закон об американцах с ограниченными возможностями)/раздел 504

Поддержка лиц с ограниченными возможностями

Департамент социальных служб штата Джорджия и Департамент здравоохранения населения штата Джорджия («Департаменты») в соответствии с федеральным законом* обязаны предоставить лицам с ограниченными возможностями равные возможности для участия в программах, услугах или деятельности Департаментов, а также получения права на них. Сюда входят такие программы, как SNAP (Программа дополнительной помощи в питании), TANF (Временная помощь нуждающимся семьям) и программамедицинской помощи.

Департаменты предоставляют разумные модификации там, где модификации необходимы, чтобы избежать дискриминации по признаку ограниченных возможностей. Например, мы можем изменить политику, практику или процедуры для обеспечения равного доступа. Для обеспечения одинаково эффективного общения мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или их сопровождающим с ограниченными возможностями помощь в общении, например, путем предоставления сурдопереводчиков. Наша помощь предоставляется бесплатно. От Департаментов не требуется осуществлять какие-либо модификации, которые привели бы к фундаментальному изменению характера услуги, программы или деятельности, а также к чрезмерному финансовому и административному бремени.

Как запросить разумную модификацию или помощь в коммуникации

Пожалуйста, свяжитесь с вашим социальным работником, если у вас имеется инвалидность и вам нужна разумная модификация, помощь в общении или дополнительная помощь. Например, позвоните, если вам нужна помощь или услуга для эффективного общения, такая как сурдопереводчик. Вы можете связаться со своим социальным работником или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в группу DCH Кейти Бекетт (КВ) по телефону 678-248-7449 для того, чтобы сделать запрос. Вы также можете подать запрос, используя форму запроса на разумную модификацию DFCS ADA, которую можно получить в местном офисе DFCS или онлайн на сайте <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Вы также можете получить форму запроса на разумную модификацию DCH ADA в команде КВ или онлайн на сайте <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, при этом использовать форму необязательно.

Как подать жалобу

Вы имеете право подать жалобу в случае, если Департаменты дискриминировали вас по причине ваших ограниченных возможностей. Например, вы можете подать жалобу по поводу дискриминации, если вы попросили о разумной модификации или попросили обеспечить сурдопереводчика, в чем вам отказали или не приняли меры в разумные сроки. Вы можете подать жалобу в устной или письменной форме, обратившись к своему социальному работнику, в ваш местный офис DFCS или к координатору DFCS по гражданским правам, ADA/Раздел 504 по адресу: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 20334, (877) 423-4746. Для DCH свяжитесь с координатором группы КВ по ADA/Разделу 504 по адресу: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 или П.О. Box 172, Norcross, GA. 30091, 678-248-7449. Электронная почта DCH: <mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov>.

Вы можете попросить у своего социального работника копию формы DFCS жалобы на гражданские права. Форма жалобы также доступна на сайте <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Если вам нужна помощь в составлении жалобы по поводу дискриминации, вы можете обратиться к сотрудникам DFCS, перечисленным выше. Глухие или слабослышащие люди, а также люди с нарушениями речи могут позвонить по номеру 711, чтобы оператор связался с нами. Электронная почта для жалоб по гражданским правам DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. Ссылка на процесс и форму жалобы по гражданским правам DCH находится по адресу: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Вы также можете подать жалобу по поводу дискриминации в соответствующее федеральное агентство. Контактная информация для Министерства сельского хозяйства США (United States Department of Agriculture, USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения (Health and Human Services, HHS) содержится в документе «Положение о недискриминации», который находится внутри.

**Раздел 504 Закона о реабилитации 1973 года, Закон об американцах с ограниченными возможностями 1990 года и Закон о поправках к Закону об американцах с ограниченными возможностями 2008 года обеспечивают людям с ограниченными возможностями свободу от незаконной дискриминации.*

Департамент социального обеспечения штата Джорджия Отдел обслуживания семьи и детей (Georgia Department of Human Services DHS, Division of Family and Children Services DFCS)

Форма отчета об изменениях

Не направляйте заявления в USDA

Положение о недискриминации

В соответствии с федеральным законом о гражданских правах и положениями и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA), USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозного вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также запрещаются репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA. В рамках программ, получающих федеральную финансовую помощь от Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS) США, таких как программ временной помощи нуждающимся семьям (Temporary Assistance for Needy Families, TANF) и программ, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещается дискриминация в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами HHS.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (штата или местное), где они подавали заявление на получение пособий. Лица, являющиеся глухими, слабослышащими или страдающие нарушениями речи могут связаться с USDA через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна также на других языках, а не только на английском.

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как программа дополнительной помощи в питании (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программа распределения продовольствия в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) и другие. Для подачи жалобы о дискриминации по программе заполните форму жалобы о дискриминации по программе (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, а также в любом офисе USDA или напишите письмо на имя USDA и предоставьте в письме всю информацию, указанную в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете отправить заполненную форму или письмо в USDA:

1. **по почте:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314;
2. **по факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **по телефону:** (833) 620-1071;
4. **или по электронной почте:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

За любой другой информацией по вопросам SNAP следует обращаться на горячую линию USDA SNAP по номеру (800) 221-5689, которая также работает на испанском языке, или звонить по номерам [информационных/горячих линий штатов](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам); их можно найти в Интернете по адресу: [Горячая линия SNAP](#).

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS

HHS предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start, Программу помощи по энергоснабжению домов с низким доходом (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальной ориентации и гендерной идентичности) или религии в рамках программ или мероприятий, которыми непосредственно управляет HHS или которым HHS предоставляет федеральную финансовую помощь, вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (Office for Civil Rights, OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: 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; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD (текстофон) 1-800-537-7697. Глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям предлагается набрать номер 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам телекоммуникационной ретрансляции. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

Вы также можете подать жалобу на дискриминацию, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам и ADA/Раздел 504 в DFCS по адресу: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, (877) 423-4746. Для подачи жалоб о дискриминации на основании ограниченного владения английским языком обращайтесь в программу DHS по вопросам ограниченного владения английским языком и сенсорных нарушений по адресу: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 или позвоните по телефону (877) 423-4746.

Не направляйте заявления в USDA