

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**LISTA DE VERIFICACIÓN**

\_\_\_\_\_ Departamento de Servicios para Familias y Niños del condado

Número del caso
Gerente de caso / casos asignados
Número de Teléfono
Fecha

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Los puntos señalados a continuación deberán ser recibidos en \_\_\_\_\_ (Fecha límite). Si usted no puede obtener la información solicitada o requiere de más tiempo, contacte al administrador de su caso por teléfono o por correo antes del \_\_\_\_\_ (Fecha límite). El administrador de su caso puede concederle más tiempo y ayudarlo a obtener la información que necesita. Traiga o por envíe correo los puntos señalados debajo o no podremos determinar la elegibilidad de una persona o de la unidad completa de asistencia.

TANF	Medicaid	FS		TANF	Medicaid	FS	
			Talones de cheques o una declaración de su empleador:				Declaración por escrito con nombre, dirección y firma de cualquier persona (s) que le otorgue a usted cualquier manutención, pensión alimenticia, o cualquier otro tipo de contribución
			Prueba de ciudadanía, como certificado de nacimiento / prueba de edad para:				Dirección, número de seguro social, número de teléfono, y otra información sobre el padre(s) ausente(s).
			Número o tarjeta de Seguridad Social/ o de la solicitud para adquirirla:			NA	Prueba de que usted ha aplicado para:
			Extracto bancario: con no más de 30 días de expedición, con el nombre y número de cuenta, saldo, e información del banco.				Declaración del doctor o el departamento de salud para comprobar el embarazo y la fecha de alumbramiento.
	NA	NA	Formulario 3231 de inmunización para:				Carta en que se otorga la Seguridad Social, SSI, beneficios de veterano, beneficios por desempleo, compensación de trabajador para:
NA		NA	Otros: Responsabilidad civil Declaración de ciudadanía				Otros:

Traiga o envíe por correo pruebas de los puntos señalados debajo o no utilizaremos el gasto como una deducción en cupones de alimentos, y puede que no podamos determinar su elegibilidad para TANF, Food Stamps, o Medicaid.

TANF	Medicaid	FS		TANF	Medicaid	FS	
	NA		Prueba de pago de alquiler/hipoteca		NA		Comprobante de pago del gas, la electricidad, el teléfono y otras cuentas de servicios públicos.
	NA		La prueba de seguro o de impuestos del propietario de la casa.				Declaración escrita de los gastos por el cuidado de los niños:
			Facturas médicas sobre las que usted todavía debe - médico, recetas, primas de seguro de salud, hospitalización.		NA		Prueba de la obligación legal y de la cantidad pagada por manutención de niños a alguien por fuera de su casa.
			Prueba del monto pagado por su asegurador sobre sus cuentas médicas.				Otros: Formulario HIPAA

Si quiere una audiencia, complete el formulario y devuelva la parte superior a la oficina del Departamento de Servicios para la Familia y la Infancia de su condado.	<b>Fecha de hoy</b>
<b>Firma de la persona que solicita la audiencia</b>	<b>Número de teléfono donde pueden localizarlo</b>

Use este espacio para decirnos por qué quiere una audiencia

---



---



---



---

MARQUE (✓) UNA

- NO QUIERO continuar recibiendo la asistencia que recibo ahora a la espera de la decisión de la audiencia.
- QUIERO continuar recibiendo la asistencia que recibo ahora a la espera de la decisión de la audiencia. *Entiendo que **SE ME PEDIRÁ QUE VUELVA A PAGAR** al Departamento de Servicios Humanos cualquier excedente en beneficios en efectivo de TANF o de cupones para alimentos a los que yo no tenía derecho como lo determine el funcionario de la audiencia.*

-----

Si su elegibilidad cambia, se le informará por escrito. Si, por cualquier motivo, usted considera que no se le ha dado una consideración adecuada a su situación, usted tiene el derecho de solicitar una audiencia con la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas.

Los procedimientos para solicitar una audiencia se detallan a continuación.

Si usted solicita una audiencia dentro de **14 días** a partir de la fecha en la parte superior frontal de este formulario, su asistencia TANF, FS, o de Medicaid puede continuar, o su caso regresar a la misma condición en que se encontraba con anterioridad a esta acción, a menos que el funcionario la audiencia decida que la única razón es una ley o política estatal o federal.

#### PROCEDIMIENTOS DE LA AUDIENCIA

Usted puede solicitar una audiencia ya sea oralmente o por escrito notificando al Departamento de Servicios para la Familia y la Infancia de su condado. Usted tiene **30 días** desde la fecha en este formulario para solicitar una audiencia para el programa de Medicaid o TANF. Si usted solicita una audiencia para TANF o Medicaid oralmente, usted tiene **15 días** a partir de la fecha de su solicitud oral, para presentar su solicitud por escrito. Si usted solicita una audiencia para FS, tiene **90 días** a partir de la fecha de notificación para solicitar una audiencia. La audiencia se celebra para TANF, FS, o Medicaid por parte de un juez de derecho administrativo de la Oficina Estatal de Audiencias Administrativas. Cualquier miembro del personal está en capacidad de proporcionarle los formularios necesarios y ayudarlo con la solicitud para una audiencia. El personal le ayudará también en su preparación para la audiencia. Usted puede ser representado en una audiencia por un representante autorizado, tal como un abogado, un pariente, un amigo, o cualquier otro vocero, o puede representarse usted mismo. En su comunidad pueden estar disponibles para usted servicios legales gratuitos. Si usted está interesado en los servicios jurídicos, llame al número para servicios jurídicos gratis que figura en la parte posterior de este formulario.