

**Departamento de  
Servicios Humanos de Georgia**

**Formulario de renovación de CUPONES  
DE ALIMENTOS (SNAP)/MEDICAID/TANF**

**Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si usted es sordo, tiene problemas de audición, es sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior y marcar el 711 (retransmisión de Georgia).**

**Solo para uso de la oficina:**

Fecha en que se recibió: \_\_\_\_\_

ID del/de la cliente/a: \_\_\_\_\_

Fecha de inicio \_\_\_\_\_

Programas iniciados:

TANF

Cupones de Alimentos (SNAP):

Medicaid

Si está volviendo a realizar una solicitud para los Cupones de Alimentos (SNAP), o renovando sus beneficios de TANF o Medicaid, puede presentar este formulario de solicitud/renovación

solamente con su nombre, dirección y firma. **Sin**

**embargo, si completa el formulario en su**

**totalidad y proporciona verificación de la**

**información si se le solicita nos ayudará a**

**procesar su solicitud,**

**recertificación/renovación más rápido.**

Puede utilizar este formulario para presentar una

solicitud/renovación conjunta para el programa

de Cupones de Alimentos (SNAP)/Medicaid o

TANF, o solo para el programa de Cupones de

Alimentos (SNAP). Su renovación de Cupones de

Alimentos (SNAP) no se cancelará únicamente sobre la base de que su renovación/solicitud para otro programa haya sido denegada/cancelada. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su renovación de Cupones de Alimentos (SNAP).

***ESCRIBA el nombre y la dirección de la persona que está volviendo a solicitar beneficios en el espacio a continuación:***

Nombre del cliente \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social (Opcional para no solicitantes\*) \_\_\_\_\_

¿Es usted una persona sin hogar?

Sí  No \*Consulte la sección de ciudadanía, estado de inmigración y números de seguro social a continuación.

Dirección: \_\_\_\_\_

Dirección postal: \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal: \_\_\_\_\_

Otro número de contacto: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica:

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional)

\_\_\_\_\_

¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_

Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete?  Sí  No

**Ley de Estadounidenses con  
Discapacidades: Solicitud de modificación  
razonable y ayuda a la comunicación (si  
corresponde):**

**¿Tiene una discapacidad que requerirá una  
modificación razonable** o asistencia para la  
comunicación?  Sí  No

**(En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia de comunicación que solicita):**

Intérprete de lengua de signos\_\_\_\_\_;

TTY\_\_\_\_\_;

Letra grande\_\_\_\_\_;

Comunicación electrónica (correo electrónico)\_\_\_\_\_;

Braille\_\_\_\_\_;

Servicio de retransmisión\_\_\_\_\_;

Intérprete de habla asistida\_\_\_\_\_;

Intérprete oral\_\_\_\_\_;

Intérprete táctil\_\_\_\_\_;

Llamada telefónica para recordar los plazos del programa\_\_\_\_\_;

Firma telefónica (si corresponde)\_\_\_\_\_;

Entrevista presencial (visita a domicilio)\_\_\_\_\_;

Otros:\_\_\_\_\_

**¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_\_\_ o permanentemente \_\_\_\_\_?**

**Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. \_\_\_\_\_**

---

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que doy en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o

presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de forma intencional.

Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo

que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.



---

Firma

---

Fecha

---

---

Firma del testigo (si se firmó con X)

---

Fecha

### **Elegibilidad Rápida:**

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de

Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica. Si su hijo es elegible para recibir el SNAP o la TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia, los ingresos del SNAP o la TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado de inmigración con las reglas de Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al niño o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

¿Acepta que la DFCS utilice su información de SNAP o TANF para realizar una determinación de ELE para inscribir a su hijo o renovar su inscripción en Medicaid o PeachCare for Kids®?

Sí  No

## **Representante autorizado:**

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud/renovación, realice la entrevista para Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF, o utilice su tarjeta EBT de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque cada tipo de programa para el que quiera designar a un representante autorizado. Marque las tareas que desea que la persona u organización realice. Si está realizando una solicitud para Medicaid, puede elegir a más de una persona para solicitar asistencia médica en su nombre.

Tipos de programas del representante autorizado 1:

Cupones de Alimentos (SNAP)

TANF

Asistencia médica

Tareas del representante autorizado 1:

- Firmar la solicitud en nombre del solicitante
- Completar y enviar el formulario de renovación
- Recibir copias de las notificaciones y otras comunicaciones
- Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos
- Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (EPPIC)

Nombre de la persona 1:

---

Nombre de la organización 1 (si corresponde):

---

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica:

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

Dirección de correo electrónico

(opcional) \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Se necesita un intérprete?  Sí  No

Por teléfono: \_\_\_\_\_

Apt: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Tipos de programas del representante autorizado 2:

Cupones de Alimentos (SNAP)

TANF

Asistencia médica

Tareas del representante autorizado 2:

Firmar la solicitud en nombre del solicitante

- Completar y enviar el formulario de renovación
- Recibir copias de las notificaciones y otras comunicaciones
- Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos
- Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (EPPIC)

Nombre de la persona 2:

---

Nombre de la organización 2 (si corresponde):

---

Dirección: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica:

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

Dirección de correo electrónico  
(opcional)\_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Se necesita un intérprete?  Sí  No

Por teléfono: \_\_\_\_\_

Apt: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

**Ley de Estadounidenses con  
Discapacidades: Solicitud de modificaciones  
razonables y asistencia para la  
comunicación para los representantes  
autorizados (si corresponde):**

**¿El representante autorizado tiene  
una discapacidad que requerirá una  
modificación razonable o asistencia  
para la comunicación?  Sí  No**



**(En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia de comunicación que solicita):**

Intérprete de lengua de signos\_\_\_\_\_;

TTY\_\_\_\_\_;

Letra grande\_\_\_\_\_;

Comunicación electrónica (correo electrónico)\_\_\_\_\_;

Braille \_\_\_\_\_;

Servicio de retransmisión\_\_\_\_\_;

Intérprete de habla asistida\_\_\_\_\_;

Intérprete oral\_\_\_\_\_;

Intérprete táctil\_\_\_\_\_;

Llamada telefónica para recordar los plazos del programa\_\_\_\_\_;

Firma telefónica (si corresponde)\_\_\_\_\_;

Entrevista presencial (visita a domicilio) \_\_\_\_\_;

Otro\_\_\_\_\_

**¿Necesita el representante autorizado esta Modificación Razonable o Asistencia para la Comunicación una sola vez \_\_\_\_\_ o permanentemente\_\_\_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.\_\_\_\_\_**

---

**Solo para Medicaid:**

**¿Planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?**

(Aún puede realizar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales.)

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, responda las preguntas a, b, y c. Si la respuesta es no, responda la pregunta c.

a. ¿Va a presentar una declaración conjunta con su cónyuge?

Sí  No

En caso **afirmativo**, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, indique el(los) nombre(s) de el(los) dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona?  Sí  No

En caso **afirmativo**, indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios: \_\_\_\_\_

¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y el contribuyente?

## **SERVICIOS DE DIVULGACIÓN**

### **COMUNITARIA:**

Para obtener más información sobre otros servicios del DHS, visite nuestro sitio web en <http://dfcs.georgia.gov> o llame al

(877) 423-4746.

**Responda todas las preguntas y proporcione prueba de todos los ingresos y gastos según lo solicitado.**

## **CIUDADANÍA, ESTADO DE INMIGRACIÓN Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:**

**Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales: La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 7-2036, 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.**

**§ 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 y 42 C.F.R. § 435.920, autorizan al DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar su(s) número(s) de la Seguridad Social.**

Es posible que a toda persona que viva en su unidad familiar y no esté solicitando beneficios se la trate como un **no solicitante**.

Los no solicitantes no tienen que proporcionarnos información acerca de su número de seguridad social, ciudadanía o estado de inmigración, y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir beneficios, si son elegibles. Si desea que decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir los beneficios, aún deberá informarnos sobre la ciudadanía o el estado de inmigración y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos sobre **sus** ingresos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No se reportará a las personas al sistema de

Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporcionan la información sobre la ciudadanía o el estado de inmigración. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede dar a los oficiales de cuerpos policiales para que la utilicen para atrapar a las personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo de Cupones de Alimentos (SNAP), es posible que la información en esta solicitud, incluidos los SSN, se proporcione a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de

reclamos para que la utilicen al cobrar el reclamo. No denegaremos beneficios a otros miembros del hogar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía, o estado de inmigración. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado de inmigración.

Primer nombre \_\_\_\_\_

M I \_\_\_\_\_

Origen étnico ¿Hispano o latino? (Opcional):

Sí  No

Raza (opcional) \_\_\_\_\_

Sexo  Masculino  Femenino

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Formato (mm/dd/aa)

¿Vínculo con usted? \_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social (opcional para los no solicitantes)\_\_\_\_\_

¿Es usted ciudadano de EE. nacional estadounidense, inmigrante calificado o cuenta con un estado de inmigración adecuado?

(Sólo solicitantes)  Sí  No

¿La madre de este niño vive en la casa?

Sí  No

¿El padre de este niño vive en la casa?

Sí  No

¿Quiere Medicaid?  Sí  No

**Códigos de raza** (Marque todos los que correspondan):

**AI** – Indio americano o nativo de Alaska

**AS** – Asiático

**BL** - Negro o afroamericano

**HP** - Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico



## **WH** – Blanco

Al proporcionar la información sobre la raza/origen étnico, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligado a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios. Sin embargo, si no proporciona esta información, se realizará una identificación visual de la raza y el origen étnico durante la primera entrevista presencial.

**Si usted u otros solicitantes de la unidad familiar son personas ciudadanas naturalizadas o extranjeras/inmigrantes calificadas, complete el siguiente cuadro:**

(Adjunte tantas hojas como sea necesario)

NOMBRE

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_

Número de identificación de  
extranjero/certificado/documento \_\_\_\_\_

¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?

Sí  No

Fecha de naturalización/Fecha de entrada  
o admisión en EE.UU. (si corresponde)

Formato (mm/dd/aa) \_\_\_\_\_

¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano  
o un miembro en servicio activo de las fuerzas  
armadas de EE. UU.?

Sí  No

**Solo para Medicaid:**

**¿Alguien en su unidad familiar estuvo en un hogar de acogida a los 18 años?  Sí  No**

**Si tiene dependientes tributarios que no viven en el hogar con usted, indíquelos a continuación.**

Nombre: \_\_\_\_\_

Número de la Seguridad Social \_\_\_\_\_

Sexo: M F (marque con un círculo)

Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_

Nacionalidad: \_\_\_\_\_

¿Vínculo con usted? \_\_\_\_\_

(Adjunte tantas hojas como sea necesario)

**Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar**

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para decidir quién es elegible para recibir los beneficios. Solo responda preguntas acerca de los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguien ha recibido alguna prestación en otro condado o estado? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en más de un área

después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a su trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 por semana en un plazo de 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, especifique quién

\_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_

4. ¿Hay alguien embarazada? (Esta pregunta no corresponde a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha de parto estimada? \_\_\_\_\_; ¿y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es **no**, ¿alguien en la unidad familiar dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No

¿Cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? \_\_\_\_\_; ¿y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_

Nombre de la embarazada:

\_\_\_\_\_

Nombre del padre del bebé por nacer:

\_\_\_\_\_

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguien tiene facturas médicas sin pagar en los últimos 3 meses?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

6. ¿Se inhabilitó a alguien del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o del Programa TANF? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

8. ¿Alguien está incumpliendo las condiciones de la libertad condicional o libertad bajo palabra?

(Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien tiene una condena por comportamiento relacionado con la posesión, el consumo o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un crimen de droga) después del 8/22/1996 (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) o un delito violento (Solo para TANF)?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un



delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

c. ¿Ha completado con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

10. ¿Usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por drogas después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

11. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Cupones para Alimentos (SNAP) por más de \$500 después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

12. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por canjear beneficios de cupones para alimentos (SNAP) por armas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)):  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

13. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha tenido una condena por delito grave como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o un delito según la ley estatal que el Fiscal General determine que es sustancialmente similar a tal ofensa después del 2/7/2014? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)):  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia

recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

c. ¿Ha completado con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

14. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar?  
 Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

Monto recibido: \_\_\_\_\_

15. ¿Alguien ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubs nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes? (Sólo para TANF)

Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

16. ¿Alguien que está solicitando beneficios recibe actualmente pensión alimenticia?

Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Monto mensual recibido: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimenticia: \_\_\_\_\_

**Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)  
y TANF**

**ESTUDIANTES DE ENSEÑANZA SUPERIOR:**

**¿Alguien en su unidad familiar está matriculado al menos a tiempo parcial en una facultad, universidad, escuela vocacional o técnica?  Sí  No**

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_

Grado/estado: \_\_\_\_\_

Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

¿El estudiante está empleado?  Sí  No

¿Está inscrito en estudios y trabajo?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, horas trabajadas

por semana \_\_\_\_\_

(También complete la sección de empleo a continuación.)

**Solo para Cupones de Alimentos (SNAP):**

**¿Alguna persona de 60 años o más o discapacitada tiene gastos médicos?**

**Sí**  **No**

¿Cambiaron sus gastos médicos, como las primas de Medicare, el costo de los medicamentos recetados o las facturas del hospital?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, indique los gastos en el cuadro a continuación. Adjunte las facturas y los medicamentos con receta para el(los) mes(es) más reciente(s).**

Miembro de la unidad familiar al que se le factura \_\_\_\_\_

Tipo de gasto (médico, hospital, receta)  
\_\_\_\_\_

Monto adeudado \_\_\_\_\_

Fecha de factura \_\_\_\_\_

¿Pagará el seguro?  Sí  No

¿Alguna persona de 60 años o más o discapacitada tiene gastos médicos de traslado?

Sí  No

**Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación.**

Si usted recibe Medicaid, proporcione pruebas:



Motivo del traslado (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia) \_\_\_\_\_

Total de millas recorridas: \_\_\_\_\_

Costo de taxi, colectivo, estacionamiento o alojamiento \_\_\_\_\_

Alguien más paga alguno de estos gastos médicos por usted?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación:**

¿Qué gastos le pagan? \_\_\_\_\_

¿Quién paga los gastos? \_\_\_\_\_

¿A quién paga esta persona las facturas?

\_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

**Solo para Medicaid:**

**OTRA COBERTURA SANITARIA**

**¿Alguien está inscrito en uno de los siguientes seguros de salud en la actualidad?**

- Departamento de Servicios Humanos de Georgia Medicaid
- PeachCare for Kids®
- Medicare
- Programas de asistencia sanitaria del VA
- Programas de asistencia médica de VA
- TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o en cumplimiento de servicio)
- Seguro del empleador:  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_
- Otro:  
Nombre del seguro \_\_\_\_\_  
Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Tiene **algún seguro médico** que no sea Medicaid?    Sí    No

**Si la respuesta es sí, envíenos una copia de su tarjeta del seguro.**

**RECURSOS:**

**(No es necesario para MAGI Medicaid):**

**¿Tiene alguna persona de su hogar alguno de los siguientes recursos?**

**Sí**  **No** **(Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación). Si está recibiendo Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (que no sean planes de ahorro de Medicare, como QMB, SLMB o QI-1 únicamente), proporcione pruebas.**

Tipo de recurso:

- Efectivo
- Cta. corriente/ Caja ahorro
- Cooperativa de crédito
- Anualidades
- Acciones u obligaciones
- Caja fuerte
- Cuenta de jubilación (para no afiliados a MAGI)
- Sólo Medicaid/TANF)
- Vehículos (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- CD/Anuidades (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Planes funerarios de prepago (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Parcelas en cementerios (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Fondos fiduciarios (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Inmuebles no situados en el domicilio (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)

- Inmuebles no situados en el domicilio (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Seguro de vida (Solo para Medicaid/TANF que no sean del MAGI)
- Otro

Titular \_\_\_\_\_

Número de cuenta/póliza (no complete si el número de cuenta/póliza es el mismo que su SSN) \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

Nombre del banco, de la aseguradora, etc. \_\_\_\_\_

**Solo para Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas:**

**¿Usted, su cónyuge o alguien por quien está realizando la solicitud vendió, intercambió o regaló un recurso en los últimos 60 meses?**

- Sí  No

En caso **afirmativo**, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**Para cupones de alimentos (SNAP),  
TANF y Medicaid:**

**EMPLEO: ¿Alguien en su unidad  
familiar trabaja?  Sí  No**

**Si la respuesta es sí, enumere la  
información del pago por empleo de la  
persona empleada, como salarios, bonos y  
propinas, y adjunte prueba de TODOS los  
ingresos brutos recibidos en las últimas 4  
semanas.**

PERSONA QUE TRABAJA \_\_\_\_\_

EMPLEADOR \_\_\_\_\_

PAGO POR HORA \_\_\_\_\_

HORAS POR SEMANA \_\_\_\_\_

FRECUENCIA CON LA QUE SE PAGA\_\_\_\_\_

FECHA(S) EN LA(S) QUE RECIBIÓ

PAGO(S)\_\_\_\_\_

PAGO DE BONOS\_\_\_\_\_

TIPS\_\_\_\_\_

¿Hay alguien actualmente en huelga?  Sí  No

**Solo para Medicaid:**

**GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:**

Seguro dental \$\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?\_\_\_\_\_

Seguro dental \$\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?\_\_\_\_\_

Seguro dental \$\_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia?\_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Más? Adjúntelo en una hoja separada.

**Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos.**



## **DEDUCCIONES DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:**

Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia de pago.

**NOTA:** No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al trabajo por cuenta propia.

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Intereses de préstamos estudiantiles  
\$ \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otro tipo de deducción \$ \_\_\_\_\_  
¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Para cupones de alimentos (SNAP), TANF y Medicaid:**

**Alguien ha dejado de trabajar?  Sí  No**

**En caso afirmativo, cumplimente lo siguiente y brinde una prueba:**

¿Cuál es el trabajo que cesó? \_\_\_\_\_

Nombre del miembro de la unidad familiar que dejó de trabajar: \_\_\_\_\_

Lugar de trabajo: \_\_\_\_\_

Fecha en la que cesó el pago: \_\_\_\_\_

Fecha del cheque final: \_\_\_\_\_

Importe del pago final (bruto): \_\_\_\_\_

**¿Alguien ha comenzado a trabajar?**

Sí  No

**Si la respuesta es sí, complete lo siguiente y proporcione pruebas:**

Nombre de la persona que empezó a trabajar: \_\_\_\_\_

Fecha en que comenzó: \_\_\_\_\_

Teléfono \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/negocio:

\_\_\_\_\_

Tasa de compensación \_\_\_\_\_

Fecha en que se recibió/se recibirá el primer cheque: \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia recibe el pago (marque una):

- Semanal
- Cada dos semanas
- Dos veces al mes
- Mensualmente
- Otro

Empleo autónomo

**Hay alguien que trabaje por cuenta propia:**

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

**Proporcione prueba de los ingresos del trabajo por cuenta propia a través de expedientes tributarios, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes o de un negocio establecido.**

¿Este negocio está incorporado?  Sí  No

¿Esta persona tiene algún gasto del trabajo por cuenta propia?  Yes  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona? \_\_\_\_\_

**Solo para Medicaid y TANF: proporcione pruebas de los gastos del trabajo por cuenta propia.**

## **INGRESOS NO DEVENGADOS:**

**¿Algún miembro de su hogar recibe dinero  
procedente de cotizaciones, Seguridad  
Social, SSI, VA, manutención de menores,  
desempleo, jubilación o cualquier otro  
ingreso? Sí No**

Si la respuesta es **sí**, complete la información a  
continuación y proporcione pruebas de todos los  
ingresos recibidos en las últimas 4 semanas o la  
carta de adjudicación más reciente.

Nombre \_\_\_\_\_

Fuente \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**Para Medicaid del MAGI:** No se contabilizarán los ingresos procedentes de la manutención de los hijos, el pago a los veteranos, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o las prestaciones de compensación a los trabajadores.

**COSTOS DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES:**

**¿Usted paga por la atención de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?**

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete las preguntas a continuación.

Persona que requiere la atención \_\_\_\_\_

Persona que paga la atención \_\_\_\_\_

Nombre del proveedor: \_\_\_\_\_

Cuánto se le paga al proveedor: \_\_\_\_\_

Frecuencia con la que se paga \_\_\_\_\_

Número de teléfono del proveedor: \_\_\_\_\_

Motivo para la atención \_\_\_\_\_

**¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?**    Sí    No

¿Están incluidos estos gastos en los gastos de cuidado de dependientes?    Sí    No

Si la respuesta es **no**, responda esta pregunta:

**Total de millas recorridas por semana:** \_\_\_\_\_

## **COSTOS DE VIVIENDA:**

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar comenzó a pagar los costos de vivienda o cambiaron sus costos de vivienda?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.**

Gastos:

- Alquiler/hipoteca
- Impuestos sobre bienes inmuebles
- Seguro de bienes
- Electricidad
- Gas
- Aceite combustible/madera/queroseno
- Pozo/Fosa séptica/Agua/Alcantarillado
- Residuos
- Teléfono
- Otro

Monto \_\_\_\_\_



¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quién lo paga? \_\_\_\_\_

¿Cuál es la principal fuente de calefacción o refrigeración de la casa? (electricidad, gas, aire acondicionado)

¿Alguien más paga alguna de las facturas de la unidad familiar por usted?  Sí  No

**Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.**

¿Quién paga las facturas? \_\_\_\_\_

¿Qué facturas se pagan? \_\_\_\_\_

¿Qué cantidad se paga? \_\_\_\_\_

¿A quién paga esta persona las facturas? \_\_\_\_\_

¿Ha recibido asistencia energética en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, monto recibido \$ \_\_\_\_\_

¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguien en el hogar?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/Documentación \_\_\_\_\_

A quién se le paga \_\_\_\_\_

Importe pagado \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador \_\_\_\_\_

Dirección del arrendador \_\_\_\_\_

### **PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTICIA:**

¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar?  Yes  No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

¿Quién está obligado a pagar? \_\_\_\_\_

¿Cuánto es el monto adeudado? \_\_\_\_\_

¿Para quién se paga manutención infantil?

---

¿Cuánto es el monto real que se paga?

---

¿A quién se le paga manutención infantil?

---

¿Con qué frecuencia se paga manutención infantil? \_\_\_\_\_

**Solo para cupones de alimentos (SNAP), proporcione pruebas del monto pagado en los últimos 3 meses y la obligación legal de pagar.**

**Esta sección es SOLO PARA BENEFICIARIOS DE TANF. Debe completar lo siguiente:**

**Registros de vacunación:** ¿Hay algún niño menor de 7 años que aún no esté inscrito en la

escuela? (El prejardín de infantes (Pre-K) no se considera "escuela").

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, envíe el Formulario 3231: Formulario de inmunización para el cuidado infantil para cada niño menor de 7 años.

### **Requisitos escolares:**

¿Todos los niños (6-18 años) asisten a la escuela?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, nombre(s) del(de los) niño(s) \_\_\_\_\_

Nombre de la(s) escuela(s) \_\_\_\_\_

Grado(s) \_\_\_\_\_

¿Hay algún niño de 16 años o más que **no esté** en la escuela?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, nombre del niño/de los niños: \_\_\_\_\_

Proporcione una copia de los talones de cheques actuales si este niño está **empleado** o una declaración del proveedor si participa **en cualquier otra actividad relacionada con el trabajo.**

**Violencia doméstica:**

¿Es usted o alguien en su hogar víctima de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual o acoso? Yes  No

Si la respuesta es **sí**, le solicitamos que nos haga saber el nombre de la víctima. \_\_\_\_\_

Después de la evaluación, si su unidad familiar reúne los requisitos, podemos suprimir ciertos requisitos del programa como la participación en actividades laborales, o la remisión a la División de Servicios de Manutención Infantil.

## **Gastos de automóvil:**

¿Es usted el padre/la madre o pariente del niño (o niños) y está incluido en la Unidad de Asistencia (UA) de TANF con el niño (o con los niños)?  Sí  No

En caso **afirmativo**, responda a las siguientes preguntas:

¿Usted o algún otro miembro adulto de la Unidad de Asistencia posee o está comprando un automóvil?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Nombre del propietario) \_\_\_\_\_

Año, marca y modelo del vehículo:

\_\_\_\_\_

Enumere los pagos de cuotas del automóvil, seguro, mantenimiento y otros gastos relacionados: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Tiene otros gastos recurrentes (por ejemplo, facturas de tarjetas de crédito) que está pagando?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, indíquelos: \_\_\_\_\_

## **DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA** **TODOS LOS PROGRAMAS**

### **USTED TIENE DERECHO A:**

- **Solicitar asistencia para completar este formulario y recibir servicios gratuitos de asistencia con el idioma** (intérpretes, materiales traducidos o servicios directos en el idioma) si tiene problemas para leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés.
- **Solicitar ayudas y servicios auxiliares y modificaciones razonables** si usted o alguien en su unidad familiar tiene una discapacidad.

**AVISO DE AUDIENCIA:** En todos los programas tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona. Puede solicitar una audiencia llamando al 1-877-423-4746 o puede



solicitar una audiencia ante un funcionario estatal de audiencias si no está de acuerdo con esta decisión. Un abogado, familiar, amigo o cualquier persona que elija puede representarlo en la audiencia. Si desea tener una audiencia, debe solicitarla por escrito o comunicándose con la agencia en un plazo

o **90 días** a partir de la fecha de este aviso **para Cupones de Alimentos (SNAP)**

o **30 días** a partir de la fecha de este aviso **para Medicaid y TANF**

**USTED ES RESPONSABLE DE LO SIGUIENTE:**

- Dar al administrador de su caso la información correcta y proporcionar prueba de las declaraciones necesarias para recibir los beneficios. Cuando firma este formulario, está dando al administrador de su caso permiso para obtener información de su empleador, banco, vecino u otras personas para que podamos

asegurarnos de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.

- Decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está realizando una solicitud para usted proporciona información incorrecta, puede estar cometiendo un delito y puede ir a la cárcel.
- proporcionar pruebas de que usted o cualquier persona de su unidad familiar que solicita los beneficios es ciudadano estadounidense o inmigrante elegible.
- cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para la Prevención del Fraude o la Oficina de Servicios de Investigación y que está realizando revisiones de casos especiales. Si no coopera y no podemos determinar que aún es elegible para recibir Cupones de Alimentos (SNAP), su caso se podrá denegar o cerrar.
- (para Cupones de Alimentos (SNAP)) cooperar con los revisores de control de calidad cuando llamen o vayan a su hogar para

entrevistarlo sobre la información que le ha dado a su administrador de casos. Si no coopera con ellos, su caso puede ser denegado o cerrado.

- (para cupones de alimentos (SNAP) y TANF) reembolsar beneficios que no debería haber recibido.
- (para Medicaid) cooperar con los revisores de control de calidad de Medicaid cuando llamen o vayan a su hogar para entrevistarlo sobre la información que le ha dado a su administrador de casos
- (para Medicaid) los miembros que se encuentran en una institución de cuidado, un centro de cuidados intermedios, un servicio basado en la comunidad, o que están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención, cooperar con el programa de recuperación patrimonial.

Si recibe **Cupones de Alimentos (SNAP)**, debe informar cuándo su ingreso bruto mensual total supera el límite de ingresos para el tamaño de su unidad familiar. Si es un adulto que trabaja sin hijos, debe informar cuando sus horas de trabajo disminuyan a menos de 20 horas por semana o 80 horas por mes. Debe informar estos cambios a más tardar dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que ocurrió el cambio.

También debe informar cuando su unidad familiar reciba ganancias sustanciales de lotería y juegos de azar. Esto se refiere a un premio de dinero en efectivo ganado en un solo juego. Si usted o un miembro de la unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, un monto bruto de \$4250 o más (antes de que se retengan los impuestos u otros montos), debe informar estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que el hogar recibió las ganancias.

Si recibe **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación dentro de los 10 días posteriores a la ocurrencia del cambio.

Entiendo que cualquier pago único o pago “inesperado” que reciba cualquier persona en mi caso de Medicaid debe presupuestarse, junto con cualquier otro ingreso que podamos tener, para determinar la elegibilidad.

En el programa **Medicaid**, tiene derecho a lo siguiente:

- recibir Medicaid aún si tiene otro seguro médico.
- elegir su médico o proveedor de Medicaid.
- tener su solicitud de Medicaid aprobada o denegada dentro de 10, 45 o 60 días a partir de

la fecha de su solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid.

**Como condición para poder optar a Medicaid:**

- Acepto ceder al estado todos los derechos a la manutención médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y beneficios médicos).
- Acepto cooperar con el estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar por la atención y los servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por atención médica dentro de los diez días. (Si está completando este formulario en nombre de otra persona y no tiene el poder para ejecutar una asignación para esa persona, la persona deberá ejecutar una asignación de los derechos descritos

anteriormente como condición de su elegibilidad para Medicaid).

- Acepto dar al estado el derecho de requerir que un padre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que debo obtener apoyo médico del padre ausente si está disponible y debo cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solamente mis hijos recibirán beneficios a menos que se establezca una razón justificada.

## **ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS**

**(SNAP):** Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona utilice su tarjeta.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT para comprar artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier persona de su unidad familiar que infrinja alguna de estas reglas a propósito puede ser excluida del Programa de cupones para alimentos (SNAP) por un año o de forma permanente, con una multa de hasta \$250,000



dólares, puede ser encarcelada durante 20 años, o ambos. Es posible que esté sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables y también se le puede prohibir el programa de cupones para alimentos (SNAP) durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.

**Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir Cupones de Alimentos durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de usar o recibir beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en una transacción que involucra la venta de una**

**sustancia controlada, usted o ese miembro de su unidad familiar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y permanentemente por la segunda infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su hogar serán inelegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) desde el primer delito de esta infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de la unidad familiar culpable de haber traficado**

**beneficios por un monto total de \$500 o más, usted o ese miembro de la unidad familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos desde el primer delito de esta infracción.**

**Si se descubre que usted o cualquier miembro de la unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (donde vive) para recibir múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.**

Entiendo que si doy información falsa o retengo información, puedo ser procesado por fraude.

## **ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL**

**PROGRAMA TANF:** En el Programa TANF, una acción intencional al proporcionar información falsa o engañosa para establecer o mantener la elegibilidad de una Unidad de Asistencia, aumentar los beneficios, evitar una disminución en los beneficios, retener información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo en lugares prohibidos se considera una infracción intencional del programa.

Es posible que lo remitan a la Oficina del Inspector General para determinar su sanción en función de la gravedad del delito si usted:

- no informa los cambios a tiempo, no dice la verdad o utiliza los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de DÉBITO TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, instalaciones de entretenimiento para

adultos, “clubes de striptease”, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/piercings y salones de spa/masajes que están está estrictamente prohibidos, brinda información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado, y se le condenó por un cargo relacionado con drogas o un delito grave violento, el 1/1/97 o después.

Cualquier miembro de su unidad familiar que rompa estas reglas a propósito puede ser excluido del programa TANF de seis meses a de manera permanente.

**En el caso de MEDICAID**, cometer fraude o abuso va contra la ley. Es posible que lo deriven

a la Unidad de Integridad del programa de Medicaid y PeachCare for Kids®. Se podrá limitar a los infractores a utilizar un solo proveedor, darles de baja del programa o requerirles que reembolsen al Departamento de Salud Comunitaria por los servicios médicos proporcionados.

El fraude es un acto deshonesto cometido a propósito. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

### **Ejemplos de fraude y abuso de los participantes**

- Permitir que otra persona utilice su tarjeta de seguro médico de Medicaid, PeachCare for Kids® o CMO.
- Obtener recetas con la intención de abusar o vender drogas
- Usar documentos falsificados para obtener servicios

- Usar indebidamente o abusar del equipo provisto por Medicaid o PeachCare for Kids®
- Proporcionar información incorrecta o permitir a otros que lo hagan para obtener elegibilidad para Medicaid o PeachCare for Kids®
- No informar cambios que ocurren en ingresos, acuerdos de vida o recursos.

Para denunciar sospechas de fraude a beneficiarios o proveedores de Medicaid, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia- Oficina del Inspector General al teléfono (local) (404) 463-7590 o (gratuito) (800) 533-0686; por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov); por correo postal al Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 30334th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; o visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

- Sí
- No
- No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes

Realizar una solicitud para registrarse o decidir no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.



Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

**SI VA A RENOVAR SUS BENEFICIOS DE  
MEDICAID O CUPONES DE ALIMENTOS  
O TANF, DEBE FIRMAR Y FECHAR  
EL CASILLERO QUE MEJOR SE ADAPTE  
A SU SITUACIÓN.**

**DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES  
DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA  
CERTIFICACIÓN PARA COMENZAR EL  
PROCESO DE RENOVACIÓN.**

**Solo para Medicaid: firme aquí cuando  
el solicitante/miembro/tutor legal esté  
completando el formulario:**

Si solicito o renuevo servicios de Medicaid para mí, declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano de los EE. UU. de EE.UU., un nacional o inmigrante calificado presente en los Estados Unidos. Si soy padre/madreo tutor legal, declaro que el(los) solicitantes(s) es(son) ciudadano(s)

Form 508 (Rev.7/2023) 83

de EE.UU., de EE.UU., un nacional o inmigrante calificado en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

---

(Firma)

---

(Fecha)

**Solo para Medicaid: firme aquí cuando una persona que no sea el solicitante, miembro, padre o tutor legal esté**  
**El tutor legal está completando:**

Certifico, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito o renuevo Medicaid son ciudadanos estadounidenses de EE. UU. nacionales o inmigrantes calificados o que se encuentran legalmente en los Estados Unidos.

Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

---

(Firma)

---

(Fecha)

**Teléfono dónde se le puede localizar**

---

**Si el solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal desea que esta persona sea su representante personal, debe marcar aquí y firmar a continuación**    Sí  No

---

(Solicitante/miembro/padre/madre/tutor legal)

---

(Fecha)

**□ Para cupones de Alimentos (SNAP) o TANF – cuando el solicitante/beneficiario/tutor legal esté completando el formulario:** Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que doy en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no

presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

---

(Firma)

---

(Fecha)



**(Conserve estos documentos para su información)**

**Este cuadro explica algunos de los términos utilizados en este formulario.**

**Solicitante**

Una persona que realiza una solicitud para recibir asistencia o beneficios públicos.

**Unidad de Asistencia (UA)**

Una unidad de asistencia incluye a las personas elegibles que viven juntas, incluidas una persona embarazada y un nonato, y reciben asistencia o beneficios públicos.

**Cuidador**

Un progenitor, mujer embarazada, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.

**ID del/de la cliente/a:**

Un número único asignado a una persona que recibe asistencia/beneficios públicos.

### **Descalificado**

La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.

### **Violencia doméstica**

La violencia doméstica puede consistir en ser golpeado, pateado, azotado, violado, asfixiado, amenazado, controlado o privado de lo que se necesita para vivir (como comida, medicinas o un hogar) por parte de un cónyuge, novio, pareja o "ex".

### **Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)**

El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para los Cupones de Alimentos (SNAP). Las personas que reciben asistencia reciben una tarjeta de

Form 508 (Rev.7/2023)

débito EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas de Cupones de Alimentos (SNAP).

## **Comunicaciones electrónicas**

Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.

Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en [www.gateway.ga.gov](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones.

Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía, consulte con su proveedor.

### **Tarjeta de débito EPPICard MasterCard**

El estado de Georgia ha implementado una opción de pago “electrónico” conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito EPPICard MasterCard. Con esta opción de pago, se deposita el dinero en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en un fin de semana o feriado, los beneficios se ponen a disponibilidad el último día hábil del mes anterior. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos porque se cargan electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.

### **Familiar beneficiario**

Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF en su nombre en nombre de los hijos, incluido un nonato.

### **Ingresos brutos**

Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones.

### **Personas sin hogar**

Individuo que carece de residencia nocturna fija y regular o individuo cuya residencia nocturna principal es:

- un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo);
- un centro de reinserción social o institución similar que proporciona residencia temporal a personas destinadas a ser internadas;

- un alojamiento temporal de no más de 90 días en la residencia de otra persona; o un lugar que no esté diseñado o no se utilice habitualmente como alojamiento habitual para seres humanos (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).

### **Miembros de la unidad familiar**

Personas que viven en su hogar. Para los Cupones de Alimentos (SNAP), son las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.

### **Ingresos**

Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otra forma de dinero recibido.

### **Ley de Alivio Tributario para la Clase Media del 2012**

Esta ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF en estos negocios constituirá una infracción intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.

### **No solicitante**

Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a facilitar su número de la seguridad social, nacionalidad o estatus migratorio.

## **Beneficiario**

Un beneficiario es una persona que acepta la responsabilidad de recibir asistencia en efectivo y gastar los fondos en nombre de la UA. El beneficiario puede o no ser un miembro de la UA.

## **Gastos antes de impuestos**

Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos. Las deducciones antes de impuestos más comunes son el seguro de salud, el seguro dental, el seguro de la vista, etc.

<http://www.irs.gov>

## **Inmigrante/extranjero calificado**

Un extranjero/inmigrante calificado es una persona que reside legalmente en Estados Unidos y se encuentra dentro de una de las siguientes categorías:



- Una persona admitida de manera legal para la residencia permanente (LPR) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés);
- Una persona inmigrante amerasiática conforme a la sección 584 de la Ley de Asignaciones de Programas Relacionados, Financiamiento de Exportaciones y Operaciones Extranjeras de 1988;
- Una persona a la que se le concede asilo conforme a la sección 208 de la INA;
- Una persona refugiada, admitida conforme a la sección 207 de la INA;
- Una persona con libertad bajo palabra como refugiada o asilada conforme a la sección 212 (d) (5) de la INA;
- Una persona cuya deportación está siendo retenida conforme a la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la sección 241(b)(3) de la INA, según enmendada;

- Una persona a la que se le otorga entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980;
- Una persona inmigrante cubana o haitiana como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980;
- Una persona víctima de la trata de personas conforme la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de la Trata del 2000;
- Una persona inmigrante maltratada que cumpla con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, según enmendada;
- Una persona inmigrante afgana o iraquí a la que se le otorgó estado de inmigrante especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas);

- Una persona nativa de América del Norte nacida en Canadá que vive en EE. UU. conforme a la sección 289 de la INA, o no ciudadana de una tribu india reconocida federalmente conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Asistencia Educativa y Autodeterminación Indígena y;
- Una persona miembro de la tribu hmong o laosiana de las tierras altas que brindó asistencia al personal de EE.UU. al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975).

Solo para los solicitantes de Asistencia Médica, al pacto de libre asociación (COFA, en inglés) lo conforman personas ciudadanas de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palau. Las personas inmigrantes del COFA no tienen que cumplir con la prohibición de 5 años.

## **Recursos**

Efectivo, bienes, o activos como cuentas de banco, vehículos, acciones, bonificaciones y seguro de vida.

## **Agresión sexual**

Acto sexual no consentido proscrito por la legislación federal, tribal o estatal, incluso cuando la víctima carece de capacidad para consentir.

## **Acoso sexual**

Comportamiento hostil, intimidatorio u opresivo basado en el sexo que cree un entorno de trabajo ofensivo.

## **Acoso**

El acto o delito de seguir o hostigar de manera intencionada y repetida a otra persona en circunstancias que harían temer a una persona razonable que se produjeran lesiones o la muerte, en especial debido a amenazas expresas o implícitas.

## **Ingresos tributables**

Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otra forma de dinero recibido.

## **Dependencia fiscal**

Una persona que se espera que será reclamada en una declaración de impuestos de una persona que presenta impuestos. <http://www.irs.gov>

## **Declarador de impuestos**

Una persona que se espera que presentará una declaración de impuestos. <http://www.irs.gov>

## **Deducciones de la declaración de impuestos**

Las deducciones de la declaración de impuestos son las deducciones permitidas por el IRS que se encuentran en su formulario 1040 de declaración de impuestos, que comienzan con la línea 23

hasta la 35. Incluyen lo siguiente: Gastos de educadores; Formulario 2106; Formulario de Ahorros para la Salud 8889; Formulario de gastos de mudanza 3909; Multa/Retiro Anticipado de Ahorros; pensión alimenticia pagada; Deducción IRA; Interés de préstamos estudiantiles; Formulario de Matrícula y Cuotas 8917; Formulario de actividades de producción nacional 8903. <http://www.irs.gov>

## **Tráfico del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP)**

El tráfico de los beneficios del SNAP significa:

(1) La compra, venta, el robo o intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accesibles a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, para cobrarlos en efectivo o comprar productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta; (2) el intercambio de armas de fuego,

Form 508 (Rev.7/2023) 102

municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) la compra de un producto con los beneficios del SNAP que tiene un contenedor que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener efectivo al deshacerse del producto y devolver el contenedor por el monto del depósito, deshacerse del producto intencionalmente, y devolver el contenedor intencionalmente por el monto del depósito; (4) la compra de un producto con los beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles por la reventa del producto, y luego volver a vender intencionalmente el producto comprado con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (5) la compra intencional de productos originalmente comprados con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (6) el intento de comprar, vender, robar o realizar un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y accesibles a través de las tarjetas de Transferencia

Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjetas, y números de identificación personal (PIN), o con cupones manuales y firmas, por efectivo o productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta. (6) Intentar comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y a los que se accede mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o mediante un vale manual y firmas, a cambio de dinero en efectivo o a cambio de una contraprestación distinta de los alimentos elegibles, ya sea de forma directa o indirecta, en complicidad o connivencia con otras personas, o actuando solo.



**Aviso de los derechos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas en inglés)/Sección 504**

**Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal \* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos

para brindar acceso equitativo. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad ayudas a la comunicación , como intérpretes de lengua de signos. La ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida .

## **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia en la comunicación**

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para

una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el administrador del caso o llamar a la DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> , pero no es necesario que utilice un formulario.

## **Cómo presentar un reclamo**

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su

discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje de señas y se le ha denegado o no se ha actuado en un plazo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el trabajador de su caso , con la oficina local del DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles , ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente:  
[dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su trabajador social una copia del formulario de reclamos de derechos civiles de la DFCS. El formulario de reclamo también está  
Form 508 (Rev.7/2023)

disponible en

<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con dificultades auditivas o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo comunique con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar una denuncia por discriminación ante el organismo federal competente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de los Estados

Form 508 (Rev.7/2023)

Unidos (USDA) y el de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la “Declaración conjunta de no discriminación USDA-HHS” incluida en este documento.

\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.

Según la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, nacionalidad o creencias religiosas.

## **No envíe solicitudes al USDA o al HHS**

### **Declaración de no discriminación**

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Los programas que reciben ayuda económica por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y

los programas que el HHS opera directamente, también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información acerca del programa se encuentre disponible en otro idioma que no sea el inglés.



## **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL USDA**

El USDA brinda ayuda económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y de reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar un reclamo de discriminación del programa, complete el formulario de reclamo de discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que puede encontrar en línea en el siguiente enlace:

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA

antes de:

1. **correo:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA  
22314; o bien
2. **fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **correo electrónico:**  
[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas de SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información/línea directa del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); que se encuentran en línea en: línea directa de SNAP .

## **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL HHS**

El HHS brinda ayuda económica federal para muchos programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar, lo que incluye los programas como la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a las que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) en su nombre o por otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o para otra persona con respecto a un

programa que recibe ayuda económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del portal de reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo a la siguiente dirección: 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; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697.

1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con dificultades auditivas o del

habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma sin cargo para presentar un reclamo.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otros reclamos por discriminación ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en el Departamento de Servicios Humanos de Georgia, Oficina del Asesor General, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para las quejas en las que se alega discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese

con el Programa para Personas con Dominio Limitado del Inglés y con discapacidad sensorial del DHS a la Oficina del Asesor General del Departamento de Servicios Humanos, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**No envíe solicitudes al USDA o al HHS**