

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

Use este formulario para denunciar cambios en las circunstancias de su hogar al Departamento de Servicios para Familias y Niños. **Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene problemas de audición, sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando el 711 (Retransmisión de Georgia).**

**NO DEVUELVA ESTE FORMULARIO A MENOS QUE ESTÉ INFORMANDO UN CAMBIO DE CIRCUNSTANCIAS.**

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

Número Identificación del cliente: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Número de caso \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Número de teléfono del trabajador social \_\_\_\_\_

**Los hogares de informes simplificados deben informar:**

Cuando su ingreso bruto mensual total es más del 130% del nivel de ingresos para el tamaño de su hogar.

Cuando las horas de trabajo de un adulto capacitado sin dependientes (ABAWD) caen por debajo de las 20 horas por semana u 80 horas por mes.

Cuando usted o un miembro de su hogar recibe ganancias sustanciales de lotería y juegos de azar. Este es un premio en efectivo ganado en un sorteo.

Aunque su hogar solo tiene requisitos de informes simplificados, puede informar cualquiera de los siguientes cambios:

**Compruebe los cambios que está informando y complete las preguntas en este formulario.**

Cambio en quien vive en el hogar porque alguien se mudó dentro o fuera del mismo Los miembros del hogar se mudaron a una

nueva dirección Los miembros del hogar comenzaron a trabajar Los miembros del hogar dejaron de trabajar

Uno o más miembros del hogar tienen un cambio en la tarifa de pago por hora o en las horas

Los miembros del hogar comenzaron a recibir o dejaron de recibir SSI, seguridad social, VA, pensión, jubilación, dinero por discapacidad, dinero

Usted o alguien en su hogar tiene recursos de \$ 2750 o más. Si es anciano o discapacitado, tiene recursos de

\$ 4250 o más.

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

**COMPOSICIÓN DEL HOGAR**

¿Quién se mudó al hogar? ¿Quién se mudó fuera del hogar?

¿Cuándo la persona se mudó al hogar o fuera de él?

**DIRECCIÓN**

- Los miembros de mi hogar se han mudado a una nueva dirección. La nueva dirección es

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Monto del nuevo de alquiler o hipoteca \$ Si es una hipoteca, el impuesto anual a la propiedad es de \$ y el monto del seguro de propiedad

- ¿Alguien le ayuda a pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos? Sí En caso afirmativo,  
¿quién? No

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- En su nueva dirección, ¿qué servicios públicos paga?

- ¿Tiene que pagar la calefacción o el aire acondicionado? Sí/No

**INGRESOS**

- ¿Quién tuvo un cambio en los ingresos o en el empleo?

- ¿De dónde provienen los ingresos o el empleo?

\_\_\_\_\_

- ¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos?

- ¿Cuándo comenzaron los ingresos o el empleo?

- ¿Cuál es el nuevo monto de ingresos?

- ¿Cuándo se detuvieron los ingresos o el empleo?

- ¿Cuál es el último monto de pago recibido?

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

<b>GASTOS MÉDICOS</b>				
¿Alguien de 60 años o más o discapacitado tiene gastos médicos? Sí _____ No _____ En caso afirmativo, complete la tabla a continuación.				
Miembro del hogar al que se le factura	Tipo de gastos (médico, hospital, recetas, prima de Medicare)	Monto adeudado	Fecha de factura	¿La pagará el seguro? (Sí/ No)

<b>PAGO DE MANUTENCIÓN INFANTIL</b>
¿Usted o alguien de su hogar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? No      Sí
¿Quién está obligado a pagar?
¿Cuánto es el monto adeudado?
¿Para quién se paga manutención infantil?
¿A quién se le paga manutención infantil?
¿Con qué frecuencia se paga manutención infantil?
¿Cuánto es el monto de manutención infantil?

<b>GASTOS DE ATENCIÓN A DEPENDIENTES</b>		
Persona que requiere la atención:		Persona que paga la atención:
Nombre del proveedor:		Cuánto se le paga al proveedor:
		Con qué frecuencia se le paga:
Número de teléfono del proveedor:	Razón para la atención:	

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

RECURSOS			
¿Alguna persona en su hogar tiene los siguientes recursos? Sí _____ No _____			
En caso afirmativo, complete la tabla a continuación.			
Tipo de recurso	Dueño	Monto / Valor	Nombre del banco
Efectivo			
Cta. corriente/ Caja			
Cooperativa de			
Acciones o bonos			
Caja de seguridad			

Mi hogar tuvo un **ingreso bruto mensual total** (devengado - antes de las deducciones E ingresos no derivados del trabajo) que supera el 130% del límite de ingresos.

¿En qué mes / año superó los ingresos del hogar el monto del 130%? \_\_\_\_\_ /  
 Mes Año

¿Cuál es la cantidad total de ingresos brutos mensuales? \_\_\_\_\_

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mi hogar tuvo un **miembro adulto apto sin dependientes ( ABAWD) cuyas horas de trabajo cayeron por debajo de las 20 horas por semana.**

Yo, \_\_\_\_\_ soy un ABAWD desempleado que trabajaba de 20 a 29 horas a la semana u 80 horas al mes. Mis horas de trabajo han disminuido a \_\_\_\_\_ horas por semana.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

Mi hogar tuvo un miembro del hogar que recibió **premios de lotería o juegos de azar.**

¿En qué mes / año recibió el miembro del hogar ingresos de lotería / juegos de azar? \_\_\_\_\_ /  
 Mes Año

¿Cuál es el monto total de ingresos brutos de lotería / juegos de azar?

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o 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 proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener 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 para Alimentos / Medicaid y / o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, el 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 hogar 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 DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta a sabiendas. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculta 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, DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de cupones para alimentos.

Firma \_\_\_\_\_ Fecha \_\_\_\_\_

**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

Solicitar registrarse o negarse a 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 negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad para 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, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando 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 asistente social. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las**

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de  
instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de  
Aviso de derechos de la Ley ADA/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 las mismas oportunidades de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como el programa SNAP, la TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando estas son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad, o a los acompañantes que tienen una discapacidad, asistencia en la comunicación, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que pudiera dar como resultado una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o cargas financieras y administrativas excesivas.

**Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación**

Comuníquese con el asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicios para una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el administrador del caso o llamar a la DFCS al 404-657-3433 o al equipo de DCH Katie Beckett (KB) al 678-248-7449 para presentar su solicitud. También puede presentar su solicitud mediante el uso del formulario de solicitud de modificaciones razonables de la DFCS en conformidad con la Ley ADA, el cual está disponible en la oficina de la DFCS local o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificaciones razonables del DCH en conformidad con la Ley ADA en la oficina del equipo Katie Beckett (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 por su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que se rechazó o porque no se actuó dentro de un tiempo razonable. Puede realizar un reclamo oralmente o por escrito comunicándose con el administrador del caso, la oficina de la DFCS local, o el Coordinador de Derechos Civiles de la DFCS, Ley ADA/Sección 504 al 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, 404-657-3735. Para el DCH, comuníquese con el Coordinador del Equipo KB, Ley ADA/Sección 504 en: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, 678-248-7449. El correo electrónico del DCH es: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede solicitar al administrador del caso una copia del formulario de reclamo de Derechos Civiles de la DFCS. El formulario de reclamo también está 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 problemas de audición o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador se comunique con nosotros. El correo electrónico de reclamos de Derechos Civiles del DCH es: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para el formulario del proceso y reclamo de Derechos Civiles del DCH se encuentra en: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura (USDA) se encuentra dentro de la “Declaración de no discriminación” 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*

**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**  
*personas con discapacidades no sean objeto de discriminación ilegal.*



**Departamento de Servicios Humanos de  
Georgia División de Servicios para  
Familias y Niños Formulario de**

**Declaración de No Discriminación**

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: <https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

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

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

También puede presentar un reclamo comunicándose con la oficina local de la DFCS, o con el Coordinador de Derechos Civiles y ADA/Sección 504 de la DFCS al 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303, 404-657-3735. En el caso de los reclamos por discriminación por tener dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de Dominio Limitado de Inglés y Discapacidad Sensorial al 2 Peachtree Street NW, Ste. 19-454, Atlanta, GA 30303 o llame al 404-657-5244 (llamada de voz).