



Prijava za Beneficije

MORATE LIČNO DOSTAVITI, POSLATI FAKSOM ili POŠTOMPOPUNJENI ZAHTEJEV NA VAŠ LOKALNI ŽUPANSKI URED.

Ako vam je potrebna pomoć u čitanju ili popunjavanju ovog dokumenta ili trebate pomoć u komunikaciji s nama, pitajte nas ili nazovite. (877) 423-4746. Naše usluge, uključujući tumače, su besplatne. Ako ste gluvi, teško čujete, imate oštećenje vida i sluha ili imate poteškoća u govoru, možete nas nazvati na broj gore birajući 711 (Georgia Relay).

Koje Usluge Nudimo u Odjeljenju za Porodične i Dječje Usluge (DFCS)?

DFCS nudi sljedeće usluge:



Pomoć o Hrani

Pogodnosti Bodova za Hranu (SNAP) mogu se koristiti za kupovinu hrane u bilo kojoj trgovini koja ima znak *EBT/Quest*. Mi ćemo oduzeti cijenu vaše kupovine hrane od vašeg računa za Bodove za Hranu (SNAP).



Novčana pomoć/Usluge Podrške pri Zapošljavanju

Privremena Pomoć Porodicama u Stanju Potrebe (TANF) pruža novčanu pomoć porodicama sa izdržavanom djecom i trudnicama na ograničeno vrijeme. Roditelji ili staratelji, ili trudnicama osobe koje su uključene u grant suobavezne da učestvuju u programu rada. Program Gotovinske Pomoći također pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja ne ispunjavaju uslove za program TANF.

- **Bake i Djedovi koji Odgajaju Unuke (GRG)** pružit će neophodnu podršku kako bi se djeca mogla brinuti u domovima svojih baka i djedova.



Medicinska Pomoć

Medicaid, za one koji ispunjavaju uslove, može pomoći u plaćanju medicinskih računa, posjeta ljekaru i Medicare premija.

- Ovo uključuje **Pathways Medical Assistance**. Pathways Medical Assistance je program koji pruža besplatnu ili smanjenu cijenu Medicaid pokriva pojedincima starosti od 19 do 64 godine, koji imaju prihod u domaćinstvu do 100% Federalnog Nivoa Siromaštva (FPL), koji inače ne ispunjavaju uslove za Medicaid i koji ispunjavaju uslove. Ako želite biti uzeti u obzir za Pathways, molimo vas da također popunite Prilog D.

Službe za Informisanje u Zajednici

Za više informacija o drugim DHS uslugama, molimo vas posjetite našu web stranicu na <http://dfcs.georgia.gov> ili pozovite (877) 423-4746.



Kako Da Se Prijavim za Beneficije?

Korak 1. Popunite prijavu.

Pažljivo pročitajte pitanja i dajte tačne informacije. Potpiši i dati datum prijave.

Korak 2. Predajte aplikaciju svom lokalnom uredu.

Morat ćete otkinuti stranice 1-2, 17-20 i zadržati ih za sebe.

Često Postavljena Pitanja

Koliko vremena je potrebno za ostvarivanje beneficija?

Bodovi za Hranu (SNAP): do 30 dana
TANF: do 45 dana
Medicaid: 10 do 60 dana

Možda ćete moći da dobijete Bodovi za Hranu (SNAP) u roku od 7 dana ako se kvalifikujete. Vidi stranicu 6.

Koliko ću dobiti?

Vaš prihod, resursi i veličina porodice određuju iznose beneficija. Moći ćemo vam pružiti konkretne informacije kada utvrdimo vašu kvalifikovanost.

Kako ću dobiti svoje beneficije?

Za Bodovi za Hranu (SNAP), dobit ćete karticu za elektronski transfer beneficija (EBT) kako biste pristupili svojim beneficijama. Za TANF, dobit ćete EPPIC Debit Master karticu kako biste pristupili svojim beneficijama. Za Medicaid, dobit ćete Medicaid karticu za svakog člana koji ispunjava uslove.

Od vas će se možda tražiti da dostavite sljedeće informacije:

- Dokaz identiteta za podnosioca zahtjeva ako se prijavljuje za Bodovi za Hranu (SNAP) i/ili TANF. Lična karta (ID) ili vozačka dozvola (DL) je prihvatljiv oblik verifikacije. Dokaz identiteta nije potreban za kandidate za Medicinsku Pomoć.
- Dokaz o Američkom državljanstvu/statusu kvalifikovanog imigranta za svakoga ko traži beneficije. Ako se prijavljujete samo za Hitnu Medicinsku Pomoć (EMA), ne morate dati svoj SSN ili informacije o vašem imigracionom statusu.
- Brojevi Socijalnog Osiguranja svih koji traže pomoć.
- Dokaz o prihodu, *na primjer*, platni listovi, isplate alimentacije i pisma o dodjeli prihoda. Dokaz o plaćanju alimentacije za djecu nije potreban za podnosioca zahtjeva za Medicinsku Pomoć.
- Dokaz o troškovima poput računa za brigu o djeci, medicinski računi, troškovi medicinskog prevoza, troškovi stanarine/hipoteke i plaćanja alimentacije. Ove informacije nisu potrebne kandidatima za Medicinsku Pomoć.

Prvo ćemo pokušati provjeriti podatke o državljanstvu/imigraciji i prihodima putem elektronskih izvora podataka. Prvo ćemo pokušati provjeriti podatke o državljanstvu/imigraciji i prihodima putem elektronskih izvora podataka. Ako nismo u mogućnosti provjeriti putem elektronskih izvora podataka i potrebna vam je pomoć da dobijete ove informacije, slobodno nam javite.



Prijava za Beneficije



Pošaljite poštom, faksom ili donesite stranice 3-16 ove aplikacije u Vašu lokalnu kancelariju Odjela za Porodicu i Djeću (DFCS). Lokalni ured možete pronaći na <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Ako vi ili osoba za koju se prijavljujete ispunjavate uslove za beneficije beneficije za Bodove za Hranu (SNAP) će biti osigurane odatuma kada primimo prijavu s vašim imenom, adresom, i potpisom. TANF beneficije će se pružati od datuma odobrenja zahtjeva.

Ako se prijavljujete za Bodove za Hranu (SNAP), TANF i/ili Medicaid, možete podnijeti zahtjev za beneficije samo sa svojim imenom, adresom i potpisom. Međutim, može nam pomoći da brže obradimo vašu prijavu ako popunite cijeli obrazac. Možete koristiti ovaj obrazac za podnošenje zajedničkog zahtjeva za više od jednog programa ili samo za program Food Stamp (SNAP). Vaša (SNAP) prijava neće biti odbijena samo na osnovu toga što je vaša prijava za drugi program odbijena. Mi ćemo posebno utvrditi podobnost za vašu aplikaciju za Bodove za Hranu (SNAP). Ako se nalazite u ustanovi i istovremeno podnosite zahtjev za Bodove za Hranu (SNAP) i SSI, datum podnošenja vaše prijave je datum kada ste pušteni iz ustanove.

Korak 3. Razgovarajte sa nama.

Možda ćete morati završiti intervju sa radnikom. Ako je tako, zakazati ćemo vam termin. Ovaj intervju se može obaviti telefonom.

Kako koristimo lične podatke podnosioca zahtjeva?

Morate dati samo Brojeve Socijalnog Osiguranja (SSN) i državljanstvo ili imigracioni status za osobe koje žele podnijeti zahtjev za beneficije. Ova informacija će se koristiti za provjeru sistema za provjeru prihoda i podobnosti (IEVS). Također ćemo usporediti vaše podatke s drugim Federalnim, državnim, i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaše prihode i uvjeti za dobivanje pomoći, te pratili informacije o plaćama i sudjelovanju u radnim aktivnostima. Ako član domaćinstva ne želi da nam da podatke o svom SSN-u, državljanstvu ili imigracionom statusu, ostali članovi domaćinstva mogu i dalje primati beneficije. Ako se prijavljujete samo za hitnu medicinsku pomoć, ne morate dati svoj SSN ili informacije o vašem imigracionom statusu.

Može li se neko drugi prijaviti za mene?

Za Bodove za Hranu (SNAP) i Medicaid, možete zamoliti nekoga da se prijavi za vas.

Za TANF se može prijaviti svako, ali roditelj i i staratelj ili trudnica moraju biti intervjuisani.



Prijava za Beneficije

(Popunite ovu prijavu i vratite je u kancelariju LOKALNOG OKRUŽNE DFCS.)

Za Šta Se Prijavljujem? (Označite sve što je primjenjivo)

- Bodovi za Hranu (Program Dodatne Pomoći u Ishrani (SNAP))**
Dodatni Program Pomoći u Ishrani (SNAP), ranije poznat kao Bodovi za Hranu, je program koji se finansira iz savezne države i koji obezbjeđuje mjesečne beneficije domaćinstvima s niskim primanjima kako bi se platila cijena hrane. Program takođe pruža obrazovanje o ishrani porodicama kako bi zadovoljile svoje potrebe za hranom i ishranom i pruža mogućnosti zapošljavanja i obuke kako bi se pomoglo porodicama da se zaposle što dovodi do manje zavisnosti od SNAP-a.
- Privremena Pomoć za Porodice u Potrebi (TANF)**
Privremena Pomoć za Porodice u Stanju Potrebe (TANF) obezbjeđuje privremene mjesečne novčane isplate, pojedinačne novčane isplate ili druge usluge podrške, kako bi se ojačale kvalifikovane porodice sa djecom ili trudnicama. Ako ste roditelj djeteta, ilistaratelj ili trudnica koja bi željela biti uključena u grant, od vas ćemo tražiti da učestvujete u radnom programu.
- Bake i Djedovi Odgajaju Unuke (GRG)**
Bake i djedovi Odgajaju Unuke (GRG) će obezbijediti dodatne novčane isplate kako bi se djeca mogla brinuti u domovima svojih baka i djedova. Kandidati se moraju prijaviti za TANF da bi bili podobni za GRG.
- Novčana Pomoć Izbjeglicama**
Program Gotovinske Pomoći Izbjeglicama pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja ne ispunjavaju uslove za program TANF. Izraz izbjeglica uključuje izbjeglice, Kubance/Haičane koji dolaze, žrtve trgovine ljudima, Amerazije, Azile, Afganistane ili Iračane sa Specijalnom Imigrantskom Vizom (SIV) ili Afganistanske uslovne otpuste.
- Medicaid**
Medicaid nudi zdravstvenu zaštitu starijim osobama, slijepim osobama ili odraslim osobama s invaliditetom, trudnicama, djeci i porodicama. Kada se prijavite, pogledat ćemo sve programe Medicaid-a i odlučiti koje biste mogli primiti.

Molimo popunite donju tabelu o podnosiocu zahtjeva.

Ime	Srednje Inicijal	Prezime	Sufiks
Adresa u Kojoj Živite		Stan	
Grad	Država	Poštanski broj	
Jesi li beskućnik? Da _____ ili Ne _____			
Poštanska Adresa (ako je drugačija)			
Glavni Telefonski Broj		Drugi Kontakt Broj	
Elektronska Komunikacija: Email: Da _____ ili Ne _____ (opcionalno) Dopisivanje: Da _____ ili Ne _____ (opcionalno)		Adresa E-pošte: (opcionalno):	
Koji je vaš Preferirani Jezik?		Ako je potreban intervju, da li će vam tumač? Da _____ ili Ne _____	

Zakon o Amerikancima sa Invaliditetom: Zahtjev za Razumnu Modifikaciju i Pomoć u Komunikaciji (ako je primjenjivo):

Da li imate invaliditet koji će zahtijevati Razumnu Modifikaciju ili Pomoć u Komunikaciji? Da ___ Ne ___ (Ako da, opišite Razumnu Modifikaciju ili pomoć u Komunikaciji koju tražite):

Tumač za Znakovni jezik _____; TTY _____; Veliki print _____; Elektronska komunikacija (e-pošta) _____; Brajevo pismo _____; Video relej _____; Cued Speech Interpreter _____; Usmeni Tumač _____; Taktilni tumač _____; Podsjetnik Telefonskog poziva o rokovim programa _____; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) _____; Intervju licem u lice (kućna posjeta) _____; Ostalo: _____

Da li vam je potrebna ova Razumna Izmjena ili Pomoć u Komunikaciji jednokratno ili u toku ___? Ako je moguće, kratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova izmjena ili pomoć?



Prijava za Beneficije

Za sve podnosiocje zahtjeva za Bodove za Hranu (SNAP), TANF i Medicaid:

Izjavljujem pod kaznom za krivokletstvo prema mom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju se prijavljujem za beneficije državljanin(e) SAD-a ili nedržavljanin(e) zakonito prisutna u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovoj aplikaciji. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji informacije koristiti za praćenje informacija o plaćama i mog učešća u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu u mojoj situaciji u skladu sa zahtjevima programa Bodove za Hranu (SNAP) i/ili TANF. Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitke na lutriji ili kockanju, bruto iznos od 4250 dolara ili više (prije poreza ili drugih iznosa koji se zadržavaju). Ove dobitke ću prijaviti u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo primi dobitke. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim reći DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih naknada za Bodove za Hranu (SNAP).

Odjeljenje za Ljudske Usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lične Podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte i datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

Potpis

Datum

Potpis svjedoka ako ga je potpisao "X"

Datum

Ovlašteni Predstavnik:

Popunite ovaj odjeljak samo ako želite da osoba ili organizacija popuni vašu prijavu, završi vaš intervju i/ili iskoristi vašu EBT karticu za kupovinu hrane kada ne možete ići u trgovinu. Molimo provjerite za svaki tip programa koga želite imenovati kao ovlaštenog predstavnika. Molimo provjerite koje dužnosti želite da osoba ili organizacija ima. Ako se prijavljujete za Medicaid, možete odabrati više osoba ili organizacija koje će djelovati u vaše ime.

Ovlašteni Predstavnik 1 Vrste Programa: Bonovi za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni Predstavnik 1 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime podnosioca Popunite i dostavite obrazac za obnovu Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije Djelujte u ime podnosioca prijave u svim drugim stvarima Primate TANF benefiĉijsku karticu (EPPIC)

Ime Osobe 1: _____

Naziv Organizacije 1 (ako je primjenjivo): _____ Telefon: _____

Adresa: _____ Stan: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____

Elektronska Komunikacija: Email: Da ___ Ne ___ (opcionalno) Dopisivanje: Da ___ Ne ___ (opcionalno)

Adresa e-pošte: (opcionalno) _____

Preferirani Jezik: _____ Da li je potreban tumaĉ? Da ___ ili Ne ___

Ovlašteni Predstavnik 2 Vrste Programa: Bonovi za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni Predstavnik 2 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime podnosioca Popunite i dostavite obrazac za obnovu Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije Djelujte u ime podnosioca prijave u svim drugim stvarima Primate TANF benefiĉijsku karticu (EPPIC)

Ime osobe 2: _____

Naziv Organizacije 2 (ako je primenljivo): _____ Telefon: _____

Adresa: _____ Stan: _____

Grad: _____ Država: _____ Poštanski broj: _____



Odjeljenje za Porodične
i Dječje Usluge



Prijava za Beneficije

Elektronska Komunikacija: Email: Da ___ Ne ___ (opcionalno)

Dopisivanje: Da ___ Ne ___ (opcionalno)

Adresa e-pošte: (opcionalno) _____

Preferirani Jezik: _____ Da li je potreban tumač? Da ___ ili Ne ___

Zakon o Amerikancima sa Invaliditetom: Zahtjev za Razumnu Modifikaciju i Pomoć u Komunikaciji za Ovlaštene Predstavnike (ako je primjenjivo):

Da li Ovlašteni Predstavnik ima invaliditet zbog kojeg će biti potrebna Razumna Modifikacija ili Pomoć u Komunikaciji? Da ___ Ne ___ (Ako da, molimo opišite Razumnu Modifikaciju ili Pomoć u Komunikaciji koju tražite):

Tumač za znakovni jezik ___; TTY ___; Velika štampa ___; Elektronska komunikacija (e-mail) ___; Brajevo pismo ___; Video relej ___; Cued Speech Interpreter ___; Usmeni tumač ___; Taktilni tumač ___; Podsjetnik telefonskog poziva o rokovima programa ___; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) ___; Intervju licem u lice (kućna posjeta) ___; Ostalo: _____

Da li je ovlaštenom predstavniku potrebna ova Razumna Izmjena ili Pomoć u Komunikaciji jednokratno ___ ili u toku ___? Ako je moguće, ukratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova modifikacija ili pomoć? _____

Samo za Kancelarijsku Upotrebu:

Datum Prijema: _____

Podobnost na Ekspresnoj Traci:

Podobnost na ekspresnoj traci (ELE) je automatski proces za upis ili obnavljanje djece mlađe od 19 godina koja ispunjavaju uslove i koja primaju Program dodatne Pomoći u Ishrani (SNAP) ili Privremenu Pomoć za Porodice u Potrebi (TANF) u program Medicinske Pomoći. Ako vaša djeca ispunjavaju uslove za SNAP ili TANF, Odjel za Obitelj i Dječje Usluge (DFCS) će koristiti podatke o veličini domaćinstva, prebivalištu i prihodu iz SNAP-a ili TANF-a, ali će DFCS potvrditi državljanstvo ili imigracioni status koristeći pravila Medicinske Pomoći da odluka ELE-a da upiše ili obnovi djecu u Medicaid ili PeachCare for Kids®. Ako vaša djeca ispunjavaju uslove za PeachCare for Kids®, mogu podlijegati premiji. DFCS će vam poslati obavijest o određivanju, omogućiti vam da izvršite bilo kakve promjene i omogućiti vam da se odjavite u bilo kojem trenutku.

Da li se slažete da dozvolite DFCS-u da koristi vaše podatke iz SNAP-a ili TANF-a kako bi ELE odlučio da upiše ili obnovi svoju djecu u Medicaid ili PeachCare for Kids®?

Da Ne



Prijava za Beneficije

Da li se kvalifikujem za brže dobijanje Bodova za Hranu (SNAP)? (Ove informacije su potrebne samo za podnosiocce zahtjeva za Bodove za Hranu (SNAP))

Odgovorite na ova pitanja o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva da vidite da li možete dobiti Bodove za Hranu (SNAP) u roku od 7 dana.

1. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva migrant ili sezonski radnik na farmi? Da Ne

Ako da, koji?

2. Ukupna **Bruto zarađena primanja** koja će se ostvariti za ovaj mjesec:

\$ _____

Ime Poslodavca _____

Datum početka zaposlenja _____

Datum završetka

zaposlenja: _____

Stopa plate _____

Radni sati sedmično

Koliko često ste plaćeni: sedmično/ dvonedjeljno / polumjesečno / mjesečno (zaokružite jedno)

3. Ukupna **Bruto nezarađena primanja** koja će se ostvariti za ovaj mjesec: \$ _____

Vrsta nezarađenih prihoda _____ Iznos _____

Koliko često se prima: sedmično/dvonedjeljno/polumjesečno/mjesečno (zaokružite jedno)

Vrsta nezarađenih prihoda _____ Iznos _____

Koliko često se prima: sedmično/dvonedjeljno/polumjesečno/mjesečno (zaokružite jedno)

4. Ukupna zarađeni i nezarađeni prihodi za ovaj mjesec: \$ _____

5. Koliko novca vi i svi članovi domaćinstva imate u gotovini ili u banci? \$ _____

6. Koliki je mjesečni iznos vaše kirije, hipoteke, poreza na imovinu i/ili vlasnika kuće \$ _____
Osiguranje?

7. Koliki je ukupan iznos vaših troškova za struju, vodu, plin i/ili druge režije ovog mjeseca? \$ _____
(Isključiti iznose kašnjenja i naknade za kašnjenje u ukupnom iznosu)

a. Koji je primarni izvor grijanja ili hlađenja vašeg domaćinstva? Označite sve što je primjenjivo.
Električno _____ Plin _____ Prozor ili centralni klima uređaj _____ Kerozin ulje _____ Drvo _____

b. Da li ste primili energetska pomoć u posljednjih 12 mjeseci?
 Da Ne Ako da, primljeni iznos \$ _____



Prijava za Beneficije

Recite nam nešto o Podnosiocu zahtjeva i Svim Članovima Domaćinstva

Za kandidate za Medicinsku Pomoć: Molimo vas da uključite sebe, svog supružnika, svoju djecu (uključujući pastorčad) mlađu od 21 godine koja žive s vama, vašeg nevjenčanog partnera kojem je potrebno zdravstveno osiguranje, svakoga koga uključite u svoju poreznu prijavu, čak i ako ne živi s vama, i bilo koga drugog mlađeg od 21 godine o kome se brineš i živi sa tobom. Ne morate uključiti svog nevjenčanog partnera kojem nije potrebno zdravstveno osiguranje, djecu vašeg vanbračnog partnera, svoje roditelje koji žive s vama, ali podnose vlastitu poreznu prijavu (ako ste stariji od 21 godine), ili druge odrasle rođake koji sami podnose porez povratak. Ako se prijavljujete samo za Hitnu Medicinsku Pomoć (EMA), ne morate dati svoj SSN ili informacije o vašem imigracionom statusu.

Molimo popunite donju tabelu o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva. Sljedeći savezni zakoni i propisi:

Zakon o Hrani i Ishrani iz 2008., 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. CFR § 273.2, 45CFR § 205.52, 42 CFR § 435.910 i 42

CFR § 435.920, ovlastite DFCS da od vas i članova vašeg domaćinstva zatraži brojeve socijalnog osiguranja. Svako ko živi u vašem domaćinstvu i ne podnosi zahtjev za beneficije može se tretirati kao **nepodnosilac zahtjeva**. Osobe koje ne podnose zahtjev ne moraju nam dati informacije o svom broju socijalnog osiguranja, državljanstvu ili imigracionom statusu i nemaju pravo na beneficije. Ostali članovi domaćinstva mogu i dalje moći da primaju beneficije ako na drugi način imaju pravo. Ako želite da odlučimo da li neki član domaćinstva ima pravo na beneficije, i dalje ćete morati da nam kažete o njihovom državljanstvu ili imigracionom statusu i da nam date njihov broj socijalnog osiguranja (SSN). I dalje ćete morati da nam **kažete** o njihovim prihodima i resursima kako biste utvrdili podobnost i nivo beneficija domaćinstva. Nećemo prijaviti članove domaćinstva koji ne podnose zahtjeve sistema za Državljanstvo i Imigraciju Sjedinjenih Američkih Država (USCIS) putem sustava za Provjeru Statusa Stranih Državljana (SAVE) ako nam ne pruže podatke o svojem državljanstvu ili imigracijskom statusu. Međutim, ako su informacije o imigracionom statusu dostavljene u vašem zahtjevu, ove informacije mogu biti predmet provjere putem SAVE sistema i mogu uticati na podobnost domaćinstva i nivo beneficija. Mi ćemo upariti vaše informacije sa drugim Saveznim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vašu zaradu i pravo na beneficije. Ove informacije također se mogu dostaviti policijskim službenicima kako bi ih koristili za hvatanje osoba koje izbjegavaju zakon. Ako vaše domaćinstvo ima zahtjev za izdavanje Bodova za Hranu (SNAP), informacije o ovoj aplikaciji, uključujući SSN, mogu se dati Federalnim i Državnim agencijama i privatnim agencijama za naplatu potraživanja kako bi ih koristile u naplati zahtjeva. Nećemo uskratiti beneficije članovima domaćinstva koji podnose zahtjev jer drugi članovi domaćinstva ne dostave svoj SSN, državljanstvo ili imigracioni status.

IME Ime Srednje Inicijalno Prezime	Veza	Da li se ova osoba prijavljuje za beneficije? (DA/NE)	Da li je ovoj osobi potrebno zdravstveno osiguranje? (D/N)	Datum Rođenja Format (dd/mm/gg)	Broj Socijalnog Osiguranja (Opcionalno za Ne-Aplikante)	Pol (M/Ž)	Hispanac ili Latino? (Opcionalno)	Rasni Kod (Opcionalno) (Pogledajte kodove Ispod)	Da li ste državljanin SAD-a, SAD. Nacionalni, kvalifikovani imigrant ili u zadovoljavajućem imigracionom statusu? (Samo podnosioci prijave) (D/N)
	JA								

Rasni Kodovi (Odaberite sve što je primjenjivo):

AI – Američki Indijanci ili Starosjedioci Aljaske

AS – Azijac

BL – Crnac ili Afroamerikanac

HP – Starosjedioci Havaja ili Drugih Pacifičkih Ostrva

WH – Bijelac

Pružajući informacije o rasi/etničkoj pripadnosti, pomoći ćete nam u upravljanju našim programima na nediskriminatoran način. Vaše domaćinstvo nije dužno da nam daje ove informacije i to neće uticati na vaše pravo ili nivo beneficija.



Prijava za Beneficije

Ako vi ili drugi podnosioci zahteva za domaćinstvo niste u SAD Građani ili SAD. Državljeni, ispunite sljedeću tabelu:
(molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

IME Ime Srednje Inicijalno Prezime	Vrsta imigracionog dokumenta	Stranac/Potvrda/Matični broj dokumenta	Živate li u SAD-u od 1996. godine? (D/N)	Datum Naturalizacije/ Datum Ulaska ili Prijema u SAD (ako je primjenjivo) Format (mm/dd/gg)	Jeste li vi, ili vaš supružnik ili roditelj veteran ili aktivni pripadnik Američke vojske? (D/N)

Recite nam više o Podnosiocu zahtjeva i Svim Članovima Domaćinstva

Potrebno nam je više informacija o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva kako bismo odlučili ko ima pravo na beneficije. Molimo odgovorite samo na pitanja o beneficijama koje želite da dobijete na stranici ispod.

1. Da li je neko primao beneficije u drugom okrugu ili državi? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

2. Da li je neko osuđen za davanje lažnih podataka o tome gdje živi i ko su da bi nakon 22.8.1996. godine dobio višestruke beneficije FS u više područja? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Gdje: _____

Kada: _____

3. Da li je neko u vašem domaćinstvu dobrovoljno dao otkaz ili je svojevrijem smanjio radno vrijeme na manje od 30 sati sedmično u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF) Da Ne

Ako **da**, ko je dao otkaz? _____

Zašto je on/ona odustao/la? _____

4. Da li je neko trudan? (Ovo pitanje se ne odnosi na podnosioc zahtjeva za bonove za hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**,

Ime trudnice: _____

Koji je procijenjeni datum dospijeca? _____; i koliko beba se očekuje? _____

Ako ne, da li je neko u domaćinstvu porađao ili je trudnoća prekinuta u posljednjih 12 mjeseci? Da Ne

Ako **da**,

Ime trudnice: _____

Koji je bio datum poroda/prekida trudnoće? _____; i koliko beba je rođeno/očekivano?

*Samo za kandidate za TANF molimo navedite sljedeće:

Ime oca nerođene bebe: _____

Adresa oca: _____



Prijava za Beneficije

5. Za podnosioca zahtjeva za Medicaid, da li neko ima neplaćene medicinske račune za posljednja 3 mjeseca? Da Ne
Ako **da**, molimo vas pošaljite neplaćene račune ako imate Medicaid slučaj.

6. Da li je neko diskvalifikovan iz programa Bodova za Hranu (SNAP) ili TANF? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF)
 Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Gdje: _____

7. Da li je neko u bijegu kako bi izbjegao gonjenje ili zatvor zbog ozbiljnog krivičnog djela? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF) Da Ne

Ako **da**, ko: _____

8. Da li neko krši uslove uslovne ili uslovne? (Samo za bonove za hranu (SNAP) i TANF) Da Ne

Ako **da**, ko: _____

9. Da li je neko osuđen za krivično djelo zbog ponašanja u vezi s posjedovanjem, upotrebom ili distribucijom kontrolirane droge (tj. prestupnika droge) nakon 22.8.1996. (Samo za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF) ili nasilnog krivičnog djela (Samo za TANF)? Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

a. Da li se pridržavate uslova uslovne kazne u vezi sa bilo kojom kaznom izrečenom kao rezultat osude za krivično delo droga? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

b. Da li se pridržavate uslova uslovnog otpusta koji se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

c. Da li ste uspješno ispunili **sve uslove uslovne osude ili nadzora** u vezi sa bilo kojom osudom u vezi sa drogom? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

10. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu davanjem Bodova za Hranu (SNAP) za drogu nakon 22.8.1996? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

11. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za kupovinu ili prodaju beneficija Bodova za Hranu (SNAP) preko 500 dolara nakon 8/22/1996? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Kada: _____

12. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu beneficijama Bodova za Hranu (SNAP) za oružje, municija, ili eksploziv nakon 8/22/1996? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____

Kada: _____



Prijava za Beneficije

13. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva osuđeni kao odrasla osoba za teško seksualno zlostavljanje, ubistvo, seksualna eksploatacija i drugo zlostavljanje djece, Federalno ili Državno krivično djelo koje uključuje seksualno zlostavljanje napad, ili krivično djelo prema Državnom zakonu za koje je Državni Advokat utvrdio da je suštinski slično na takav prekršaj, nakon 2/7/2014? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____

- a. Da li se pridržavate uslova uslovne kazne koji se odnose na bilo koju kaznu koju ste dobili kao rezultat osude za krivično delo? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne
- b. Da li se pridržavate uslova uslovne kazne u vezi sa bilo kojom kaznom izrečenom kao rezultat osude za krivično delo droga? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne
- c. Da li ste uspješno ispunili **sve uvjete probni rad ili uvjete nakon puštanja na uvjetnu slobodu** povezane s bilo kojom osuđujućom presudom za teško kazneno djelo? (Samo za Bodove za Hranu (SNAP)) Da Ne

14. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva dobili dobitke na lutriji ili kockanju? Da Ne

Ako **da**:

Ko: _____ Kada: _____ Priljeni iznos: _____

15. Da li je neko koristio sredstva TANF-a ili EPPIC karticu u sledećim objektima, prodavnicama pića, kockarnicama, poker sobama, poslovima zabave za odrasle, kaucijom, noćnim klubovima, salonima/tavernama, bingo dvorane, trkačkim stazama, prodavnicama oružja/municije, brodovima za krstarenje, psihički čitači, prodavnice za pušače, prodavnice za tetoviranje/pirsing i spa/salone za masažu? (Samo za TANF) Da Ne

Akoda::

Ko: _____ Kada: _____

16. Da li neko ko se prijavljuje za beneficije trenutno prima alimentaciju? Da Ne

Akoda::

Ko: _____

Mjesečni Priljeni Iznos: _____

Datum zaključenja ili posljednje izmjene ugovora o alimentaciji: _____

Recite nam o prihodima podnosioca zahtjeva i svih članova domaćinstva

Da li vi ili neko ko živi u vašem domaćinstvu primite bilo kakvu vrstu prihoda kao što su: plate, naknade, bonusi, samozapošljavanje, socijalno osiguranje/željeznička penzija, drugi invaliditet, penzije, nezaposlenost ili bilo koji drugi prihod? Za Bodove za Hranu (SNAP) i TANF, navedite i prihode kao što su: VA prihod, alimentacija za djecu, novac od drugih ljudi ili kompenzacija radnika. Ako **da**, popunite donji grafikon.

Ime člana Domaćinstva sa Prihodima	Vrsta Prihoda	Ime Poslodavca/ Izvor Prihoda	Mjesečni iznos (Prije Odbitka)	Koliko često se prima (mjesečno, dvnodjeljno, sedmično)	Plaćanje Po Satu	Sati Sedmično	DATUM(I) PLAĆANJA

Da li neko trenutno štrajkuje? Da Ne

Ako ste samo-zaposleni, navedite iznos svojih mjesečnih poslovnih troškova: \$ _____



Prijava za Beneficije

Recite nam o Resursima Podnosioca Zahtjeva i svih Članova Domaćinstva - Za podnosiocce zahtjeva za TANF, navedite sve resurse za sve članove domaćinstva i podnosiocce zahtjeva za Medicaid koji su stariji (65 ili više godina), Slijepi ili Invalidi (trajno oštećenje koje vam onemogućava da radite)

Da li vi ili neko za koga se prijavljujete posjedujete bilo kakve resurse? Da Ne

Ako **da**, molimo popunite donje informacije (Provjerite sve resurse (imovine) u vašem vlasništvu, vašem supružniku, vašim izdržanim osobama ili u zajedničkom vlasništvu s nekim drugim. Priložite dodatne stranice ako je potrebno).

Provjera Računa Da Ne
Štedni Računi Da Ne
Državne Obveznice Da Ne
Fondovi Povjerenja Da Ne
Nekretnina/Kućna Imovina? Da Ne

Planovi za Pogreb / Unaprijed Plaćene Pogrebne Usluge Da Ne
Grobne Parcele ili Ugovori: Da Ne
Dionice i Obveznice Da Ne
Ostalo (IRA, CD, itd.) Da Ne

Jeste li vi ili vaš supružnik dali neku imovinu za manje od njene vrijednosti? Da Ne

Ako ste na bilo koje od ovih pitanja odgovorili **potvrđno**, opišite u nastavku.

Ime Člana Domaćinstva sa Resursom	Vrsta Resursa	Broj Računa/ Politike	Vrijednost	Naziv Banke, Osiguravajućeg Društva, itd.

Da li vi ili vaš supružnik posjedujete vozilo? Da Ne

Ako **da**, opišite u nastavku.

Član Domaćinstva Koji Posjeduje Vozilo	Marka vozila	Model	Godina	Iznos Duga

Da li vi ili vaš supružnik imate polisu životnog osiguranja? Da Ne

Ako **da**, molimo popunite sljedeće informacije.

Vlasnik Polise	Osiguravajuće Društvo	Broj Polise	Nominalna Vrijednost	Novčana Vrijednost

Recite nam o Troškovima Podnosioca zahtjeva i Svih Članova Domaćinstva (Opcionalno za podnosiocce zahtjeva za Medicaid)

Da li plaćate brigu o izdržavanom djetetu ili odraslom članu domaćinstva sa invaliditetom? Da Ne

Ako **da**, popunite donju tabelu.

Osoba kojoj je potrebna njega	Osoba koja plaća njegu	Razlog njege	Ime/Broj Provajdera	Iznos uplaćen Provajderu	Koliko često se plaća

Da li plaćate troškove prevoza za izdržavano dijete ili odraslog člana domaćinstva sa invaliditetom? Da Ne

Da li su ovi troškovi uključeni u troškove zavisne nege? Da Ne

Ako **ne**, molimo vas odgovorite na ovo pitanje: Ukupno pređenih milja sedmično:



Prijava za Beneficije

Da li neko u domaćinstvu plaća alimentaciju za dijete koje živi van kuće? Da Ne

Ako da, popunite donju tabelu.

Član Domaćinstva Dužan je Platiti	Ime Djeteta za Koje se Plaća Izdržavanje	Obavezni Iznos za Plaćanje	Stvarni Plaćeni Iznos	Kome se Plaća Alimentacija za Djecu?

Recite nam više o Troškovima Podnosioca zahtjeva i Svih Članova Domaćinstva (Opcionalno za podnosiocce zahtjeva za Medicaid)

Da li neko stariji od 60 godina ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove? Da Ne

Ako da, popunite donju tabelu.

Član Domaćinstva Koji Ima Troškove	Vrsta troška (posjeti ljekaru, posjeta bolnici, recepti, premije za Medicare ili Zdravstveno Osiguranje, naočale)	Iznos Duga	Još uvijek duguje? Da/Ne	Datum plaćanja	Hoće li Osiguranje Platiti? Da/Ne

Da li neko stariji od 60 godina ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove za prevoz? Da Ne

Ako da, popunite donju tabelu.

Svrha Putovanja (posjeta ljekaru ili bolnici; preuzimanje apoteke)	Ukupno pređenih milja:	Cijena taksija, autobusa, parkinga ili smještaj:

Imate li vi ili bilo koji član domaćinstva troškove smještaja i komunalije? Da Ne

Ako da, popunite donju tabelu.

Troškovi:	Iznos	Koliko često?	Ko je platio?
Najam/Hipoteka			
Porezi na Imovinu			
Osiguranje Imovine			
Struja			
Plin			
Smeće			
Telefon			
Ostalo			



Prijava za Beneficije

Da li dijelite mjesečne troškove domaćinstva sa nekim u kući? Da Ne

Ako **da**, ko? _____

Komentari/Dokumentacija _____

Plaćeno kome _____ Plaćeni iznos \$ _____ po _____

Ime 'S tanodavca _____

Adresa stanodavca: _____

Da li neko drugi umjesto vas plaća neke od ovih računa za domaćinstvo? Da Ne **Ako da, popunite donju tabelu:**

Ko plaća račun?	Koji računi se plaćaju?
Koji iznos se plaća?	Kome ta osoba plaća račune?

Molimo popunite sljedeće informacije ako se prijavljujete za Medicaid.

Informacije o Poreskoj Prijavi

1. Da li neko u domaćinstvu planira da podnese federalnu prijavu poreza na dohodak SLEDEĆE GODINE? Da Ne

Ako **da**, ko? (Navedite svaku osobu koja planira da podnese dokument.) _____

2. Hoće li bilo koji od navedenih poreskih obveznika podnijeti zajedno sa supružnikom? Da Ne Ako **da**, navedite ime supružnika: _____

3. Hoće li iko od poreskih obveznika tražiti izdržavane članove u svojoj poreznoj prijavi? Da Ne Ako **da**, molimo navedite imena izdržavanih osoba: _____

4. Hoće li iko biti potraživan kao zavisnik od tuđe poreske prijave? Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime poreskog obveznika i izdržavanog lica:

(Filer) _____

(Zavisni) _____

Kako je porezni zavisnik povezan sa poreskim podnosiocem? _____

Odbici: Označite sve što važi i navedite iznos i koliko često ga plaćate.

Alimentacija plaćena \$ _____ Koliko često? _____ Kamata na studentski kredit \$ _____ Koliko često? _____

Premije zdravstvenog osiguranja, 401K i drugi odbici prije oporezivanja \$ _____ Koliko često? _____

Ostali odbici \$ _____ Koliko često? _____ Vrsta: _____

Ostalo zdravstveno osiguranje

1. Ima li neko drugo zdravstveno osiguranje koje pokriva nekoga u vašem domaćinstvu? Da Ne

Ako ste odgovorili **potvrdno** na pitanje 4 iznad, molimo vas popunite sljedeće informacije i Prilog A:

Ime Nosioca Polise	Naziv, Adresa i Broj Telefona Zdravstvenog Osiguranja	Vrsta Pokrića (Bolnica, Medicare Dodatak, Lijekovi, Glavni Medicinski)	Ime Obuhvaćenih Osoba	Datum Stupanja na Snagu	Broj Polise

2. Da li je nekome na listi na ovoj prijavi ponuđeno zdravstveno osiguranje od posla? Označite **da** čak i ako je pokriva s posla nekog drugog, kao što je roditelj ili supružnik.

Da Ne Ako **da**, potrebno je da popunite Prilog A.

Je li ovo plan beneficija državnih službenika? Da Ne



Prijava za Beneficije

3. Jeste li vi ili bilo ko naveden u ovoj aplikaciji izgubio zdravstveno osiguranje u posljednja 2 mjeseca?

a. Da Ako **da**, zašto je izgubljeno?

b. Ne

4. Da li se neko u Hraniteljstvu sa 18 godina prijavio za Medicaid? Da Ne

5. Da li je neko u vašem domaćinstvu Amerikanac ili starosedelac sa Aljaske? Da Ne

Ako **da**, ispunite Prilog B.

Ako je neko star (65 ili više godina), slep ili invalid (trajno oštećenje koje vas sprečava da radite), odgovorite na pitanja. (Opcionalno)

1. Da li se neko prijavljuje za zdravstveno osiguranje slijep ili invalid?

Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime: _____

2. Jeste li vi ili vaš supružnik trenutno pokriveni Medicare-om?

Da Ne Ako **da**, molimo navedite ime: _____

3. Da li se prijavljujete za Medicaid da pokrijete neplaćene medicinske račune iz tri mjeseca prije podnošenja zahtjeva za dodatni sigurnosni prihod (SSI)?

Da Ne Ako **da**, datum SSI prijave: _____

4. Da li se prijavljujete za nekoga ko je sada preminuo i ima neplaćene medicinske račune u posljednja tri (3) mjeseca?

Da Ne

5. Da li se prijavljujete za Medicaid da pomognete u plaćanju njega osobe koja je u staračkom domu?

Da Ne

6. Da li se prijavljujete za Medicaid za osobu stariju od 18 godina čija je SSI provjera prestala?

Da Ne

7. Da li se prijavljujete za Medicaid kako biste pomogli u - plaćanju usluga odricanja od odgovornosti u zajednici, kao što su Usluge Brige u Zajednici, NOW/COMP, Hospice Care, Independent Care Waiver ili Deeming Waiver (Katie Beckett)?

Da Ne



Prijava za Beneficije

Kazne za Program Bodova za Hranu (SNAP).

Možete izgubiti beneficije ili biti predmet krivičnog gonjenja zbog svjesnog davanja lažnih informacija.

- Nemojte davati lažne informacije ili skrivati informacije da biste dobili beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo da dobije.
- Nemojte koristiti Bodove za Hranu (SNAP) ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dozvolite da neko drugi koristi vaše.
- Nemojte koristiti beneficije Bodova za Hranu (SNAP) za kupovinu neprehrambenih artikala kao što su alkohol ili cigarete ili za plaćanje kreditnim karticama.
- Nemojte trgovati ili prodavati Bodove za Hranu (SNAP) ili EBT kartice za ilegalne predmete, kao što su vatreno oružje, municija ili kontrolisane supstance (ilegalne droge).

Svaki član domaćinstva koji namjerno prekrši bilo koje od pravila Bodova za Hranu (SNAP) može biti isključen iz Programa Bodova za Hranu (SNAP) na godinu dana do trajne kazne, novčane kazne do \$250.000 dolara, zatvorske kazne do 20 godina ili oboje. Ona/on takođe može biti predmet krivičnog gonjenja prema drugim važećim Federalnim i Državnim zakonima. Njoj/njemu takođe može biti zabranjeno učešće u Programu Bodova za Hranu (SNAP) na dodatnih 18 mjeseci ako sud naloži.

Svaki član domaćinstva koji namjerno krši pravila ne može dobiti Bodove za Hranu (SNAP) godinu dana za prvi prekršaj, dvije godine za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje beneficija Bodova za Hranu (SNAP) u transakciji koja uključuje prodaju kontrolirane supstance, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo na beneficije prve dvije godine prekršaj, a trajno za drugi prekršaj.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje beneficija u transakciji koja uključuje prodaju vatrenog oružja, municije ili eksploziva, vi ili taj član domaćinstva trajno nećete imati pravo da učestvujete u Program Bodove za Hranu (SNAP) pri prvom prekršaju ovog prekršaja.

Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za dobijanje beneficija od trgovine ljudima u ukupnom iznosu od \$500 dolara ili više, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo da učestvujete u Programu Bodova za Hranu (SNAP) nakon prvog prekršaja ovog kršenja.

Ako se utvrdi da ste vi ili bilo koji član domaćinstva dali lažnu izjavu ili predstavljanje u vezi sa identitetom (ko su) ili mjestom stanovanja (gdje žive) kako biste dobili višestruke beneficije Bodova za Hranu (SNAP), vi ili taj član domaćinstva neće imati pravo da učestvuje u Programu Bodova za Hranu (SNAP) na period od 10 godina.

Kazne za Program TANF

U TANF Programu, IPV (Namjerno Kršenje Programa) je namjerna radnja pojedinca da utvrdi ili zadrži podobnost jedinice za pomoć (AU), ili da poveća ili spriječi smanjenje beneficija AU, pružanjem lažnih ili obmanjujućih informacija ili uskraćivanjem informacija.

- Svaki član domaćinstva koji krije informacije i ne prijavi promjene na vrijeme ili ne kaže istinu izgubit će TANF beneficije za šest mjeseci za prvi prekršaj, dvanaest mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj. Zloupotreba sredstava za gotovinsku pomoć ili TANF DEBIT kartice za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kockarnicama, prodavnicama pića, zabavnim sadržajima za odrasle „strip klubovima“, poker sobama, kaucijom, noćnim klubovima/saloni/tavernama, bingo dvorane, trkama staze, ustanove za igre na sreću, prodavnice oružja/municije, brodovi za krstarenje, psihički čitači, prodavnice za pušače, prodavnice za tetoviranje/pirsing i spa/masažni saloni je strogo zabranjeno i rezultiraće gubitkom TANF beneficija na šest meseci za prvo kršenje, dvanaest mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud utvrdi da vi ili bilo koji član domaćinstva krijete informacije ili ne prijavite promjene na vrijeme ili ne kažete istinu i budete osuđeni, ne možete dobiti TANF 6 mjeseci za prvi prekršaj, 12 mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud proglaši vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za davanje lažnih informacija o tome gdje živite kako biste mogli primati beneficije u više od jedne države, bit ćete zastarjeli 10 godina.
- Ako vas je sud osudio za optužbu u vezi sa drogom, kontrolisanu supstancu ili ozbiljno nasilno krivično delo 1/1/1997 ili nakon toga, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo i/ili trajno diskvalifikovati.

Za Sve Kandidate za Medicaid:

Da biste prijavili sumnju na prevaru Medicaid-a za primaoca ili pružaoce usluga, pozovite Ured glavnog inspektora Odjela za Zdravstvo u Zajednici Gruzije na (lokalni) (404) 463-7590 ili (besplatan) (800) 533-0686; putem e-pošte na oiganonymous@dch.ga.gov; poštom u Odjel za Zdravstvo Zajednice, OIG PI Odjeljak, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19. sprat, East Tower, Atlanta GA 30334; ili posjetite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



Prijava za Beneficije

Za sve podnosiocje zahtjeva za Bodove za Hranu (SNAP), TANF i Medicaid:

Izjavljujem pod kaznom za krivokletstvo prema mom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju se prijavljujem za beneficije državljanin(e) SAD-a ili nedržavljanin(e) zakonito prisutna u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovoj aplikaciji. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji informacije koristiti za praćenje informacija o plaćama i mog učešća u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu u mojoj situaciji u skladu sa zahtjevima programa Bodove za Hranu (SNAP) i/ili TANF. Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitke na lutriji ili kockanju, bruto iznos od \$4250 dolara ili više (prije poreza ili drugih iznosa koji se zadržavaju). Ove dobitke ću prijaviti u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo primi dobitke. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim da kažem DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom mog procesa prijave ili obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih SNAP beneficija.

Odjeljenje za Ljudske Usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lične Podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte i datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

Potpis Podnosioca zahtjeva

Datum

Potpis Ovlaštenog Predstavnika

Datum

INFORMACIJE O REGISTRACIJI BIRAČA

Ako niste registrovani za glasanje tamo gde sada živite, da li biste se danas prijavili da biste glasali ovde?

_____ Da

_____ Ne

_____ Ne želim da odgovaram na pitanje o Registraciji Birača.

Podnošenje zahtjeva za registraciju ili odbijanje registracije za glasanje neće uticati na iznos pomoći koju će vam ova agencija pružiti.

Ako želite pomoć u popunjavanju obrasca za Registraciju Birača, mi ćemo vam pomoći. Odluka da li ćete tražiti ili prihvatiti pomoć je vaša. Prijavni formular možete popuniti privatno.

Ako smatrate da se neko umešao u vaše pravo da se registrujete ili da odbijete da se registrujete za glasanje, vaše pravo na privatnost prilikom odlučivanja da li da se registrujete ili podnesete zahtev za registraciju za glasanje, ili vaše pravo da izaberete svoju političku stranku ili drugu političku preferenciju, možete podnijeti Žalbu Državnom Sekretaru na adresi 2 Martin Luther King Jr. Vozi, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom na (404) 656-2871.

AKO NE OZNAČITE NIJEDNU KUTIJICU, SMATRAT ĆE SE DA STE ODLUČILI NE REGISTRIRATI SE ZA GLASANJE U OVOM TRENUTKU.

Kopija aplikacije za Registraciju Birača u Gruziji je uključena u DFCS prijave, obnove i obrasce za promjenu adrese. Također možete zatražiti aplikaciju za Registraciju Birača od svog službenika. Ako popunite prijavu za Registraciju Birača, podnesite je Uredu Državnog Sekretara Gruzija slijedeći uputstva navedena u aplikaciji za Registraciju Birača.



Prijava za Beneficije

(Sačuvajte ove dokumente za svoju informaciju)

Šta Znače Riječi Korištene u oOvoj Aplikaciji?

Ova tabla objašnjava riječi koje smo koristili u ovoj aplikaciji.

Podnosilac prijave	Pojedinac koji se prijavi za primanje javne pomoći ili beneficija.
Jedinica za Pomoć (AU)	Jedinica za pomoć uključuje osobe koje ispunjavaju uslove koje žive zajedno, uključujući trudnicu i nerođeno dijete, i primaju javnu pomoć/beneficije.
Čuvar	Roditelj, trudnica, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavi i prima TANF sa decom o kojoj se brine, uključujući i nerođeno dete.
Diskvalifikovan	Radnja poduzeta da se pojedinac ukloni iz slučaja Bodova za Hranu (SNAP) ili TANF jer nisu rekli istinu i dobili beneficije koje nisu trebali dobiti.
Elektronski Prijenos Beneficija (EBT)	Sistem koji se koristi u Gruziji za isplatu beneficija pojedincima koji ispunjavaju uslove za Bodove za Hranu (SNAP). Pojedinac koji prima pomoć dobijaju EBT debitnu karticu, koja se koristi za pristup njihovim računima za Bodove za Hranu (SNAP).
Elektronska Komunikacija	<p>Imate mogućnost da odaberete kako želite primati obavještenja o vašim podacima. Ako odaberete da primete obavještenja putem e-pošte ili tekstualnih poruka, primit ćete poruku koja vas obavještava da imate obavijest u Mojim Obavijestima koje se nalaze na Korisničkom Portalu GA Gateway.</p> <p>Za Komunikaciju putem E-pošte, morate nam dati svoju adresu e-pošte i prihvatiti odredbe i uslove za obaveštenja bez papira koja se nalaze na GA Gateway Korisničkom Portalu nakon što kreirate nalog. Posjetite web stranicu Korisničkog Portala GA Gateway na www.gateway.ga.gov da ažurirate postavke obavještenja.</p> <p>Za Komunikaciju putem SMS-a, morate nam dati svoj broj telefona. Standardne tarife za poruke i podatke može se prijaviti. Ovo se može razlikovati od operatera, molimo provjerite sa svojim provajderom.</p>
EPPICard debitna MasterCard kartica	Država Georgia je implementirala pogodnu opciju "elektronskog" plaćanja za primaoca TANF-a pod nazivom EPPICard debitna MasterCard kartica. Kod ove opcije plaćanja, novac se polaže na račun primaoca prvog kalendarskog dana u mjesecu. Ako prvi padne na vikend ili praznik, beneficije su dostupne posljednjeg radnog dana u prethodnom mjesecu. Primaalac ima trenutni pristup svojim sredstvima jer se sredstva elektronski učitavaju na debitnu MasterCard karticu.
Priznanje Srodnika	Roditelj, trudnica, rođak ili zakonski staratelj koji podnese zahtjev i prima TANF u svoje ime u ime djece, uključujući i nerođeno dijete.
Bruto Prihod	Ukupni prihod osobe prije uzimanja u obzir poreza ili drugih odbitaka.
Beskućnik Pojedinac	Lice koje nema stalno i redovno noćno boravište ili lice čije je primarno noćno boravište: <ul style="list-style-type: none"> • sklonište pod nadzorom dizajnirano za privremeni smještaj (kao što je socijalni hotel ili sklonište za skupove); • poluotvoreni dom ili slična institucija koja pruža privremeni smještaj osobama koje će biti institucionalizirane; • privremeni smještaj ne duži od 90 dana u rezidenciji druge osobe; ili • mjesto koje nije namijenjeno ili uobičajeno koristi kao redoviti smještaj za spavanje ljudi (kao što su hodnik, autobusna stanica, predvorje ili slična mjesta).
Članovi Domaćinstva	Pojedinci koji žive u vašem domu. Za Bodove za Hranu (SNAP), pojedince koji žive zajedno i zajedno kupuju i pripremaju svoje obroke.
Prihodi	Isplate kao što su naknade, plate, provizije, bonusi, naknade za radnike, invalidnost, penzije, penzijske beneficije, kamate, alimentacija za djecu ili bilo koji drugi oblik primljenog novca.



Prijava za Beneficije

<p>Zakon o olakšicama za srednju klasu iz 2012. godine.</p>	<p>Ovaj Zakon zabranjuje korištenje sredstava za novčanu pomoć ili TANF Debitnih Kartica za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kazinima, prodavnicama alkoholnih pića, sadržaji za zabavu za odrasle, poker sobama, garancije za kauciju, noćnim klubovima/salonima/krcmama, bingo dvorane, trkačkim stazama, igraonicama, prodavnicama oružja/municije, brodovima za krstarenje, psihički čitaoci, prodavnicama za pušenje, prodavnice za tetoviranje/probadanje i prodavnice za masažu/spa. Upotreba novčanih sredstava pomoći ili TANF Debitne Kartice u ovim preduzećima će predstavljati namjerno kršenje programa (prevaru) od strane primaoca.</p>
<p>Migranti Radnici na Farmi</p>	<p>Pojedinci koji su sezonski radnici na farmi i koji se sele iz jedne matične baze u drugu da rade ili traže posao na farmi.</p>
<p>Nepodnosilac zahtjeva</p>	<p>Pojedinac koji NE aplicira za ili ne prima javnu pomoć/beneficije. Od osoba koje ne podnose zahtjev nije potrebno da navedu broj socijalnog osiguranja, državljanstvo ili imigracioni status.</p>
<p>Kvalificirani Stranac/Imigrant</p>	<p>Kvalificirani <i>stranac/imigrant</i> je osoba koja legalno boravi u SAD-u koja spada u jednu od sljedećih kategorija:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba kojoj je <i>zakonito odobren stalni boravak</i> (LPR) prema Zakonu o Imigraciji i Državljanstvu (INA); <i>Amerazijski imigrant</i> prema članu 584 Zakona o Inostranim Operacijama, Finansiranju Izvoza i SrodimProgramima iz 1988. Osoba kojoj je odobren <i>azil</i> prema članku 208. INA-e; <i>Izbjeglice</i>, primljene prema članu 207. INA-e; Osoba puštena na uvjetnu slobodu kao izbjeglica ili azilant prema članku 212 (d)(5) INA-e; Osoba čija se deportacija zadržava u skladu s člankom 243(h) INA-e na snazi prije 1. travnja 1997. ili članom 241(b)(3) INA-e, s izmjenama; Osoba kojoj je <i>odobren uvjetni ulazak</i> prema članku 203(a)(7) INA-e koji je bio na snazi prije 1. travnja 1980.; <i>Kubanski ili Haićanski imigranti</i> kako je definisano u članu 501(e) Zakona o Pomoći u Obrazovanju Izbeglica iz 1980. godine; <i>Žrtve trgovine ljudima</i> prema članu 107(b)(1) Zakona o Zaštiti Žrtava Trgovine Ljudima iz 2000. godine; <i>Pretučeni imigranti</i> koji ispunjavaju uslove navedene u članu 431 (c) Zakona o Ličnoj Odgovornosti i Pomirenju Radnih Mogućnosti iz 1996. godine, sa izmenama i dopunama; <i>Afganistanski ili Irački imigranti</i> kojima je odobren status posebnog imigranta prema članu 101(a)(27) INA-e (podložno određenim uvjetima); <i>Američki Indijanci</i> rođeni u Kanadi koji žive u SAD-u u skladu s člankom 289 INA-e ili nedržavljeni federalno priznatog indijanskog plemena prema Odjeljku 4(e) Zakona o Samoopredeljenju Indijanaca i Pomoći u Obrazovanju i; <i>Članovi plemena Hmong ili Highland Laosa</i> koji su pružili pomoć američkom osoblju učestvujući u vojnim ili spasilačkim operacijama tokom Vijetnamske Ere (8/05/1964 – 5/07/1975). <p>Samo za podnositelje zahtjeva za Medicinsku Pomoć, Pakt o Slobodnom Udruživanju (COFA) obuhvaća državljanke Saveznih Država Mikronezije, Republike Maršalovih Otoka i Republike Palau. COFA migranti ne moraju ispuniti rok od 5 godina.</p>
<p>Resursi</p>	<p>Gotovina, vlasništvo, ili imovina kao što su bankovni računi, vozila, dionice, obveznice i životno osiguranje.</p>
<p>Sezonski Radnici na Farmi</p>	<p>Pojedinci koji rade u određeno doba godine na sadnji, branju ili pakovanju proizvoda. Zapošljavaju se na određeno vrijeme kada posao zahtijeva više radnika nego što ga farma zapošljava redovno.</p>
<p>Trgovina u programu Bodova za Hranu (SNAP).</p>	<p><i>Promet SNAP pogodnosti</i> znači: (1) Kupovina, prodaja, krađa, ili druga razmjena SNAP beneficija izdanih i pristupljenih putem EBT kartica, brojeva kartica i PIN brojeva ili putem ručnog vaučera i potpisa, za NOVAC ili neku drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu, bilo direktno, indirektno, u zajedničkom dogovoru s drugima ili djelujući samostalno; (2) Razmjena oružja, municije, eksploziva, ili kontroliranih supstanci; (3) Kupovina proizvoda s SNAP beneficijama koji ima ambalažu s povratnim depozitom s ciljem dobivanja novca odbacivanjem proizvoda i vraćanjem ambalaže za povrat depozita, namjerno odbacivanje proizvoda i namjerno vraćanje ambalaže za povrat depozita; (4) Kupovina proizvoda s SNAP beneficijama s ciljem dobivanja novca ili druge naknade osim za odgovarajuću hranu putem ponovne prodaje proizvoda, a zatim namjerno ponovna prodaja proizvoda kupljenih s SNAP beneficijama u zamjenu za novac ili drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu; (5) Namjerno kupovanje proizvoda koji su izvorno kupljeni s SNAP beneficijama u zamjenu za novac ili drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu; (6) Pokušaj kupovine, prodaje, krađe ili druge razmjene SNAP beneficija izdanih i pristupljenih putem elektroničkog prijenosa beneficija (EBT) kartica, brojeva kartica i osobnih identifikacijskih brojeva (PIN-ova) ili putem ručnog vaučera i potpisa, za novac ili neku drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu, bilo direktno, indirektno, u zajedničkom dogovoru s drugima ili djelujući samostalno.</p>

Obavještenje o pravima iz ADA/član 504

Pomoć za Osobe sa Invaliditetom

Gruzija Odjel za Ljudske Usluge i Odjel za Zdravstvo Zajednice Gruzije ("Odjeli") dužni su prema federalnom zakonu* pružiti osobama s invaliditetom jednak pristup i mogućnost sudjelovanja u programima, uslugama ili aktivnostima koje pružaju Odjeli i kvalificirati se za iste. Ovo uključuje programe kao što su SNAP, TANF i Medicinska Pomoć.

Odeljenja obezbeđuju razumne modifikacije kada su modifikacije neophodne kako bi se izbegla diskriminacija na osnovu invaliditeta. Na primjer, možemo promijeniti politike, prakse ili procedure kako bismo omogućili jednak pristup. Kako bismo osigurali jednako efikasnu komunikaciju, osobama sa invaliditetom ili njihovim pratiocima sa invaliditetom pružamo pomoć u komunikaciji, kao što su tumači za znakovni jezik. Naša pomoć je besplatna. Od odjela se ne zahtijeva da izvrše bilo kakvu modifikaciju koja bi rezultirala fundamentalnom promjenom prirode usluge, programa ili aktivnosti ili neopravdanim finansijskim i administrativnim opterećenjima.

Kako zatražiti Razumnu Modifikaciju ili Pomoć u Komunikaciji

Molimo kontaktirajte svog službenika ako imate invaliditet i trebate razumnu modifikaciju, pomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. Na primjer, pozovite ako vam je potrebna pomoć ili usluga za efikasnu komunikaciju, poput tumača za znakovni jezik. Možete kontaktirati svog službenika za slučajeve ili nazvati DFCS na (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) tim na 678-248-7449 da podnesete svoj zahtjev. Također možete podnijeti zahtjev koristeći DFCS ADA Obrazac Zahtjeva za Razumnu Izmjenu, koji je dostupan u vašoj lokalnoj kancelariji DFCS-a ili na mreži na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ili možete dobiti Obrazac Zahtjeva za Razumnu Izmjenu DCH ADA u kancelariji KB-a, online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ili možete poslati svoj zahtjev za izmjenu na DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Kako Podnijeti Žalbu

Imate pravo podnijeti žalbu ako su vas Odjeli Diskriminirali zbog vašeg invaliditeta. Na primjer, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije ako ste zatražili razumnu izmjenu ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumnom roku. Možete podnijeti pritužbu usmeno ili pismeno tako što ćete kontaktirati svog radnika na predmetu, vašu lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Coordinator na adresi 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za DCH, kontaktirajte KB tima ADA/ koordinatora Sekcije 504 na 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ili P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH adresa e-pošte je: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Možete zatražiti od svog radnika na predmetu kopiju obrasca za pritužbu o građanskim pravima DFCS-a. Obrazac žalbe je također dostupan na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Ako vam je potrebna pomoć u podnošenju žalbe zbog diskriminacije, možete kontaktirati gore navedeno osoblje DFCS-a. Osobe koje su gluhe ili imaju oštećenje sluha ili koje mogu imati smetnje u govoru mogu nazvati 711 kako bi operator uspostavio vezu s nama. E-pošta za žalbe na DCH građanska prava je: dch.civilrights@dch.ga.gov. Veza za proces DCH građanskih prava i obrazac za žalbu nalazi se na: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Također možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije odgovarajućoj saveznoj agenciji. Kontakt Informacije za SAD. Ministarstvo poljoprivrede (USDA) i SAD. Odjel za Zdravstvo i Ljudske usluge (HHS) je u okviru „Izjave o nediskriminaciji“ koja je uključena.

**Odjeljak 504 Zakona o rehabilitaciji iz 1973. godine; Američki Zakon o osobama s Invaliditetom iz 1990. godine; i Američki Zakon o izmjenama zakona o osobama s Invaliditetom iz 2008. godine osiguravaju da osobe s invaliditetom budu zaštićene od nezakonite diskriminacije.*

Prema politici **Ministarstva Zdravlja Zajednice (DCH)**, programi Medicinske Pomoći ne mogu vam uskratiti pravo ili beneficije na osnovu vaše rase, starosti, pola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili vjere.

Nemojte slati aplikacije USDA ili HHS

Izjava o Nediskriminaciji

U skladu sa federalnim zakonima o građanskim pravima i U.S. Propisi i politike Ministarstva Poljoprivrede (USDA) o građanskim pravima, USDA, njenim agencijama, uredima i zaposlenicima i institucijama koje učestvuju u ili upravljaju programima USDA zabranjeno je diskriminaciju na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, pola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjersko uvjerenje, invaliditet, godine, politička uvjerenja ili odmazdu ili odmazdu za prethodnu aktivnost u vezi s građanskim pravima u bilo kojem programu ili aktivnosti koju provodi ili finansira USDA. Programi koji primaju federalnu finansijsku pomoć od SAD-a Odeljenje za Zdravstvo i Ljudske Usluge (HHS), kao što je Privremena Pomoć za Porodice u Potrebi (TANF), i programi kojima HHS direktno upravlja, takođe su zabranjeni od diskriminacije prema saveznim zakonima o građanskim pravima i propisima HHS.

Osobe sa invaliditetom kojima su potrebna alternativna sredstva komunikacije za informacije o programu (npr. Brajevo pismo, velika štampa, audio traka, Američki Znakovni Jezik), treba da kontaktiraju agenciju (državnu ili lokalnu) u kojoj su se prijavili za beneficije. Pojedinci koji su gluvi, imaju oštećenja sluha ili imaju poteškoće u govoru mogu kontaktirati USDA preko Federalne Relay Službe na (800) 877-8339. Osim toga, informacije o programu mogu biti dostupne na jezicima koji nisu Engleski.

ŽALBE ZA GRAĐANSKA PRAVA KOJE UKLJUČUJU PROGRAME USDA

USDA pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi, kao što su Program Dodatne Pomoći u Ishrani (SNAP), Program Distribucije Hrane u Indijskim Rezervatima (FDPIR) i drugi. Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju u programu, popunite Obrazac za Žalbu zbog Diskriminacije u Programu (AD-3027) koji se nalazi na <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, i na bilo kojem USDA ured ili napišite pismo upućeno USDA i navedite u pismu sve informacije koje se traže u obrascu. Da biste zatražili kopiju obrasca za reklamaciju, pozovite (866) 632-9992. Pošaljite svoj popunjeni obrazac ili pismo USDA na:

1. **Pošta:** Služba za Hranu i Ishranu, USDA
1320 Braddock Place, soba 334, Aleksandrija, VA 22314; ili
2. **faks:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **E-pošta:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Za bilo koje druge informacije u vezi sa problemima SNAP-a, osobe treba ili kontaktirati USDA SNAP telefonski broj na (800) 221-5689, koji je takođe na Španskom jeziku, ili nazvati državne [informacije/brojeve dežurne linije](#) (kliknite na link za popis brojeva dežurne linije do država); pronađeno online na: [SNAP telefonska linija](#).

ŽALBE ZA GRAĐANSKA PRAVA KOJE UKLJUČUJU HHS PROGRAME

HHS pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe koji poboljšavaju zdravlje i blagostanje, uključujući TANF, Head Start, Program za Pomoć Niskoproračunskim Domaćinstvima za Energiju (LIHEAP) i druge. Ako vjerujete da ste bili diskriminirani zbog svoje rase, boje kože, nacionalnog porijekla, invaliditeta, starosti, spola (uključujući trudnoću, seksualnu orijentaciju i rodni identitet) ili religije u programima ili aktivnostima koje HHS direktno upravlja ili kojima HHS pruža saveznu finansijsku pomoć, možete podnijeti žalbu Uredu za Građanska Prava (OCR) za sebe ili za nekog drugog.

Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju za sebe ili nekog drugog u vezi sa programom koji prima federalnu finansijsku pomoć putem HHS-a, ispunite obrazac online putem OCR-ovog Portala za Žalbe na <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Takođe možete kontaktirati OCR putem pošte na: Centralizirane Operacije Upravljanja Predmetima, U.S. Odeljenje za Zdravstvo i Ljudske Usluge, 200 Independence Avenue, S.W., soba 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; faks: (202) 619-3818; ili email: OCRmail@hhs.gov. Za bržu obradu, preporučujemo vam da koristite OCR online portal za podnošenje žalbi, a ne putem pošte. Osobe kojima je potrebna pomoć oko podnošenja tužbe o građanskim pravima mogu poslati e-poštu OCR-u na OCRMail@hhs.gov ili pozvati OCR besplatno na 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Za osobe koje su gluve, imaju oštećenje sluha ili imaju poteškoća s govorom, molimo da pozovite 7-1-1 kako biste pristupili uslugama telekomunikacijskog releja. Pružamo i alternativne formate (kao što su Brajevo pismo i krupno pismo), pomoćna pomagala i usluge jezične pomoći besplatno za podnošenje žalbe.

Ova institucija pruža jednake mogućnosti.

U okviru Odjela za Ljudske Usluge (DHS), takođe možete podnijeti druge žalbe zbog diskriminacije tako što ćete kontaktirati svoju lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS za Građanska Prava, ADA/Section 504 Coordinator na Odjelu za Ljudske Usluge Gruzije, Ured Glavnog Savjetnika, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za žalbe koje se odnose na diskriminaciju na osnovu ograničenog poznavanja Engleskog jezika, kontaktirajte DHS Program Ograničenog Znanja Engleskog jezika i Senzornog Oštećenja pri Odjeljenju za Ljudske Usluge Georgije, Ured Glavnog Savjetnika, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

Nemojte slati aplikacije USDA ili HHS