



Aplikacija za Prednosti

Morate predati, faksom ili poštom završenu prijavu vašoj lokalnoj okružnoj kancelariji.

Ako vam je potrebna pomoć u čitanju ili dovršenju ovog dokumenta ili u komunikaciji sa nama, pitajte nas ili nazovite (877) 423-4746. Naše usluge, uključujući tumače, su besplatne. Ako ste gluhi, tvrdosluh, gluho-slijepi ili imate poteškoća u govoru, možete nas pozvati na gorenajavi broj biranjem broja 711 (Georgia Relay).

Koje usluge nudimo u Odjelu za usluge obitelji i djece (DFCS)?

DFCS nudi sljedeće usluge :



Pomoć u hrani

Prednosti Kartica za hranu (SNAP) mogu se koristiti za kupovinu hrane u bilo koju prodavnicu koja ima znak EBT/Quest. Oduzmićemo cenu vaše hrane sa vašeg računa Kartica za hranu (SNAP).



Novčana pomoć/Usluge i podrške zapošljavanju Privremena pomoć za potrebe porodica (TANF) pruža novčanu pomoć porodicama sa zavisnom djecom na ograničeno vrijeme. Roditelji ili starijaci koji su uključeni u grant traže da učestvuju u programu rada. Program novčane pomoći isto tako pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja nisu podobna za TANF program.

- **Baka i deda** Podizanje unučadi (**GRG**) pružice neophodnu podršku kako bi se o deci brinuli u domovima svojih baka i deda.



Medicinska pomoć

Medicaid, za one koji imaju pravo, može pomoći platiti medicinske račune, posjete liječnika, i Medicare premije.

Usluge zajednice za pružanje pomoći siromašnima

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



Kako da se prijavim za beneficije?

Korak 1. Popunite prijavu.

Pažljivo pročitajte pitanja i dajte tačne informacije. Znak i datum prijave.

Korak 2. Predate prijavu lokalnoj kancelariji.

Moraćete da skinete stranice 1-2, 17-20 i zadržite ih za sebe.



Mail, **fax**, ili **donesite** stranice **3-16** ove aplikacije u vaš lokalni **odjel Porodične i dečije usluge (DFCS) ureda**. Možete **locirati vaš lokalni ured na** <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Ako vi ili osoba za koju se prijavljujete imate pravo na beneficije, pogodnosti za Marku za hranu (SNAP) bit će obezbjeđene od datuma kada primite prijavu sa vašim imenom, adresom i potpis na njemu. TANF beneficije će biti obezbjeđene od datuma kada je aplikacija odobrena.

Najčešći pitanja

Koliko treba da se dobije Beneficija?

Kartice za hranu (SNAP): do 30 Dejna

TANF: do 45 Dejna

Medicaid: 10 do 60 Dejna

Možete dobiti Kartice za hranu (SNAP) u roku od 7 Dejna ako se kvalifikovate. Vidite stranicu 6.

Koliko cu dobiti?

Iznos prihoda određiva iznos beneficije. Moći će vam dati konkretne informacije prilikom osnivanja vaše podobnosti.

Kako ću dobiti svoje Beneficije?

Za Kartice za hranu (SNAP) dobiti ćete karticu za Elektronski transfer koristit ćete (EBT) za pristup za njegove prednosti. Za TANF dobiti ćete EPPIC Debit Mastera karticu za pristup beneficija. Za Medicaida, dobićete karticu za svakog člana sa ovlaštenim.

Možete tražiti sljedeće informacije:

- Dokaz o identitetu Prijavis Za Markice za hranu (SNAP) i/ili TANF. Identifikaciona kartica (ID) ili vozačke dozvole (DL) je prihvatljivo oblik verifikacije. Dokaz o identitetu nije potreban kandidatima za medicinsku pomoć.
- Dokaz o SAD Državljanstvu/kvalificirani status imigranata za sve koji traže beneficije. Ako se prijavite samo za Hitne medicinske usluge (EMA) ne morate dovesti svoj SSN ili informacije o njegovom imigracijskom statusu.
- Brojevi socialnog osiguranja svih koji traže pomoć.
- Dokaz o prihodima *na primjer*, plate, plaćanje izdržavanja i pisma o prihodima. Dokazi o uplati pomoći nisu potrebni kandidatima za medicinsku pomoć.
- Dokaz o potrošcima kao računi za njegu djece, medicinski računi, troškovi zdravstvenog transporta, potrošci/hipoteka, i uplatite za pomoć djetetu. Ove informacije nisu potrebne kandidatima za medicinsku pomoć.

Prvo ćemo pokušati provjeriti status državljanstva/imigracije i informacije o prihodima putem elektronskih izvora podataka. Za predaju prijave nisu potrebni dokumenti za ovjeru papira; Međutim, dokumenti mogu donje uz aplikaciju. Ako ne možemo potvrditi putem elektronskih izvora podataka i ako vam je potrebna pomoć da dobijete ovu informaciju, molim vas da Vijetnamu kažete.



Aplikacija za Prednosti

Ako se prijavljujete za Bodove za hranu (SNAP), TANF i/ili Medicaid, možete podnijeti zahtjev za beneficije samo sa vašim imenom, adresom i potpisom. Međutim, može nam pomoći da obradimo vaš zahtjev brže ako dovršite cijeli obrazac. Ovaj obrazac možete koristiti da biste podnijeli zajednički zahtjev za više od jednog programa ili samo za program Bodove za hranu (SNAP). Vaš (SNAP) zahtjev neće biti odbijen samo on osnovu da je vaš zahtjev za drugi program odbijen. Napraviti ćemo odvojeno određivanje podobnosti za vaš zahtjev Bodove za hranu (SNAP). Ukoliko ste u ustanovi i istovremeno se prijavljujete za Bodove za hranu (SNAP) i SSI, datum podnošenja prijave je datum kada ste pušteni iz ustanove.

Korak 3. Razgovaraj sa nama.

Možda ćete morati da završite intervju sa radnikom. Ako je tako, zakazaćemo vam ga. Ovaj intervju može biti završen telefonom.

Kako da koristimo lične podatke ?

Morate osigurati samo brojeve socijalnog osiguranja (SSN) i državljanstvo ili imigracioni status za ljude koji se žele prijaviti za beneficije. Ove informacije će se koristiti za proveru sistema prihoda i podobnosti (IEVS). Takodje ćemo se poklapati sa našim informacijama protiv drugih federalnih, državnih i lokalnih agencija proveravale bi vase prihode i ovlast, pratili bismo informacije o dohotu i ucescu na djels Rada. Ako nas član Kuća ne želi davati podatke o svom SSN-u, državljanstvu ili imigracionom statusu samo za hitne medicinske usluge, ne morate pružati svoj SSN ili informacije o njegovom imigracijskom statusu.

Može li neko drugi prijaviti Za mene?

Za Markice za hranu (SNAP) ja Medicaid, a ostali članovi kuće mogu primati beneficije. Ako se prijavljujete ili ako zamolite nekoga da se prijavi za Vas. Za TANF svako će se prijaviti ali roditelj ili stariji moraju biti ispitani.



Aplikacija za Prednosti

(Dovršite ovu prijavu i vratite je u vaš lokalni okružni DFCS ured.)

Za šta se prijavljujem? (Provjeri sve što vrijedi)

- Bodovi za hranu (Program pomoć u dopunskim prehranama (SNAP))**
Program dopunske pomoći prehrani (SNAP), ranije poznat kao Bodovi za hranu, je federalni financirani program koji pruža mjesečne pogodnosti za domaćinstva s niskim prihodima kako bi se pomoglo u plaćanju troškova hrane. Program pruža i edukaciju o ishrani porodicama kako bi se zadobio njihovu hranu i nutricionere potrebe i pruža mogućnosti zapošljavanja i obuke kako bi se porodicama pomoglo da steknu zaposlenje to dovodi do manje zavisnosti od SNAP-a.
- Privremena pomoć za potrebe porodica (TANF)**
Privremena pomoć za porodice u nevoljama (TANF) pruža privremene mjesečne novčane uplate, jednostruka novčana plaćanja, ili druge usluge podrške, kako bi se ojačale porodice s djecom. Ako ste djetetov roditelj, ili staratelj koji bi želio biti uključen u grant, od vas ćemo zahtijevati da učestvujete u programu rada.
- Baka i djed odgajaju unuke (GRG)**
Baba i deda Podizanje unučadi (GRG) obezbediće dodatne novčane uplate kako bi deca bila zgužvana u domovima svojih baka i deda. **Kandidati moraju podnijeti zahtjev za TANF** da bi bili u ekvizi **za GRG**.
- Pomoć u gotovini izbjeglica**
Program Pomoć u gotovini izbjeglica pruža finansijsku pomoć izbjegličkim domaćinstvima koja nisu prihvatljive za TANF program. **Termin izbjeglica uključuje izbjeglice, kubanske/ haićanske** entrante, **žrtve trgovine ljudima**, Amerasijance, Asylees, Afganistance ili **Iračane sa specijalnom** imigrantskom vizom (SIV) ili **s ovlaštenim afganistanskim uvjetnim otpustima**.
- Medicaid**
Medicaid nudi medicinskupokrivenost starijim, slijepim ili invalidnim odraslim osobama, trudnicama, djeci i obiteljima. Kada se prijavite, pogledat ćemo sve Medicaid programe i odlučiti koje ćete možda dobiti.

Molimo vas da popunite karton ispod o kandidatu.

| | | | |
|---|-----------------|---|--------|
| Ime | Srednji početni | Prezime | Sufiks |
| Adresa gdje živite | | Apt | |
| Grad | Stanje | Poštanski broj | |
| Adresa za slanje pošte (Ako je drugačije) | | | |
| Glavni telefonski broj | | Drugi broj kontakta | |
| Elektronska komunikacija: Email Address (opcionarno): Email: Da ___ ili Ne ___ (opcionarno) Slanje poruka: Da ___ ili Ne ___ (opcionarno) | | | |
| Koji je vaš željeni jezik? | | Ako je potreban intervju, da li će vam trtreatati trebati prevodilac? Da ili ___Ne___ | |

Zakon o Amerikancima s invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji (ako je primjenjivo):

Imate li invaliditet koji će zahtijevati razumnu izmjenu ili pomoć u komunikaciji? Da ___ No___ (Ako da, molimo vas da opišete Razumnu izmjenu ili komunikacijsku pomoć koju zahtijevate):

Tumač za znakovni jezik ___; TTY___; Veliki print___; Elektronska komunikacija (email)___; Pismo___; video Relej ___; Cued govorni tumač ___; Usmeni tumač ___; Taktilni tumač ___; Telefonski poziv podsjetnik na rok programa s___; Telefonski potpis (ako je primjenjivo)___; Intervju licem u lice (kućna posjeta)___; Drugo: _____ Trebate li ovu Razumnu izmjenu ili komunikacijsku pomoć ___jedno vrijeme ili u tijeku ___? Ako je moguće, kratko objasnite kada i koliko vam je potrebna ova izmjena ili pomoć?



Aplikacija za Prednosti

Za sve podnosiocce zahtjeva za Bodove za hranu (SNAP), TANF i Medicaid:

Izjavljujem pod kaznom krivokletstva najbolje od mog znanja i uvjerenja da je osoba(e) za koju prijavljujem za povlastice/ su američki građanin(i) ili su necitizens(i) zakonito prisutni u SAD-u. Još potvrđim da su sve informacije koje su date na ovom zahtjevu istinite i ispravne po mom znanju. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne agencije mogu potvrditi informacije koje dajem na ovoj prijavi. Informacija se može dobiti od prošlih ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će moje informacije biti korištene informacija o plaćama i učešće u radu aktivnosti.

Prijavit ću bilo kakvu promjenu u mojoj situaciji prema zahtjevima Bodova za hranu (SNAP) i/ili TANF programa. Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitak na lutriji ili kockanju, bruto iznos od 4250 dolara ili više (prije nego što se prešute porezi drugih iznosa). Prijavit ću ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo prima dobitak. Razumijem ako je bilo koja informacija neispravna, moje koristi mogu biti smanjene ili odbijene, a ja mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili diskvalificiran iz DHS-DFCS programa za znajući pružanje neispravnih informacija. Razumijem da mogu biti procesuiran ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako ne uspijem reći DHS-DFCS-u za neke od mojih troškova za vrijeme moje prijave ili procesa obnove i /ili ne uspijem da ih provjerim, DHS-DFCS neće budžetirati te troškove u računanju iznosa mojih bodova za hranu (SNAP).

Odjel za ljudske usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lično identifikovane informacije (PII), kao što su imena, adrese, telefonski brojevi, e-mail adrese, i datumi rođenja itd., tokom vaše prijave za beneficije. Slažući nam bilo kakve lične podatke, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkrivati bilo kakve takve lične podatke u skladu sa DHS politikama, procedurama, i kako je to dozvoljeno ili zahtevano zakonom i/ili propisima.

| | |
|---|---------------|
| Datum | Potpis |
| Potpis svjedoka ako je potpisan od "X" | Datum |

Ovlašteni predstavnik:

Dovršite ovaj odeljak samo ako želite da osoba ili organizacija popune vašu prijavu, dovršite intervju i/ili koristite svoju EBT karticu za kupovinu hrane kada ne možete u prodavnicu. Molimo vas da proverite za svaki tip programa koga želite da odredite kao ovlašćenog predstavnika. Molimo proverite koje dužnosti želite da osoba ili organizacija imaju. Ako se prijavljujete za Medicaid, možete odabrati više osoba ili organizacija koje će djelovati u vaše ime.

Ovlašteni predstavnik 1 Vrste programa: Bodovi za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni zastupnik 1 Dužnosti: Prijavite se u ime prijavioca Kompletan i predate obrazac za obnovu Primate kopije obavijesti i druge komunikacije Akt u ime prijavioca u svim drugim stvarima Primate TANF karticu beneficije (EPPIC)

Ime osobe 1: _____

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

Adresa: _____ Apt: _____

Grad: _____ Država: _____ Zip: _____

Elektronska komunikacija: Email: Da ___ Ne ___ (opciono) Slanje poruka: Da ___ Ne ___ (opciono)

Adresa e-pošte (opciono) _____

Preferirani jezik: _____ Da li je potreban prevodilac? Da ___ ili Ne ___



Aplikacija za Prednosti

Ovlašteni predstavnik 2 Vrste programa: Bodovi za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni zastupnik 2 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime prijavioca Kompletan i podnio obrazac za obnovu Primi kopije obavijesti i druge komunikacije Akt u ime prijavioca u svim drugim stvarima Primi TANF karticu beneficije (EPPIC)

Ime osobe 2: _____

Naziv organizacije 2 (ako je primjenjivo): _____ Telefon: _____

Adresa: _____ Apt: _____

Grad: _____ Država: _____ Zip: _____

Elektronska komunikacija: Email: Da ___ Ne ___ (opciono) Slanje poruka: Da ___ Ne ___ (opciono)

Adresa e-pošte (opciono) _____

Preferirani jezik: _____ Da li je potreban prevodilac? Da ___ ili Ne ___

Zakon o Amerikancima sa invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji za ovlaštene predstavnike (ako je primjenjivo):

Imali **ovlašteni predstavnik invaliditet koji će zahtijevati razumnu izmjenu ili komunikacijsku pomoć**? Da ___ Ne___ (Ako je da, molimo vas da opišete Razumnu **izmjenu** ili komunikacijsku pomoć koju **zahtijevate**):

Tumač za znakovni jezik ___; TTY___; Velika štampa ___; Elektronska komunikacija (email)___; Braj ___; Video Relay___; Cued govorni tumač ___; Usmeni tumač ___; Taktilni tumač ___; Telefonski poziv podsjetnik na programske rokove___; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) ___; Intervju licem u lice (kućna posjeta) ___; Drugo: _____

Da li ovlašćenom predstavniku treba ova Razumna modifikacija ili komunikacijska pomoć jedno vrijeme ___ ili u tijeku ___? Ako je moguće, kratko objasnite kada i koliko vam treba ova izmjena ili sistanca? ___

Samo za Upotrebu u kancelariji:

Datum primanja: _____

Podobnost na ekspresnoj traci:

Podobnost na ekspresnoj traci: (ELE) je automatski proces upisa ili obnavljanja djece u dobi ispod 19 godina koja primaju Program dopunske pomoći prehrani (SNAP) ili Privremenu pomoć za potrebe obitelji (TANF) u program Medicinske pomoći. Ako vaša djeca imaju pravo na SNAP ili TANF, Odjel za usluge obitelji i djece (DFCS) će koristiti kućnu veličinu, prebivalište i informacije o prihodima od SNAP-a ili TANF-a, ali DFCS će provjeriti državljanstvo ili imigracijski status koristeći pravila medicinske pomoći kako bi ele odlučnost za upis ili obnavljanje djece u Medicaid ili PeachCare za djecu®. Ako vaša djeca imaju pravo na PeachCare za djecu®, mogu biti predmet premije. DFCS će vam poslati obavijest o odlučnosti, dozvoliti vam da napravite bilo kakve promjene i omogućiti vam da se odlože u bilo koje vrijeme.

Da li se slažete da dozvolite DFCS-u da koristi vaše informacije od SNAP-a ili TANF-a da napravi ELE odlučnost da upiše ili obnovi vašu djecu u Medicaid ili PeachCare za djecu®?

Da Ne



Aplikacija za Prednosti

Da li se kvalifikujem da brže dobijem bodove za hranu (SNAP)? (Ova informacija je potrebna samo za kandidate Bodova za hranu (SNAP))

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

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

Ako da, ko _____

2. Ukupan **Bruto zarađeni** prihod koji će biti primljen za ovaj mjesec _____ :\$ Ime poslodavca _____
Zapošljenje Početak Date _____ Datum završetka zapošljavanja _____
Stopa plaćanja _____ Sati su radili Nedeljno _____
Koliko često ste plaćeni: sedmično/bi-sedmično/polumjesečno/mjesečno (krug jedan)

3. Ukupno Bruto **neorađeni prihodi** koji će biti primljeni za ovaj mjesec: \$ Vrsta _____
Neorađenog iznosa _____ prihoda _____
Koliko često primljeno: sedmično/bi-sedmično/polumjesečno/mjesečno (krug jedan)

Vrsta nenarađenog iznosa prihoda _____
Koliko često primljeno: sedmično/bi-sedmično/polumjesečno/mjesečno (krug jedan)

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

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

6. Koji je mjesečni iznos vaše najamnine, hipoteke, poreza na imovinu, i/ili osiguranja vlasnika kuće? \$ _____

7. Koja je ukupno količina vaših električnih, vodenih, gasnih i/ili drugih komunalija ovog mjeseca? \$ _____
(Izuzimajte iznose dosljednih i kasnih naknada u ukupnom iznosu)

a. Koji je izvor primarnog grijanja ili hlađenja vašeg domaćinstva? Označi sve što vrijedi
Električni _____ Plin _____ ili centralna klima _____ Kerozinsko ulje _____ Drvo _____

b. Jeste li primili energetska pomoć u zadnjih 12 mjeseci? Da Ne Ako da, iznos primljen \$ _____



Aplikacija za Prednosti

Recite nam nešto o kandidatu i svim članovima domaćinstva

Za kandidate za medicinsku pomoć: Molimo vas da uključite sebe, svog suprugu, vašu djecu

(uključujući i pastorku) ispod 21 godine koja žive s vama, vaš nevjencani partner kome je potrebna zdravstvena pokrivenost, bilo koga koga uključite u vašu poreznu prijavu, čak i ako ne žive s vama, i bilo tko drugi ispod 21 za koga se brinete i živite. Ne morate uključivati svog nevjencanog partnera kome nije potrebno zdravstveno pokrivanje, vaš neoženjena partnerova djeca, vaši roditelji koji žive s vama, ali podnesete vlastitu poreznu prijavu (ako imate više od 21 godine), ili druge odrasle rođake koji podnesu vlastitu poreznu prijavu. Ako se prijavljujete samo za Hitne medicinske usluge (EMA) ne morate dati svoj SSN ili informacije o svom imigracijskom statusu.

Molimo vas da popunite karton ispod o kandidatu i svim članovima domaćinstva. Sljedeći **savezni zakoni i propisi: Zakon** o hrani i prehrani **iz 2008. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273,2, 45 C.F.R. § 205,52, 42 C.F.R. § 435.910, i 42 C.F.R. § 435.920**, ovlašćuje **DFCS** da zatraži od vas i vaših članova domaćinstva broj(e) socijalnog osiguranja. Svako ko živi u vašem domaćinstvu i ne podnese prijavu za beneficije može se tretirati kao **ne-prijavioca**. Ne-kandidati ne treba da nam daju informacije o svom broju socijalnog osiguranja, državljanstvu, ili imigracionom statusu i ne mogu da imaju pravo na beneficije. Ostali članovi domaćinstva mogu i dalje moći primati beneficije ako inače imaju pravo. Ako želite da odlučimo da li neki članovi domaćinstva imaju pravo na beneficije, ipak ćete nam trebati reći o njihovom državljanstvu ili imigracijskom statusu i dati nam njihov broj socijalnog osiguranja (SSN). Ipak ćete nam trebati reći o njihovim prihodima i resursima kako bi utvrdili razine podobnosti i koristi domaćinstva. Nećemo prijaviti nikakve članove domaćinstva koji nisu kandidati za američko državljanstvo i imigracione usluge (USCIS) Sistematski vanzemaljski sistem verifikacije za ovlašćavanja (SAVE) ako nam ne daju voje državljanstvo ili imigracijski status. Međutim, ako su informacije o statusu imigracije došle na vašu prijavu, ove informacije mogu biti predmet verifikacije putem SAVE sistema i mogu utjecati na razine podobnosti i pogodnosti domaćinstva. Odgovarat ćemo vašim informacijama s drugim federalnim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaše prihode i ovlast. Ove informacije mogu se dati i službenicima zakona da koriste za hvatanje ljudi koji bježe od zakona. Ako vaše domaćinstvo ima tvrdnju o pečatu hrane (SNAP) informacije o ovoj prijavi, uključujući SSN, mogu se dati Federal i Državnim agencijama i privatnim agencijama za naplatu potraživanja za njih koristiti u prikupljanju zahtjeva. Nećemo uskratiti beneficije članovima domaćinstva Applicant jer ostali članovi domaćinstva ne uspijevaju osigurati svoj SSN, državljanstvo, ili imigracijski status.

| IME | Odnos | Da li se ova osoba prijavljuje za beneficije? | Treba li ovoj osobi zdravstveno osiguranje? | Datum rođenja | Broj socijalnog osiguranja | Seks | Hispano ili Latino? | Rasni kod | Jesteli državljanin SAD-a, državljanin SAD-a, kvalificirani imigrant ili u zadovoljavajućem imigracijskom statusu? (Samo za kandidate) |
|---------------------------------|-------|---|---|-------------------|------------------------------|-------|---------------------|---------------------|--|
| Prvi srednji početni posljednji | | (Y/N) | (Y/N) | Format (mm/dd/yy) | (Opcionalno za ne-kandidate) | (M/F) | (Y/N) | (Vidi kodove ispod) | (Y/N) |
| | SE | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Kodovi rase (Odaberite sve koji vrijede):

AI - Američki Indijanci ili starosjedioci Aljaske

AS - Azijat

BL – Crni ili Afrički

HP - Domorodački stanovnici Havaja ili drugih pacifičkih ostrva **WH** - Bijelac

Dajući informacije o rasi/etničkoj pripadnosti, pomoći ćete nam da upravljamo našim programima na ne-diskriminatoran način. Vaša kuća nije obavezna danam da ove informacije i to neće uticati na vaš nivo podobnosti ili koristi.



Aplikacija za Prednosti

Ako vi ili drugi kandidati za domaćinstvo niste građani SAD-a ili državljani SAD-a, dovršite sljedeći grafikon:
(molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

| IME Prvi srednji inicijalni | Vrsta imigracionog dokumenta | Broj vanzemaljac/certifikat/ID dokumenta | Živate li u SAD-u od 1996? (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 član američke vojske? (D/N) |
|--------------------------------|------------------------------|--|---|---|--|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Recite nam više o kandidatu i svim članovima domaćinstva

Potrebno nam je više informacija o kandidatu i svim članovima domaćinstva kako bi se odlučilo ko ima pravo nabeneficije. Molimo vas da odgovorite samo na pitanja o pogodnostima koje želite dobiti na stranici ispod.

1. Da li je neko dobio neke beneficije u drugom okrugu ili državi? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo)
 Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Gdje: _____

Kad: _____

2. Da li je neko osuđen za davanje lažnih informacija o tome gdje žive i ko su da bi dobio više FS beneficija u više od jedne oblasti posle 8.22.1996. godine? (Za Samo bodove za hranu (SNAP) Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Gdje: _____

Kad: _____

3. Da li je neko u vašem domaćinstvu dobrovoljno napustio posao ili dobrovoljno smanjio radno vreme ispod 30 sati nedeljno u roku od 30 dana od dana prijave? (Za bodove za hranu (SNAP) i samo TANF) Da Ne

Ako da, ko je dao otkaz? _____

Zašto si dao otkaz? _____

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

Ako je da, koji je procijenjeni rok? _____; i koliko se beba očekivalo? ____

Ako ne, da li je neko u domaćinstvu dostavio ili je trudnoća prekinuta u poslednjih 12 meseci? Da Ne

Ako je da, koji je bio datum isporuke/raskida? _____; i koliko beba je dostavljeno/očekivano? ____

Ime trudnice: _____ Nerođeno bebino ime oca: _____

Očeva adresa: _____



Aplikacija za Prednosti

5. Za kandidate za medicinsku medicinu, da li neko ima neplaćene medicinske račune u poslednja 3 meseca? Da Ne
Ako da, molim vas pošaljite neplaćene račune ako imate slučaj Medicaid.

6. Da li je neko diskvalifikovan iz Bodova za hranu (SNAP) ili TANF programa? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo)
 Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Gdje: _____

7. Da li neko beži u nevažeće tužilaštvo ili zatvor za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
Ako da, ko: _____

8. Da li neko krši uslove uslovne ili uslovne? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
Ako da, ko: _____

9. Da li neko ima osudu za krivično djelo zbog ponašanja vezanih za posedovanje, upotrebu ili distribuciju kontrolisane supstance za drogu (to je, prestupnik droge) posle 8.22.1996. godine (samo za bodove za hranu (SNAP) i TANF) ili nasilno krivično delo (samo za TANF)? Da Ne

Ako da:

Ko: _____ Kada: _____

a. Da li ste u skladu sa uslovima uslovne kazne vezane za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo droge? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

b. Da li ste u skladu sa uslovima uslovnog otpusta vezanim za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivičnodelo droge? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

c. Jeste li uspešno dovršili sve uslove **uvjetne** vezanih za bilo kakvu osudu vezanu za drogu? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

10. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu Za bodove za hranu (SNAP) beneficije za drogu nakon 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

Ako da:

Ko: _____ Kada: _____

11. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za kupovinu ili prodaju beneficija za Za bodove za hranu (SNAP) preko \$500 nakon 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Kad: _____

12. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu Za bodove za hranu (SNAP) beneficije za oružje, municiju, ili eksploziv nakon 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Kad: _____



Aplikacija za Prednosti

13. Jeste li vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva osuđeni kao odrasla osoba za teško seksualno zlostavljanje, ubistvo, seksualno iskorištavanje, i drugo zlostavljanje djece, federalni ili državni prekršaj koji uključuje seksualni napad, ili prekršaj po državnom zakonu koji je odredio državni tužilac da bude suštino sličan takvom prekršaju, nakon 2.7.2014. godine? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Kad: _____

- a. Da li ste u skladu sa uslovima uslovne kazne vezane za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne
- b. Da li ste u skladu sa uslovima uslovnog otpusta vezanim za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne
- c. Jeste li uspješno dovršili sve uslove **uvjetne** vezanih za bilo koje kazneno djelo povezano sa osudom? (Za bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

14. Jeste li vi ili neki član domaćinstva primili lutriju ili dobitak od kockanja? Da Ne

Ako da:

Ko: Kada: _____ Iznos primljen: _____

15. Da li je neko koristio TANF fondove ili EPPIC Karticu u sledećim ustanovama, prodavnicama pića, kazinima, poker sobama, poslu za zabavu odraslih, obveznicama za kauciju, noćnim klubovima, salonima/tavernama, dvoranama za bingo, trkalištima, prodavnicama oružja/municije, brodovima za krstarenje, vidovitim čitaocima, pušačama, prodavnicama za tetoviranje/pirsing, i spa/masaža. salonima?

(Samo za TANF) Da Ne

Ako da:

Ko: _____ Kada: _____

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

Ako da:

Ko: _____

Primljeni mjesečni iznos: _____

Datum alimentacije ugovor finaliziran ili zadnja izmjena: _____

Recite nam nešto o dohotku priložioca i svih članova domaćinstva

Da li vi ili neko ko živi u vašem domaćinstvu primite bilo kakvu vrstu prihoda kao što su: plate, napojnice, bonusi, samozapošljenje, Socijalno osiguranje/Penzija na železnici, druga invalidnost, penzije, nezaposlenost, ili bilo koji drugi prihod? Za bodove za hranu (SNAP) i TANF, molimo vas da nabrojite i prihode kao što su: VA prihodi, izdržavanje djece, novac od drugih ljudi ili naknada za radnike. Ako da, dovršite grafikon ispod.

| Ime člana domaćinstva sa prihodima | Vrsta prihoda | Ime poslodavca/ izvor prihoda | Mjesečni iznos (prije odvoda) | Koliko često prima (mjesečno, tjedno, tjedno) | Plaća po satu | Sati tjedno | DATUM (S) PLATIO |
|------------------------------------|---------------|-------------------------------|-------------------------------|---|---------------|-------------|------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Ukoliko ste samozaposlen, molimo vas da nabrojite iznos vaših mjesečnih poslovnih troškova: \$ _____



Aplikacija za Prednosti

Recite nam nešto o Kandidatu i Svim članovima domaćinstva Resursi - Za kandidate TANF-a, nabrojite sve resurse za sve članove domaćinstva i kandidate medikaida koji su stari (65 ili više godina), Slijepi ili invalidi (trajno oštećenje koje vas sprečava u radu)

Da li vi ili bilo ko za koga se prijavljujete imate ikakve resurse? Da Ne

Ako je da, molimo vas da dovršite informacije u nastavku (Provjerite sve resurse (imovinu) u vlasništvu vas, vašeg supružnika, vaših zavisnika ili zajednički u vlasništvu s nekim drugim. Prikaži dodatne stranice ako je potrebno).

Provjera računa Da Ne Funeralnih planova/Afajd pokopa Da Ne
 Štedni računi Da Ne Ukopne parcele ili ugovori Da Ne
 Vladine obveznice Da Ne Dionice i obveznice Da Ne
 Trust fondovi Da Ne Drugo (IRA,CD, itd.) Da Ne
 Nekretnine/ Kućno mjesto Nekretnina? Da Ne

Jeste li vi ili vaš supružnik dali neku imovinu za manje od vrijednosti njegove? Da Ne
 Ako ste odgovorili da na bilo koje od ovih pitanja, molimo vas da opišete u nastavku.

| Ime člana domaćinstva sa resursom | Vrsta resursa | Broj računa/politike | Vrijednost | Ime banke, osiguravajuće društvo itd. |
|-----------------------------------|---------------|----------------------|------------|---------------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Da li vi ili vaš supružnik posjedujete vozilo? Da Ne
 Ako da, molim vas, opišite ispod.

| Član domaćinstva koji posjeduje vozilo | Make vozila | Model | Godina | Iznos dugova |
|--|-------------|-------|--------|--------------|
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Imate li vi ili vaš supružnik policu životnog osiguranja? Da Ne
 Ako da, molimo vas da dovršite sljedeće informacije.

| Vlasnik pravila | Osiguravajuće društvo | Broj politike | Vrijednost lica | Novčana vrijednost |
|-----------------|-----------------------|---------------|-----------------|--------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Recite nam nešto o troškovima za kandidate i sve članove domaćinstava (Neobavezno za kandidate za medicinsku medicinu)

Plaćate li brigu o zavisnom djetetu ili invalidnom odraslom članu domaćinstva? Da- Ne

Ako da, dovršite grafikon ispod.

| Osoba koja zahtijeva | Osoba koja plaća brigu | Razlog za brigu | Ime/broj dobavljača | Iznos koji se plaća Dobavljaču | Koliko često plaćaju |
|----------------------|------------------------|-----------------|---------------------|--------------------------------|----------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |



Aplikacija za Prednosti

Plaćate li troškove prijevoza za zavisno dijete ili invalida odraslog člana domaćinstva? Da Ne

Jesu li ti troškovi uključeni u troškove zavisne nege? Da Ne

Ako ne, molim vas odgovorite na ovo pitanje: Ukupno pređenih milja sedmično: _____

Da li neko u domaćinstvu plaća alimentaciju nekome ko živi izvan kuće? Da Ne

Ako da, dovršite grafikon ispod.

| Član domaćinstva obavezan platiti | Ime djeteta za koga se plaća podrška | Obavezan iznos za plaćanje | Stvarni plaćeni iznos | Kome je plaćena podrška za djecu? |
|-----------------------------------|--------------------------------------|----------------------------|-----------------------|-----------------------------------|
| | | | | |
| | | | | |

Recite nam više o troškovima za članove i članove svih domaćinstava (Neobavezno za kandidate za medicinarsku medicinu)

Da li neko od 60 godina ili stariji ili invalid ima medicinske troškove? Da Ne

Ako da, dovršite grafikon ispod.

| Član domaćinstva koji ima troškove | Vrsta troškova (posjete liječnika, bolnička posjeta, recepti, Premije zdravstvenog osiguranja ili zdravstvenog osiguranja, naočale) | Iznos dugova | Još uvek dugujete? Da/Ne | Datum plaćenja | Hoće li osiguranje platiti? Da/Ne |
|------------------------------------|---|--------------|--------------------------|----------------|-----------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

Da li neko od 60 godina ili stariji ili invalid ima medicinske troškove za prevoz? Da Ne

Ako da, kompletan grafikon ispod.

| Svrha putovanja (posjet liječniku ili bolnici; apoteka preuzimanje) | Ukupno milja prevezenog: | Troškovi taksija, autobusa, parkinga ili Smještaj: |
|---|--------------------------|--|
| | | |

Imate livi ili bilo koji član domaćinstva zaklon i komunalne troškove? Da Ne

Ako da, dovršite grafikon ispod.

| Trošak | Iznos | Koliko često? | Ko je platio? |
|-----------------------|-------|---------------|---------------|
| Najam/hipoteka | | | |
| Porezi na imovinu | | | |
| Osiguranje nekretnina | | | |
| Elektricitet | | | |
| Benzin | | | |
| Smeće | | | |
| Telefon | | | |
| Drugi | | | |



Aplikacija za Prednosti

Dijelite li mjesečne troškove za domaćinstvo s nekim u domu? Da Ne

Ako da, ko? _____

Komentari/Dokumentacija _____

Plaćeno _____ Iznos _____ platio \$po _____

Ime stanodavca _____

Adresa stanodavca: _____

Da li neko drugi plaća neke od ovih kućnih računa za tebe? Da Ne **da, dovršite grafikon ispod:**

| | |
|-----------------------|-----------------------------|
| Ko plaća račun? | Koje se račune plaćaju? |
| Koji iznos se plaća ? | Kome ta osoba plaća račune? |

Molimo vas da dovršite sljedeće informacije ako se prijavite za Medicaid.

Informacije o poreskom fajlu

- Da li neko u domaćinstvu planira da podnese federalnu prijavu poreza na dohodak SLEDEĆE GODINE? Da Ne
Ako da, ko? (nabroji svaku osobu koja planira da podnese prijavu) _____
- Hoće li iko od poreskih podnositelaca spisa biti naveden zajednički sa supružnicima? Da Ne
- Hoće li iko od poreskih podnositelaca zahtjevati bilo kakvu zavisnu od njihove poreske prijave? Da Ne
- Hoće li iko biti zavisan od tuđih poreskih prijava? Da Ne Ako da, molbe e nabroji ime poreskog datoteka i zavisnika:
(Filer) _____
(Zavisna) _____
Kako je zavisna od poreza povezana sa poreskim fajrom? _____

Odvodi: Provjerite sve što vrijedi i dajte iznos i koliko često ga plaćate.

- alimentacije su platile \$ _____ Koliko često? _____ kamate za studentski kredit \$ _____ Koliko često?
- zdravstvenog osiguranja, 401K, i ostali pre-poreski odbeci \$ _____ Koliko često? _____
- Ostali odvodi \$ _____ Koliko često? _____ Tip: _____

Ostala zdravstvena pokrivenost

- Ima li neko drugo zdravstveno osiguranje koje pokriva bilo koga u vašem domaćinstvu? Da Ne
Ako ste odgovorili da na pitanje 4 gore, molimo vas da dovršite sljedeće informacije i Prilog A:

| Ime držača politike | Naziv, adresa i telefonski broj društva zdravstvenog osiguranja | Tip pokrivenosti (Bolnica, Medicare Supplement, Druge, Major medicinski) | Ime pokrivenih osoba | Datum efekta | Broj politike |
|---------------------|---|--|----------------------|--------------|---------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

- Da li je neko naveden na ovoj prijavi ponudio zdravstveno osiguranje od posla? Provjeri da čak i ako je pokrivenost od tuđeg posla, kao što je roditelj ili supružnik.
 Da Ne Ako je da, morate dovršiti Prilog A.
Je li ovo plan beneficije za državne zaposlenike? Da Ne



Aplikacija za Prednosti

3. Jesteli vi ili neko iz ove aplikacije izgubili zdravstveno osiguranje u poslednja 2 meseca?

a. Da Ako je da, zašto je izgubljen? _____

b. Ne

4. Da li se neko u Hraniteljskoj porodici sa 18 godina prijavio za Medicinu? Da Ne

5. Da li je neko u vašem domaćinstvu Amerikanac ili Aljaska domorodac? Da Ne

Ako da, kompletan Prilog B.

Ako je neko star (65 ili stariji), slijep ili onemogućen (trajno oštećenje koje vas sprečava u radu), pnajam odgovara na pitanja. (Opcionalno)

1. Da li se neko prijavljuje za zdra vstveno osiguranje slep ili invalid?

Da Ne Ako da, molimo nabrojite ime _____

2. Jeste li vi ili vaš supružnik trenutno pokriveni od strane Medicare?

Da Ne Ako da, molim vas, nabrojite ime _____

3. Da li se prijavljujete za Medicaid da pokrije neplaćene medicinske račune od tri meseca prije prijave dopunske sigurnosne prihode (SSI)?

Da Ne Ako da, datum prijave SSI : _____

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

Da Ne

5. Da li se prijavljujete za Medicinad da pomognete da se plati briga o osobi koja je u staračkom domu?

Da Ne

6. Da li se prijavljujete za Medicaid za osobu stariju od 18 godina čiji je SSI ček prestao?

Da Ne

7. Dali se prijavljujete za Medicaid za pomoć u plaćanju usluga odricanja od zajednice kao što su Usluge brige u zajednici, NOW/COMP, Bolnička njega, Odricanje od neovisne skrbi, ili Deeming Waiver (Katie Beckett)?

Da Ne



Aplikacija za Prednosti

Kazne za program bonova za hranu (SNAP)

Možete izgubiti povlastice ili biti predmet krivičnog gonjenja zbog znajućih davanja lažnih informacija.

- Ne davati lažne informacije ili sakriti informacije da biste stekli beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo da dobije.
- Nekoristite Bodove za hranu (SNAP) ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dozvolite da neko drugi koristi vaše.
- Ne koristite pogodnosti Bodove za hranu (SNAP) za kupovinu nehranatih predmeta kao što su alkohol ili cigarete ili za plaćanje na kreditnim karticama.
- Ne trgujte ili ne prodajete Bodove za hranu (SNAP) ili EBT kartice za ilegalne predmete; kao što su vatreno oružje, municija, ili kontrolirana supstanca (ilegalni lijekovi).

Bilo koji član domaćinstva koji prekrši bilo koje od Bodove za hranu (SNAP) pravila namjerno može biti za onemogućen od Bodove za hranu (SNAP) Program za godinu dana do trajno, kažnjen do 250.000 dolara, zatvorena do 20 godina ili oboje. Ona/on također može biti predmet krivičnog gonjenja npo drugim primjenjivim Saveznim i Državnim zakonima. Ona/on također može biti izokupljena iz Programa za Bodove za hranu (SNAP) za dodatnih 18 mjeseci ako sud naredi.

Svaki član domaćinstva koji namjerno prekrši pravila možda neće dobiti Bodove za hranu (SNAP) godinu dana za prvi prekršaj, dvije godine za drugi prekršaj, a trajno za treći Uvrede.

Ako sud otkrije daste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi za korišćenje ili primanje Bodova za hranu (SNAP) koristi u transakciji koja uključuje prodaju kontrolisane supstance, vi ili to domaćinstvo član neće imati pravo na beneficije za dvije godine za prvi prekršaj, a trajno za drugi prekršaj.

Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi što ste koristili ili primili beneficije u transakciji koja uključuje prodaju vatrenog oružja, municije, ili eksploziva, vi ili će taj član domaćinstva po prvom prekršaju ovog prekršaja biti trajno nepodobno učestvovati u programu Bodova za hranu (SNAP).

Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi za trgovinu beneficijama za agregatni iznos od 500 dolara ili više, vi ili taj član domaćinstva ćete biti trajno nepodobno učestvovati u programu Bodova za hranu (SNAP) po prvom prekršaju ovog prekršaja.

Ako se otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva dali lažnu izjavu ili zastupanje u pogledu identiteta (tko su) ili mjesta prebivališta (gdje žive) kako bi za dobijanje više pogodnosti za Bodove za hranu (SNAP) vi ili taj član domaćinstva ćete biti nepodobni da učestvujete u programu Bodova za hranu (SNAP) u periodu od 10 godina.

TANF programske kazne

U TANF programu, IPV (Namerno kršenje programa) je namjerno djelovanje pojedinca za uspostavljanje ili održavanje podobnosti jedinice za pomoć (AU) ili za povećanje ili sprečavanje sniženja u korist AU-a, pružanjem lažnih ili obmanjujućih informacijan ili uskrivanja informacija.

- Svaki član domaćinstva koji sakrije informaciji ne prijavi promjene na vrijeme ili ne kaže istinu izgubit će TANF pogodnosti šest mjeseci za prvi prekršaj, dvanaest mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj. Koristeći sredstva novčane pomoći ili TANF DEBIT karticu za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kazinima, prodavnicama pića, zabavnim objektima usmjerenim na odrasle "striptiz klubovi", poker sobe, obveznice za jamčevinu, noćni klubovi/saloni/taverne, dvorane za bingo, staze za utrke, ustanove za igre, trgovine oružjem/municijom, kruzeri, vidovnjački čitatelji, pušačke trgovine, tetovaže/piercing trgovine, a spa/masažni saloni strogo su zabranjeni i će rezultirati gubitkom TANF pogodnosti za šest mjeseci za prvi prekršaj, dvanaest mjeseci za drugo kršenje i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud pronađe vas ili bilo kojeg člana domaćinstva koji skriva informacije ili ne prijavite promjene na vrijeme ili ne kažete istinu i budete osuđeni, možda nećete dobiti TANF za 6 mjeseci za prvi prekršaj, 12 mjeseci za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.
- Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi za davanje lažnih informacija o tome gdje živite da biste mogli primati beneficije u više od jedne države, bit ćete za 10 godina.
- Ako vas sudosudi za optužbu vezanu za drogu, kontrolisanu supstancu, ili teško nasilno krivično delo na ili posle 1/1/19 97, vi ili taj član domaćinstva nećete biti pravo na pravo i/ili trajno diskvalificirano.



Aplikacija za Prednosti

Za sve podnosiocje zahtjeva za bonove za hranu (SNAP), TANF i Medicaid:

Izjavljujem da je pod kaznom krivokletstva najbolje iz mog znanja i uvjerenja da je osoba(e) za koju se prijavljujem za povlastice/su američki građanin(i) ili su necitizen(i) zakonito prisutni u SAD-u. Dalje potvrđim da su sve informacije koje su date na ovoj prijavi istinite i ispravne najbolje što znam. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne agencije mogu potvrditi informacije koje dajem na ovoj prijavi. Informacije se mogu dobiti od prošlih ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će moje informacije biti korištene za praćenje informacija o dohvata i moje učešće u djelima rada.

Prijavit ću bilo kakvu promjenu u mojoj situaciji prema zahtjevima bonova za hranu (SNAP) i/ili TANF programa. Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitak na lutriji ili kockarnici, bruto iznos od 4250 dolara ili više prije nego što se prešute porezi ili drugi iznosi). Prijavit ću ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo prima dobitak. Razumijem ako je bilo koja informacija netacna, moje koristi mogu biti smanjene ili odbijene, a ja mogu biti podložna krivičnom gonjenju ili diskvalificirana iz DHS-DFCS programa za znajno pružanje netačnih informacija. Razumijem da mogu biti procesuiran ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako ne uspijem reći DHS-DFCS-u o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ne uspijem da ih provjerim, DHS-DFCS neće budžetirati te troškove u računanju iznosa mojih SNAP pogodnosti.

Odjel za ljudske usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lično identifikovane informacije (PII), kao što su imena, adrese, telefonski brojevi, e-mail adrese, i datumi rođenja itd., tokom vaše prijave za beneficije. Slažući nam bilo kakve lične podatke, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkrivati bilo kakve takve lične podatke u skladu sa DHS politikama, procedurama, i kako je to dozvoljeno ili zahtevano zakonom i/ili propisima.

Datum potpisa za kandidate

Datum potpisa ovlaštenog

Predstavnik

INFORMACIJE O REGISTRACIJI BIRAČA

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

_____ Da

_____ Ne

_____ Ne želim odgovoriti na pitanje registracije birača.

Prijavlivanje za registraciju ili opadanje registracije za glasanje neće uticati na iznos pomoći koju će vam pružiti ova agencija.

Ako želite pomoć u popunjavanju obrasca za prijavu birača, mi ćemo vam pomoći.
Odluka da li da tražiš ili prihvatiš pomoć je tvoja. Možete popuniti prijavnici nasamo.

Ako smatrate da se netko umiješao u vaše pravo na registraciju ili odbijanje registracije na glasanje, vaše pravo na privatnost u odluci da li se registrirati ili u prijavi za prijavu za glasanje, ili vaše pravo da odaberete vlastitu političku partiju ili neku drugu političku sklonost, možete podnijeti zahtjev pritužbu kod državnog sekretara na 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom (404) 656-2871.

Ako ne provjerite bilo koju kutiju, smatrat će se da ste odlučili da se ne prijavite za glasanje u ovom trenutku.

Kopija prijave za registraciju glasača u Gruziji uključena je uz DFCS prijave, obnove i promjenu obrazaca adresa. Možete zatražiti i prijavu za registraciju birača od vašeg sučelja. Ako završite prijavu za registraciju birača, podajte ga Georgiju državnom sekretaru nakon uputa datog na zahtjev za registraciju birača.



Aplikacija za Prednosti

(Zadrži ove dokumente za svoje informacije)

Šta znače riječi koje se koriste u ovoj aplikaciji ?

Ovaj grafikon objašnjava riječi koje smo koristili u ovoj aplikaciji.

| | |
|---|---|
| Kandidat | Pojedinac koji se prijavi za dobijanje javne pomoći ili beneficija. |
| Jedinica za pomoć (AU) | Jedinica za pomoć uključuje osobe koje imaju pravo na život i primaju javnu pomoć/beneficije. |
| Čuvar | Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavljuje i prima TANF sa djecom u svojoj njezi. |
| Diskvalificirano | Akcija koja je poduzeta kako bi se pojedinac uklonio iz slučaja Bodova za hranu (SNAP) ili TANF-a jer nisu rekli istinu i dobili beneficije koje nisu smjeli dobiti. |
| Elektronski transfer koristi (EBT) | Sistem koji se koristi u Gruziji za isplatu beneficija pojedincima koji imaju pravo na Bonove za hranu (SNAP). Pojedincima koji primaju pomoć izdaje se EBT debitna kartica, koja se koristi za pristup njihovim Bodova za hranu (SNAP). |
| Elektronske komunikacije | Imate mogućnost da odaberete kako biste voleli da primete obaveštenja o vašim informacijama. Ukoliko odaberete da primete e-mail ili tekstualna obaveštenja, dobićete poruku koja vas obavještava da imate obaveštenje u Mojim obavijestima koje se nalaze na Portalu korisnika GA Gatewaya. Za Komunikaciju putem e-pošte, morate nam pružiti vašu e-mail adresu i prihvatiti uvjete za obavijesti bez papira koje se nalaze u GA Gateway Portalu korisnika nakon što kreirate račun. Molimo posjetite web-lokaciju korisničkog portala GA Gateway na www.gateway.ga.gov da ažurirate postavke obavijesti. Za Texting Communication, morate nam dati vaš broj telefona. Standardne poruke i stope podataka može se primjenjivati. Ovo može da se odašilju po nosiocima, molimo vas da proverite kod vašeg provajdera. |
| EPPICard debitna MasterCard kartica | Država Gruzija je implementirao zgodnu "elektronsku" opciju plaćanja za primatelje TANF-a pod nazivom EPPICard debit masterCard. Prema ovoj opciji plaćanja, novac se uplati na račun primaoca prvog kalendarski dan u mjesecu. Ako prvi padne na vikend ili odmor, pogodnosti su dostupne na zadnji poslovni dan u prijemjesecu. Primatelj ima hitan pristup svojim sredstvima jer su sredstva elektronski učitana na debitnu MasterCard karticu. |
| Srodnik korisnika granta | Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavljuje i prima TANF u njegovo ime u ime djece. |
| Bruto prihodi | Ukupan prihod osobe prije uzimanja poreza ili drugih odmicaja u obzir. |
| Članovi domaćinstva | Pojedinci koji žive u vašem domu. Za Bodove za hranu (SNAP), pojedinci koji žive zajedno i kupe i pripremaju svoje obroke zajedno. |
| Prihodi | Isplate kao što su plaće, plaće, provizije, bonusi, radnička naknada, invalidnost, penzija, naknade za penziju, kamata, dečija podrška ili bilo koji drugi oblik primljenog novca. |
| Akt o poreznoj olakšici srednje klase iz 2012. | Ovaj Zakon zabranjuje korištenje sredstava novčane pomoći ili TANF debitnih kartica za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kazinima, prodavnicama pića, zabavnim objektima usmjerenim na odrasle, poker sobama, obveznice kaucije, noćni klubovi/saloni/taverne, dvorane za bingo, staze za utrke, gaming ustanove, prodavnice oružja/municije, brodovi za krstarenje, vidovnjački čitatelji, pušačke radnje, tetovaže/piercing trgovine, te spa/saloni za masažu. Korištenje sredstava novčane pomoći ili TANF Debitne kartice u ovim poslovima predstavljat će namjerno kršenje programa (prijevара) s strane primatelja. |
| Radnici na farmi migranata | Pojedinci koji su sezonski radnici na farmi i koji se sele iz jedne kućne baze u drugu na posao ili potraži posao na farmi. |
| Ne-kandidat | Pojedinac koji ne podnese zahtjev za ili dobije javnu pomoć/pogodnosti. Od ne-kandidata se ne traži da obezbede broj socijalnog osiguranja, državljanstvo, ili imigracioni status. |

| | |
|---|--|
| Kvalifikovani vanzemaljac/imigrant | <p>Kvalificirani <i>vanzemaljac/imigrant</i> je osoba koja legalno živi u SAD-u koja spada u jednu od sljedećih kategorija:</p> <ul style="list-style-type: none"> osoba koja je zakonito primljena u stalni boravak (LPR) prema Zakonu o imigraciji i nacionalnosti (INA); <i>Amerasian imigrant pod sekcijom 584</i> O inostranim operacijama, Zakon o finansiranju izvoza i srodnim programskim aroprijacijama iz 1988.; Osoba kojoj je <i>odobren azil</i> iz odeljka 208 INA; <i>Izbjeglice</i>, primljene u odjeljku 207 INA; Osoba <i>uvjetno puštena</i> na uslovnu kao izbjeglica ili asylee iz odjeljka 212 (d)(5) INA- e; Osoba čija <i>deportacija</i> je prešućena u odjeljku 243(h) INA-e kao na snazi prije 1. aprila 1997. ili odjeljka 241.(b)(3) INA-e, kako je bila izmještena; Osoba kojoj je odobren uslovni ulazak pod section 203(a)(7) INA-e kao na snazi prije 1. aprila 1980. godine; Kubanski ili <i>haićanski</i> imigranti kako je definirano u odjeljku 501(e) Akta o pomoći u obrazovanju izbjeglica iz 1980. godine; <i>Žrtve trgovine ljudima</i> u skladu sa članom 107(b)(1) Tog Akta o zaštiti žrtava trgovine ljudima iz 2000. godine; <i>Izgužvani imigranti koji u skladu sa uslovima iznetim u članu 431(c)</i> Akta o pomirenju ličnih odgovornosti i ličnih prilika iz 1996. godine, kao što je izmijenjeno; <i>Afganistanski ili irački</i> imigranti odobrili su specijalni imigrantski status u odjeljku 101(a)(27) INA (podložno specifikiranim uvjetima); <i>Američki Indijanci</i> rođeni u Kanadi koji žive u SAD-u pod odjeljkom 289 INA-e ili ne-građani federalno priznatog indijanskog plemena pod odjeljkom 4(e)Indijskog akta o samoodređenju i pomoći u obrazovanju i; <i>Hmong ili Highland Laotian</i>plemenski članovi koji su ustupili pomoć SAD-u.osoblje uzimajući u vojnoj operaciji spašavanja tokom Vijetnamske ere (8.5.1964. – 5.7.1975. <p>Samo za kandidate za medicinsku pomoć, Ugovor o slobodnom udruživanju (COFA) su građani Federirane države Mikronezije, Republike Maršalskih ostrva i Republike Palau. Migranti IZ COFA-e ne treba da se upoznaju sa 5-godišnjim barom.</p> |
| Resurse | <p>Gotovina, imovina, iliimovina kao što su bankovni računi, vozila, dionice, obveznice, i životno osiguranje.</p> |
| Sezonski radnici na farmi | <p>Pojedinci koji rade u određeno doba godine sadnja, ubravanje, ili pakovanje proizvode. Zapošljavaju se na privremenoj osnovi kada je za posao potrebno više radnika nego što farma zapošljava redovno.</p> |
| Trgovina hranom (SNAP) program | <p><i>Trgovina SNAP pogodnostima</i> znači: (1) Kupovina, prodavanje, krađa, ili na drugi način razmjena SNAP pogodnosti izdanih i pristupa putem EBT kartica, brojeva kartica i PIN brojeva ili ručnim vaučerom i potpisom, za CASH ili razmatranje osim pogodne hrane, bilo direktno, indirektno, u saučesništvo ili dosađivanje s drugima, ili djelujući sami; (2) Razmjena vatrenog oružja, municije, eksploziva, ili kontroliranih tvari; (3) Kupovina proizvoda SNAP pogodnostima koja ima kontejner koji traži povratni depozit s namjerom dobijanja gotovine odbacivanje proizvoda i vraćanje kontejnera za iznos depozita, namjerno odbacivanje proizvoda, te namjerno vraćanje kontejnera za iznos depozita; (4) Kupovina proizvoda sa SNAP pogodnostima s namjerom da se dobije gotovina ili razmatranje osim pogodne hrane preprodajom proizvoda, a naknadno namjerno preprodaje proizvoda kupljenog uz SNAP pogodnosti u zamjenu za gotovinu ili razmatranje osim podobne hrane; (5) Namjerno kupovina proizvoda koji su prvobitno kupljeni uz SNAP pogodnosti u zamjenu za gotovinu ili razmatranje osim pogodne hrane; (6) Pokušaj kupovine, prodaje, krađe ili na drugi način utjecati na razmjenu SNAP pogodnosti koje se izdaju i pristupaju putem elektronskih benefit Transfer (EBT) kartica, brojeva kartica i ličnih identifikacijskih brojeva (PIN-ova), ili ručnim vaučerom i potpisima, za gotovinu ilirazmatranje osim podobne hrane, bilo direktno, indirektno, u suučesnosti ili dosađivanju s drugima, ili djelujući sami.</p> |

kandidate za medicinsku medicinu:

Da bi prijavili sumnju na prevaru medikaida o primaocima ili provajderima, nazovite Odjel za zdravlje zajednice u Gruziji-Ured generalnog inspektora na (lokalni) (404) 463-7590 ili (besplatno na napojnici) (800) 533-0686; mailom na oiganonymous@dch.ga.gov; poštom na Odjelu za zdravlje zajednice, OIG PI Sekcija, 2 Peachtree Street NW, 5- kat, Atlanta, GA 30303; ili posjetite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

Obavijest o ADA/Odjeljak 504 Prava

Pomoć za osobe sa smetnjama

Odeljenje za ljudske usluge Džordžije i Odeljenje za zdravstvo u Džordžiji ("Odeljenja") su obavezni saveznim zakonom * kako bi se osobama sa smetnjama pružila jednaka mogućnost da učestvuju i kvalifikuju se za programe, usluge ili aktivnosti Odjela. To uključuje programe kao što su SNAP, TANF i Medicinska pomoć.

Odjeli pružaju razumne izmjene kada su izmjene neophodne kako bi se izbjegla diskriminacija na osnovu invalidnosti. Na primjer, možemo promijeniti politike, prakse ili procedure kako bismo pružili jednak pristup. Kako bismo osigurali jednako efikasnu komunikaciju, obezbjeđujemo osobama s smetnjama ili njihovim pratiocima pomoć u komunikaciji s smetnjama, kao što su tumači znakovnih jezika. Naša pomoć je besplatna. Odjeli nisu dužni napraviti nikakve izmjene koje bi rezultirale fundamentalnom izmjenom u prirodnoj usluge, programa, ili aktivnosti ili u neopravdanim finansijskim i administrativnim teretima.

Kako zatražiti razumnu izmjenu ili komunikacijsku pomoć

Molimo vas da se obratite svom radniku u slučaju da imate invaliditet i trebate razumnu izmjenu, pomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. Na primer, nazovite ako vam je potrebna pomoć ili usluga za efektivnu komunikaciju, kao prevodilac znakovnog jezika. Možete obratiti svom socijalnom radniku ili pozvati DFCS na (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) Tim na (678) 248-7449 da bi vaš zahtjev. Vaš zahtjev možete napraviti i pomoću DFCS ADA Obrasca zahtjeva za razumnu izmjenu, koji je dostupan u vašem lokalnom [DFCS](https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights) uredu ili online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ili možete dobiti DCH ADA Obrazac zahtjeva za razumno izmjenom od KB Tima ili online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ali ne morate koristiti obrazac.

Kako podnijeti pritužbu

Imate pravo da uložite žalbu ako su vas Odeljenja diskriminirala zbog vaše invalidnosti. Na primjer, možete podnijeti žalbu na diskriminaciju ako ste tražili razumnu izmjenu ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumnom roku. Pritužbu možete upisati oralno ili u pisanju kontaktirajući svog slučajnog radnika, vaš lokalni DFCS ured, ili DFCS Civil Rights, ADA/Section 504 Koordinator na 2 Peachtree NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Za DCH, obratite se KB Team ADA/Section 504 Koordinator na 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071 ili PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH email je: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Možete zatražiti od svog slučajnog radnika kopiju DFCS građanskih prava, ADA/Section 504 obrazac za pritužbe. Obrazac za pritužbe dostupan je i na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Ako vam je potrebna pomoć pri unošenju žalbe na diskriminaciju, možete se obratiti osoblju DFCS-a navedenom gore. Pojedinci koji su gluhi ili tvrdo sluha ili koji mogu imati govorne smetnje mogu pozvati 711 za operatera da se poveže s nama. Email za DCH građanska prava je: dch.civilrights@dch.ga.gov. Link za DCH proces građanskih prava i obrazac za pritužbe nalazi se [na https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights](https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights).

Možete podnijeti i žalbu na diskriminaciju odgovarajućoj federalnoj agenciji. Kontakt informacije za Američko ministarstvo poljoprivrede (USDA) i Američko ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga (HHS) je u okviru "Izjave o nediskriminaciji" uključenih unutar .

** Član 504. Zakona o rehabilitaciji iz 1973.; Zakon o Amerikancima sa invaliditetom iz 1990. godine; a Amerikanci sa smetnjama u 2008. godini osiguravaju da osobe sa smetnjama budu oslobođene od diskriminacije.*

Prema politici Odjela za zdravlje zajednice (DCH) programi medicinske pomoći ne mogu vam poreći podobnost ili beneficije na osnovu vaše rase, dobi, spola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili religije.

Ne šalji aplikacije USDA ili HHS-u

Izjava o nediskriminaciji

U skladu sa saveznim zakonima o građanskim pravima i pravilima ministarstva poljoprivrede (USDA), USDA, njenim agencijama, kancelarijama i zaposlenima, i institucijama koje učestvuju ili upravljaju USDA programima, zabranjeno je diskriminirati na osnovu rase, boje, nacionalnog porijekla, spola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjerskog vjerovanja, invalidnosti, dobi, političkih uvjerenja, ili odmazde ili odmazde za preornu aktivnost građanskih prava u bilo koji program ili aktivnost koju provodi ili finansira USDA. Programi koji dobijaju federalnu finansijsku pomoć od ministarstva zdravlja i ljudskih usluga SAD-a (HHS), kao što su Privremena pomoć za potrebe porodica (TANF), i programi koje HHS direktno radi, također su zabranjeni diskriminacijom po federalnim zakonima o građanskim pravima i HHS propisima.

Osobe sa smetnjama koje zahtijevaju alternativna sredstva komunikacije za informacije o programu (npr. Braille, veliki print, audio kasete, Američki znakovni jezik), trebaju se obratiti agenciji (državnoj ili lokalnoj) gdje su se prijavile za beneficije. Osobe koje su gluhe, teško sluha ili koje imaju govorne smetnje mogu kontaktirati USDA putem Federalne relejne službe na (800) 877-8339. Osim toga, informacije o programu mogu biti dostupne na jezicima koji nisu engleski.

GRAĐANSKE PRITUŽBE KOJE UKLJUČUJU USDA PROGRAME USDA

Pružila federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi kao što su Program dopunska pomoć u prehrani (SNAP), Program distribucije hrane na indijskim rezervacijama (FDPIR) i drugi. Da se podnese programska pritužba na diskriminaciju, kompletan Obrazac za žalbu zbog diskriminacije u programu, (AD-3027) pronađen na internetu at

[https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf), i u bilo kojem USDA uredu ili napišite pismo adresirano na USDA i dostavite u pismu sve informacije tražene u obrascu. Da zatražite kopiju obrasca za žalbu, nazovite (866) 632-9992.

Dostavi svoj završeni obrazac ili pismo USDA-u po:

1. **mail:** Food and Nutrition Service, USDA1320 Braddock Place, Soba 334, Aleksandrija, VA 22314; ili
2. **fax:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **email:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Za bilo koju drugu informaciju u vezi sa SNAP pitanjima, osobe bi se trebale obratiti broju hotline USDA SNAP na (800) 221-5689, koji je također na španskom, ili pozvati državne informacije, brojeve vruće linije (kliknite na link za popis brojeva hotline po državi); naći na internetu na: [SNAP hotline](#).

GRAĐANSKE PRITUŽBE KOJE UKLJUČUJU HHS PROGRAME HHS pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe za poboljšanje zdravlja i zdravlja, uključujući TANF, Napredni početak, Program pomoći za kućnu energiju s niskim prihodima

(LIHEAP) i druge. Ako vjerujete da ste diskriminirani zbog svoje rase, boje, nacionalnog porijekla, invalidnosti, dobi, seksa (uključujući trudnoću, seksualnu orijentaciju, i rodnog identiteta) ili religije u programima ili aktivnostima koje HHS direktno posluje ili kojima HHS pruža federalnu finansijsku pomoć, možete podnijeti žalbu Uredu za građanska prava (OCR) za sebe ili za nekog drugog.

Da biste podnijeli pritužbu na diskriminaciju za sebe ili nekog drugog u vezi programa koji dobija federalnu finansijsku pomoć putem HHS-a, dovršite obrazac online putem OCR-ovog Portala za pritužbe na <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Također možete kontaktirati OCR putem pošte na: Centralizirane operacije upravljanja predmetima, Ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga SAD-a, Avenija nezavisnosti 200, S.W., Soba 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ili email: OCRmail@hhs.gov. Radi brže obrade, ohrabrujemo vas da koristite OCR online portal za podnošenje pritužbi umjesto podnošenja putem pošte. Osobe koje trebaju pomoć pri podnošenju pritužbe za građanska prava mogu poslati OCR na OCRMail@hhs.gov ili pozvati OCR na broj 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Za osobe koje su gluhe, teško sluha, ili imaju poteškoće s govorom, molimo vas da nazovete 7-1-1 za pristup telekomunikacijskom releju usluga. Također pružamo alternativne formate (kao što su Braille i veliki print), pomoćna pomagala i usluge jezičke pomoći besplatno za podnošenje pritužbe.

Ova institucija je davatelj jednakih mogućnosti.

Pod Odjelom za ljudske usluge (DHS), možete podnijeti i druge žalbe na diskriminaciju kontaktirajući vaš lokalni DFCS ured, ili DFCS Ljudska prava, ADA/Section 504 Koordinator na 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Za pritužbe u vezi sa diskriminacijom na osnovu ograničenog engleskog jezika, obratite se DHS Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program na 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, ili nazovite (877) 423-4746.

Ne šalji aplikacije USDA ili HHS-u