



# 給付金申請

完成した申請書は、地元の郡事務所へ手渡し、ファックス、または郵送で提出してください。

この文書を読む際、記入する際または当局と通信する際に支援が必要な場合は、右記までお電話ください：(877) 423-4746。通訳を含む当局のサービスは無料です。耳や目の不自由な方、または話すことが困難な方は、711（ジョージア・リレー）をダイヤルし、上記の番号に電話してください。

家庭児童福祉課（DFCS）では、どのようなサービスを提供していますか？

DFCS は以下のサービスを提供しています：



## 食糧 支援

SNAP 特典は、EBT/Quest のサインがある店舗ならどの店舗でも食品を購入する際に使用できます。SNAP アカウントから購入した食品の価格を差し引きます。



## 現金支援/雇用支援サービス 貧困家庭のための臨時支援

(TANF) は、子どもを養育している、また妊婦のいる家庭のための時間限定の支援金を提供します。補助金の対象となる親または保護者、または妊婦は 仕事のプログラムに参加する必要があります。また、現金支援プログラムは、TANF プログラムの対象外である難民の世帯に経済的支援を提供します。

- **祖父母の子育て支援 (GRG)** は、子供たちが祖父母の家で安心して生活できるように、必要な支援を提供します。



## 医療支援

メディケイドは、医療費、医師の診察費、メディケアの保険料などの支払いを支援するものです。

- これには**パスウェイズ医療支援**が含まれています。パスウェイズ医療支援は、世帯収入が連邦貧困水準の 100%までで、他のメディケイド受給資格がなく、資格を満たす 19 歳から 64 歳までの個人に向けて、無料または引き料金でメディケイドを提供するプログラムです。パスウェイズの選考を希望される方は、添付書類 D にご記入ください。

## コミュニティ支援サービス

その他の DHS サービスについては、当局ウェブサイト <http://dfcs.georgia.gov> または電話(877) 423-4746 でご確認ください。



## 給付金を受けるにはどうしたらよいですか？

### ステップ 1. 申請書に必要事項を記入する。

質問をよく読んで、正確な情報を記入してください。署名と日付を申請書に記入してください。

### ステップ 2. 申込書を最寄りの事務所に提出する。

1~2 ページ、17~20 ページは切り取って保管してください。

## よくある質問

### 給付金を受けるにはどのくらい時間がかかりますか？

|         |          |
|---------|----------|
| SNAP:   | 30 日以内   |
| TANF:   | 45 日以内   |
| メディケイド: | 10~ 90 日 |

資格があれば、7 日以内に SNAP を取得できる場合があります。6 ページをご覧ください。

### いくらもらえますか？

あなたの収入、財源、家族の人数が給付額を決定します。具体的な情報については、受給資格の有無を判断した上でお伝えします。

### 給付金はどのように受け取れるのですか？

SNAP では、特典を利用するための電子給付金振替 (EBT) カードが発行されます。TANF では、特典を利用するための Way2Go デビットマスターカードを入手できます。メディケイドの場合、受給資格者一人一人にメディケイドカードが渡されます。

### 以下の情報をご提供いただく場合があります：

- SNAP およびまたは TANF を申請する場合は、申請者の身分証明書を提出してください。身分証明書 (ID) または運転免許証 (DL) が証明書として認められます。医療支援を申請する場合は、身分証明書は必要ありません。
- 給付金を申請される方全員の米国市民権/適格移民資格を証明するもの。緊急医療サービス (EMA) のみを申請する場合、SSN や移民の身分に関する情報を提供する必要はありません。
- 支援を要請する全員の社会保障番号。
- 収入を証明するもの、例えば、給与明細、養育費の支払い証明書、収入証明書など。医療支援申請者の場合、養育費の支払い証明は必要ありません。
- 養育費の領収書、医療費、医療交通費、家賃・住宅ローン、養育費の支払いなど、支出を証明するもの。医療支援申請者の場合は、これらの情報は必要ありません。

当局はまず、電子データソースを通じて、市民権/移民権の有無および所得情報の確認を試みます。申請時に紙の確認書類を提出する必要はありませんが、申請時に書類を提出することは可能です。電子データソースによる確認ができず、この情報を得るためにサポートが必要な場合は、その旨をお知らせください。



# 給付金申請



**この申請書の 3~16 ページを、あなたのお住いの地域の家庭児童福祉課 (DFCS) の事務所に郵送、ファックス、または持参してください。お近くの事務所は、<http://dfcs.georgia.gov/locations> で検索できます。**

本人または申請者が受給資格を有する場合、SNAP 給付は、本人の氏名、住所、署名の入った申請書を受領した日から行われます。TANF 給付金は、申請書が承認された日から支給されます。

フードスタンプ (SNAP)、TANF、メディケイドを申請する場合、名前、住所、署名だけで給付の申請書を提出することができます。しかし、全項目に記入していただいた方が、より早く申請書が処理される可能性があります。このフォームを使用して、複数のプログラムまたは SNAP のみの共同申請を行うことができます。他のプログラムへの申請が却下されたという理由だけで、SNAP 申請が却下されることはありません。SNAP 申請の適格性判断は別途行います。教育機関に所属していて、同時に SNAP と SSI を申請する場合、申請日は教育機関から離れた日になります。

### ステップ 3. 私たちに相談してください。

作業者との面接が必要な場合があります。その場合は、アポイントを取らせていただきます。この面接は電話で行うことができます。

申請者の個人情報はどうに使用されますか?給付金を申請したい人については、社会保障番号 (SSN) と市民権または移民ステータスのみを提供する必要があります。この情報は、所得および資格確認システム (IEVS) を確認するために使用されます。また、所得と資格を確認し、賃金情報と労働活動への参加を追跡するために、他の連邦、州、および地方機関と情報を照合します。世帯員が SSN、市民権または移民ステータスに関する情報を提供したくない場合は、他の世帯員が給付金を受け取ることができます。緊急医療サービスのみを申請する場合は、SSN または移民ステータスに関する情報を提供する必要はありません。他の人が私に代わって申請できますか?SNAP およびメディケイドについては、誰かに申請を依頼できます。TANF については、誰でも申請できますが、親または介護者、または妊娠中の個人は面接を受ける必要があります。



# 給付金申請

**(この申請書に必要な事項を記入し、お住まいの地域の DFCS 事務所へ返送してください。)**

## 応募の目的は何ですか？ (該当するものすべてにチェック)

### 補助的栄養支援プログラム (SNAP)

補助的栄養支援プログラム (SNAP) は、以前はフードスタンプとして知られていたもので、低所得世帯に毎月給付金を支給し、食費を補助する連邦政府の資金援助によるプログラムです。また、このプログラムでは、食料と栄養のニーズを満たすために栄養教育を行い、家族が SNAP への依存を減らすために雇用を得るための雇用と訓練の機会も提供しています。

### 貧困家庭一時扶助 (TANF)

貧困家庭臨時援助 (TANF) は、資格のある子どもや妊婦がいる家庭を強化するため、毎月の臨時的現金支給、単発の現金支給、またはその他の支援サービスを提供するものです。お子様の親、世話人、妊娠中の方で、補助金への加入を希望される場合は、就労プログラムへの参加をお願いします。

### 孫を育てる祖父母 (GRG)

祖父母の子育て支援 (GRG) は、子供たちが祖父母の家で安心して生活できるように、必要な支援を提供します。

**GRG を受けるには、TANF を申請する必要があります。**

### 難民のための現金支援

難民のための現金支援プログラムは、TANF プログラムの対象外である難民世帯に経済的支援を提供します。難民とは、難民、キューバ・ハイチ移民、人身売買の被害者、アメラジアン、アシレイ、特別移民ビザ (SIV) を持つアフガニスタン・イラク人、適格アフガン仮出所者などを指します。

### メディケイド

メディケイドは、高齢者、目の不自由な人、障害者、妊婦、子供、家族に対して医療保障を提供するものです。お申し込みの際には、すべてのメディケイド・プログラムを見て、どのプログラムを受けることができるかを決定します。

## 申請者について、以下の表に記入してください。

|  |                               |      |    |
|--|-------------------------------|------|----|
| 名                                      | ミドルイニシャル                      | 姓    | 略字 |
| 居住地の番地                                 |                               | 区画   |    |
| 都市                                     | 州                             | 郵便番号 |    |
| あなたはホームレスの方ですか？ はい _____ または いいえ _____ |                               |      |    |
| 郵送先住所 (異なる場合)                          |                               |      |    |
| 主要電話番号                                 | その他の連絡先 番号                    |      |    |
| 電子通信：                                  | Eメールアドレス (任意)：                |      |    |
| 電子メール：はい __、またはいいえ __ (任意)             |                               |      |    |
| テキストメッセージ：はい __、またはいいえ __ (任意)         |                               |      |    |
| 使用する言語は？                               | 面談が必要な場合、<br>通訳は必要でしょうか？はい__ま |      |    |



# 給付金申請

## 米国障がい者法 (Disabilities Act) 下の米国人 : 合理的な修正とコミュニケーション支援の要請 (該当する場合) :

あなたは合理的な修正またはコミュニケーション・アシストを必要とする障害を持っていますか? はい \_\_\_ いいえ \_\_\_

(はいの場合、要求している合理的な変更またはコミュニケーション支援について説明してください) :

手話通訳; TTY; 大きな活字印刷; 電子通信 (Eメール); 点字; ビデオ中継; 音声通訳; 口頭通訳; 触知通訳; プ  
ログラム締め切りのリマインダー電話; 電子メール署名 (該当する場合); 対面インタビュー (自宅訪問); その  
他: \_\_\_\_\_

この合理的修正またはコミュニケーション支援を 1 回限り、\_または常時必要ですか \_\_\_?

可能であれば、この修正または支援が必要な時期と期間を簡単に説明してください。

## すべての SNAP、TANF、およびメディケイド申請者の場合 :

私は、私が給付金を申請している人が米国民であるか、または米国に合法的に存在する非市民であることを知っている限り、また確  
信している限り、偽証罪の罰を受けることを宣言します。また、本申請書に記載されたすべての情報は、私の知る限りにおいて真実  
かつ正確であることを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH、および認可された連邦機関が、この申請書に記入した私の情報を確認  
することがあることを理解し、同意します。過去または現在の勤務先から情報を得られる場合があります。私は、自身の情報が、賃金  
情報および自身の労働活動への参加を追跡するために使用されることを理解しています。

私は、SNAP/メディケイドおよび/または TANF プログラムの要件に従って、私の状況に何か変化があれば報告します。また、私の世  
帯の誰かが宝くじやギャンブルの賞金を受け取った場合、総額 4,500 ドル以上 (税金やその他の金額が差し引かれる前) を報告しま  
す。私は、これらの賞金について、私の世帯員がこの賞金を受け取った月末から 10 日以内に報告します。私は、情報が不正確であっ  
た場合、給付金が減額または拒否される可能性があり、不正確な情報を故意に提供したとして刑事訴追の対象または DHS-DFCS プロ  
グラムの資格を剥奪される場合があると理解しています。私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、訴追される可能  
性があることを理解しています。私は、申請または更新の際に、DHS-DFCS に経費の一部を伝えなかった場合/確認できなかった場  
合、DHS-DFCS は私の SNAP 給付額を計算する際にその経費を計上しないことを理解しています。

ジョージア州福祉局 (「DHS」) は、給付金申請に際して、名前、住所、電話番号、Eメールアドレス、そして誕生日等の個人を特定可  
能な情報 (PII) を収集します。個人情報を送信することにより、お客様は、DHS の方針、手順、および法律や規則で許可または要求  
される通りに、私たちがそのような個人情報を収集、使用、および開示することに同意したものとみなされます。

|                                  |             |
|----------------------------------|-------------|
| _____<br>署名                      | _____<br>日付 |
| _____<br>証人 "X" が署名している場合の立会人の署名 | _____<br>日付 |

## 権限のある代表者 :

申込書への記入、面接の実施、および/または店舗に行けない時に EBT カードを使って食品の購入を、個人または団体に依頼する  
場合のみ、この項を記入してください。プログラムの種類ごとに、委任された代理人として指定したい人をチェックしてください。ま  
た、どのような職務を担ってほしいかをチェックしてください。メディケイドを申請する場合、複数の個人または団体をあなた  
の代理人として選択することができます。

権限のある代表者 1 プログラムタイプ : SNAP  TANF  医療支援   
委任された代理人 1 の義務 : 申請者の代理として申請書に署名  更新フォームに記入して送信してください   
通知やその他の通信のコピーを受け取る  その他すべての事項において申請者に代わって行動する   
TANF 特典カード (Way2Go デビットマスターカード) を受け取る

担当者名 1 : \_\_\_\_\_  
組織名 1 (該当する場合) : \_\_\_\_\_ 電話番号 : \_\_\_\_\_  
住所 : \_\_\_\_\_ アパート : \_\_\_\_\_  
都市 : \_\_\_\_\_ 州 : \_\_\_\_\_ 郵便番号 : \_\_\_\_\_



家庭および児童サービス部門



# 給付金申請

電子通信：電子メール：はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_ (任意)      テキストメッセージ：はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_ (任意)

Eメールアドレス (任意) \_\_\_\_\_

希望する言語：

\_\_\_\_\_ 通訳者が要りますか？はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_

委任された代理人 2 のプログラムの種類：SNAP       TANF       医療支援

委任された代理人 2 の義務：任務申請者に代わって申請書に署名       更新申請書に記入して提出する

通知やその他の

連絡のコピーを受け取る       その他全ての事柄について申請者に代わって行動する

TANF 給付カード

(Way2Go デビットマスターカード) を受け取る

氏名 2： \_\_\_\_\_

組織名 2 (該当する場合)： \_\_\_\_\_ 電話番号： \_\_\_\_\_

住所： \_\_\_\_\_ アパート： \_\_\_\_\_

都市： \_\_\_\_\_ 州： \_\_\_\_\_ 郵便番号： \_\_\_\_\_

電子通信：電子メール：はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_ (任意)      テキストメッセージ：はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_ (任意)

Eメールアドレス (任意) \_\_\_\_\_

希望する言語：

\_\_\_\_\_ 通訳者が要りますか？はい \_\_\_ または いいえ \_\_\_

## 米国障がい者法 (Disabilities Act) 下の米国人：合理的な修正と権限のある代表者のためのコミュニケーション支援に関する要請 (該当する場合)：

委任された代理人は、合理的な修正またはコミュニケーション支援を必要とする障害をお持ちですか？はい \_\_\_ いいえ \_\_\_ (「はい」の場合、要求している合理的な変更またはコミュニケーション支援について説明してください)：

手話通訳\_\_、 TTY\_\_、大きな活字印刷\_\_、電子通信 (メール) \_\_、点字\_\_、ビデオ中継\_\_、音声通訳\_\_、口頭通訳、触知通訳\_\_、プログラム締め切り喚起の電話\_\_、電子メール署名 (該当する場合) \_\_、対面インタビュー (自宅訪問) \_\_、その他。 \_\_\_\_\_

委任された代理人は、この合理的修正またはコミュニケーション援助を必要としますか

1 回限り \_\_\_ または 常時 \_\_\_ ですか？可能であれば、この修正または援助が必要な時期と期間を簡単に説明いただけますか？ \_\_\_\_\_

事務局使用限定：      日付受信: \_\_\_\_\_

## エクスプレスレーン (Express Lane) の対象者：

エクスプレスレーン資格 (ELE) は、栄養補助プログラム (SNAP)、貧困家庭への一時的援助 (TANF)、難民現金援助 (RCA)、チャイルドケア&ペアレントサービス (CAPS)、または女性、乳児、子供 (WIC) を受けている 19 歳未満の対象となるお子様を医療支援プログラムに自動的に登録または更新するための手続きです。

お子さんが SNAP または TANF の受給資格がある場合、子ども家庭サービス部 (DFCS) は SNAP または TANF の世帯サイズ、居住地、収入情報を使用しますが、DFCS はメディケイドまたは PeachCare for Kids® への登録・更新のための ELE 判定を行うために、医療支援規則を使用して市民権または移民のステータスを確認します。DFCS は、完了後に決定通知を送信し、メンバーに変更を加え、いつでも ELE の手続きから抜けたり、医療支援ケースを終了したりできるようにします。



# 給付金申請

## SNAP をより早く手に入れる資格はありますか？（この情報は SNAP 申請者のみにお願いします）

申請者とその世帯員全員についての質問に答え、あなたが SNAP を 7 日以内に取得できるかどうか確認してください。

1. あなた自身、または世帯員の中に、出稼ぎ労働者、または季節農場労働者がいますか？  はい  いいえ

はいの場合、それは誰ですか \_\_\_\_\_

2. **総収入**この月に受け取ることになる収入合計： \$ \_\_\_\_\_

求人者の名前： \_\_\_\_\_

雇用開始日： \_\_\_\_\_

雇用終了日： \_\_\_\_\_

賃金率 \_\_\_\_\_

毎週の労働時間： \_\_\_\_\_

給料の支払い頻度：週給/隔週/半月/月給（一つを○で囲む）

3. **総収入**その今月分を受け取ることになる合計収入： \$ \_\_\_\_\_

不労所得の種類 \_\_\_\_\_ 金額： \_\_\_\_\_

受給頻度： 週/隔週/半月/月（1つに○）

不労所得の種類 \_\_\_\_\_ 金額： \_\_\_\_\_

受給頻度： 週/隔週/半月/月（1つに○）

4. この月の収入と不労所得の合計： \$ \_\_\_\_\_

5. あなたと世帯員全員が持っている現金または預金の額はいくらですか？ \$ \_\_\_\_\_

6. 毎月の家賃、譲渡抵当、固定資産税、および/または家主の保険料の月々の金額はいくらですか？

\$ \_\_\_\_\_

保険は？

7. 今月の電気、水道、ガス、及び/またはその他のユーティリティの代金の合計はいくらですか？

\$ \_\_\_\_\_

**（合計のうち、期限切れ、遅延損害金の金額を除く）**

- a. あなたの家庭の主な暖房または冷房源は何ですか？ 該当するものすべてにチェック。

電気 \_\_\_\_\_ ガス \_\_\_\_\_ 窓用またはセントラルエアコン \_\_\_\_\_ 灯油 \_\_\_\_\_ 木材 \_\_\_\_\_

- b. 過去 12 ヶ月間にエネルギー支援を受けたことがありますか？

はい  いいえ **はい**の場合、受け取った金額 \$ \_\_\_\_\_



# 給付金申請

## 申請者本人と家族全員についてお聞かせください

**医療支援申請者向け：** 本人、配偶者、一緒に住んでいる 21 歳未満の子供（継子を含む）、健康保険が必要な未婚のパートナー、一緒に住んでいなくても税金申告書に含める人、一緒に住んでいる 21 歳未満の他の誰かを含めてください。健康保険に加入する必要のない未婚のパートナー、未婚のパートナーの子供、同居しているが本人が申告する両親(21 歳以上の場合)、または本人が申告する他の成人親族を含める必要はありません。緊急医療サービス (EMA) のみを申請する場合、SSN や移民の身分に関する情報を提供する必要はありません。

## 申請者と世帯員全員について、以下の表に記入してください。以下の連邦法および規制：

**食品と栄養法、2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7.C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, および 42**

**C.F.R. § 435.920** では、**DFCS があなたおよびあなたの世帯員の社会保障番号を要求する権限を与えています**。あなたの世帯に住んでいて、給付を申請していない人は、**非申請者**として扱われるかもしれません。非申請者は、社会保障番号、市民権、移民権の情報を提供する必要はなく、給付を受ける資格はありません。他の世帯員が受給資格を有している場合は、受給できる可能性があります。あなたが、世帯員のうち給付を受ける資格があるメンバーがいるかどうかを当局に判断を仰ぎたい場合、さらに当事者の市民権または移民権に関する情報を伝える必要があり、さらに当社の社会保障番号 (SSN) を提出してください。それに加えて、当事者の**収入**と財源について、世帯の資格と給付水準を決定するために当局まで伝える必要があります。申請者以外の世帯員が市民権や移民権の状況を教えてくれなかった場合、米国市民権移民局 (USCIS) の体系的な外国人確認 (SAVE) システムに報告することはありません。ただし、申請時に移民権情報を提出した場合、この情報は SAVE システムによる検証の対象となり、世帯の受給資格や給付水準に影響を与える可能性があります。当局は、あなたの収入と資格を確認するために、他の連邦、州、および地方の機関とあなたの情報を照合します。また、この情報は、法執行機関に提供され、法律から逃げている人を逮捕するために使用されることがあります。ご家庭で SNAP 請求があった場合、SSN を含む本申請書の情報は、連邦政府機関、州政府機関、民間の請求収集機関に提供され、請求の収集に使用される場合があります。他の世帯員が SSN、市民権、または移民権を提供しないことを理由に、申請者の世帯員への給付を拒否することはありません。

| 氏名<br>名 ミドルイニシャル 姓 | 続柄 | この人は給付金を申請していますか？<br>(Y/N) | この人は医療保険を必要としますか？<br>(Y/N) | 生年月日<br>フォーマット | 社会保障番号<br><br>(非申請者のオプション) | 性別<br>(M/F) | ヒスパニック系またはラテン系？<br><br>(オプション)<br><br>(Y/N) | レースコード<br><br>(オプション)<br><br>(以下のコードを参照) | あなたは、アメリカ人ですか、米国国籍者、米国移民資格保持者、または十分な移民資格状態を保持していますか？<br><b>(申請者のみ)</b><br>(Y/N) |
|--------------------|----|----------------------------|----------------------------|----------------|----------------------------|-------------|---|--|---|
|                    | 自身 |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |
|                    |    |                            |                            |                |                            |             |   |  |   |

### 人種コード (該当するものをすべてお選びください)：

**AI** - アメリカ・インディアンまたはアラスカ・ネイティブ **AS** - アジア人 **BL** - 黒人またはアフリカ系アメリカ人  
**HP** - ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島民 **WH** - 白人

人種/民族情報を提供することにより、差別のない方法で当局のプログラムを管理するのに役立ちます。あなたの世帯は、この情報を提供する必要はなく、あなたの資格や給付水準に影響を与えることもありません。



# 給付金申請

あなた自身、または他の世帯申請者が、米国市民または米国国籍の場合、次の表に記入してください：

(必要に応じてページを追加してください)

| 氏名<br>名 ミドルイニシャル 姓 | 入国審査書類の種類 | 外国人/証明書/文書 ID 番号 | 1996 年以降に米国に居住したことがありますか？<br>(Y/N) | 帰化日/米国への入国日または入国許可日<br>(該当する場合)<br>様式<br>(mm/dd/yy) | あなた、またはあなたの配偶者、親が退役軍人、または現役の米軍兵士ですか？<br>(Y/N) |
|--------------------|-----------|------------------|------------------------------------|---|---|
|                    |           |                  |                                    |   |   |
|                    |           |                  |                                    |   |   |
|                    |           |                  |                                    |   |   |
|                    |           |                  |                                    |   |   |

## 申請者と世帯員全員についてお教えてください

給付の対象者を決定するために、申請者と世帯員全員に関する詳細な情報が必要です。以下のページでは、あなたが受け取りたい給付金に関する質問のみにお答えください。

1. 他の郡や州で何らかの給付を受けた人はいいますか？(SNAP と TANF のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_

どこで： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

2. 1996 年 8 月 22 日以降、複数の地域で複数の SNAP 特典を受けるために、住んでいる場所や身元について虚偽の情報を提供したとして有罪判決を受けた人はいいますか？(SNAP のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_

どこで： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

3. 申請日から 30 日以内に、あなたの世帯で自発的に仕事を辞めたり、労働時間を週 30 時間以下に短縮した人がいますか？(SNAP と TANF のみ)  はい  いいえ

はいの場合、誰が辞めましたか？ \_\_\_\_\_

なぜ辞めたのですか？ \_\_\_\_\_





# 給付金申請

4. 妊娠している人はいますか？（この質問は SNAP 申請者には当てはまりません）  はい  いいえ

**はいの場合：**

妊婦の名前： \_\_\_\_\_

出産予定日はいつですか？ \_\_\_\_\_； 予想される赤ちゃんの人数は？ \_\_\_\_\_

いいえの場合、過去 12 ヶ月以内に世帯内で出産した人、または妊娠が中絶された人はいますか？  はい  いいえ

**はいの場合：**

妊婦の名前： \_\_\_\_\_

出産日/中絶日はいつでしたか？ \_\_\_\_\_； また出産された/予想出産される赤ちゃんは何人ですか？ \_\_\_\_\_

\*TANF 申請者のみ、以下をご記入ください：

胎児の父親の名前： \_\_\_\_\_ 父親の住所： \_\_\_\_\_

5. メディケイド申請者の場合、過去 3 ヶ月間に未払いの医療費がある人はいますか？  はい  いいえ

**はいの場合、**メディケイド案件の場合は未払い請求書を送付してください。

6. SNAP または TANF プログラムから失格になった人はいますか？ (SNAP と TANF のみ)  はい  いいえ

**はいの場合：**

誰が： \_\_\_\_\_

どこで： \_\_\_\_\_

7. 重罪による起訴や拘置を避けるために逃亡している人がいますか？ (SNAP と TANF のみ)  はい  いいえ

**はいの場合、**誰ですか？ \_\_\_\_\_

8. 保護観察または仮釈放の条件を破っている人はいますか？ (SNAP と TANF のみ)  はい  いいえ

**はいの場合、**誰ですか？ \_\_\_\_\_

9. 1996 年 8 月 22 日以降、規制薬物の所持、常用または配布に関わる行為（麻薬犯罪）（SNAP と TANF のみ）、または暴力（TANF のみ）の前科がありますか？  はい  いいえ

**はいの場合：**

誰が： \_\_\_\_\_ いつ： \_\_\_\_\_

a. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか？ (SNAP のみ)  はい  いいえ

b. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関連する仮釈放の条件を遵守していますか？ (SNAP のみ)  はい  いいえ

c. 薬物関連の有罪判決に関する**保護観察または仮釈放**の条件をすべて正常に完了しましたか？ (SNAP のみ)  はい  いいえ



# 給付金申請

10. あなたまたは世帯員が 1996 年 8 月 22 日以降に SNAP 給付金を麻薬と交換したことで有罪判決を受けたことがありますか？(SNAP のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_ いつ： \_\_\_\_\_

11. あなたまたは家族が SNAP 特典の売買で有罪判決を受けたことはありますか？  
1996 年 8 月 22 日以降、500 ドル以上？(SNAP のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

12. あなたや家族が SNAP の特典を銃と交換した罪で有罪判決を受けたことはありますか？  
1996 年 8 月 22 日以降の弾薬、または爆発物？(SNAP のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

13. あなた、または、世帯員が成人として激しい性的虐待で、  
殺人、性的搾取、その他の児童虐待、性的行為を含む連邦または州の犯罪  
暴行、または司法長官が実質的に類似していると判断した州法に基づく犯罪  
2014 年 2 月 7 日以降、これらの罪に問われましたか？(SNAP のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

a. あなたは、重罪で受けた判決の結果に関する保護観察の条件に従っていますか？  
重罪の有罪判決ですか？(SNAP のみ)  はい  いいえ

b. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか？(SNAP のみ)  
 はい  いいえ

c. 薬物関連の有罪判決に関する**保護観察または仮釈放の条件をすべて**正常に完了しましたか？(SNAP のみ)  はい  いいえ

14. あなたまたは世帯員が宝くじやギャンブルの賞金を受け取ったことがありますか？  はい  いいえ

はいの場合：



# 給付金申請

誰が： \_\_\_\_\_ いつ： \_\_\_\_\_ 受領額： \_\_\_\_\_

15. TANF 資金または Way2Go カードを以下の施設で使用した人はいますか？、酒屋、カジノ、ポーカールーム、風俗営業、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン、居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船、靈感商法、喫煙所、刺青/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANF のみ)  はい  いいえ

はいの場合：

誰： \_\_\_\_\_

いつ： \_\_\_\_\_

16. 給付を申請している人の中に、現在、扶養手当を受けている人がいますか？  はい  いいえ

はいの場合：

誰が： \_\_\_\_\_

毎月の受領額： \_\_\_\_\_

感謝料契約が確定した日または最後に修正された日： \_\_\_\_\_

## 申請者および世帯全員の収入について教えてください

あなた、またはあなたの世帯に住む人は次のような種類の収入を得ていますか？：賃金、チップ、ボーナス、自営業、社会保障/鉄道退職、障害手当、年金失業、またはその他の収入 SNAP と TANF については、次のような収入も記載してください。VA 収入、養育費、他人から受け取ったり、労災によるお金など。はいの場合、以下の表に記入してください。

| 世帯員の名前と収入 | 収入の種類 | 雇用者名/収入源 | 月額（控除前）<br>金額 | 受給頻度<br>（月、隔週、<br>週） | 時間当たり<br>の報酬 | 1週間当<br>りの時間 | 支払日 |
|-----------|-------|----------|---------------|----------------------|--------------|--------------|-----|
|           |       |          |               |                      |              |              |     |
|           |       |          |               |                      |              |              |     |
|           |       |          |               |                      |              |              |     |
|           |       |          |               |                      |              |              |     |

現在ストライキをしている人はいますか？  はい  いいえ

自営業の場合、毎月の事業経費の金額を記入してください。\$ \_\_\_\_\_

**申請者と世帯全員のリソースについて教えてください - TANF 申請者は、世帯全員の財源、メディケイド申請者は、高齢者（65 歳以上）、目の不自由な人、または障がい者（働くことを妨げる永続的な障がい）のリソースをすべてリストアップしてください。**

あなたやその他の応募する人は、何か財源を所有していますか？  はい  いいえ

はいの場合、以下の情報をすべて記入してください（あなた、あなたの配偶者、あなたの扶養家族、または他の人と共同で所有するすべての財源（資産）。必要に応じて追加のページを添付してください）。



# 給付金申請

|             |  |                 |  |
|-------------|--|-----------------|--|
| 当座預金口座      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 葬儀プラン/前払い埋葬項目   | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 普通預金口座      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 埋葬 区画または契約      | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 国債          | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | 株式および債券         | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 信託基金        | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ | その他 (IRA、CD、など) | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |
| 不動産/住宅用不動産? | <input type="checkbox"/> はい <input type="checkbox"/> いいえ |                 |  |

あなたまたはあなたの配偶者は資産をその価値を下回る価格で贈与したことがありますか?  はい  いいえ

いずれかの質問には**はい**と答えた方は、以下にその内容をお書きください。

| 世帯員の名前および財源 | 財源の種類 | 口座/証券番号 | 値 | 銀行名、保険会社など |
|-------------|-------|---------|---|------------|
|             |       |         |   |            |
|             |       |         |   |            |
|             |       |         |   |            |
|             |       |         |   |            |

あなた、またはあなたの配偶者は自動車を所有していますか?  はい  いいえ

**はい**の場合は、以下にその内容をお書きください。

| 自動車を所有している世帯員 | 車種名 | 型式 | 製造年 | 支払額 |
|---------------|-----|----|-----|-----|
|               |     |    |     |     |
|               |     |    |     |     |
|               |     |    |     |     |

あなたまたはあなたの配偶者は生命保険に加入していますか?  はい  いいえ

**はい**の場合、次の情報を入力してください。

| 保険契約者 | 保険会社 | 保険証券番号 | 額面価額 | 現金価値 |
|-------|------|--------|------|------|
|       |      |        |      |      |
|       |      |        |      |      |

## 申請者および世帯全員の費用について教えてください (メディケイド申請者のみ選択可)

あなたは扶養している子どもの養育費、または障害のある成人世帯員に対する介護費用を負担していますか?  はい  いいえ

**はい**の場合、以下の表に記入してください。

| 要介護者 | 介護の費用を負担する人 | 介護の理由 | 業者名/数 | 業者への支払額 | 支払回数 |
|------|-------------|-------|-------|---------|------|
|      |             |       |       |         |      |
|      |             |       |       |         |      |



# 給付金申請

あなたは、扶養している子ども、または障害のある成人世帯員に対して交通費を支払っていますか？  はい  いいえ

これらの費用は扶養費に含まれますか？  はい  いいえ

いいえの場合、この質問にお答えください。毎週の総走行距離： \_\_\_\_\_

あなた、またはあなたの世帯の誰かが、家庭外で生活している人に養育費を支払っていますか？  はい  いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください。

| 世帯員の支払い義務 | 支援を受けている子供の名前 | 支払義務額 | 実際の支払額 | 養育費は誰に支払われていますか？ |
|-----------|---------------|-------|--------|------------------|
|           |               |       |        |                  |
|           |               |       |        |                  |

60歳以上または障がい者の方で、医療費の負担がある方はいらっしゃいますか？  はい  いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください。

| 費用を負担している世帯員 | 支出の種類（医師の診察、通院、処方箋、 Medikation または健康保険保険料、メガネ） | 所有額 | まだ所有されていますか？はい/いいえ | 支払日 | 保険を支払われますか？はい/いいえ |
|--------------|--|-----|--------------------|-----|-------------------|
|              |  |     |                    |     |                   |
|              |  |     |                    |     |                   |
|              |  |     |                    |     |                   |

60歳以上または障害者の方で、医療費に交通費が含まれる方はいらっしゃいますか？  はい  いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください。

| 移動の目的<br>(医師 または 病院の診察、薬局での受け取り) | 総走行距離： | タクシー代、バス代、駐車場代、または宿泊： |
|----------------------------------|--------|-----------------------|
|                                  |        |                       |
|                                  |        |                       |

あなた、または世帯員（1名）のうち1名は、住居費と光熱費（2名分）を支払っていますか？  はい  いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください。

| 費用           | 金額 | 支払頻度？ | 支払者は？ |
|--------------|----|-------|-------|
| 家賃/住宅ローン     |    |       |       |
| 固定資産税        |    |       |       |
| 損害保険料        |    |       |       |
| 電気           |    |       |       |
| ガス           |    |       |       |
| 燃料/薪/灯油      |    |       |       |
| 井戸/浄化槽/水/下水道 |    |       |       |
| ゴミ           |    |       |       |
| 電話           |    |       |       |
| その他          |    |       |       |



# 給付金申請

家庭内で毎月の家計を共有している人がいますか？  はい  いいえ

はいの場合、誰ですか？ \_\_\_\_\_

コメント/ドキュメント \_\_\_\_\_

支払先 \_\_\_\_\_ 支払額\$ \_\_\_\_\_ 単位 \_\_\_\_\_

家主の氏名 \_\_\_\_\_

家主の住所： \_\_\_\_\_

これらの家計簿のうち、誰かに支払ってもらっているものはありますか？  はい  いいえ はいの場合、

以下の表を完成させてください  :

|                |                         |
|----------------|-------------------------|
| 誰が経費を負担していますか？ | どんな請求書が支払われるのですか？       |
| 支払額はいくらですか？    | この人は誰に対して請求書の支払をしていますか？ |

メディケイドを申請する場合は、以下の情報を入力してください。

### 確定申告者情報について

- 世帯の人は、連邦所得税の申告を来年に行う予定ですか？  はい  いいえ  
もしそうなら、誰が？(申告する予定の各人をリストアップしてください) \_\_\_\_\_
- 申告者のうち、配偶者と共同して申告する人はいますか？  はい  いいえ **はい**の場合、配偶者の名前をリストしてください：  
\_\_\_\_\_
- 納税者のうち、確定申告で扶養家族を申請する人はいますか？  はい  いいえ **はい**の場合、配偶者の名前を書いてください：  
\_\_\_\_\_
- 誰でも扶養家族として税金の返還を請求されますか？  はい  いいえ もし  はいなら、 納税者及び  被扶養者の名  
 を記載して下さい：  
(申請者) \_\_\_\_\_  
(配偶者) \_\_\_\_\_  
税扶養者は税申告者とどのような関係がありますか？ \_\_\_\_\_

控除：該当するものをすべてチェックし、その金額と支払い頻度を教えてください。

- 支払扶養料 \$ \_\_\_\_\_ 支払頻度？ \_\_\_\_\_  学生ローン利息 \$ \_\_\_\_\_ 支払頻度？ \_\_\_\_\_
- 健康保険料、401K、その他の税引き前控除 \$ \_\_\_\_\_ どのくらいの頻度ですか？ \_\_\_\_\_
- その他の控除 \$ \_\_\_\_\_ どのくらいの頻度で？種類： \_\_\_\_\_

### 他の医療保険

- 誰かが他の健康保険に加入していますか？  はい  いいえ  
はいと上記質問4に答えた方は、以下の情報と添付ファイルAを記入してください：

| 証券所有者の名前 | 健康保険会社名、住所、電話番号 | カバレッジの種類 (病院、<br>メディケアサプリメント、医<br>薬品、主要医療) | 対象者の名前 | 有効期限 | 保険証券番号 |
|----------|-----------------|--|--------|------|--------|
|          |                 |  |        |      |        |
|          |                 |  |        |      |        |



# 給付金申請

2. この申請書に記載されている人は、仕事から健康保険を提供されていますか？親や配偶者など、他の人の仕事による保障であっても、**はい**をチェックしてください。  
 はい  いいえ はいの場合は、添付書類 A を完成させる必要があります。  
 このは州従業員の福利厚生制度ですか？  はい  いいえ
3. またはこの申請書に記載されている人は、過去 2 ヶ月の間に何らかの健康保険を失くしたことがありますか？
  - a.  はい **はい**の場合、なぜ失くしたのでしょうか？ \_\_\_\_\_
  - b.  いいえ
4. 18 歳でフォスターケアを受けていた人がメディケイドを申請していたのですか？  はい  いいえ
5. あなたの世帯に、アメリカ人またはアラスカ先住民の方はいますか？  はい  いいえ  
**はい**の場合、添付書類 B をご記入ください。

## 年齢（65 歳以上）、目が見えない人、または障害者（恒常的な障害で働けない）の方がいらっしゃいましたら、質問にお答えください。（オプション）

1. 健康保険に申請中の方、目の不自由な方または障害のある方はいらっしゃいますか？  
 はい  いいえ **はい**の場合、名前をリストしてください
2. 現在、あなたまたはあなたの配偶者はメディケアの対象になっていますか？  
 はい  いいえ **はい**の場合、名前を書いてしてください：
3. あなたは、補足的保障所得（SSI）申請前の 3 か月前から未払いの医療費をカバーするためにメディケイドを申請中ですか？  
 はい  いいえ **はい**と答えた場合、SSI の申請日を記入してください：\_\_\_\_\_
4. あなたは、今は死亡していて、過去 3 ヶ月以内に未払いの医療費がある他者のために申請していますか？  
 はい  いいえ
5. メディケアに申請中の人の介護費用に充てますか？  
 はい  いいえ
6. あなたは年齢 18 才以上の人で SSI チェックが停止したメディケイドに申請していますか？  
 はい  いいえ
7. 地域ケアサービス、NOW/COMP、ホスピスケア、インディペンデントケアウェイバー、またはディーミングウェイバー（ケイティ・ベケット）などの地域ベースのウェイバーサービスの支払いを支援するメディケイドを申請していますか？  
 はい  いいえ



# 給付金申請

## SNAP ペナルティ

故意に虚偽の情報を提供した場合、給付金を失うか、刑事訴追を受ける可能性があります。

- あなたの世帯が受けるべきでない給付を受けるために、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりしないでください。
- 自分のものではない SNAP カードや EBT カードを使用したり、他人にあなたのカードを使わせたりしないでください。
- アルコールやタバコなどの食品以外の商品の購入やクレジットカードでの支払いに SNAP 特典を利用しないでください。
- SNAP カードまたは EBT カードを、銃器、弾薬、規制薬物（違法薬物）などの違法品と交換または販売しないでください。

故意に SNAP の規則のいずれかに違反した世帯員は、1 年間から永久に SNAP の利用を禁止されるか、最高 25 万ドルの罰金が科せられるか、最長 20 年の懲役が科せられるか、またはその両方になります。また、当事者は他の適用可能な連邦法及び州法に基づく訴追の対象となることもあります。裁判所が命令した場合、彼女/彼はさらに 18 か月間 SNAP への参加を禁止される場合があります。

故意に規則を破った世帯員は、初犯では 1 年間、再犯では 2 年間、そして再々犯では永久 SNAP を取得できない可能性があります。

裁判所により、規制薬物の販売を含む取引において、あなたまたは家族が SNAP 特典の使用または受領について有罪と認定された場合、あなたまたはその世帯員は、初犯の場合は 2 年間、再犯の場合は永久に給付を受ける資格がなくなります。

裁判所により、銃器、弾薬、または爆発物の販売を含む取引において、あなたまたは家族が特典を使用または受領したことで有罪と認定された場合、初犯で SNAP への参加資格を永久に失います。

裁判所により、あなたまたは家族が総額 500 ドル以上の給付金を人身売買した罪で有罪となった場合、あなたまたはその世帯員は、初犯で SNAP への参加資格を永久に失います。

あなたまたはご家族のメンバーが、受け取るために、身元（本人）または居住地（居住地）に関して不正な陳述または表明を行ったことが判明した場合 複数の SNAP 特典がある場合、あなたまたはそのご家族は 10 年間 SNAP への参加資格を失います。

## TANF プログラムに関する罰則

TANF プログラムにおいて、IPV（意図的なプログラム違反）とは、個人による確立または維持のために援助単位（AU）の資格を意図的に行うことです。あるいは増加させる、または減少を防ぐために、AU の メリットを、偽のまたは誤解を招く情報を提供したり情報を隠蔽したりすることです。

- 情報を隠し、変更を期限内に報告しない、あるいは真実を語らない世帯員は、初犯で 6 ヶ月、再犯で 12 ヶ月、再々犯で永久に TANF 給付を失います。現金支援資金または TANF デビットカードを悪用して、カジノ、酒屋、成人向け娯楽施設「ストリップクラブ」、ポーカールーム、保釈金、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬競技、ゲーム施設などで現金を引き出したり取引を行うことは、固く禁じられています。ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、サイキック・リーダー、喫煙所、タトゥー/ピアス店、およびスパ/マッサージ・サロンは厳しく 禁じられており、初犯で 6 ヶ月間、再犯で 12 ヶ月間、再々犯で永久に TANF 給付を失うこととなります。
- もし、あなたや世帯員の誰かが情報を隠していると法律裁判所が判断した場合、または、変化を期限内に報告しなかったり、真実を話さなかったりして有罪になった場合、初犯で 6 ヶ月間、再犯で 12 ヶ月間、再々犯で永久に TANF を取得できない可能性があります。
- もし、あなたや世帯員の誰かが、複数の州で給付金を受け取れるように、住んでいる場所について虚偽の情報を提供したことが法律裁判所で 有罪となった場合、あなたは 10 年間立ち入り禁止となります。
- 1997 年 1 月 1 日以降に薬物関連、規制薬物、または重大な暴力的重罪により、裁判所で 有罪判決を受けた場合、あなたまたはその世帯員は資格を失い、および/または永久に失格となります。





# 給付金申請

## すべての SNAP、TANF、およびメディケイド申請者の場合：

私は、私が給付金を申請している人が米国民であるか、または米国に合法的に存在する非市民であることを知っている限り、また確信している限り、偽証罪の罰を受けることを宣言します。また、本申請書に記載されたすべての情報は、私の知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH、および認可された連邦機関が、この申請書に記入した私の情報を確認することがあることを理解し、同意します。過去または現在の勤務先から情報を得られる場合があります。私は、自身の情報が、賃金情報および自身の労働活動への参加を追跡するために使用されることを理解しています。

私は、SNAP/メディケイドおよび/または TANF プログラムの要件に従って、私の状況に何か変化があれば報告します。また、私の世帯の誰かが宝くじやギャンブルの賞金を受け取った場合、総額 4,500 ドル以上（税金やその他の金額が差し引かれる前）を報告します。私は、これらの賞金について、私の世帯員がこの賞金を受け取った 月末から 10 日以内に報告します。私は、情報が不正確であった場合、給付金が減額または拒否される可能性があり、不正確な情報を故意に提供したとして刑事訴追の対象または DHS-DFCS プログラムの資格を剥奪される場合があると理解しています。私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、訴追される可能性があることを理解しています。私は、申請または更新の際に、DHS-DFCS に経費の一部を伝えなかった場合、および/または確認できなかった場合、DHS-DFCS は私の SNAP 給付額を計算する際にその経費を計上しないことを理解しています。

ジョージア州福祉局（以下「DHS」）は、給付金の申請時に、氏名、住所、電話番号、電子メールアドレス、生年月日などの個人を特定できる情報（PII）を収集します。個人情報を送信することにより、お客様は、DHS の方針、手順、および法律や規則で許可または要求される通りに、私たちがそのような個人情報を収集、使用、および開示することに同意したものとみなされます。

申請者の署名

日付

代表者の署名

日付

## 有権者登録情報

現在お住まいの場所で選挙権をお持ちでない方は、今日からこちらで選挙権登録の申請をされますか？

はい

いいえ

有権者登録の質問には答えたくない

選挙権登録の申請または辞退は、当機関から提供される援助の量に影響を与えるものではありません。

有権者登録申請書の記入に支援を希望される場合は、お手伝いします。支援を求めらるか受け入れるかは、あなた自身が決めることです。申請書の記入は、個人的に行ってもかまいません。

あなたは投票の登録、または投票の登録を断る権利、投票に登録するか登録に申し込むかの決定のプライバシー権利、または自分の政党や他の政治的な優先する権利、に差し支えたとと思われる人がいたら、2 Martin Luther King Jr.での国務長官に苦情を申し立ててください。Drive, Ste.802, West Tower, Atlanta, GA 30334 または 電話 (404) 656-2871 にてお問い合わせください。

どちらにもチェックが入っていない場合は、今回選挙登録をしないことを決定したものとみなします。

ジョージア州の有権者登録申請書の写しは、DFCS の申請書、更新書、住所変更届に同封されています。また、ケースワーカーに有権者登録申請書を請求することもできます。有権者登録申請書を作成したら、有権者登録申請書に記載されている指示に従って、ジョージア州務長官事務所に提出します。



# 給付金申請

**(参考までにこれらの書類を保管しておいてください。)**

この申請書で使用されている用語は何を意味しているのでしょうか。

この表は、この申請書で使用した用語について説明しています。

|                 |  |
|-----------------|--|
| 申請者             | 公的な支援や給付を受けるために申請する個人。   |
| 支援ユニット (AU)     | 支援ユニットには、妊娠中の個人と胎児を含め、同居し、公的扶助/給付を受ける資格のある個人が含まれます。  |
| 世話役             | TANF を申請し受給する 親、妊娠中の個人、親族、法定 後見人で、胎児を含む子供を 養育している者。  |
| 失格              | 真実を語らず、本来受け取るべきでない給付金を受け取ったという理由で、フードスタンプ (SNAP) または TANF のケースから個人を排除するために取られる措置のこと。   |
| 電子給付信託 (EBT)    | ジョージア州で SNAP の対象となる個人に給付金を支払うために使用されている制度。援助を受ける人には EBT デビットカードが発行され、それを使って SNAP 口座にアクセスすることができます。   |
| 電子通信            | 申請者は、ご自身の情報に関する通知をどのように受け取るかを選択することができます。電子メールまたはテキストによる通知を受け取ることを選択した場合、GA Gateway Customer Portal にある My Notices に通知があることを知らせるメッセージが表示されます。<br>電子メールによるコミュニケーションについては、電子メールアドレスを提供し、アカウント作成後に GA Gateway Customer Portal にあるペーパーレス通知に関する条件に同意する必要があります。GA Gateway Customer Portal Website <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> にアクセスし、通知設定を更新してください。<br>テキスト通信の場合、申請者は電話番号を当局に提供する必要があります。標準的なメッセージとデータ通信の料金が該当する可能性があります。通信事業者によって異なる場合がありますので、ご確認ください。 |
| 助成対象者の親族        | 親、妊娠中の個人、親族、法定 後見人のうち、胎児を含む子供のために 自分の名前で TANF を申請し、受給する者。  |
| 総収入             | 税金やその他の控除を考慮する前の個人の総収入のこと。   |
| ホームレス個人         | 夜間の定住地を持たない個人、または夜間の主な居住地が夜間である個人で以下に居住する個人： <ul style="list-style-type: none"> <li>• 臨時の宿泊施設を提供するために設計された監視付きのシェルター (福祉ホテルや集会所など)；</li> <li>• 施設入所を目的とした個人に臨時の住居を提供する、ハーフウェイハウス施設または同様の施設</li> <li>• 他の個人の住居に90日を超えない範囲で臨時に滞在する場合、または</li> <li>• 人間の通常の寝床として設計されていない、または通常使用されていない場所 (廊下、バス停、ロビー、または同様の場所)。</li> </ul>  |
| 世帯人員            | 自宅に同居している個人。SNAP の場合、一緒に住んでいて、一緒に食事を購入して準備する個人が対象です。   |
| 収入              | 賃金、給料、歩合給、ボーナス、労災、障がい、年金、退職金、利子、養育費など、受け取った金銭の支払い。   |
| 2012 年中産階級税制改革法 | この法律では、カジノ、酒屋、成人向け娯楽施設、ボーカールーム、保釈金、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、ピンゴホール、競馬、競技、ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、心霊占い師、喫煙店、刺青/ピアス店、スパ/マッサージサロンで、現金支援資金または TANF デビットカードを使用して現金を引き出したり取引を行うことは禁止されています。これらの事業で現金支援資金または TANF デビットカードを使用することは、受給者側の意図的なプログラム違反 (詐欺) を構成することになります。   |
| 移民労働者           | 自宅から別の農場仕事を探すために移動する季節的農業労働者の個人。   |



# 給付金申請

|                                  |  |
|----------------------------------|--|
| <p><b>非申請者</b></p>               | <p>公的扶助/給付を申請しない、または受けていない個人。申請していない人は、社会保障番号、市民権、または移民のステータスを提供する必要はありません。</p>  |
| <p><b>適格外国人/移民</b></p>           | <p>適格外国人/移民とは、米国に合法的に居住している人で、次のいずれかに該当する人を指します。</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 移民国籍法 (INA) に基づき、合法的に永住権を認められた人 (LPR)。</li> <li>• 1988 年対外活動・輸出金融・関連プログラム歳出法第 584 条に基づくアメラジアン移民。</li> <li>• INA の第 208 条に基づき亡命が認められた人。</li> <li>• INA の第 207 条に基づき亡命が認められた難民；</li> <li>• INA の第 212 条(d) (5)に基づき難民または亡命者として仮放免された者；</li> <li>• 1997 年 4 月 1 日以前に施行された INA のセクション 243(h)、または改正後の INA のセクション 241(b)(3)に基づいて退去強制が保留されている者；</li> <li>• 1980 年 4 月 1 日以前に施行されていた INA の第 203 条(a)(7)に基づき、条件付入国を認められた人；</li> <li>• 1980 年難民教育支援法第 501 条 (e) に定義されるキューバまたはハイチからの移民；</li> <li>• 2000 年人身売買被害者保護法第 107 条 (b) (1) に基づく人身売買の被害者；</li> <li>• 1996 年個人的責任および就労機会調整法 (Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996) の第 431 条 (c) に規定される条件を満たす、虐待を受けた移民；</li> <li>• INA101 条(a)(27)に基づき特別移民資格を与えられたアフガンまたはイラクの移民 (特定の条件を満たすことが必要です) ；</li> <li>• INA 第 289 条に基づき米国に居住するカナダ生まれのアメリカンインディアン、またはインディアン自決および教育支援法第 4 条 (e) に基づき連邦政府公認のインディアン部族の非市民、および；</li> <li>• ベトナム時代 (1964 年 8 月 5 日~1975 年 5 月 7 日) に軍事・救援活動に参加し、米軍兵士を助けたモン族または高地ラオス族の人たち。</li> </ul> <p>医療支援申請者のみ、自由連合協定 (COFA) とは、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、パラオ共和国の国民を指します。COFA 移民は、5 年という期限を満たす必要はありません。</p> |
| <p><b>財源</b></p>                 | <p>銀行口座、自動車、株式、債券、および生命保険などの現金、財産、または資産。</p>   |
| <p><b>季節的な農作業</b></p>            | <p>年の特定の時期で植え付け、収穫、梱包農産物の作業をする個人。農場が定期的に雇用している労働者よりも多くの労働者を必要とする仕事がある場合に、臨時に雇用される。</p>   |
| <p><b>SNAP での不正利用</b></p>        | <p>SNAP ベネフィットを不正利用すること：(1) EBT カード、カード番号と PIN 番号、または手動伝票とサインによって発行されアクセスされる SNAP ベネフィットを、直接、間接、他者と共犯または共謀して、または単独で、現金または適格食品以外の対価と購入、販売、盗み、またはその他の交換をすること。(2) 火器、弾薬、爆発物、または規制薬物を交換すること。(3) 返却用デポジットが必要な容器のある製品を、製品を廃棄してデポジット額で容器を返却し、意図的に製品を廃棄し、意図的に容器を返却して現金を得る目的で、SNAP 給付金を用いて製品を購入すること。(4) 現金または適格食品以外の対価を得る目的で、SNAP 給付金を用いて製品を購入し、その製品を転売し、その後、現金または適格食品以外の対価と引き換えに SNAP 給付金を用いて購入した製品を意図的に購入すること。(5) もともと SNAP 給付金を用いて購入した製品を適格食品以外の現金または対価と引き換えに意図的に購入すること。(6) 電子給付振替 (EBT) カード、カード番号および個人識別番号 (PIN)、または手動伝票および署名を介して発行およびアクセスした SNAP 給付金を、直接、間接、他者と共犯または共謀して、または単独で、現金または適格食品以外の対価と交換し、売買、盗み、またはその他の影響を及ぼそうとすること。</p>  |
| <p><b>Way2Go デビットマスターカード</b></p> | <p>ジョージア州は、Way2Go デビットマスターカードと呼ばれる便利な「電子的」支払いオプションを TANF 受取人に導入しました。この支払い方法では、毎月 1 日に受給者の口座に振り込まれます。1 日が週末や祝日に当たる場合は、前月の最終営業日に支給されます。デビットマスターカードに電子的に入金されるため、受給者はすぐに資金を利用することができます。</p>  |

**すべてのメディケイド申請者向け：**

受給者または業者に関するメディケイドの不正の疑いを報告するには、ジョージア州地域保健局-監察総監室に電話（市内）（(404) 463-7590 または（有料）(800) 533-0686）、電子メール（[oisanonymous@dch.ga.gov](mailto:oisanonymous@dch.ga.gov)）、郵便（地域保健局 OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334）、またはサイト経由（<https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>）で行ってください。

## **ADA/Section 504 の権利に関する通知**

### **障害を持つ人々の支援**

ジョージア州福祉局およびジョージア州地域保健局（以下「両局」）は連邦法\*により、障がい者に両局のプログラム、サービス、または活動への参加と資格取得の機会を平等に提供することを義務付けられています。これには、SNAP、TANF、医療支援などの制度などがあります。

各部門は、障がいに基づく差別を避けるために、変更する必要がある場合、合理的な修正を提供しています。例えば、当社は、平等なアクセスを提供するために、方針、慣行、手続を変更することがあります。平等に効果的なコミュニケーションを図るため、当社は、障がい者またはその同伴者に手話通訳などのコミュニケーション支援を提供します。当社の支援は無料です。部門は、サービス、プログラム、活動の性質に根本的な変更をもたらしたり、過度の財政的および管理上の負担を引き起こしたりするような変更を行うことは求められていません。

### **合理的な変更またはコミュニケーションの支援を依頼する方法**

障害があり、合理的な変更、コミュニケーションの支援、追加の支援が必要な場合は、ケースワーカーに連絡してください。例えば、手話通訳者など、効果的なコミュニケーションのための支援やサービスが必要な場合は、お電話ください。ケースワーカーに連絡するか、DFCS (877) 423-4746 または DCH ケイティ・ベケット (KB) チーム (678) 248-7449 に電話して、依頼することができます。また、あなたは地元の DFCS 事務所での DFCS ADA Reasonable Modification Request Form、またはオンライン <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> を使って要請することもできます。または、DCH ADA Reasonable Modification Request Form は、KB チーム事務所、またはオンライン <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> で、入手できます、または [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov) までメールで修正の要請を送ることも可能です。

### **苦情の申し立て方法**

あなたは、各部門があなたの障害を理由に差別を行った場合、苦情を申し立てる権利があります。例えば、あなたが合理的な変更または手話通訳を要求した場合、それが拒絶された場合、または、合理的な時間内に行動していない場合は、差別の苦情を提出することができます。苦情は、あなたのケースワーカー、最寄りの DFCS 事務所、または 47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746 の DFCS 市民権、ADA/セクション 504 コーディネーターに口頭または文書で連絡することにより行うことができます。DCH の場合は、以下の KB チームの ADA/セクション 504 コーディネーターに連絡してください 2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or P. O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH E メール: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov)。

あなたは、DFCS 市民権苦情フォームのコピーをケースワーカーに依頼することができます。この苦情フォームは、<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> でも入手できます。差別に関する苦情を申し立てる際にサポートが必要な場合は、上記の DFCS スタッフにお問い合わせください。聴覚障がい者の方、または言語障がいをお持ちの方は 711 に電話してオペレーターにつないでもらうことができます。DCH 市民権の苦情の際の E メールアドレス: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov) DCH 市民権プロセスと苦情フォームのリンクは、<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> にあります。

また、適切な連邦政府機関に差別の苦情を提出することもできます。米国の連絡先情報農務省 (USDA) および U.S.U.S 保健省とヒューマンサービス部省 (HHS) は「差別禁止声明」を応援します。

1973 年リハビリテーション法\*第 504 条、1990 年障害を持つアメリカ人法、2008 年障害を持つアメリカ人法改正法は、障害者が不法な差別から解放されることを保証しています。

**地域保健局 (DCH)** の方針により、医療扶助プログラムは、人種、年齢、性別、障害、国籍、宗教に基づき、資格や給付を拒否することはできません。

## 米国農務省および保健省に申請書を送付しないでください

### 無差別声明

連邦公民権法および米国に基づき農務省 (USDA) の公民権に関する規則と方針により、USDA、その機関、事務所、従業員、および USDA のプログラムに参加または管理している機関は、USDA が実施または出資するあらゆるプログラムまたは活動において、人種、肌の色、国籍、性別 (性同一性、性的指向など)、宗教信条、身体障害、年齢、政治信条、および過去の公民権活動に対する報復または仕返しに基づいて差別することを禁止されています。米国連邦政府の資金援助を受けているプログラム貧困家庭一時扶助 (TANF) などの保健福祉省 (HHS)、および HHS が直接運営するプログラムも、連邦公民権法および HHS の規則により、差別が禁止されています。

プログラム情報 (点字、大活字、オーディオテープ、アメリカの手話など) の代替通信手段を必要とする障害者は、給付を申請した機関 (州または地方) に連絡する必要があります。聴覚障害者、難聴者、または言語障害のある個人は、連邦リレーサービス ((800)877-8339) を通じて USDA に問い合わせることができます。また、プログラム情報は、英語以外の言語で公開される場合があります。

### USDA プログラムに関する公民権侵害の申し立て

USDA は、栄養補助プログラム (SNAP)、インディアン居留地に関する食料配給プログラム (FDPIR) など、多くの食料安全保障および飢餓削減プログラムに連邦政府の財政支援を提供しています。差別に関するプログラムの苦情を申し込むため、<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> にある差別プログラムの苦情の申請 (AD-3027) を完了してください。また USDA の事務所にもあります。または USDA まで申請に求められた全ての情報を提供する手紙を送ってください。苦情フォームのコピーをリクエストするには、(866)632-9992 にお電話ください。記入済みの様式または書簡を以下の通り USDA に提出してください:

1. **郵便** : 食品栄養局 (Food and Nutrition Service)、USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. **ファックス** : (833) 256-1665 or (202) 690-7442
3. **電話** : (833) 620-1071
4. **電子メール** : [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)。

SNAP に関するその他の情報については、USDA SNAP ホットライン番号 (800) 221-5689 (スペイン語対応)、または [州別情報/ホットライン番号](#) (リンクをクリックすると州別のホットライン番号のリストが表示されます) にお問い合わせください: [SNAP ホットライン](#)

### HHS プログラムに関する公民権に関する苦情

HHS は、TANF、ヘッド・スタート、低所得者向け住宅エネルギー支援プログラム (LIHEAP) など、健康と福祉を増進するための多くのプログラムに連邦政府の財政支援を行っています。HHS が直接運営している、または HHS が連邦政府の財政援助を提供しているプログラムや活動において、人種、肌の色、出身国、障害、年齢、性別 (妊娠、性的指向、性同一性を含みます)、または宗教を理由に差別されたと思われる場合は、公民権局 (OCR) に苦情を申し立てることができます。

HHS を通じて連邦政府の資金援助を受けているプログラムに関して、自分自身または他の人のために差別の苦情を提出するには、OCR の苦情ポータル <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> からオンラインで様式に記入してください。また、次の住所に郵送で OCR に連絡することもできます。Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C.20201、ファックス : (202) 619-3818、電子メール : [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov)。処理が迅速に進むよう、郵送ではなく、OCR オンラインポータルを使用して苦情を申し立てることをお勧めします。公民権に関する苦情の申し立てについて支援が必要な方は、[OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) 宛てに OCR に電子メールを送信するか、OCR フリーダイヤル (1-800-368-1019、TDD 1-800-537-7697) にお電話ください。聴覚障害、難聴、言語障害のある方は、7-1-1 にダイヤルして通信リレーサービスをご利用いただけます。また、苦情を申し立てるための代替形式 (点字や大活字など)、補助補助、言語支援サービスを無料で提供しています。

本機関は、機会均等を実現するための機関です。

福祉局（DHS）に従って、他の差別苦情を申し立てるため、あなたの地方にある DFCS 事務所、または DFCS の人権、ジョージア州ヒューマンサービス局の 5 0 4 コーディネーター-ADA/部門、General Counsel, (総合弁護人の事務所)、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.、までご連絡ください。英語能力の限界に基づく差別を称する苦情については、ジョージア州福祉局での、総合弁護人の事務所, の DHS 限定的な英語力及び感覚障がいプログラム、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746、までご連絡ください。

**米国農務省および保健省に申請書を送付しないでください**