



Solicitação de Benefícios

A SOLICITAÇÃO COMPLETA DEVE SER ENTREGUE, ENVIADA POR FAX OU PELO CORREIO PARA O ESCRITÓRIO LOCAL DO SEU CONDADO.

Se você precisar de ajuda para ler ou preencher este documento ou precisar de ajuda para se comunicar conosco, pergunte ou ligue para (877) 423-4746. Nossos serviços são gratuitos, incluindo os de interpretação. Se você tem deficiência auditiva, é surdo, surdo-cego ou tem dificuldade para falar, ligue para o número acima discando 711 (Serviço de Retransmissão da Geórgia).

Que Serviços São Oferecidos na Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS)?

A DFCS oferece os seguintes serviços:



Assistência Alimentar

Os benefícios de Vale-Alimentação (SNAP) podem ser utilizados para comprar alimentos em qualquer estabelecimento que aceite o cartão EBT/Quest. Subtrairemos o valor da sua compra de alimentos da sua conta de Vale-Alimentação (SNAP).



Assistência Financeira/Serviços de Apoio ao Trabalho, Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) oferece assistência financeira a famílias com filhos dependentes por tempo limitado. Os pais ou responsáveis que estão incluídos no subsídio são obrigados a participar de um programa de trabalho. O Programa de Assistência Financeira também fornece assistência a famílias refugiadas que não são elegíveis para o programa TANF.

- **O programa Avós Criando Netos (GRG)** fornecerá o apoio necessário para que as crianças possam ser cuidadas nas casas dos avós.



Assistência Médica

O Medicaid, para aqueles que são elegíveis, pode ajudar a pagar contas médicas, visitas médicas e seguro Medicare.

Serviços de Alcance Comunitário

Para maiores informações sobre outros serviços do Departamento de Serviços Humanos (DHS), visite nosso site em <http://dfcs.georgia.gov> ou ligue para (877) 423-4746.



Como Posso Solicitar os Benefícios?

Passo 1. Preencha o formulário de solicitação.

Leia as perguntas atentamente e forneça informações precisas. Assine e insira a data no formulário de solicitação.

Passo 2. Entregue o formulário de solicitação no escritório local do seu condado.

Você precisará destacar as páginas 1-2, 17-20 e guardá-las.



Envie por correio, fax ou entregue as páginas 3-16 deste formulário de solicitação para o escritório local da Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS). Você pode encontrar seu escritório local em <http://dfcs.georgia.gov/locations>

Se você ou a pessoa para quem você está solicitando for elegível para benefícios, os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) serão fornecidos a partir da data em que recebermos a solicitação com seu nome, endereço e assinatura. Os benefícios TANF serão fornecidos a partir da data de aprovação da solicitação.

Perguntas Frequentes

Quanto tempo demora para receber os benefícios?

Vale-Alimentação (SNAP): até 30 dias

TANF: até 45 dias

Medicaid: 10 a 60 dias

Você pode receber o Vale-Alimentação (SNAP) dentro de 7 dias se você cumprir os critérios para isso. Consulte a página 6.

Quanto vou receber?

Sua renda, seus recursos e o tamanho da sua família determinam os valores dos benefícios. Poderemos fornecer informações específicas assim que determinarmos sua elegibilidade.

Como vou receber meus benefícios?

Para o Vale-Alimentação (SNAP), você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar seus benefícios. Para a TANF, você receberá um cartão de débito EPPIC Mastercard para acessar seus benefícios. Para o Medicaid, você receberá um cartão Medicaid para cada membro elegível.

Você pode ser solicitado a fornecer as seguintes informações:

- Comprovante de identidade do solicitante se estiver solicitando o Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF. A carteira de identidade (ID) ou carteira de motorista (DL) são formas aceitáveis de verificação. O Comprovante de Identidade não é necessário para os solicitantes de Assistência Médica.
- Comprovante de cidadania americana/status de imigrante qualificado para todos que solicitarem benefícios. Se você estiver solicitando apenas Serviços Médicos de Emergência (EMA), você não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre sua situação migratória.
- Número do Seguro Social de todos que solicitarem assistência.
- Comprovante de renda, por exemplo, holerites, pagamentos de pensão alimentícia, e cartas de concessão de renda. O comprovante de pagamento de pensão alimentícia não é necessário para os solicitantes de Assistência Médica.
- Comprovante de despesas como recibos de creche, contas médicas, custos de transporte médico, custos de aluguel/hipoteca e pagamentos de pensão alimentícia. Esta informação não é necessária para os solicitantes de Assistência Médica.

Primeiro tentaremos verificar o status de cidadania/imigração e informações de renda através de fontes eletrônicas de dados. Documentos de verificação em papel não são necessários para enviar uma solicitação; no entanto, você pode fornecer os documentos com o pedido. Se não pudermos verificar estas informações através de fontes eletrônicas de dados e você precisar de ajuda para obtê-las, por favor, nos avise.



Solicitação de Benefícios

Se você estiver solicitando o Vale-Alimentação (SNAP), TANF, e/ou Medicaid, você pode preencher uma solicitação de benefícios apenas com seu nome, endereço e assinatura. No entanto, preencher todo o formulário pode nos ajudar a processar sua solicitação mais rapidamente. Você pode utilizar este formulário para preencher uma solicitação conjunta para mais de um programa ou apenas para o programa de Vale-Alimentação (SNAP). Sua solicitação do SNAP não será negada somente com base no fato de sua solicitação para outro programa ter sido negada. Faremos uma determinação de elegibilidade separada para sua solicitação de Vale-Alimentação (SNAP). Se você estiver em uma instituição e solicitar o Vale-Alimentação (SNAP) e a Renda de Segurança Complementar (SSI) ao mesmo tempo, a data de apresentação de sua solicitação é a data em que você for liberado da instituição.

Passo 3. Converse conosco.

Talvez seja necessário fazer uma entrevista com um assistente social. Se esse for o caso, marcaremos um horário. Esta entrevista pode ser feita por telefone.

Como utilizamos as informações pessoais do solicitante?

Você só precisa fornecer o Número de Seguro Social (SSN) e a cidadania ou status de imigração para pessoas que queiram se candidatar a benefícios. Utilizaremos estas informações para conferir o Sistema de Verificação de Renda e Elegibilidade (IEVS). Também compararemos suas informações com outras agências Federais, estaduais e locais para verificar sua renda e elegibilidade, informações salariais e participação em atividades de trabalho. Se um membro da família não desejar fornecer informações sobre seu SSN, cidadania ou status de imigração, outros membros da família ainda poderão receber benefícios. Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, você não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre sua situação imigratória.

Outra pessoa pode solicitar os benefícios por mim?

Para o Vale-Alimentação (SNAP) e o Medicaid, você pode pedir a alguém para solicitar por você. Para a TANF, qualquer pessoa pode solicitar, mas os pais ou responsáveis devem ser entrevistados.



Solicitação de Benefícios

(Preencha este formulário e devolva-o ao escritório LOCAL DO DFCS NO SEU CONDADO.)

O Que Eu Estou Solicitando? (Assinale todas as opções que se aplicam)

- Vale-Alimentação (Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP))**
O Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), anteriormente conhecido como Vale-Alimentação, é um programa financiado pelo governo federal que oferece benefícios mensais às famílias de baixa renda para ajudar a pagar o custo dos alimentos. O programa também oferece educação nutricional às famílias para atender às suas necessidades alimentares e nutricionais e oferece oportunidades de emprego e treinamento para ajudar as famílias a conseguir um emprego que leve a uma menor dependência do SNAP.
- Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF)**
A Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) oferece pagamentos mensais temporários em dinheiro, pagamentos únicos em dinheiro, ou outros serviços de apoio, para fortalecer famílias elegíveis com crianças. Se você é o pai/mãe da criança, ou o responsável que gostaria de ser incluído no subsídio, exigiremos que você participe de um programa de trabalho.
 - Avós Criando Netos (GRG)**
O programa Avós Criando Netos (GRG) fornecerá pagamentos adicionais em dinheiro para que as crianças possam ser cuidadas nas casas dos avós. Os solicitantes devem solicitar a TANF para serem elegíveis para o GRG.
- Assistência Financeira para Refugiados**
O Programa de Assistência Financeira para Refugiados fornece assistência a famílias refugiadas que não são elegíveis para o programa TANF. O termo refugiado, inclui pessoas refugiadas, imigrantes cubanos/haitianos, vítimas de tráfico humano, amerasianos, asilados, afegãos ou iraquianos com Visto Especial de Imigrante (SIV) ou afegãos elegíveis em liberdade condicional.
- Medicaid**
O Medicaid oferece cobertura médica para idosos, adultos cegos ou com deficiência, mulheres grávidas, crianças e famílias. Quando você fizer a solicitação, analisaremos todos os programas Medicaid e decidiremos em quais você pode ser elegível para receber.

Por favor, preencha a tabela abaixo sobre o solicitante.

Primeiro Nome	Inicial do Nome do Meio	Sobrenome	Sufixo
Endereço da Rua Onde Você Mora		Apto	
Cidade	Estado	CEP	
Endereço de correspondência (se for diferente)			
Número de Telefone Principal		Outro Número para Contato	
Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim ___ ou Não ___ (opcional) Mensagem de Texto: Sim ___ ou Não ___ (opcional)		Endereço de E-mail (opcional):	
Qual é o seu idioma de preferência?		Se uma entrevista for necessária, você intérprete? Sim ___ ou Não ___	

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de Adaptação Razoável & Assistência de Comunicação (se aplicável):

Você tem uma deficiência que exige uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação? Sim ___ Não ___
(Em caso positivo, descreva a Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação que você está solicitando):
 Intérprete de Linguagem de Sinais ___; TTY ___; Impressão em letras grandes ___; Comunicação eletrônica (e-mail) ___; Braille ___; Retransmissão de vídeo ___; Intérprete de Palavra Complementada ___; Intérprete Oral ___; Intérprete Tátil ___; Chamadas telefônicas para lembrete dos prazos do programa ___; Assinatura telefônica (se aplicável) ___; Entrevista presencial (visita domiciliar) ___; Outros: _____ **Você precisa desta Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação uma única vez ___ ou continuamente? ___ Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa desta adaptação ou assistência?**



Solicitação de Benefícios

Para todos os solicitantes do Vale-Alimentação (SNAP), TANF e Medicaid:

Declaro sob pena de perjúrio, tanto quanto sei e acredito, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios é/são cidadã(s) dos EUA ou não cidadã(s) legalmente presente(s) nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento. Compreendo e concordo que o DHS-DFCS, DCH e Agências Federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas nesta solicitação. As informações podem ser obtidas de empregadores anteriores ou atuais. Compreendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações sobre salários e sobre minha participação em atividades de trabalho.

Informarei qualquer mudança na minha situação de acordo com os requisitos do programa de Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF. Também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de aposta, no valor bruto de \$4.250 ou mais (antes de impostos ou outros valores serem retidos). Informarei estes ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família receber os ganhos. Compreendo que se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e posso estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer intencionalmente informações incorretas. Compreendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Compreendo que, se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas das minhas despesas durante o processo de solicitação ou renovação e/ou não as verificar, o DHS-DFCS não orçará essa despesa no cálculo do valor de meus benefícios de Vale-Alimentação (SNAP).

O Departamento de Serviços Humanos da Geórgia ("DHS") coleta Informações de Identificação Pessoal (PII), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de email e datas de nascimento etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao nos enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar estas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

Assinatura

Data

Assinatura da Testemunha se assinada por "X"

Data

Representante Autorizado:

Preencha esta seção somente se você quiser que uma pessoa ou organização possa preencher sua solicitação, completar sua entrevista e/ou utilizar seu cartão EBT para comprar alimentos quando você não puder ir ao mercado. Por favor, assinale para cada tipo de programa, quem você deseja designar como representante autorizado. Por favor, assinale quais funções você deseja que a pessoa ou organização tenha. Se você estiver solicitando o Medicaid, você pode escolher mais de uma pessoa ou organização para agir em seu nome.

Tipos de Programas do Representante Autorizado 1: Vale-Alimentação(SNAP) TANF Assistência Médica

Funções do Representante Autorizado 1: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação

Receber cópias de notificações e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos Receber um cartão de benefícios TANF (EPPIC)

Nome da Pessoa 1: _____

Nome da Organização 1 (se aplicável): _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Apto: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim ___ Não ___ (opcional) Mensagem de Texto: Sim ___ Não ___ (opcional)

Endereço de E-mail (opcional) _____

Idioma de Preferência: _____ você precisa de um intérprete? Sim ___ ou Não ___



Solicitação de Benefícios

Tipos de Programas do Representante Autorizado 2: Vale-Alimentação(SNAP) TANF Assistência Médica
Funções do Representante Autorizado 2: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação Receber cópias de notificações e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos Receber um cartão de benefícios TANF (EPPIC)

Nome da Pessoa 2: _____
Nome da Organização 2 (se aplicável): _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Apto: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim ___ Não ___ (opcional) Mensagem de Texto: Sim ___ Não ___ (opcional)
Endereço de E-mail (opcional) _____
Idioma de Preferência: _____ você precisa de um intérprete? Sim ___ ou Não ___

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de Adaptação Razoável & Assistência de Comunicação para Representantes Autorizados (se aplicável):

O Representante Autorizado tem uma deficiência que exige uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação? Sim ___ Não ___ (Em caso positivo, descreva a Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação que você está solicitando):

Intérprete de Linguagem de Sinais ___; TTY ___; Impressão em letras grandes ___; Comunicação eletrônica (e-mail) ___; Braille ___; Retransmissão de vídeo ___; Intérprete de Palavra Complementada ___; Intérprete Oral ___; Intérprete Tátil ___; Chamadas telefônicas para lembrete dos prazos do programa ___; Assinatura telefônica (se aplicável) ___; Entrevista presencial (visita domiciliar) ___; Outros: _____

O representante autorizado precisa desta Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação uma única vez ___ ou continuamente? ___ Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa desta adaptação ou assistência? _____

Somente Para Uso da Equipe: _____ Data de Recebimento: _____

Elegibilidade Express Lane:

A Elegibilidade Express Lane (ELE) é um processo automático para inscrever ou renovar a inscrição de crianças elegíveis menores de 19 anos que estão recebendo o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP) ou Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) no programa de Assistência Médica. Se seus filhos forem elegíveis para o SNAP ou TANF, a Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS) utilizará as informações de tamanho da família, residência e renda do SNAP ou TANF, mas a DFCS verificará o status de cidadania ou imigração utilizando as regras de Assistência Médica para fazer uma determinação de ELE para inscrever ou renovar a inscrição das crianças no Medicaid ou PeachCare for Kids®. Se seus filhos forem elegíveis para o PeachCare for Kids®, eles podem ser beneficiários de um seguro. A DFCS enviará uma notificação de determinação, permitirá que você faça alterações e encerre sua participação a qualquer momento.

Você concorda em permitir que a DFCS utilize suas informações do SNAP ou da TANF para fazer uma determinação de ELE para inscrever ou renovar a inscrição dos seus filhos no Medicaid ou PeachCare for Kids®?

Sim Não



Solicitação de Benefícios

Estou Qualificado para Receber o Vale-Alimentação (SNAP) Mais Rapidamente? (Esta informação é necessária apenas para solicitantes do Vale-Alimentação (SNAP))

Responda a estas perguntas sobre o solicitante e sobre todos os membros da família para definirmos se você pode receber o Vale-Alimentação (SNAP) dentro de 7 dias.

1. Você ou algum membro da família é migrante ou trabalhador agrícola sazonal? Sim Não

Em caso **positivo**, quem _____

2. Total da **Renda Bruta** que será recebida este mês: \$ _____

Nome do Empregador _____

Data de início do emprego _____ Data de término do emprego _____

Taxa de Remuneração _____ Horas Trabalhadas Semanalmente _____

Com Que Frequência Você É Pago: semanalmente / quinzenalmente / duas vezes por mês / uma vez por mês (circule uma opção)

3. Total da **Renda Bruta não salarial** que será recebida este mês: \$ _____

Tipo de Renda Não Salarial _____ Valor _____

Com Que Frequência É Recebida: semanalmente / quinzenalmente / duas vezes por mês / uma vez por mês (circule uma opção)

Tipo de Renda Não Salarial _____ Valor _____

Com Que Frequência É Recebida: semanalmente / quinzenalmente / duas vezes por mês / uma vez por mês (circule uma opção)

4. Total de renda salarial e não salarial neste mês: \$ _____

5. Qual o valor que você e todos os membros da família têm em dinheiro ou no banco? \$ _____

6. Qual é o valor mensal de seu aluguel, hipoteca, impostos sobre a propriedade e/ou seguro do proprietário? \$ _____

7. Qual é o valor total da sua conta de luz, água, gás e/ou outras contas de casa este mês? \$ _____

(Excluir do total valores de taxas ou multas por atraso de pagamento)

- a. Qual é a principal fonte de aquecimento ou resfriamento da sua casa? Assinale todas as opções que se aplicam
Elétrica _____ Gás _____ Ar condicionado central ou de janela _____ Querosene _____ Madeira _____

- b. Você recebeu assistência de energia nos últimos 12 meses? Sim Não

Em caso positivo, valor recebido \$ _____



Solicitação de Benefícios

Nos fale sobre o Solicitante e sobre Todos os Membros da Família

Para Solicitantes de Assistência Médica: Por favor, inclua você, seu cônjuge, seus filhos (incluindo enteados) menores de 21 anos que moram com você, seu parceiro sem registro de união legal que precisa de cobertura de saúde, qualquer pessoa que você inclua em sua declaração de imposto de renda, mesmo que não more com você, e qualquer outra pessoa com menos de 21 anos de idade que você cuide e more com você. Você não precisa incluir seu parceiro sem registro de união legal que não precisa de cobertura de saúde, filhos do seu parceiro, seus pais que moram com você, mas declaram seus próprios impostos (se você tiver mais de 21 anos) ou outros parentes adultos que declaram seus próprios impostos. Se você estiver solicitando apenas Serviços Médicos de Emergência (EMA), você não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre sua situação migratória.

Por favor, preencha a tabela abaixo sobre o solicitante e sobre todos os membros da família. As seguintes leis e regulamentos federais: A Lei de Alimentação e Nutrição de 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, e 42

C.F.R. § 435.920, autorizam a DFCS a solicitar a você e aos membros de sua família o(s) seu(s) número(s) de seguro social. Qualquer pessoa que esteja vivendo em sua casa e não esteja solicitando benefícios pode ser tratada como não-solicitante. Não-solicitantes não precisam nos fornecer informações sobre seu número de seguro social, cidadania ou status de imigração, e não são elegíveis para receber benefícios. Outros membros da família ainda podem receber benefícios se forem elegíveis de outra forma. Se você quiser que determinemos se algum membro da família é elegível para receber os benefícios, você ainda precisará nos informar sobre cidadania ou status de imigração dessa pessoa e nos fornecer o número de seguro social (SSN) dela. Você ainda precisará nos informar sobre a renda e recursos dela para determinar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Não denunciaremos nenhum membro não solicitante da família ao sistema de Verificação Sistemática de Direitos Estrangeiros (SAVE) dos Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS) se eles não nos fornecerem sua cidadania ou status de imigração. No entanto, se as informações de status de imigração foram apresentadas em sua solicitação, essas informações podem estar sujeitas a verificação através do sistema SAVE e podem afetar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Compararemos suas informações com outras agências Federais, estaduais e locais para verificar sua renda e elegibilidade. Essas informações também podem ser fornecidas aos agentes da lei para que possam ser utilizadas para capturar pessoas que estão fugindo da lei. Se sua família tiver uma solicitação de Vale-Alimentação (SNAP), as informações neste formulário, incluindo SSNs, podem ser fornecidas a agências Federais e Estaduais e agências particulares para cobranças de solicitações, para que elas possam utilizá-las na cobrança da solicitação. O pedido de benefícios a membros da família solicitante não será prejudicado caso outros membros da família não forneçam seu SSN, cidadania ou status de imigração.

NOME			Parentesco	Esta pessoa está solicitando benefícios?	Esta pessoa precisa de cobertura de saúde?	Data de nascimento	Número do Seguro Social	Sexo	Hispânico ou Latino?	Código da Raça	Você é um cidadão americano, cidadão nacional dos EUA, imigrante qualificado ou está em um status de imigração satisfatório? (Somente solicitantes)
Primeiro	Inicial do Nome do Meio	Sobrenome									
			EU MESMO	(S / N)	(S / N)	Formato (mm/dd/aa)	(Opcional para Não Solicitantes)	(M / F)	(Opcional)	(Opcional)	(S / N)

Códigos de Raça (escolha todos os que se aplicam):

AI - Indígena Americano ou Nativo do Alasca **AS** - Asiático

BL - Negro ou Afro-Americano

HP - Nativo do Havaí ou de Outras Ilhas do Pacífico **WH** - Branco

Ao fornecer informações sobre Raça/Etnia, você nos ajudará a administrar nossos programas de maneira não discriminatória. Sua família não é obrigada a nos fornecer essas informações e isso não afetará sua elegibilidade ou nível de benefício.



Solicitação de Benefícios

Se você ou outros solicitantes da família não forem cidadãos americanos ou cidadãos nacionais dos EUA, preencha a tabela a seguir:
(por favor, adicione páginas adicionais conforme necessário)

NOME			Tipo de documento de imigração	Número de identificação do Estrangeiro / Certificado / Documento	Você já morou nos Estados Unidos depois de 1996? (S / N)	Data de Naturalização / Data de Entrada ou Admissão nos EUA (se aplicável) Formato (mm/dd/aa)	Você, ou seu cônjuge ou pai/mãe, é um veterano ou membro ativo das forças armadas dos EUA? (S / N)
Primeiro	Inicial do Nome do Meio	Sobrenome					

Nos fale sobre o Solicitante e sobre Todos os Membros da Família

Precisamos de mais informações sobre o solicitante e sobre todos os membros da família para decidir quem é elegível para os benefícios. Responda apenas às perguntas sobre os benefícios que deseja receber na página abaixo.

1. Alguém já recebeu algum benefício em outro condado ou estado? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF)
 Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

2. Alguém foi condenado por fornecer informações falsas sobre onde mora e quem é para obter múltiplos benefícios do SNAP em mais de uma área após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém em sua casa saiu do emprego voluntariamente ou reduziu voluntariamente suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana dentro de 30 dias da data da solicitação? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não

Em caso **positivo**, quem? _____

Por que ele/ela saiu do emprego? _____

4. Alguma pessoa está grávida? (Esta pergunta não se aplica aos solicitantes do Vale-Alimentação (SNAP))
 Sim Não

Em caso de **sim**, qual é a data prevista do parto? _____; e quantos bebês estão sendo esperados? _____

Em caso de não, alguém da família deu à luz ou a gravidez foi interrompida nos últimos 12 meses? Sim Não

Em caso **positivo**, qual foi a data do parto/interrupção? _____; e quantos bebês nasceram/eram esperados? _____

Nome da gestante: _____ Nome do pai do nascituro: _____

Endereço do pai: _____



Solicitação de Benefícios

5. Para solicitantes do Medicaid, alguém teve alguma conta médica a ser paga nos últimos 3 meses? Sim Não
Em caso positivo, favor enviar as contas não pagas se for um atendimento por Medicaid.

6. Alguém está desqualificado do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) ou TANF? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Onde: _____

7. Alguém está fugindo para evitar processo ou prisão por um crime? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não

Em caso de **sim**, quem: _____

8. Alguém está violando uma condição de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não

Em caso de **sim**, quem: _____

9. Alguém foi condenado por comportamento relacionado a posse, uso ou distribuição de uma substância controlada (ou seja, criminoso de drogas) após 22/08/1996 (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) ou por um crime violento? (Apenas para TANF)? Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

a. Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime de drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

b. Você está em conformidade com os termos da suspensão condicional da pena relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime de drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

c. Você cumpriu com todas as condições de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena relacionadas a qualquer condenação relacionada a drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

10. Você ou algum membro da família foi condenado por trocar os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por drogas após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____ Quando: _____

11. Você ou algum membro da família foi condenado por comprar ou vender os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por mais de \$500 após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Quando: _____

12. Você ou algum membro da família foi condenado por trocar benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por armas, munições ou explosivos após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Quando: _____



Solicitação de Benefícios

13. Você ou algum membro da família foi condenado como adulto por abuso sexual agravado, assassinato, exploração sexual e outros abusos de crianças, uma infração Federal ou Estadual envolvendo agressão sexual, ou uma infração sob a lei estadual determinada pelo Procurador Geral como substancialmente semelhante a tal infração após 07/02/2014? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

- a. Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
- b. Você está em conformidade com os termos da suspensão condicional da pena relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
- c. Você cumpriu com todas as condições de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena relacionadas a qualquer condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
14. Você ou algum membro da família recebeu prêmios de loteria ou jogos de aposta? Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____ Valor Recebido: _____

15. Alguém já utilizou os fundos da TANF ou o Cartão EPPIC nos seguintes estabelecimentos: lojas de bebidas alcoólicas, cassinos, salas de poker, empresas de entretenimento adulto, fianças, boates, salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem?
(Apenas para TANF) Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____ Quando: _____

16. Alguém que está solicitando benefícios está atualmente recebendo pensão alimentícia? Sim Não

Em caso **positivo**:

Quem: _____

Valor Mensal Recebido: _____

Data de finalização ou última modificação do acordo de pensão alimentícia: _____

Nos Fale Sobre a Renda do Solicitante e de Todos os Membros da Família

Você ou qualquer pessoa que mora em sua casa recebe algum tipo de renda, como: salários, gorjetas, bônus, trabalho autônomo, Previdência Social/Aposentadoria Ferroviária, aposentadoria por invalidez, pensões, seguro desemprego, ou qualquer outra renda? Para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF, favor listar também rendas como: Renda de Veteranos, pensão alimentícia, dinheiro de outras pessoas ou compensação de trabalhadores. Em caso positivo, preencha a tabela abaixo.

Nome do Membro da Família com Renda	Tipo de Renda	Nome do Empregador /Fonte da Renda	Valor Mensal (Antes dos Descontos)	Frequência de recebimento (mensal, quinzenal, semanal)	Pagamento Por Hora	Horas por Semana	DATA (\$) DE PAGAMENTO

Se for autônomo, liste o valor das despesas mensais da sua empresa: \$ _____



Solicitação de Benefícios

Nos fale sobre os Recursos do Solicitante e de Todos os Membros da Família - Para Solicitantes da TANF, liste todos os recursos para todos os membros da família e solicitantes do Medicaid que são idosos (65 anos ou mais), Cegos ou Possuem uma Deficiência (deficiência permanente que os impeça de trabalhar)

Você ou alguém para quem você está solicitando possui algum recurso? Sim Não

Em caso positivo, por favor, preencha as informações abaixo (Assinale todos os recursos (bens) cujo proprietário seja você, seu cônjuge, seus dependentes, ou de propriedade conjunta com outra pessoa. Anexe páginas adicionais (se necessário).

- | | | | | | |
|--------------------|------------------------------|------------------------------|---|------------------------------|------------------------------|
| Conta Corrente | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Planos Funerários/Enterro Pré-Pago | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Conta Poupança | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Lotes ou Contratos de Enterro | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Títulos Públicos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Ações e Títulos | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| Fundos Fiduciários | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Outros (Conta Individual de Aposentadoria (IRA), Certificado de Depósito (CD) etc.) | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |
| | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | | | |
- Propriedade Imobiliária/Propriedade Residencial? Sim Não

Você ou seu cônjuge doaram algum bem por menos de que seu valor? Sim Não

Se você respondeu sim a qualquer uma destas perguntas, por favor descreva abaixo.

Nome do Membro da Família com Recurso	Tipo de Recurso	Número da conta/Apólice	Valor	Nome do Banco, Seguradora etc.

Você ou seu cônjuge são donos de um veículo? Sim Não

Em caso de **sim**, por favor descreva abaixo.

Membro da Família que Possui Veículo	Marca do Veículo	Modelo	Ano	Valor Devido

Você ou seu cônjuge têm uma apólice de seguro de vida? Sim Não

Em caso positivo, por favor preencha as informações a seguir.

Proprietário da	Seguradora	Número da Apólice	Valor Nominal	Valor de Resgate

Nos fale sobre as despesas do Solicitante e de Todos os Membros da Família (Opcional para solicitantes do Medicaid)

Você paga pelo cuidado de uma criança dependente ou de um membro adulto com deficiência da família? Sim Não

Em caso positivo, preencha a tabela abaixo.

Pessoa que necessita de cuidados	Pessoa que paga pelos cuidados	Motivo do cuidado	Nome/Número de Telefone do Cuidador	Valor pago ao Cuidador	Frequência de pagamentos



Solicitação de Benefícios

Você paga as despesas de transporte de uma criança dependente ou de um membro adulto com deficiência da família? Sim Não

Essas despesas estão incluídas nas despesas de cuidados de dependentes? Sim Não

Em caso de não, por favor responda a seguinte pergunta: Total de milhas percorridas semanalmente: _____

Alguém na sua casa paga pensão alimentícia para alguém que não mora na sua casa? Sim Não

Em caso de **sim**, preencha a tabela abaixo.

Membro da Família Obrigado a Pagar	Nome da Criança para Quem a Pensão é Paga	Valor Obrigatório a Pagar	Valor Real Pago	A Quem a Pensão Alimentícia É Paga?

Nos fale mais sobre as despesas do Solicitante e de Todos os Membros da Família (Opcional para solicitantes do Medicaid)

Alguém com 60 anos ou mais ou com deficiência tem despesas médicas? Sim Não

Em caso de **sim**, preencha a tabela abaixo.

Membro da Família que Tem Despesas	Tipo de Despesa (consultas médicas, visitas hospitalares, prescrições, Medicare ou prêmio de seguro de saúde, óculos)	Valor Devido	Ainda Devido? Sim / Não	Data do Pagamento	O Seguro Cobre? Sim / Não

Alguém com 60 anos ou mais ou com deficiência tem despesas de transporte médico? Sim Não

Em caso **positivo**, preencha a tabela abaixo.

Motivo da viagem (visita médica ou hospitalar; retirada na farmácia)	Total de milhas	Custo de táxi, ônibus, hospedagem:

Você ou algum membro da família tem despesas de moradia e serviços? Sim Não

Em caso positivo, preencha a tabela abaixo.

Despesa	Valor	Com que frequência?	Quem pagou?
Aluguel/Hipoteca			
Impostos sobre a Propriedade			
Seguro da Propriedade			
Eletricidade			
Gás			
Lixo			
Telefone			
Outros			



Solicitação de Benefícios

Você compartilha as despesas domésticas mensais com alguém de sua casa? Sim Não

Em caso positivo, com quem? _____

Comentários/Documentação _____

Pago a quem _____ Valor Pago \$ _____ por _____

Nome do Proprietário _____

Endereço do Proprietário: _____

Alguém paga alguma dessas contas domésticas para você? Sim Não **Em caso de sim, preencha a tabela abaixo:**

Quem paga a conta?	Quais contas são pagas?
Qual o valor pago?	A quem essa pessoa paga as contas?

Por favor, preencha as informações a seguir se estiver solicitando o Medicaid.

Informações do Declarante de Imposto de Renda

1. Alguém na sua casa planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO? Sim Não

Em caso **positivo**, quem? (liste todas as pessoas que desejam apresentar) _____

2. Algum dos declarantes de impostos listados fará a declaração em conjunto com um cônjuge? Sim Não

Em caso **positivo**, por favor, escreva o nome do cônjuge:

3. Algum dos declarantes de impostos irá declarar algum dependente em sua declaração de impostos? Sim Não

Em caso **positivo**, por favor, escreva o(s) nome(s) do(s) dependente(s):

4. Alguém será declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? Sim Não

Em caso **positivo**, por favor liste o nome do declarante de imposto e do dependente:

(Declarante) _____

(Dependente) _____

Qual é o relacionamento entre o dependente e o declarante? _____

Deduções: Assinale todas as opções que se aplicam e indique o valor e a frequência que são pagas.

Pensão Alimentícia \$ _____ Com que frequência? _____ Juros de empréstimo estudantil \$ _____ Com que frequência? _____

Os prêmios de seguro saúde, 401K e Outras Deduções Antes dos Impostos \$ _____ Com que frequência? _____

Outras Deduções \$ _____ Com que frequência? _____ Tipo: _____

Outras coberturas de saúde

1. Alguém tem outro seguro de saúde que forneça cobertura para alguém em sua casa? Sim Não

Se você respondeu **sim** à pergunta 4 acima, por favor, preencha as informações a seguir e o Anexo A:

Nome do Titular da Apólice	Nome, Endereço e Número de Telefone da Companhia de Seguro de Saúde	Tipo de Cobertura (Hospital, Complemento Medicare, Medicamentos, Seguro Major Medical)	Nome das Pessoas Cobertas pelo Seguro	Data de Vigência	Número da Apólice

2. Alguém listado nesta solicitação recebe cobertura de saúde através de um emprego? Assinale sim mesmo que a cobertura seja do trabalho de outra pessoa, como pais ou cônjuge.

Sim Não Em caso **positivo**, você precisa preencher o Anexo A.



Solicitação de Benefícios

É um plano de benefícios para funcionários do estado?

Sim Não

3. Você ou alguém listado nesta solicitação perdeu alguma cobertura de saúde no últimos 2 meses?
- a. Sim Em caso de **sim**, por que foi perdida? _____
- b. Não
4. Alguém estava em Foster Care aos 18 anos de idade e solicitando o Medicaid? Sim Não
5. Alguém em sua casa é Americano ou Nativo do Alasca? Sim Não
- Em caso **positivo**, preencha o Anexo B.

Se alguém for idoso (65 anos ou mais), cego ou possui uma deficiência (deficiência permanente que o impeça de trabalhar), por favor, responda as perguntas a seguir. (Opcional)

1. Alguém cego ou que possui uma deficiência está solicitando a cobertura de saúde?
- Sim Não Em caso **positivo**, por favor, escreva o nome _____
2. Você ou seu cônjuge tem cobertura Medicare atualmente?
- Sim Não Em caso **positivo**, por favor, escreva o nome _____
3. Você está solicitando o Medicaid para cobrir contas médicas não pagas dos três meses anteriores a uma solicitação de Renda de Segurança Complementar (SSI)?
- Sim Não Em caso de **sim**, data da solicitação da SSI: _____
4. Você está solicitando para alguém que já faleceu e tem contas médicas não pagas nos últimos três (3) meses?
- Sim Não
5. Você está solicitando o Medicaid para ajudar a pagar pelos cuidados de uma pessoa que está em uma casa de repouso?
- Sim Não
6. Você está solicitando o Medicaid para uma pessoa com mais de 18 anos cujo o recebimento do cheque SSI foi encerrado?
- Sim Não
7. Você está solicitando Medicaid para ajudar a pagar por serviços de isenção comunitários, como o Programa de Serviços de Cuidados Comunitários, Nova Opção de Isenção (NOW)/Programa de Isenção de Apoio Abrangente (COMP), Cuidados Paliativos, Isenção de Cuidados Independentes, Isenção de Consideração (Katie Beckett)?
- Sim Não



Solicitação de Benefícios

Penalidades do Programa de Vale-Alimentação (SNAP)

Você poderá perder seus benefícios ou estar sujeito a processo criminal por fornecer informações falsas intencionalmente.

- Não forneça informações falsas ou oculte informações para obter benefícios que sua família não deveria receber.
- Não utilize cartões de Vale-Alimentação (SNAP) ou cartões EBT que não sejam seus e não permita que outra pessoa utilize os seus.
- Não utilize os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) para comprar itens não alimentares como álcool ou cigarros ou para pagar com cartão de crédito.
- Não troque ou venda os cartões de Vale-Alimentação (SNAP) ou cartões EBT por itens ilegais, como armas de fogo, munição ou substâncias controladas (drogas ilegais).

Qualquer membro da família que violar qualquer uma das regras do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) de propósito pode ser impedido de participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por um ano ou permanentemente, multado em até \$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Ela/ele também pode estar sujeito a processo judicial sob outras leis Federais e Estaduais aplicáveis. Ela/ele também pode ser impedido de participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por mais 18 meses, se determinado pelo tribunal.

Qualquer membro da família que violar de propósito qualquer uma das regras, pode deixar de receber o Vale-Alimentação (SNAP) por um ano para a primeira infração, dois anos para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de usar ou receber benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou esse membro da família não terá direito aos benefícios por dois anos para a primeira infração, e permanentemente para a segunda infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, você ou esse membro da família ficarão permanentemente inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) na primeira infração desta violação.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de ter traficado benefícios por um valor total de \$500 ou mais, você ou esse membro da família ficarão permanentemente inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) na primeira infração desta violação.

Se você ou qualquer membro da família tiver fornecido uma declaração ou representação fraudulenta com relação à sua identidade (quem é) ou local de residência (onde mora) para receber múltiplos benefícios de Vale-Alimentação (SNAP), você ou esse membro da família ficarão inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por um período de 10 anos.

Penalidades do Programa TANF

No Programa TANF, uma IPV (Violação Intencional do Programa) é uma ação intencional de um indivíduo para estabelecer ou manter a elegibilidade de uma unidade de assistência (UA), ou para aumentar ou impedir uma diminuição dos benefícios da UA, fornecendo informações falsas ou enganosas ou retendo informações.

- Qualquer membro da família que ocultar informações e não informar mudanças no prazo, ou que não disser a verdade, perderá os benefícios da TANF por seis meses para a primeira infração, doze meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração. O uso indevido dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, estabelecimentos de entretenimento adulto "strip clubs", salas de poker, fianças, boates/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem são estritamente proibidos e resultarão na perda dos benefícios do TANF por seis meses para a primeira infração, doze meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.
- Se um tribunal descobrir que você ou qualquer membro da família estiver ocultando informações ou se você não informar as mudanças no prazo ou não disser a verdade e for condenado, você poderá deixar de receber a TANF por 6 meses para a primeira infração, 12 meses para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.
- Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado por fornecer informações falsas sobre onde você mora para que você possa receber benefícios em mais de um estado, você será impedido de participar do programa por 10 anos.
- Se um tribunal o condenou por uma acusação relacionada a drogas, substância controlada ou um crime violento grave em ou após 01/01/1997, você ou esse membro da família não serão elegíveis e/ou serão desqualificados permanentemente.



Solicitação de Benefícios

Para todos os solicitantes do Vale-Alimentação (SNAP), TANF e Medicaid:

Eu declaro sob pena de perjúrio, tanto quanto sei e acredito, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios é/são cidadã(s) dos EUA ou não cidadã(s) legalmente presente(s) nos Estados Unidos. Eu certifico, ainda, que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento. Eu compreendo e concordo que o DHS-DFCS, DCH e Agências Federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas nesta solicitação. As informações podem ser obtidas de empregadores anteriores ou atuais. Eu compreendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações sobre salários e sobre minha participação em atividades de trabalho.

Eu informarei qualquer mudança na minha situação de acordo com os requisitos do programa de Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF. Também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de aposta, no valor bruto de \$4250 ou mais (antes de impostos ou outros valores serem retidos). Eu informarei estes ganhos dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família os receber. Eu compreendo que, se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e posso estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer informações incorretas intencionalmente. Eu compreendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Eu compreendo que se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas das minhas despesas durante o processo de solicitação ou renovação e/ou não as verificar, o DHS-DFCS não orçará essa despesa no cálculo do valor de meus benefícios de Vale-Alimentação (SNAP).

O Departamento de Serviços Humanos da Geórgia ("DHS") coleta Informações de Identificação Pessoal (PII), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de email e datas de nascimento etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao nos enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar estas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

Assinatura do Solicitante

Data

Assinatura do Representante Autorizado

Data

INFORMAÇÕES SOBRE O REGISTRO DE ELEITOR

Se você não está registrado para votar onde você mora, gostaria de se inscrever para votar aqui hoje?

_____ Sim

_____ Não

_____ Não quero responder à pergunta sobre o Registro de Eleitor

Solicitar o registro ou recusar o registro para votar não afetará a assistência que você receberá nesta agência.

Se você precisar de ajuda para preencher o formulário de registro de eleitor, nós o ajudaremos. A decisão de buscar ou aceitar ajuda é sua. Você pode preencher o formulário em particular.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de se recusar a se registrar para votar, no seu direito à privacidade ao decidir se deve se registrar ou ao se inscrever para se registrar para votar, ou no seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, você pode registrar uma denúncia junto à Secretaria do Estado em 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ou ligando para (404) 656-2871.

SE VOCÊ NÃO ASSINALAR NENHUMA DAS CAIXAS, CONSIDERAREMOS QUE VOCÊ DECIDIU NÃO SE REGISTRAR PARA VOTAR NESTE MOMENTO.

Uma cópia do formulário de registro de eleitor do Estado da Geórgia está incluída nos formulários de solicitação, renovações e mudança de endereço do DFCS. Você também pode solicitar um pedido de Registro de Eleitor com seu assistente social. Se você preencher um formulário de Registro de Eleitor, envie-o ao Gabinete do Secretário de Estado da Geórgia seguindo as instruções fornecidas no formulário de Registro de Eleitor.



Solicitação de Benefícios

(Guarde estes documentos para consultar informações)

O Que Significam as Palavras Utilizadas Nesta Solicitação?

Esta tabela explica o significado das palavras que utilizamos nesta solicitação.

Solicitante	Um indivíduo que se inscreve para receber assistência ou benefícios públicos.
Unidade de Assistência (UA)	Uma unidade de assistência inclui indivíduos <i>elegíveis</i> que moram juntos e recebem assistência/benefícios públicos.
Cuidador	Pais, parentes ou responsáveis legais que solicitam e recebem a TANF com crianças sob seus cuidados.
Desqualificação	A ação tomada para remover indivíduos de um caso de Vale-Alimentação (SNAP) ou TANF porque não disseram a verdade e receberam benefícios que não deveriam ter recebido.
Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT)	Sistema utilizado no Estado da Geórgia para pagar benefícios a indivíduos qualificados para o Vale-Alimentação (SNAP). Os indivíduos que recebem assistência recebem um cartão de débito EBT, que é utilizado para acessar suas contas do Vale-Alimentação (SNAP).
Comunicações Eletrônicas	<p>Você tem a opção de escolher como gostaria de receber notificações sobre suas informações. Se você optar por receber notificações por e-mail ou SMS, receberá uma mensagem notificando que há um novo aviso em Meus Avisos (My Notices) localizado no Portal do Cliente GA Gateway.</p> <p>Para Comunicação por E-mail, você deve nos fornecer seu endereço de e-mail e aceitar os termos e condições para avisos sem papel localizados no Portal do Cliente GA Gateway depois de criar uma conta. Visite o site do Portal do Cliente GA Gateway em www.gateway.ga.gov para atualizar suas configurações de notificação.</p> <p>Para a Comunicação por Mensagem de Texto, você deve nos fornecer seu número de telefone. Taxas padrão de mensagem e dados podem ser aplicadas. Isso pode variar de acordo com as operadoras, verifique com seu provedor.</p>
Cartão de Débito EPPICard MasterCard	O Estado da Geórgia implementou uma conveniente opção de pagamento "eletrônico" para os beneficiários da TANF chamada Cartão de Débito EPPICard MasterCard. Nesta opção de pagamento, o dinheiro é depositado na conta do beneficiário no primeiro dia do mês. Se o dia primeiro cair em um final de semana ou feriado, os benefícios são disponibilizados no último dia útil do mês anterior. O beneficiário tem acesso imediato aos seus fundos porque eles são carregados eletronicamente no cartão de débito MasterCard.
Parente do Beneficiário	Pais, parentes ou responsáveis legais que solicitam e recebem a TANF em seu nome, para as crianças.
Renda Bruta	A renda total de uma pessoa antes de levar em conta os impostos ou outras deduções.
Membros da Família	Indivíduos que moram em sua casa. Para Vale-Alimentação (SNAP), indivíduos que moram juntos e compram e preparam suas refeições juntos.
Renda	Pagamentos como salários, rendimentos, comissões, bônus, compensação do trabalhador, pensão por invalidez, benefícios de aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Lei de Redução de Impostos da Classe Média de 2012	Esta lei proíbe o uso indevido dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, estabelecimentos de entretenimento adulto, salas de poker, fianças, boates/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem. O uso dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF nesses estabelecimentos constituirá uma Violação Intencional do Programa (fraude) por parte do beneficiário.
Trabalhadores Agrícolas Migrantes	Indivíduos que são trabalhadores agrícolas sazonais e que se deslocam de um lugar para outro para trabalhar ou procurar trabalho agrícola.
Não-solicitante	Um indivíduo que NÃO solicita ou recebe assistência/benefícios públicos. Os não-solicitantes não são obrigados a fornecer um número de seguro social, cidadania ou status de imigração.



Solicitação de Benefícios

<p>Estrangeiro/Imigrante Qualificado</p>	<p>Um estrangeiro/imigrante qualificado é uma pessoa que reside legalmente nos Estados Unidos e que se enquadra em uma das seguintes categorias:</p> <ul style="list-style-type: none"> • uma pessoa legalmente admitida para residência permanente (LPR) nos termos da Lei de Imigração e Nacionalidade (INA) (Green Card); • Imigrante amerasiano sob a seção 584 da Lei de Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportação e Apropriações de Programas Relacionados de 1988; • Uma pessoa a quem é concedido <i>asilo</i> nos termos da seção 208 da INA; • <i>Refugiados</i>, admitidos sob a seção 207 da INA; • Uma pessoa em liberdade condicional como refugiado ou asilado sob a seção 212 (d)(5) da INA; • Uma pessoa cuja deportação está sendo retida sob a seção 243(h) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) da INA, conforme emenda; • Uma pessoa a quem é concedida entrada condicional sob a seção 203(a)(7) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1980; • Imigrantes cubanos ou haitianos, conforme definido na seção 501(e) da Lei de Assistência à Educação de Refugiados de 1980; • <i>Vítimas de tráfico humano</i> sob a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; • Imigrantes agredidos que atendam às condições estabelecidas na seção 431 (c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, conforme emenda; • Imigrantes afegãos ou iraquianos a quem foram concedidos o status de imigrante especial sob a seção 101(a)(27) da INA (sujeito a condições específicas); • Indígenas americanos nascidos no Canadá que vivem nos EUA sob a seção 289 da INA ou não cidadãos de tribo indígena reconhecida federalmente sob a Seção 4(e) da Lei de Autodeterminação e Assistência à Educação dos Indígenas e; • Membros da tribo Hmong ou Highland Laos que prestaram assistência ao pessoal dos EUA participando de operações militares ou de resgate durante a Era do Vietnã (05/08/1964 - 07/05/1975). <p>Apenas para solicitantes de Assistência Médica, o Tratado de Livre Associação (COFA) é cidadão dos Estados Federados da Micronésia, da República das Ilhas Marshall e da República de Palau. Os migrantes do COFA não precisam cumprir a barreira de 5 anos.</p>
<p>Recursos</p>	<p>Dinheiro, propriedade ou ativos, como contas bancárias, veículos, ações, títulos e seguro de vida.</p>
<p>Trabalhadores Agrícolas Sazonais</p>	<p>Indivíduos que trabalham em certas épocas do ano, plantando, colhendo ou embalando produtos. Eles são contratados temporariamente quando um trabalho exige mais trabalhadores do que a fazenda emprega regularmente.</p>
<p>Tráfico no Programa de Vale-Alimentação (SNAP)</p>	<p>Traficar os benefícios do SNAP significa: (1) Comprar, vender, roubar ou trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados através de cartões EBT, números de cartão e números PIN ou por vale-compras e assinatura manual, por DINHEIRO ou outra contraprestação que não seja alimento, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho; (2) A troca por armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) Comprar um produto com benefícios do SNAP que tenha um recipiente que exija um depósito de devolução com a intenção de obter dinheiro descartando o produto e devolvendo o recipiente pelo valor do depósito, descartando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente o recipiente pelo valor do depósito; (4) Comprar um produto com benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou contraprestação que não seja alimento, revendendo o produto, e subsequentemente revender intencionalmente o produto comprado com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento; (5) Comprar intencionalmente produtos originalmente adquiridos com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento; (6) Tentativa de comprar, vender, roubar ou trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados através de cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartão e Números de Identificação Pessoal PIN ou por vale-compras e assinatura manual, por dinheiro ou outra contraprestação que não seja alimento, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho.</p>

Para Todos os Solicitantes do Medicaid:

Para denunciar suspeitas de fraude no Medicaid sobre destinatários ou fornecedores, ligue para o Departamento de Saúde Pública da Geórgia - Escritório do Inspetor Geral em (local) (404) 463-7590 ou (ligação gratuita) (800) 533-0686; por e-mail em oganonymous@dch.ga.gov; pelo correio para Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; ou visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>

Notificação de Direitos da Lei dos Americanos com Deficiência (ADA)/Seção 504

Ajuda para Pessoas com Deficiência

O Departamento de Serviços Humanos do Estado da Geórgia e o Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia ("os Departamentos") são obrigados por lei federal* a fornecer às pessoas com deficiência uma oportunidade igual de participar e se qualificar para os programas, serviços ou atividades dos Departamentos. Isso inclui projetos como o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) e Assistência Médica.

Os Departamentos fornecem adaptações razoáveis quando necessárias para evitar a discriminação com base na deficiência. Por exemplo, podemos alterar políticas, práticas ou procedimentos para proporcionar igualdade de acesso. Para garantir uma comunicação igualmente eficaz, fornecemos às pessoas com deficiência de comunicação ou aos seus acompanhantes, assistência de comunicação, como intérpretes de linguagem de sinais. Nossa ajuda é gratuita. Os Departamentos não são obrigados a fazer qualquer adaptação que resulte em uma alteração fundamental na natureza de um serviço, programa ou atividade ou em encargos financeiros e administrativos indevidos.

Como Solicitar uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação

Entre em contato com o assistente social se você tiver uma deficiência e precisa de uma adaptação razoável, assistência de comunicação ou ajuda extra. Por exemplo, ligue se precisar de um auxílio ou serviço para uma comunicação eficaz, como um intérprete de linguagem de sinais. Você pode entrar em contato com o assistente social ou ligar para a Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS) no número (877) 423-4746 ou para o Departamento de Saúde Pública (DCH) Katie Beckett (KB) no número (678) 248-7449 para fazer sua solicitação. Você também pode fazer sua solicitação utilizando o Formulário de Solicitação de Adaptação Razoável da DFCS ADA, que está disponível na filial da DFCS da sua região, ou online em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> - ou você pode obter o Formulário de Solicitação de Adaptação Razoável do DCH ADA com a Equipe KB ou online em <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> - mas você não precisa usar um formulário.

Como Registrar uma Denúncia

Você tem o direito de fazer uma denúncia se os Departamentos o discriminarem por causa de sua deficiência. Por exemplo, você pode registrar uma denúncia de discriminação se tiver solicitado uma adaptação razoável ou um intérprete de linguagem de sinais que tenha sido negado ou não tenha sido acionado dentro de um prazo razoável. Você pode fazer uma denúncia de forma falada ou escrita entrando em contato com o responsável pelo caso, com o escritório local da DFCS, ou com o Coordenador de Direitos Civis da DFCS ADA/Seção 504, no endereço: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para o DCH, entre em contato com o Coordenador da Equipe KB ADA/Seção 504 no endereço: 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, ou Caixa Postal 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. O e-mail do DCH é dch.adarequests@dch.ga.gov

Você pode pedir ao assistente social uma cópia do formulário de denúncia de Direitos Civis da DFCS ADA/Seção 504. O formulário de denúncia também está disponível em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> Se precisar de ajuda para fazer uma denúncia de discriminação, entre em contato com a equipe do DFCS listada acima. Indivíduos surdos ou com deficiência auditiva, ou que possam ter deficiências de fala, podem ligar para o 711 para que um operador se conecte conosco. O e-mail para Denúncias de Direitos Civis do DCH é: dch.civilrights@dch.ga.gov O link para o processo de Direitos Civis do DCH e o formulário de denúncia estão localizado em: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>

Você também pode registrar uma denúncia de discriminação junto à agência federal apropriada. As informações de contato do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS) estão na "Declaração de Não Discriminação" incluída a seguir.

**A seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973; a Lei dos Americanos com Deficiência de 1990; e a Emenda da Lei dos Americanos com Deficiência de 2008 garantem que as pessoas portadoras de deficiência estejam livres de discriminação ilegal.*

De acordo com a política do **Departamento de Saúde Pública (DCH)**, os programas de Assistência Médica não podem negar a você a elegibilidade ou benefícios com base em sua raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade ou religião.

Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS

Declaração de Não Discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Programas que recebem assistência financeira federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA, como Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF), e programas que o HHS opera diretamente também são proibidos de discriminação sob as leis federais de direitos civis e regulamentos do HHS.

Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana), devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva, ou que tenham deficiência de fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Retransmissão pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do inglês.

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO USDA

O USDA fornece assistência financeira federal para muitos programas de segurança alimentar e redução da fome, como o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR), entre outros. Para registrar uma denúncia de discriminação, preencha o Formulário de Denúncia de Discriminação do Programa, (AD-3027) disponível online em:

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf

- e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de denúncia, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA por:

1. **correspondência:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ou
2. **fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **telefone:** (833) 620-1071; ou
4. **e-mail:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para qualquer outra informação sobre problemas do SNAP, as pessoas devem entrar em contato com a linha direta SNAP do USDA em (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou ligar para os [números de informações/linha direta do estado](#) (clique no link para obter uma lista de números de linha direta por Estado); disponível online em: [Linha direta SNAP](#).

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO HHS

O HHS fornece assistência financeira federal para muitos programas para melhorar a saúde e o bem-estar, incluindo TANF, Head Start, Programa de Assistência de Energia para Casas de Baixa Renda (LIHEAP), entre outros. Se você acredita que foi discriminado por causa de sua raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo (incluindo gravidez, orientação sexual e identidade de gênero) ou religião em programas ou atividades que o HHS opera diretamente ou aos quais o HHS fornece assistência financeira federal, você pode registrar uma reclamação no Escritório de Direitos Civis (OCR) por você ou por outra pessoa.

Para registrar uma denúncia de discriminação por você ou outra pessoa em relação a um programa que recebe assistência financeira federal por meio do HHS, preencha o formulário online no Portal de Denúncias do OCR em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> Você também pode entrar em contato com o OCR por correspondência no endereço: 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; fax: (202) 619-3818; ou e-mail: OCRmail@hhs.gov Para um processamento mais rápido, recomendamos que você utilize o portal online do OCR para registrar reclamações em vez de enviar por correspondência. As pessoas que precisarem de ajuda para registrar uma denúncia de direitos civis podem enviar um e-mail para o OCR em OCRMail@hhs.gov ou ligar gratuitamente para o OCR em 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldades de fala, disque 7-1-1 para acessar os serviços de retransmissão de telecomunicações. Também fornecemos formatos alternativos (como Braille e impressão em letras grandes), auxílios e serviços de assistência linguística gratuitos para o registro de uma denúncia.

Esta instituição é uma provedora de oportunidades igualitárias.

No Departamento de Serviços Humanos (DHS), você também pode registrar outras denúncias de discriminação entrando em contato com o escritório local do DFCS ou com o Coordenador de Direitos Civis do DFCS ADA/Seção 504 no endereço: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para denúncias alegando discriminação baseada em proficiência limitada em inglês, entre em contato com o Programa de Proficiência Limitada em Inglês e Deficiência Sensorial da DHS no endereço: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, ou ligue (877) 423-4746.

Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS