



# Solicitud de beneficios

**DEBE ENTREGAR PERSONALMENTE, O ENVIAR POR FAX o POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A LA OFICINA LOCAL DE SU CONDADO.**

Si necesita ayuda para leer o completar este documento, o para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los de interpretación, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente y marcar 711 (retransmisión de Georgia).

## ¿Qué servicios ofrecemos en la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés)?

La DFCS ofrece los siguientes servicios:



### Asistencia Alimentaria

Se pueden utilizar los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el cartel de EBT/Quest. Descontaremos el precio de las compras de alimentos de su cuenta del SNAP.



### La Asistencia en Efectivo/los Servicios de Apoyo para el Empleo de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés)

brinda asistencia en efectivo a familias con niños dependientes y personas embarazadas durante un tiempo limitado. Los padres o cuidadores, o las personas embarazadas que estén incluidos en la subvención están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia en Efectivo también brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa de TANF.

- El **programa Abuelos que Crian a sus Nietos (GRG, en inglés)** proporciona el apoyo necesario para que los niños puedan recibir cuidado en sus hogares por parte de sus abuelos.



### Asistencia Médica

Medicaid, para quienes son elegibles, puede ayudar a pagar las facturas médicas, las visitas al médico y las primas de Medicare.

- Esto incluye **Asistencia Médica de Pathways**. La Asistencia Médica de Pathways es un programa que proporciona cobertura de Medicaid gratuita o a costo reducido a personas de 19 a 64 años, con ingresos familiares de hasta el 100% del nivel de pobreza federal (FPL, en inglés), que no reúnan los requisitos para Medicaid y que cumplan los requisitos de elegibilidad. Si desea que se lo tenga en cuenta para Pathways, complete el Anexo D.

### Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información sobre otros servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés), visite nuestro sitio web en <http://dfcs.georgia.gov> o llame al (877) 423-4746.



## ¿Cómo se solicitan los beneficios?

### Paso 1. Complete la solicitud.

Lea detenidamente las preguntas y proporcione la información correcta. Firme y feche la solicitud.

### Paso 2. Entregue la solicitud en su oficina local.

Necesitará arrancar las páginas 1 y 2, y desde la 17 hasta la 20, y guardárselas para usted.

### Preguntas frecuentes

#### ¿Cuánto tiempo se tarda en obtener los beneficios?

SNAP:	hasta 30 días
TANF:	hasta 45 días
Medicaid:	entre 10 y 90 días

Es posible que pueda obtener los beneficios del SNAP en un plazo de 7 días, si califica. Consulte la página 6.

#### ¿Cuál será el monto que recibiré?

Sus ingresos, recursos y tamaño familiar determinan el monto de los beneficios. Podremos darle información específica una vez que determinemos su elegibilidad.

#### ¿Cómo obtendré mis beneficios?

Para los beneficios del SNAP, recibirá una tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, en inglés) para acceder a sus beneficios. Para los beneficios de TANF, recibirá una tarjeta de débito Mastercard Way2Go para acceder a sus beneficios. Para recibir Medicaid, obtendrá una tarjeta de Medicaid por cada miembro elegible.

#### Es posible que le pidan que proporcione la siguiente información:

- Comprobante de identidad del solicitante si solicita los programas SNAP o TANF. Se acepta como forma de verificación una tarjeta de identificación o licencia de conducir. No se requiere comprobante de identidad para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Comprobante de ciudadanía estadounidense o estado migratorio calificado en el caso de todas las personas que soliciten beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA, en inglés), no es necesario que proporcione su número de Seguro Social (SSN, en inglés) o información acerca de su estado migratorio.
- Los números de Seguro Social de todas las personas que solicitan la asistencia.
- Comprobantes de ingresos, *por ejemplo*, recibos de sueldo, pagos de manutención infantil, cartas de concesión de ingresos. No se necesitan comprobantes de pagos de manutención infantil para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Comprobantes de gastos, como recibos de cuidado infantil, facturas médicas, costos de traslados médicos, costo de renta/hipoteca y pagos de manutención infantil. No se requiere esta información para los solicitantes de Asistencia Médica.

Primero, intentaremos verificar la ciudadanía o el estado migratorio y la información sobre los ingresos a través de fuentes de datos electrónicos. No se requieren documentos de verificación en papel para presentar una solicitud; sin embargo, puede proporcionar los documentos junto con la solicitud. Si no logramos verificar su elegibilidad a través de fuentes de datos electrónicos y necesita ayuda para obtener esta información, infórmenos.



# Solicitud de beneficios



Envíe las páginas 3 a 16 de esta solicitud por correo o fax o entréguelas personalmente en la oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). **Usted puede localizar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>** .

Si usted o la persona para la cual está presentando la solicitud cumple con los requisitos para recibir los beneficios, se le entregarán los beneficios del SNAP a partir de la fecha en la que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma. Los beneficios de TANF se proporcionarán a partir de la fecha en la que se aprueba la solicitud.

Si está solicitando los beneficios de SNAP, TANF o Medicaid, puede presentar una solicitud de beneficios solamente con su nombre, dirección y firma. Sin embargo, nos puede ayudar a procesar su solicitud de forma más rápida si completa el formulario en su totalidad. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o solo para el SNAP. Su solicitud para el SNAP no se rechazará solo por el hecho de que se le haya denegado la solicitud a otro programa. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su solicitud del SNAP. Si usted vive en una institución y está solicitando el programa SNAP y la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés) al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en la que se retira de la institución.

### Paso 3. Comuníquese con nosotros.

Es posible que tenga que realizar una entrevista con un trabajador. Si es así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede realizar por teléfono.

### ¿Cómo utilizamos la información personal del solicitante?

Solo debe brindarnos los números de Seguro Social (SSN) y la ciudadanía o el estado migratorio de las personas que desean solicitar los beneficios. Utilizaremos esta información para verificar el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, en inglés). También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad, información salarial y participación en actividades laborales. Si un miembro de la unidad familiar no desea brindarnos información acerca de su número de Seguro Social, ciudadanía o estado migratorio, otros miembros de la unidad familiar aún podrían recibir beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado migratorio.

### ¿Es posible que otra persona presente la solicitud por mí?

Para el SNAP y Medicaid, puede pedirle a alguien que presente la solicitud por usted. En el caso de la TANF, cualquier persona puede presentar la solicitud, pero se debe entrevistar al padre, al cuidador o a la persona embarazada.



# Solicitud de beneficios

**(Complete esta solicitud y entréguela en la oficina LOCAL DEL CONDADO de la DFCS).**

¿Qué estoy solicitando? (Marque todas opciones que correspondan).

**Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP)**

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), previamente conocido como Cupones de Alimentos, es un programa financiado por el gobierno federal que brinda beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos con el fin de ayudar a pagar el costo de los alimentos. El programa también brinda educación nutricional a las familias para que satisfagan sus necesidades alimentarias y nutricionales, así como oportunidades de empleo y capacitación con el fin de ayudar a las familias a obtener un empleo que genere menos dependencia del SNAP.

**Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)**

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) brinda temporalmente pagos mensuales en efectivo, pagos únicos en efectivo u otro tipo de servicios de apoyo para fortalecer a familias con niños o personas embarazadas elegibles. Si usted es el padre del niño, la persona que lo cuida o una persona embarazada y le gustaría que lo incluyeran en la subvención, le solicitaremos que participe en un programa de trabajo.

**Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG)**

El programa Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG) proporciona pagos en efectivo adicionales para que los niños puedan estar bajo el cuidado y en el hogar de sus abuelos. **Los solicitantes deben solicitar TANF para ser elegibles para GRG.**

**Asistencia en Efectivo para Refugiados**

El programa de Asistencia en Efectivo brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF. El término refugiado incluye a refugiados, inmigrantes de Cuba/Haití, víctimas de la trata de personas, norteamericanos de origen asiático, asilados, afganos o iraquíes con Visa de Inmigrante Especial (SIV, en inglés) o afganos con libertad bajo palabra elegibles.

**Medicaid**

Medicaid ofrece cobertura médica a adultos mayores, personas ciegas o con discapacidades, mujeres embarazadas, niños y familias. Cuando realice la solicitud, observaremos todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles cumple los requisitos.

Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección donde vive		Apto.	
Ciudad	Estado	Código postal	
¿Usted es una persona sin hogar? Sí ___ o No ___			
Dirección postal (si es distinta)			
Teléfono principal		Otro teléfono de contacto	
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ o No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ o No ___ (opcional)		Dirección de correo electrónico (opcional):	
¿Cuál es su idioma de preferencia?		Si se requiere una entrevista, intérprete? Sí ___ o No ___	

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: solicitud de modificación razonable y asistencia para comunicarse (si corresponde):**

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para comunicarse? Sí \_\_\_ No \_\_\_  
(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que solicita):



# Solicitud de beneficios

Intérprete de lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; letra grande \_\_\_; comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; braille \_\_\_; retransmisión en video \_\_\_; intérprete de habla asistida \_\_\_; intérprete oral \_\_\_; intérprete táctil \_\_\_; recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; otra: \_\_\_\_\_

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una sola vez \_\_\_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

## Para todos los solicitantes de SNAP, TANF y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la DFCS del DHS, el DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4500 o superior (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que, si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos en mi proceso de solicitud o renovación o no verifico la información, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y los procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del testigo (si se firmó con X)

\_\_\_\_\_  
Fecha

## Representante autorizado:

Complete esta sección solo si desea que una persona o una organización complete su solicitud, realice su entrevista para los programas o use su tarjeta de EBT para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque cada tipo de programa para el que quiera designar a un representante autorizado. Marque las tareas que desea que la persona u organización realice. Si está solicitando los beneficios de Medicaid, puede elegir a más de una persona u organización para que actúe en su nombre.

- Tipos de programas del representante autorizado 1: SNAP  TANF  Asistencia Médica
- Tareas del representante autorizado 1: Firmar la solicitud en nombre del solicitante  Completar y enviar el formulario de renovación
- Recibir copias de avisos y otras comunicaciones  Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos
- Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (tarjeta de débito Mastercard Way2Go)

Nombre de la persona 1: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización 1 (si corresponde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional) Mensajes de texto: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_ o No \_\_\_



# Solicitud de beneficios

Tipos de programas del representante autorizado 2: SNAP  TANF  Asistencia Médica

Tareas del representante autorizado 2: Firmar la solicitud en nombre del solicitante  Completar y enviar el formulario de renovación   
Recibir copias de avisos y otras comunicaciones  Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos  Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (tarjeta de débito Mastercard Way2Go)

Nombre de la persona 2: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización 2 (si corresponde): \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_ Apto: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional) Mensajes de texto: Sí \_\_\_ No \_\_\_ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) \_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_ o No \_\_\_

## Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para comunicarse para los representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para comunicarse? Sí \_\_\_ No \_\_\_ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que solicita):

Intérprete de lengua de señas \_\_\_; TTY \_\_\_; letra grande \_\_\_; comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; braille \_\_\_; retransmisión en video \_\_\_; intérprete de habla asistida \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; intérprete táctil \_\_\_; recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa \_\_\_; firma telefónica (si corresponde) \_\_\_; entrevista presencial (visita al hogar) \_\_\_; Otra: \_\_\_\_\_

¿El representante autorizado necesitará esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una sola vez \_\_\_ o permanentemente \_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. \_\_\_\_\_

Solo para uso de la oficina: Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

## Elegibilidad rápida:

La elegibilidad rápida (ELE, en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción en el programa de Asistencia Médica para niños menores de 19 años elegibles que reciben los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), la Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA, en inglés), los Servicios para Padres y Niños (CAPS, en inglés) y el Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés).

La División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información sobre el tamaño de la unidad familiar, la residencia y los ingresos de los programas SNAP, TANF, RCA, CAPS o WIC, pero verificará la ciudadanía o el estado migratorio utilizando las reglas de Asistencia Médica para tomar una determinación de ELE con el fin de inscribir o renovar de forma automática la inscripción de los niños en Medicaid o PeachCare for Kids®. La DFCS enviará un aviso de determinación una vez finalizado el proceso, dejará que los miembros realicen cambios y les permitirá retirarse del proceso de ELE o finalizar el caso de Asistencia Médica en cualquier momento.



# Solicitud de beneficios

¿Califico para obtener el SNAP más rápido? (Esta información se requiere únicamente para los solicitantes del SNAP).

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para ver si puede obtener los beneficios del SNAP en un plazo de 7 días.

1. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar es inmigrante o trabajador agrícola estacional?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

2. Ingreso bruto total del trabajo que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del empleo \_\_\_\_\_

Fecha de finalización del empleo \_\_\_\_\_

Tasa de pago \_\_\_\_\_

Horas trabajadas semanalmente \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe el pago?  semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (marque una opción con un círculo)

3. Ingreso bruto total no derivado del trabajo que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_

Tipo de ingresos no derivados del trabajo \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe el pago?

semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (marque una opción con un círculo)

Tipo de ingresos no derivados del trabajo \_\_\_\_\_ Monto \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia recibe el pago?

semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (marque una opción con un círculo)

4. Total de ingresos del trabajo y no derivados del trabajo para este mes:

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

5. ¿Cuánto dinero tiene usted y todos los miembros de la unidad familiar en efectivo o en el banco?

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

6. ¿Cuál es el monto mensual de su renta, hipoteca, impuestos a la propiedad o seguro del propietario?

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

7. ¿Cuál es el monto total de los servicios públicos de electricidad, agua, gas u otros de este mes?

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

**(No incluya los montos por vencimiento o demora en el total)**

- a. ¿Cuál es la fuente principal de calefacción o refrigeración de su unidad familiar? Marque todas las opciones que correspondan.

Electricidad \_\_\_\_\_ Gas \_\_\_\_\_ Aire acondicionado central o de ventana \_\_\_\_\_ Aceite de queroseno \_\_\_\_\_

Madera \_\_\_\_\_

- b. ¿Ha recibido asistencia energética (Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos [LIHEAP, en inglés]) en los últimos 12 meses?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique el monto recibido \$ \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

## Cuéntenos sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

**Para solicitantes de Asistencia Médica:** Inclúyase a usted mismo, a su cónyuge, a sus hijos (incluidos los hijastros) menores de 21 años que vivan con usted, a su pareja de hecho que necesite cobertura de salud, a cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted, y a cualquier otra persona menor de 21 años a la que cuide y viva con usted. No tiene que incluir a su pareja de hecho que no necesita cobertura de salud, a los hijos de su pareja de hecho, a sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si tiene más de 21 años), ni a otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA), no es necesario que proporcione su número de Seguro Social (SSN) o información acerca de su estado migratorio.

**Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales:**

**Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, el título 7 del Código de los Estados Unidos (USC, en inglés), sección 2011-2036, el título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés), sección 273.2, el título 45 del CFR, sección 205.52, el título 42 del CFR, sección 435.910 y el título 42**

del CFR, sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitar a usted y a los miembros de su unidad familiar sus números del Seguro Social. Es posible que a toda persona que viva en su unidad familiar y no esté solicitando beneficios se la trate como un no solicitante. Los no solicitantes no tienen que proporcionarnos información acerca de su número de Seguro Social, ciudadanía o estado migratorio, y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir beneficios, si son elegibles. Si desea que decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir los beneficios, aún deberá informarnos sobre la ciudadanía o el estado migratorio y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos sobre sus ingresos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No se reportará a las personas al sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporcionan la información sobre la ciudadanía o el estado migratorio. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado migratorio en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede entregar a los oficiales de cuerpos policiales para que la utilicen para atrapar a las personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo del SNAP, es posible que la información en esta solicitud, incluidos los SSN, se proporcione a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que la utilicen al cobrar el reclamo. No denegaremos beneficios a otros miembros de la unidad familiar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía o estado migratorio.

NOMBRE		Vínculo	¿Esta persona está solicitando beneficios?	¿Esta persona necesita una cobertura de salud?	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	¿De etnia hispana o latina?	Código de raza	¿Usted es ciudadano de los EE. UU., tiene nacionalidad estadounidense, es un inmigrante calificado o cuenta con un estado migratorio adecuado? (Solo solicitantes)
Nombre	Inicial del segundo nombre Apellido		(Sí/NO)	(Sí/NO)	Formato (mm/dd/aa)	(Opcional para las personas no solicitantes)	(M/F)	(Opcional)	(Opcional)  (Consulte los códigos abajo)	(Sí/NO)
		USTED								

**Códigos de raza (Marque todos los que correspondan):**

**AI** – Indio americano o nativo de Alaska      **AS** – Asiático      **BL** – Negro o afroamericano  
**HP** - Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico      **WH** – Blanco

Al proporcionar la información sobre la raza o el origen étnico, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligada a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios.



# Solicitud de beneficios

**Si usted u otro solicitante de la unidad familiar no es ciudadano estadounidense ni tiene nacionalidad estadounidense, complete el siguiente cuadro:**

(Adjunte tantas hojas como sea necesario).

NOMBRE Nombre Inicial del segundo nombre Apellido	Tipo de documento de inmigración	Número de identificación de extranjero/certificado/documento	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996?  (Sí/NO)	Fecha de naturalización/Fecha de entrada o admisión a EE. UU. (si corresponde)  Formato (mm/dd/aa)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.?  (Sí/NO)

## Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para decidir quién es elegible para recibir los beneficios. Solo responda preguntas acerca de los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguien ha recibido algún beneficio en otro condado o estado? (Solo para SNAP y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde vive y quién es para obtener múltiples beneficios del SNAP en más de un área después del 8/22/1996? (Solo para SNAP )  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a su trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 por semana en un plazo de 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para SNAP y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, especifique quién: \_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_

4. ¿Hay alguna persona embarazada? (Esta pregunta no se aplica a los solicitantes del SNAP).  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Nombre de la mujer embarazada: \_\_\_\_\_

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada? \_\_\_\_\_ ¿Cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_

Si la respuesta es no, ¿alguien en la unidad familiar dio a luz o algún embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es sí:

Nombre de la mujer embarazada: \_\_\_\_\_

¿Cuál fue la fecha de parto o interrupción del embarazo? \_\_\_\_\_; ¿Cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_

\*Solo para solicitantes de TANF, proporcione lo siguiente:

Nombre del padre del bebé por nacer: \_\_\_\_\_ Dirección del padre: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguna persona tiene facturas médicas impagas en los últimos 3 meses?  Sí  No  
Si la respuesta es sí, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

6. ¿Se descalificó a alguna persona del programa SNAP o TANF? (Solo para SNAP y TANF)  Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para SNAP y TANF)  Sí  No  
Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

8. ¿Alguien está incumpliendo las condiciones de la libertad condicional o libertad bajo palabra? (Solo para SNAP y TANF)  
 Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien tiene una condena por delito grave por comportamiento relacionado con la posesión, el consumo o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un crimen de droga) después del 8/22/1996 (solo para SNAP y TANF) o un delito violento (solo para TANF)?  Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

Quién: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP)  Sí  No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP)  Sí  No

c. ¿Ha completado con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP)  Sí  No

10. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 8/22/1996? (Solo para SNAP)  Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

Quién: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

11. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por comprar o vender beneficios del SNAP por más de \$500 después del 8/22/1996? (Solo para SNAP)  Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

12. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para SNAP)  Sí  No

**Si la respuesta es sí:**

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

13. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha tenido una condena por delito grave como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o un delito según la ley estatal que el fiscal general determine que es sustancialmente similar a tal delito después del 2/7/2014? (Solo para SNAP)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

- a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave? (Solo para SNAP)  Sí  No
- b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para SNAP)  Sí  No
- c. ¿Ha completado con éxito todos los **términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para SNAP)  Sí  No

14. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_ Monto recibido: \_\_\_\_\_

15. ¿Alguien ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta Way2Go en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/pirsins o salones de spa/masajes? (Solo para TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_ Cuándo: \_\_\_\_\_

16. ¿Alguna persona que solicita beneficios está recibiendo actualmente una pensión alimentaria?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Monto mensual recibido: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimentaria: \_\_\_\_\_

## Cuéntenos sobre los ingresos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

¿Usted o alguna de las personas en su unidad familiar recibe algún tipo de ingreso, como salario, propina, bonificaciones, trabajo por cuenta propia, Seguro Social/jubilación ferroviaria, otra discapacidad, pensiones, desempleo o algún otro ingreso? Para SNAP y TANF, también incluya ingresos como: el ingreso de Asuntos de Veteranos, manutención infantil, dinero de otras personas o beneficios de compensación a los trabajadores. Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con ingresos	Tipo de ingreso	Nombre del empleador/fuente de ingresos	Monto mensual (Antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia lo recibe? (mensual, cada dos semanas, semanal)	Pago por hora	Horas por semana	FECHAS EN LAS QUE RECIBIÓ PAGOS

¿Hay alguien en huelga en la actualidad?  Sí  No

Si trabaja por cuenta propia, ingrese el monto de gastos mensuales de su negocio: \$ \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

**Cuéntenos acerca de los recursos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar - En el caso de los solicitantes de los programas TANF y SNAP, mencione todos los recursos de todos los miembros de la unidad familiar y los solicitantes de Medicaid que sean personas mayores (65 años o más), ciegas o con discapacidades (trastorno permanente que no le permite trabajar)**

¿Usted o alguien de la unidad familiar está solicitando recursos propios?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete la información a continuación (indique todos los recursos (activos) que poseen usted, su cónyuge y sus dependientes, así como todos los recursos que posee en conjunto con otra persona. Si es necesario, adjunte páginas adicionales).

- |   |   |  |   |
|---|---|--|---|
| Cuentas corrientes                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Planes exequiales/Funeral prepago          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cajas de ahorro                             | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Panteones o contratos exequiales           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bonos del gobierno                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Acciones y bonos                           | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fondos fiduciarios                          | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro (IRA, Certificados de depósito, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Propiedad real/Propiedad apta como vivienda | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |  |   |

¿Usted o su cónyuge ha entregado o vendido algún activo por una cantidad menor que su valor?  Sí  No

**En caso de que su respuesta a alguna de estas preguntas haya sido afirmativa, brinde los detalles a continuación.**

Nombre del miembro de la unidad familiar con recursos	Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, de la aseguradora, etc.

¿Usted o su cónyuge son propietarios de un vehículo?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, brinde los detalles a continuación.

Miembro de la unidad familiar que posee un	Marca del vehículo	Modelo	Año	Monto adeudado

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete la siguiente información.

Titular de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Valor nominal	Valor monetario

**Cuéntenos acerca de los gastos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar (opcional para los solicitantes de Medicaid)**

¿Usted paga por la atención de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

Persona que requiere la atención	Persona que paga la atención	Motivo para la atención	Nombre/Número del proveedor	Monto pagado al proveedor	Frecuencia con la que se paga



# Solicitud de beneficios

¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?

Sí  No

¿Están incluidos estos gastos en los gastos de cuidado de dependientes?  Sí  No

Si la respuesta es no, responda esta pregunta: Total de millas recorridas por semana: \_\_\_\_\_

¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Miembro de la unidad familiar obligado a pagar	Nombre del niño por el que paga la manutención infantil	Monto obligatorio a pagar	Monto real pagado	¿A quién se le paga manutención infantil?

¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Miembro de la unidad familiar que tiene gastos	Tipo de gastos (visitas médicas, visitas hospitalarias, recetas, Medicare o primas de seguro médico, anteojos)	Monto adeudado	¿Aún debe? Sí/No	Fecha que pagó	¿Lo pagará el seguro? Sí/No

¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos de traslado?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Propósito del traslado (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, colectivo, alojamiento:

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar tiene gastos de refugio o servicios públicos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién lo paga?
Renta/Hipoteca			
Impuestos sobre la propiedad			
Seguro de propiedad			
Electricidad			
Gas			
Aceite combustible/madera/queroseno			
Pozo/Fosa séptica/Agua/Alcantarillado			
Residuos			
Teléfono			
Otro			



# Solicitud de beneficios

¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguien en el hogar?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿con quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/Documentación \_\_\_\_\_

A quién se le paga \_\_\_\_\_ Monto pagado \$ \_\_\_\_\_ en concepto de \_\_\_\_\_

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

¿Alguien más paga alguna de las facturas de la unidad familiar por usted?  Sí  No Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación:

¿Quién paga las facturas?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién le paga estas facturas?

## Complete la siguiente información si solicita Medicaid.

### Información del contribuyente

1. ¿Alguna persona en la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos el PRÓXIMO AÑO?  Sí  No

Si la respuesta es sí, ¿quién? (mencione a cada persona que planea presentar la declaración). \_\_\_\_\_

2. ¿Alguno de los contribuyentes indicados presentará una declaración de manera conjunta con un cónyuge?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguno de los contribuyentes reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente en la declaración de impuestos de otra persona?  Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre del contribuyente y de los dependientes:

(Contribuyente) \_\_\_\_\_

(Dependiente) \_\_\_\_\_

¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y el contribuyente? \_\_\_\_\_

### Deducciones: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia de pago.

Pensión alimentaria pagada \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_  Interés del préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_

### Otra cobertura de salud

1. ¿Alguien tiene otro seguro de salud que cubre a algún miembro de su unidad familiar?  Sí  No

Si la respuesta a la pregunta 4 es sí, complete la siguiente información y el Anexo A:

Nombre del titular de la póliza	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico	Tipo de cobertura (hospitalaria, complemento de Medicare, medicamentos, médica importante)	Nombre de las personas que reciben cobertura	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza

2. ¿A alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre o cónyuge.

Sí  No Si la respuesta es sí, deberá completar el Anexo A.

¿Es un plan de beneficio de empleado estatal?  Sí  No



# Solicitud de beneficios

3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud perdió alguna cobertura de salud en los últimos 2 meses?

a.  Sí Si la respuesta es sí, explique el motivo por el cual la perdió.

\_\_\_\_\_

b.  No

4. ¿Alguien estuvo en cuidado de acogida a los 18 años y solicitó los beneficios de Medicaid?  Sí  No

5. ¿Alguien en su unidad familiar es estadounidense o nativo de Alaska?  Sí  No

Si la respuesta es sí, complete el Anexo B.

**Si existe alguien de 65 años o más, ciego o con discapacidades (trastorno permanente que no le permite trabajar), responda las siguientes preguntas. (Opcional)**

1. ¿Alguna de las personas de esta solicitud de cobertura de salud es ciega o tiene discapacidades?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre: \_\_\_\_\_

2. ¿Usted o su cónyuge cuentan con cobertura de Medicaid actualmente?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique el nombre: \_\_\_\_\_

3. ¿Está solicitando Medicaid para cubrir el gasto de facturas médicas sin pagar de los tres meses previos a la solicitud de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

Sí  No Si la respuesta es sí, indique la fecha de la solicitud de SSI: \_\_\_\_\_

4. ¿Está realizando la solicitud para alguien que ya falleció y tiene facturas médicas sin pagar en los últimos tres (3) meses?

Sí  No

5. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar la atención de una persona que se encuentra en una residencia de ancianos?

Sí  No

6. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid para una persona mayor de 18 años cuyos cheques de SSI se han interrumpido?

Sí  No

7. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar servicios de exención basados en la comunidad, tales como servicios de atención comunitaria, NOW/COMP, cuidado de hospicio, exención de cuidado independiente o la exención Katie Beckett?

Sí  No



# Solicitud de beneficios

## Penalidades del SNAP

Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice tarjetas del SNAP ni de EBT que no sean de usted y no permita que otra persona use su tarjeta.
- No utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda tarjetas del SNAP o de EBT por artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

**Cualquier persona en su unidad familiar que incumpla cualquiera de estas reglas del SNAP a propósito puede ser excluida del SNAP por un año o de forma permanente, multada con hasta \$250,000, encarcelada por 20 años o ambas. También puede estar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales correspondientes. También se le puede prohibir participar en el SNAP durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.**

**Cualquier miembro de la unidad familiar que incumpla intencionalmente las reglas no podrá recibir la asistencia del SNAP durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de usar o recibir beneficios del SNAP en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de su unidad familiar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su unidad familiar serán inelegibles de forma permanente para participar en el SNAP a partir de la primera infracción.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o superior, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles de forma permanente para participar en el SNAP a partir de la primera infracción.**

**Si se determina que usted o cualquier miembro de la unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios del SNAP, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el SNAP por un periodo de 10 años.**

## Penalidades del programa TANF

En el programa TANF, una infracción intencional del programa (IPV, en inglés) es una acción intencional por parte de una persona para establecer o mantener la elegibilidad de una Unidad de Asistencia (UA), o para incrementar o prevenir una reducción en los beneficios de la UA por proveer información falsa o engañosa u ocultar información.

- Todo miembro de la unidad familiar que oculte información y no informe cambios a tiempo o no diga la verdad perderá los beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. El uso indebido de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, clubes nudistas, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/pirsins o salones de spa/masajes está terminantemente prohibido y resultará en La pérdida de los beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar está ocultando información, o no informa cambios a tiempo o no dice la verdad y está condenado, es posible que no reciba los beneficios de TANF durante 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar es culpable de brindar información falsa acerca de donde vive para que pueda recibir los beneficios en más de un estado, se lo excluirá por 10 años.
- Si un tribunal lo condenó con un cargo relacionado con drogas, sustancias controladas o un delito violento serio el 1/1/1997 o después de esa fecha, usted o el miembro de la unidad familiar no será elegible o se lo descalificará de manera permanente.



# Solicitud de beneficios

## Para todos los solicitantes de SNAP, TANF y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la DFCS del DHS, el DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4500 o superior (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que, si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos en mi proceso de solicitud o renovación o no verifico la información, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y los procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

## **INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE**

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes.

Realizar una solicitud para registrarse o decidir no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de la DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede pedir una solicitud de registro de votantes a su administrador del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.**



# Solicitud de beneficios

**(Conserve estos documentos para su información)**

## ¿Qué significan las palabras utilizadas en esta solicitud?

En este cuadro se explican las palabras que hemos utilizado en esta solicitud.

<b>Solicitante</b>	Una persona que realiza una solicitud para recibir asistencia o beneficios públicos.
<b>Unidad de Asistencia (UA)</b>	Una Unidad de Asistencia incluye a las personas elegibles que viven juntas, incluidas una persona embarazada y un nonato, y reciben asistencia o beneficios públicos.
<b>Cuidador</b>	Un progenitor, persona embarazada, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.
<b>Descalificado</b>	La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de los programas SNAP o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.
<b>Transferencia electrónica de beneficios (EBT)</b>	El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para el SNAP. A las personas que reciben asistencia se les emite una tarjeta de débito de EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas del SNAP.
<b>Comunicaciones electrónicas</b>	<p>Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos, ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.</p> <p>Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> para actualizar la configuración de las notificaciones.</p> <p>Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes</p>
<b>Familiar beneficiario</b>	Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF en su nombre en nombre de los hijos, incluido un nonato.
<b>Ingresos brutos</b>	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones.
<b>Personas sin hogar</b>	<p>Una persona que carece de residencia nocturna fija y regular o una persona cuya residencia nocturna principal es:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo);</li> <li>• un centro de reinserción social o institución similar que proporciona residencia temporal a personas destinadas a ser internadas;</li> <li>• un alojamiento temporal de no más de 90 días en la residencia de otra persona; o</li> <li>• un lugar que no esté diseñado o no se utilice habitualmente como alojamiento habitual para seres humanos (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).</li> </ul>
<b>Miembros de la unidad familiar</b>	Personas que viven en su hogar. En el caso del SNAP, se refiere a las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.
<b>Ingresos</b>	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otra forma de dinero recibido.
<b>Ley de Alivio Tributario para la Clase Media de 2012</b>	Esta ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF en estos negocios constituirá una infracción intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.
<b>Trabajadores agrícolas migrantes</b>	Personas que son trabajadores agrícolas estacionales y que se mudan de un lugar de residencia a otro para trabajar o buscar trabajo agrícola.
<b>No solicitante</b>	Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a facilitar su número de Seguro Social, ciudadanía o condición migratoria.



# Solicitud de beneficios

<p><b>Inmigrante/extranjero calificado</b></p>	<p>Un extranjero/inmigrante calificado es una persona que reside legalmente en Estados Unidos y se encuentra dentro de una de las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• una persona admitida de manera legal para la residencia permanente (LPR, en inglés) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, en inglés);</li> <li>• una persona inmigrante amerasiática conforme a la sección 584 de la Ley de Asignaciones de Programas Relacionados, Financiamiento de Exportaciones y Operaciones Extranjeras de 1988;</li> <li>• una persona a la que se le concede <i>asilo</i> conforme a la sección 208 de la INA;</li> <li>• <i>una persona refugiada</i>, admitida conforme a la sección 207 de la INA;</li> <li>• una persona <i>con libertad bajo palabra</i> como refugiada o asilada conforme a la sección 212 (d)(5) de la INA;</li> <li>• una persona cuya <i>deportación</i> está siendo retenida conforme a la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la sección 241(b)(3) de la INA, según enmendada;</li> <li>• una persona a la que se le otorga entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980;</li> <li>• una persona inmigrante cubana o haitiana como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980;</li> <li>• <i>una persona víctima de la trata de personas</i> conforme la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de Trata de 2000;</li> <li>• una persona inmigrante maltratada que cumpla con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, según enmendada;</li> <li>• <i>una persona inmigrante afgana o iraquí</i> a la que se le otorgó estado de inmigrante especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas);</li> <li>• <i>una persona nativa de América del Norte</i> nacida en Canadá que vive en EE. UU. conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Asistencia Educativa y Autodeterminación Indígena; y</li> <li>• una persona miembro de la tribu hmong o laosiana de las tierras altas que brindó asistencia al personal de EE. UU. al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975).</li> </ul> <p>Solo para los solicitantes de Asistencia Médica, al Pacto de Libre Asociación (COFA, en inglés) lo conforman personas ciudadanas de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos. Las personas inmigrantes del COFA no tienen que cumplir con la prohibición de 5 años.</p>
<p><b>Recursos</b></p>	<p>Efectivo, bienes, o activos como cuentas de banco, vehículos, acciones, bonificaciones y seguro de vida.</p>
<p><b>Trabajadores agrícolas estacionales</b></p>	<p>Personas que trabajan en ciertos horarios del año en plantación, cosecha o empaquetamiento de productos agrícolas. Se los contrata de forma temporal cuando un trabajo requiere más trabajadores de los que cuenta la granja de forma regular.</p>
<p><b>Tráfico en el SNAP</b></p>	<p>El tráfico de los beneficios del SNAP significa: (1) comprar, vender, robar o de cualquier otra manera intercambiar beneficios del SNAP emitidos y a los que se accede a través de tarjetas de EBT, números de tarjeta y números de identificación personal (PIN, en inglés) o mediante comprobante manual y firma, por EFECTIVO o una contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, en complicidad o confabulación con otra persona, o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar un producto con beneficios del SNAP que tiene un envase que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo al descartar el producto y devolver el envase por el monto del depósito, al descartar de forma intencional el producto y devolver solo el envase por el monto del depósito a propósito; (4) comprar un producto con beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles al revender el producto y, luego, revender de manera intencional el producto comprado con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (5) vender intencionalmente productos comprados con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (6) intentar comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios del SNAP emitidos y a los que se accede mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o mediante un vale manual y firmas, a cambio de dinero en efectivo o a cambio de una contraprestación distinta de los alimentos elegibles, ya sea de forma directa o indirecta, en complicidad o confabulación con otras personas, o actuando solo.</p>
<p><b>Tarjeta de débito MasterCard Way2Go</b></p>	<p>El Estado de Georgia ha implementado una opción de pago "electrónico" conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito MasterCard Way2Go. Con esta opción de pago, se deposita el dinero en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en un fin de semana o feriado, los beneficios se ponen a disponibilidad el último día hábil del mes anterior. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos porque se cargan de manera electrónica a la tarjeta de débito MasterCard.</p>



# Solicitud de beneficios

**Para todos los solicitantes de Medicaid:**

Para denunciar sospechas de fraude a Medicaid por parte de beneficiarios o proveedores, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General por teléfono llamando al número local (404) 463-7590 o al número gratuito (800) 533-0686), por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov), por correo postal a la siguiente dirección: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 o ingresando en <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>

## **Aviso de derechos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés)/Sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidades**

La ley federal\* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad asistencia para comunicarse, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para comunicarse**

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para comunicarse o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para establecer una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con su administrador del caso, o bien, llamar a la DFCS al (877) 423-4746 o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para presentar su solicitud. También puede presentar una solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA de la DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o bien, puede obtener el formulario en la oficina del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, o bien, puede enviar su solicitud de modificación por correo electrónico a [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Cómo presentar una queja**

Tiene derecho a presentar una queja si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una queja por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas y se le ha denegado o no se ha actuado en un plazo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el administrador de su caso, con la oficina local de la DFCS o con el coordinador de Derechos Civiles, ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334 o llamando al (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091 o llamando al (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle al administrador de su caso una copia del formulario de quejas de derechos civiles de la DFCS. El formulario de quejas también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar una queja por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con dificultades auditivas o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo comunique con nosotros. El correo electrónico para las quejas de derechos civiles del DCH es el siguiente: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de quejas del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar una queja por discriminación ante la agencia federal competente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de los Estados Unidos se encuentra dentro de la "Declaración de no discriminación" incluida en este documento.

*\*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.*

Según la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, nacionalidad o creencias religiosas.

## No envíe solicitudes al USDA o al HHS

### **Declaración de no discriminación**

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Los programas que reciben ayuda económica por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y los programas que el HHS opera directamente, también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información acerca del programa se encuentre disponible en otro idioma que no sea el inglés.

### **QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL USDA**

El USDA brinda ayuda económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y de reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que puede encontrar en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA de las siguientes maneras:

1. **Por correo postal:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. **Por fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. **Por teléfono:** (833) 620-1071
4. **Por correo electrónico:** [FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas del SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado), que se encuentran en línea en: [línea directa del SNAP](#).

### **QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL HHS**

El HHS brinda ayuda económica federal para muchos programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar, lo que incluye los programas como TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a los que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en nombre de otra persona con respecto a un programa que recibe ayuda económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de Quejas de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo a la siguiente dirección: 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; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar quejas, en lugar de enviarlas por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. En el caso de las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma sin cargo para presentar una queja.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otras quejas por discriminación ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en la siguiente dirección: Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, o llamando al (877) 423-4746. En el caso de las quejas en las que se alega discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa para Personas con Dominio Limitado del Inglés y con Discapacidad Sensorial en la siguiente dirección: Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, o llamando al (877) 423-4746.

**No envíe solicitudes al USDA o al HHS**