



权利与责任

欢迎光临乔治亚州家庭与儿童服务部!

如果您在阅读或填写本文档中需要帮助, 或需要与我们沟通, 请咨询我们或致电(877)423-4746。我们提供的服务(包括口译员)全部免费。如果您是聋哑人士、听力障碍人士、聋盲人士或表达有困难, 您可以拨打711(乔治亚中继)通过以上电话号码与我们联系。

社区外展服务

欲了解更多公众服务部(DHS)提供的其他服务信息, 请访问 <http://dfcs.georgia.gov> 或拨打(877) 423-4746。

提供这些信息是为了帮助您了解您在领取食品援助、现金援助和医疗援助时享有的权利和担负的责任。请仔细阅读所申请项目的《权利与责任书》, 并在签名页面签名。如果您代表他人申请, 该权利和责任也适用于被代表人。

乔治亚州公众服务部("DHS")会在您申请福利时收集个人信息(PII), 包括姓名、地址、电话号码、电子邮箱地址和出生日期等。向我方提交任何个人信息, 即表示您同意我们可根据公众服务部的政策、程序以及法律和/或法规允许或要求收集、使用和披露任何此类个人信息。

我能享有粮食券(SNAP)、贫困家庭临时救助(TANF)和医疗补助计划(Medicaid)的哪些权利?

在所有申请项目中, 您享有如下权利:

- 如果您使用英语时有阅读、写作、口语表达或理解困难, 可请求他人帮助填写该类表格, 并享受免费语言帮助服务(口译员、材料翻译或直接语言服务)
- 如果您或您的家人身患残疾, 可请求辅助设备和服务, 并申请对条款进行合理修改。
- 以书面形式或当面提出公平听证要求。您有权委托家庭成员、法律顾问、亲属、朋友或其他发言人作为您的代表。
如果您对我们处理您申请的方式不满意, 可以联系您申请福利所在县办事处, 拨打(877)423-4746, 或通过 www.gateway.ga.gov 网站上传书面请求。
- 审核您申请档案中的一些材料和信息。但是, 您可能无法看到申请档案中的所有信息, 例如向我们提供您或您的家庭成员信息者的姓名, 或涉及您或您的家庭成员的任何刑事诉讼信息。
- 决定是否要提供社会I 保险号码(SSN)、公民身份或移民身份信息。申请获得公共援助资格的个人必须是美国公民、美国国民或符合条件的移民。依据 2008 年 7 月出台的《食品与营养法案》 U.S.C. § 2011-2036, 7.C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, and 42 C.F.R. § 435.920, 家庭及儿童服务部(DFCS)有权要求提供您和您家庭成员的社会保险号码。

如果我们无法通过电子数据来源进行验证, 申请公共援助的个人必须提供或申请社会保险号码和/或验证他们的公民身份或移民身份。根据其法律地位, 有些移民符合条件, 有些则不符合条件。医疗补助计划申请根据移民身份不同区别对待。一些移民可能有资格获得全额医疗补助计划福利或紧急医疗援助(EMA)福利。如果您或您家中任何成员没有社会保险号码, 我们可以帮助申请一个。

申请社会保险号码不会延误您的福利申请决定。如果您单纯申请紧急医疗服务, 则不需要提供您的社会保险号码或您的移民身份信息。紧急医疗援助(EMA)包括分娩援助, 可提供给已怀孕的不合格和无证件移民。



权利与责任

没有申请公共援助以及没有提供社会保险号码、公民身份或移民身份的个人，可能会被认定为非申请人。非申请人不需要提供社会保险号码、公民身份或移民身份，但需要提供可能影响其他家庭成员申请人资格的其它信息，如收入或资源。

非申请人没有资格享受各项福利。

只有那些向我们提供社会保险号码、公民身份或移民身份信息的申请人才有资格获得福利。我们将使用这些信息来审核收入和资格认证系统(IEVS)。我们还会将您的信息与其它联邦、州和地方机构进行对比，以核实您的收入和资格、工资信息和工作活动。这些信息也可能被提供给执法人员，用以抓捕在逃人员。如果您的家庭享有粮食券(SNAP)福利，该申请信息包括社会保险号码，可能会被提供给联邦和州机构或私人福利认领机构，用于收集认领信息。

我们不会与美国公民与移民服务局(USCIS)共享您的信息；但是，如果在您的申请中已经提交了移民身份信息，该信息可能需要通过美国公民与移民服务局核实，并可能影响您的家庭资格和福利水平。

我们不会因为其他家庭成员未能提供社会保险号码、公民身份或移民身份而剥夺申请福利的家庭成员资格。**申请或领取粮食券(SNAP)福利并不会使非公民成为公众的负担。**

如果满足所有资格标准，**接受附加保障收入(SSI)、TANF 现金援助、制度化长期护理医疗补助或州一般援助可能会使非公民成为公众负担。**但是，获得这些福利并不使成为公众负担的个人身份自动转变为合法永久居民身份。“公众负担”是指您很可能“主要依赖”政府来维持生活的处境，具体表现为要么依赖公众现金援助或由政府支付的长期帮扶项目维持收入。”

如果您被认为是公众负担，您即不会被驱逐出境，也不会因为申请或接受了公共援助而被剥夺永久居民身份。

- **决定您是否想要提供有关种族和民族的信息。**我们收集有关种族和民族的数据，以确保我们遵照了联邦民权法。通过提供该类信息，您将帮助我们以非歧视的方式管理我们的项目。您的家庭无需向我们提供这类信息，提供与否也不会影响您的资格或福利水平。

我在粮食券、TANF 和 Medicaid 中担负哪些责任？

在所有这类项目中，您的责任有：

- 向您的社工提供正确信息，并提供获得福利所需的报告证明。在这份表格上签名，即表明您允许您的社工从您的雇主、银行、邻居或其他人处获取信息，以确保您获得合适的福利金额。
- 任何时候都要说真话。如果您或您的申请代理人提供了虚假信息，您可能会失去您的福利，或因故意提供虚假信息而受到刑事起诉。
- 提供证明，证明您或您正在申请福利的家庭成员是美国公民、美国国民或合格移民。**注意：**如果社工无法通过电子数据来源核实您的公民身份或移民身份，他们会给您一个解决清单。对于医疗补助计划，如果您不是美国公民、美国国民或合格移民，您可能没有资格获得紧急保险，没有资格的个人将不需要提供身份证明。
- 报告您的某些家庭变故。每个项目都有不同的报告要求。查看每个项目的职责部分，了解申请时需要报告的内容。

我在粮食券(SNAP)计划中还需担负哪些其它责任？



权利与责任

在粮食券(SNAP)计划中，您还需要担负以下责任：

- 当质量控制审查员拨打电话或亲自家访，就您提供给申请专项经理的信息与您面谈时，请配合他们的工作。如果您不配合，您的申请可能会被否决或撤销。
- 偿还您本不该得到的福利。
- 当您的家庭每月总收入超过按住户人数计算的联邦贫困线标准（Federal Poverty Level）的 130% 时，请提交报告。如果您是没有任何子女的在职成年人，当您的工作时间低于每周 20 小时或每月 80 小时，必须报告。您必须在上述收入增加或变更发生的当月月底起十日之内报告相关变更。您可能会收到一份《简化报告要求通知》（Notice of Simplified Reporting Requirements），该通知含有这一要求的详细解释。
- 当您的家人中了大额博彩金时必须报告。这属于单次赢得的现金奖励。如果您本人或某位家庭成员获得博彩金，且总金额大于或等于 4250 美金(税前或扣留了其他杂项)，您必须在该家庭成员获得奖金的当月底起十日之内申报。

领取粮食券的家庭**不能**用福利金购买啤酒、葡萄酒、烈酒、香烟、烟草、宠物食品、肥皂、纸制品和家庭用品等非食品类物品。

领取粮食券福利的家庭**也不**允许使用他们的福利积分兑换食品。

领取粮食券的家庭**不得**提供虚假信息或隐瞒信息，以获得本不应获得的福利。

领取粮食券福利的家庭**不能**使用不属于他们的粮食券或 EBT 卡，也不应该借给他人使用。

领取粮食券福利的家庭**不能**交易或出售粮食券或 EBT 卡，以换取枪支、弹药或受管制物质(非法毒品)等非法物品。

我在粮食券项目中有哪些申报家庭开支的权利和责任？

在粮食券项目中，某些家庭开支，如住房费用、医药费、抚养费用和家庭以外支付的子女抚养费用，可能会影响您获得的福利金额。

如果您有取暖或制冷费用，您可能有资格获得标准效用津贴（standard utility allowance）。

如果您只有一项公共服务开支，而该开支并非取暖费或冷气费，您可能有资格获得实际开支优惠。

如果您只有电话费，没有取暖或制冷开支，您可能有资格获得标准效用津贴。如果您希望我们考虑减免这些费用，您有责任报告和核实相关信息。如果您未能报告或核实实际的公共服务费用，我们则无法根据该类信息确定您的应享福利金额。



权利与责任

粮食券(SNAP)项目的惩罚措施有哪些？

粮食券(SNAP)项目的具体惩罚措施参见下表。

故意违反计划	
如果您本人或任一家庭成员..... <ul style="list-style-type: none"> 隐瞒信息或说谎; 使用他人的 EBT 卡; 使用粮食券购买酒精或烟草, 交易或出售粮食券福利或 EBT 卡 	您将失去以下资格 <ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 12 个月福利, 再次违反将暂停 24 个月福利, 第三次违反将永久失去福利资格。
<ul style="list-style-type: none"> 曾在涉嫌售卖受管制物质的交易中使用或收受粮食券福利 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 24个月福利及 再次违反将永久失去福利资格。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1996 年 8 月 22 日以后在涉嫌买卖枪炮、弹药或炸药的交易中使用或收受粮食券福利 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将永久失去福利资格。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1996 年 8 月 22 日以后曾因非法交易得利 500 美元或以上而被定罪 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将永久失去福利资格。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1996 年 8 月 22 日以后, 因持有、使用或传播受管制物质(毒品)而被判重罪 	<ul style="list-style-type: none"> 直到您符合缓刑或假释的条款。 直到您完成缓刑或假释的所有服刑规定。
<ul style="list-style-type: none"> 在 2014 年 2 月 7 日之后, 作为已成年人曾因严重性虐待、谋杀、性剥削和其他虐待儿童行为被判有重罪; 犯有违反联邦或州法律的性侵犯罪行; 或根据州法律被州检察长认定犯有与此类罪行大体相似的罪行 	<ul style="list-style-type: none"> 直到您符合缓刑或假释的条款。 直到您完成缓刑或假释的所有服刑规定。
<ul style="list-style-type: none"> 为逃避重罪起诉、拘留或监禁而逃跑 	<ul style="list-style-type: none"> 直到您结束逃亡。
<ul style="list-style-type: none"> 违反了适用缓刑或假释的条件 	<ul style="list-style-type: none"> 直到您不再违反缓刑或假释的规定。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1996 年 8 月 22 日之后, 提供有关您住址或身份的虚假资料, 以在多个地区同时享受多项粮食券福利 	<ul style="list-style-type: none"> 10 年。



权利与责任

我在 TANF 项目中还享有哪些权利？

在贫困家庭临时救助项目中，您享有如下权利：

- 如果您是家庭暴力、性骚扰、性侵犯或非法跟踪的受害者，可以豁免某些规则。您的个案经理会告知您具体的豁免规则。

我在 TANF 项目中还担负哪些责任？

在贫困家庭临时救助项目中，您的责任有：

- 配合欺诈预防或调查服务办公室的州和联邦工作人员进行特殊案件审查。如果您不配合，您的申请可能会被否决或撤销。
- 偿还您本不该得到的福利。
- 如果您是领取贫困家庭临时救助福利的父母或成年人，除非获得豁免，否则需参加工作活动。我们将与您一起寻求最佳的工作活动，帮助您实现自给自足。如果您不配合，我们可能在不提供充分理由的前提下减少或终止您的贫困家庭临时救助福利。
- 报告您本人或您的贫困家庭临时救助福利受惠人已经收到或正等待收到一笔福利金。您的贫困家庭临时救助福利可能会中止一个月或几个月，而您的家人可能不得不依靠一次性支付的一笔福利金周转数月。
- 如果您享受贫困家庭临时救助福利，请配合儿童抚养服务部（Division of Child Support Services）。您必须帮助儿童抚养服务部确定谁是您子女的父亲，并帮助他们获得抚养子女的法院指令。如果您不配合，而且没有提供充分的理由，您的贫困家庭临时救助福利可能会中止。
- 如果您想获得子女抚养费而非贫困家庭临时救助福利，请通知您的个案经理。您一旦获得贫困家庭临时救助福利，您可能会失去部分子女抚养费。您可能只收到其中的一部分费用，即“缺口”费（“gap payment”）。州政府会扣留剩余的子女抚养费用于支付您的贫困家庭临时救助福利金。
- 在得知您本人和其他符合申请条件的家庭成员的某些家庭情况变故后的十日内提交报告。如果您或您的任何家庭成员属于以下情况，请告知我们：
 - 开始或停止接收任何非劳动所得收入
 - 更换工作、获得新工作、辞职或被解雇
 - 搬入或搬出您的住宅
 - 生了孩子或者有其他变更
 - 某个子女已辍学
 - 有子女连续 45 天或更长时间不在家
 - 全家搬迁到另一个县或州，或者，
 - 有人去世



权利与责任

TANF 项目有哪些处罚措施？

在贫困家庭临时救助计划中，处罚如下：

如果您.....	您将失去贫困家庭临时救助福利.....
<ul style="list-style-type: none"> 隐瞒信息，不及时报告变更或说谎 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 6 个月福利； 再次违反将暂发 12 个月福利； 第三次违反将永久失去福利。
<ul style="list-style-type: none"> 隐瞒信息，不及时报告变更或说谎以及被法庭宣判有罪 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 6 个月福利； 再次违反将暂发 12 个月福利； 第三次违反将永久失去福利。
<ul style="list-style-type: none"> 提供虚假居住地信息，以在多个州同时获得福利，并在 1997 年 1 月 1 日及之后被宣判有罪 	<ul style="list-style-type: none"> 10年。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1998 年 7 月 1 日及之后触犯过其它类亲密伴侣暴力 (IPVs) 罪行 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 6 个月福利； 再次违反将暂发 12 个月福利； 第三次违反将永久失去福利。
<ul style="list-style-type: none"> 使用现金援助资金期间犯有个人亲密伴侣暴力罪行或在 2012 年 6 月 1 日及之后，在禁止使用场所使用贫困家庭临时救助电子福利转账 (EBT) 交易 	<ul style="list-style-type: none"> 初次违反将暂发 6 个月福利； 再次违反将暂发 12 个月福利； 第三次违反将永久失去福利。
<ul style="list-style-type: none"> 在 1997 年 1 月 1 日及之后被判处犯有严重的暴力重罪或犯有持有、使用或传播受管制物质有关的重罪 	<ul style="list-style-type: none"> 永久
<ul style="list-style-type: none"> 为逃避重罪起诉、拘留或监禁而逃跑 	<ul style="list-style-type: none"> 将受到惩罚直到不再逃避起诉，拘留或监禁
<ul style="list-style-type: none"> 违反了适用缓刑或假释的条件 	<ul style="list-style-type: none"> 将受到处罚，直到不再违反缓刑/假释的规定



权利与责任

我在 Medicaid 项目中还享有哪些权利？

在医疗补助计划项目中，您享有如下权利：

- 即使您享有其他健康保险，可同时享受医疗补助计划。
- 选择您的医疗补助计划医生或提供商。
经常咨询您的医生是否能够接受医疗补助计划为其服务付款。
- 自申请之日算起的 10 日内、45 日内或 60 日内收到批准或否绝，取决于具体补助类型。
- 如果您有充分的理由(例如家庭暴力)，则可以免于提供有关您非同住家长的信息或寻求非同住家长提供的医疗支持。如果您有充分的理由，可以和您的个案经理详谈。

我在 Medicaid 项目中还需担负哪些责任？

在医疗补助计划项目中，您的责任有：

- 告知您的社工您本人或您子女是否享受其他健康保险。如果健康保险变更或终止，您必须在 10 天内告知您的社工。健康保险信息将被交到社区卫生部门。在大多数情况下，您的其它健康保险必须优先用于支付您的医疗费用。您必须告诉您的医生或其他医疗服务提供商您购买了其它保险，以便他们从医疗补助计划扣款之前优先向其他医疗保险提供商收费。
- 如果您符合以下条件，请与医疗补助财产追加计划（Medicaid Estate Recovery Program）合作：
 - 居住在养老院
 - 居住在为智障人士设立的中级护理机构中的智障者
 - 居住在由医疗补助计划支付医疗费用的其它医疗机构
- 如果您已满或超过 55 周岁，请与医疗补助财产追加计划合作：
 - 接受家庭和社区服务。
 - 通过豁免计划注册并接受服务。
- 本人同意将医疗支持服务和通过任何第三方支付医疗费用（医院和医疗福利）的所有权利转让给州政府。本人同意与州政府合作，识别并提供信息，以协助州政府追查可能有责任支付护理和服务费用的任何第三方。本人明白本人必须在收到任何医疗费用十日内报告。（如果您代表他人填写此表格并且无权代表该人进行转让，则该人将需自行完成上述权利的转让，才有资格申请医疗补助计划）。
- 报告您本人和您的医疗补助福利受惠人的变更情况。请报告以下情况：
 - 如果您本人或其他家庭成员搬迁
 - 如果您本人或其他家庭成员更换工作、得到新工作、辞职或被解雇。
 - 如果您本人或其他家庭成员的收入或资源发生变更
 - 如果您的某个家庭成员搬入或搬出您的住宅
 - 如果您本人或某一家庭成员从任何渠道继承或接收了任何资金或财产
 - 如果您的家庭成员去世或结婚
 - 其他任何变更



权利与责任

- 您的妊娠结束后，请告知您的个案经理。产下婴儿、流产或人流。您必须在妊娠结束十日内报告。
- 本人同意州政府有权要求不同住家长提供医疗保险（如果可能的话）。本人明白如果有可能，本人必须从不同住家长那里获得医疗支持，本人必须与儿童抚养服务部门合作，以获得这类支持。如果本人不配合，除非提供正当理由，否则本人明白本人可能会失去本人的医疗补助福利，只有本人的子女才能享有该福利。
- 当您的医疗补助计划资格质量控制员拨打电话或亲自家访，就您提供给个案经理的信息与您面谈时，请配合他们的工作。

欺诈或滥用职权属于违法行为。可能有人会为您推荐医疗补助计划和 PeachCare for Kids® 项目诚信单位（PeachCare for Kids® Program Integrity Unit）。违规者可能会被限制使用某家医疗服务，失去申请资格，或被要求偿还社区卫生部提供的医疗服务费用。

欺诈是一种故意而为的不诚实行为。滥用是一种不遵循良好规范的行为。

参与欺诈和滥用的示例包括：

- 将您的医疗补助计划卡、PeachCare for Kids®卡或 CMO 健康保险卡借给他人。
- 以滥用或贩卖毒品为目的索取处方
- 利用伪造文件骗取服务
- 误用或滥用医疗补助计划或 PeachCare for Kids® 提供的设备
- 提供虚假信息或允许其他人这样做，以获得医疗补助计划福利或 PeachCare for Kids® 资格
- 未报告收入、生活安排或资源变更。

欲报告医疗补助计划福利享受者或提供者的可疑欺诈行为，请拨打乔治亚州社区卫生局监察长办公室热线：(本地)(404)463-7590 或(免费电话)(800)533-0686；发送电子邮件至 oiganonymous@dch.ga.gov；或邮寄至社区卫生局监察长办公室PI区，2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303；或访问 <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>。



权利与责任

签名页

本人已经收到 297A 表格、福利权利责任书副本。

本人保证，本人所提供的所有信息和本人口述的一切完全真实，如说谎，愿意接受伪证罪惩罚。

签名

日期

授权代表 / 作证人 / 负责人

日期



权利与责任

乔治亚州公众服务部家庭和儿童服务部 (Georgia Department of Human Services Division of Family and Children Services) 关于拒绝配合儿童抚养服务和第三方责任要求的合作要求和主张正当理由权利的通知

儿童抚养服务福利

您在子女抚养服务过程中提供的帮助可能对您和您的子女都有价值，因为可能会导致：

- 找到不同住家长。
- 在法律上确定您子女的父亲身份。
- 收到的子女抚养费可能超过您接受的贫困家庭临时救助 (TANF)金。
- 获得不同住家长提供的私人健康保险。
- 获得未来社会保障、退伍军人或其他政府福利的权利。

与家庭及儿童服务部 (DFCS) 和儿童抚养服务部 (DCSS) 合作

按照法律规定，您需协助家庭及儿童服务部 (DFCS) 和儿童抚养服务部 (DCSS) 以获得您和需要贫困家庭临时救助的子女应获得的支持，除非您有充分的理由不予以提供帮助。

在协助家庭及儿童服务部或儿童抚养服务部时，您必须完成以下一项或多项要求：

- 说出您代为申请 TANF 或 Medicaid 的子女非同住家长姓名。
- 提供信息以帮助寻找非同住家长。
- 如果您的子女是非婚生子女，帮助确认其合法父亲身份。
- 如果被您认定为生父的人否认父子/女关系，同意进行血液测试。
- 帮助州政府追加拖欠您和/或接受贫困家庭临时救助的子女款项。
- 提供非同住家长为您的子女办理的医疗保险信息。

您必须前往家庭及儿童服务部办公室、儿童抚养服务部或法院签署文件或提供所需信息。

正当理由

您可能有正当理由不愿意帮助儿童抚养服务部为您的子女获得儿童抚养费或医疗保险。如果您认为这类帮助不符合子女的最佳利益，并且能加以证实，您可能无需提供帮助。如果您打算提出正当理由，您必须告知您的社工。您可随时提供理由。

如果您不提供帮忙，也无正当理由

- 您和您的子女都没有资格获得贫困家庭临时救助。
- 您的子女可能仍然有资格享受医疗补助计划。

正当理由原因

您可以根据下列任何理由提出正当理由：

- 您的帮助可能会对您或您的子女造成严重的身体或精神伤害。
- 子女是强奸或乱伦所生。
- 法院正在处理收养子女的诉讼程序。
- 一家机构正在帮助您决定是否将子女送人收养。

为证实理由正当，您必须

- 向家庭及儿童服务部提供所需信息，用以审核您是否有充分的理由不予以提供帮助。如果您害怕造成身体伤害却无法加以证明，家庭及儿童服务部可能仍然能够做出正当理由裁定。
- 提出正当理由二十日由需向家庭及儿童服务部提供证据。家庭及儿童服务部只有在您取证困难时才会放宽期限。

根据您提供的信息，家庭及儿童服务部可能会批准您的不提供帮助请求。或者家庭及儿童服务部会要求您提供更多信息。家庭及儿童服务部不会在不告知您的情况下联系子女的非同住家长。

注意：如果您正在申请贫困家庭临时救助，直到您向家庭及儿童服务部提供正当理由证据或家庭及儿童服务部需要调查您的理由时，您才会得到批准。



权利与责任

正当理由证据示例

- 出生证明、医疗或法律实施记录，表明子女是强奸或乱伦所生
- 证明收养程序已经启动的法院或其他法律文件
- 法庭、医疗、刑事、儿童保护服务、社会服务、心理或执法记录表明，非同住家长可能伤害您或子女
- 精神健康专业人士的病历卡或书面声明显示您和/或子女过去和当前的情绪健康
- 一份来自公共或私人机构的书面声明，表明您正在接受帮助，以决定是否将子女送人领养
- 来自朋友、邻居、牧师、社会工作者或医疗专业人士的宣誓证词，他们认可您拥有正当理由。

如果您需要任何文件帮助，请咨询相关工作人员。

儿童抚养规定

如果您接受了贫困家庭临时救助，法律将认定您授予佐治亚州您必须获得子女抚养费的所有权利。一旦法院裁定成立，非同住家长将被要求通过儿童抚养服务部支付子女抚养费。法院指令确认后，您直接从非同住家长处收到的任何款项都必须上报。您还必须帮助确定您子女的父亲身份，并配合儿童抚养服务部起草一份儿童抚养决议。如果您不配合，而且无正当理由，您可能没有资格获得贫困家庭临时救助。

如果您正在享受贫困家庭临时救助福利，而非同住家长通过儿童抚养服务部(dccs)支付了儿童抚养费，您可能不会收到全额的儿童抚养费。相反，您可能会收到一笔“缺口”付款。所有由非同住家长支付的儿童抚养费如超过“缺口”金额，则由儿童抚养服务部代为保留，并用于偿付您已经收到的贫困家庭临时救助金。**您的 TANF 个案经理可以向您解释缺口金预算和支付程序。**

如果您的贫困家庭临时救助申请已经结束，子女的抚养费将发放给您，但金额不超过当前由非同住父亲支付的抚养金。任何超出当前义务的子女抚养费将由州政府保留，以偿付您过去应收到的贫困家庭临时救助金。偿还过去应收到的贫困家庭临时救助金后，您将收到由儿童非同住父亲支付的全额子女抚养费。

如果您的贫困家庭临时救助申请已经结束，随后又重新开始申请，任何逾期支付您的子女抚养费被分配给州政府，金额不超过您曾经领取的所有贫困家庭临时救助金。当偿还未偿还的政府援助(UPA)启动时，您将开始收到逾期支付您的所有款项。

如果您领取了无权获得的子女抚养费，您可能必须将其退还州政府。州政府会通知您他们多支付的款项以及退还时间。儿童抚养服务部可能会审核家庭及儿童服务部对您的正当理由裁定。如果您要求就裁定举行听证会，儿童抚养服务部可能会参加听证会。

如果您有正当理由不予以帮忙，儿童抚养服务部将不会试图证实父亲的身份，也不会收取子女抚养费。

本人已经阅读了这份关于本人有权提出正当理由，不帮助证实父亲身份或向不同住家长收取子女抚养费的通知。



权利与责任

家庭暴力有可能发生在任何人身上。

- ❖ 家庭暴力会在所有社会和经济层面发生，不因工作状况或受教育程度、种族或民族背景、宗教、婚姻状况、体能、年龄或性取向而有所不同。
- ❖ 乔治亚州执法机构每年会收到五万多起家庭暴力报告。
- ❖ 超过 50% 的女性在一生中的某个时期曾遭受过亲密伴侣的殴打。
- ❖ 在美国，每九秒钟就有一名妇女遭受身体虐待，估计每年有 2—4 百万妇女遭受虐待。
- ❖ 在美国，遭受殴打是女性受伤的主要原因，超过强奸、行凶抢劫和车祸受伤的总和。
- ❖ 在全国范围内，家庭暴力导致 50% 的无家可归妇女和儿童流落街头。
- ❖ 15%—25% 的孕妇遭受过殴打。
- ❖ 美国联邦调查局估计，被报告的家庭暴力事件只占 10%。
- ❖ 在美国，每天都有四名女性被她们的亲密伴侣谋杀。

更多信息

公众服务部支持的家庭暴力庇护所和项目为民众提供免费、保密服务。

全天 24 小时服务热线：(800) 334-2836

拨打该免费电话，与当地家庭暴力庇护所工作人员交谈。您可以在本州任何地方拨打该电话，为您本人和子女寻找安全居所，并从其他资源处获得帮助。

什么是家庭暴力、性骚扰、性侵犯或非法跟踪？

- ❖ **家庭暴力**可能包括被配偶、男朋友、伴侣或“前任”击打、踢打、殴打、强奸、掐脖、威胁、控制，或阻止您得到生活必需物品(如食物、药品或住所)。
- ❖ **性骚扰**是基于性的一种敌对、恐吓或压迫性行为，营造出一种冒犯他人的工作环境。
- ❖ **性侵犯**是联邦、部落或州法律所列为非法的非自愿性行为，包括在受害者缺乏同意能力的情况下进行。
- ❖ **非法跟踪**是指故意且多次跟踪或骚扰他人的行为，并且该行为会对正常人产生对受伤或死亡的恐惧，特别是由于明示或暗示的威胁。

您当地的家庭和儿童服务部希望帮助您和您的子女获得安全。

如果上述事情发生在您身上，可以和您的个案社工交谈。

- 您的配偶、伴侣、男友或“前任”殴打或拍击过您吗？
- 该人曾威胁要伤害您吗？
- 该人曾威胁过要带走您的孩子吗？
- 该人侮辱过您或有嫉妒表现吗？
- 您有没有觉得该人在控制您的生活，使您远离家人和朋友，或者阻止您上班或上学？
- 该人是否随时关注您的行为、您去了哪里、您和谁通过电话？
- 该人会破坏您拥有或喜欢的东西吗？
- 您是否害怕他？
- 您回家是否不安全？

如果您对上述所有问题的回答是肯定的，那么可能是时候考虑您和您子女的安全问题了。

家庭暴力和贫困家庭临时救助

- 部分“贫困家庭临时救助”的规定可能不适用于您的情况。
- 您的伴侣出现暴力倾向时，您可随时告知儿童抚养服务部个案社工。
- 儿童抚养服务部将介绍专人与您探讨您的处境。
- 儿童抚养服务部将为您提供帮助，为您和您的子女提供安全住所，提供医疗和心理健康护理，提供成瘾治疗，并为犯罪和家庭暴力受害者提供特别帮助。
- 儿童抚养服务部不会在您不知情的情况下将信息透露给任何服务部以外的第三方。
- 如您的处境不再危险时，请告知儿童抚养服务部。



权利与责任

美国残疾人法案/第 504 条权利公告

为残疾人士提供帮助

根据联邦法律，佐治亚州公众服务部和佐治亚州社区卫生局（以下称“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，使他们有机会并有资格参加这些部门提供的项目、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和医疗援助等计划。

为避免对残疾造成歧视，必要时，部门会进行合理修改。例如，我们可能会变更政策、实践方式或程序以提供平等机会。为确保同样有效的沟通，我们为残疾人士或他们的残疾同伴提供沟通帮助，例如提供手语译员。我们的帮助是免费的。如部门作出的任何修改会导致服务、项目或活动的性质发生根本改变，或造成不必要的财政和行政负担，则不提倡。

如何提出合理的修改要求或沟通帮助

如果您身患残疾，需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，请与您的社工联系。例如，如果您需要帮助或服务以进行有效沟通，比如需要手语译员，请拨打电话联系。您可以联系您的社工或致电儿童抚养服务部(877) 423-4746 或社区卫生部门的 Katie Beckett(KB)团队(678)248-7449 提出您的要求。您还可以填写儿童抚养服务部权利公告合理修改申请表格,该表格可从您当地的儿童抚养服务部索要或在线填写<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>或者向 KB 团队索要社区卫生部门权利公告合理修改申请表格或在线填写<https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, 此情况下您无需再使用表单。

如何投诉

如果部门因您身患残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理的修改要求或手语口译员帮助，但在合理的时间内被拒绝或没有采取行动，您可以提出歧视投诉。您可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部办公室或儿童抚养服务部民权、美国残疾人法案/第504条权利公告协调员提出口头或书面投诉，地址：2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 电话：(877) 423-4746。社区卫生部门，请通过以下地址联系 KB 团队美国残疾人法案/第504条权利公告协调员：2211 Beaver Ruin Road, Ste.150, Norcross, GA 30071, or PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449。社区卫生部门电子邮箱：dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的个案社工索要一份美国残疾人法案/第504条权利公告儿童抚养服务部民事权利投诉表。投诉表格可通过以下网站获得<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您在投诉歧视事件时需要帮助，您可以联系上述儿童抚养服务部的工作人员。耳聋、听力困难或有语言障碍的个人可以拨打 711 热线，请求接线员帮助我们联系。社区卫生部门人权投诉处电子邮箱：dch.civilrights@dch.ga.gov。社区卫生部门人权投诉流程及投诉表格链接 <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向合适的联邦机构提出歧视投诉。美国农业部(USDA)和美国卫生与公众服务部(HHS)的联系信息包含在《不歧视声明》中。

**1973 年《康复法案》第 504 条;1990 年《美国残疾人法案》;2008 年《美国残疾人法案修正案》确保残疾人不受非法歧视。*

根据社区卫生部(DCH)政策，医疗援助项目不能因种族、年龄、性别、残疾状况、国籍或宗教信仰而否绝您的资格或福利。



权利与责任

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请

非歧视原则声明

根据联邦民权法和美国农业部 (USDA) 民权法规和政策规定, 美国农业部、其所属机构、办公室和雇员, 以及参与或管理美国农业部计划的机构不得因种族、肤色、国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾状况、年龄、政治信仰产生歧视, 或对曾参加过美国农业部开展或资助的任何计划或活动中的民权活动人士进行打击报复。根据联邦民权法和 HHS 法规, 从美国卫生与公众服务部 (HHS) 获得联邦财政援助的计划, 例如贫困家庭临时援助 (TANF) 以及 HHS 直接运营的计划也被禁止歧视。

残疾人士如需要其他替代交流方式获取项目信息(如盲文、大字印刷、录音带、美国手语), 应与申请福利的机构(州或地方)联系。耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过联邦中继服务热线(800)877-8339 与美国农业部取得联系。此外, 项目信息可能会以英语以外的语言提供。

涉及美国农业部项目的民权投诉

美国农业部为许多粮食安全和减少饥饿项目提供联邦财政援助, 如营养补充援助计划(SNAP)、印第安保护区粮食分配计划(FDPIR)等。若要提交有关项目歧视的投诉, 请通过以下链接填写项目歧视投诉表格(AD-3027)

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, 或写信给美国农业部, 并在信中附上表格中要求提交的所有信息。如欲索取投诉表格副本, 请致电(866) 632-9992。将填写好的表格或信件通过以下链接提交给美国农业部:

1. **邮寄地址:** 美国农业部食品和营养服务署
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 或
2. **传真:** 833) 256-1665 或者(202) 690-7442; 或
3. **电话:** (833) 620-1071; 或
4. **电子邮箱:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

欲了解 SNAP 问题的任何其他信息, 请联系美国农业部美国营养补充援助计划, 热线: (800) 221-5689 (同时提供西班牙语服务), 或拨打[州信息/热线电话号码](#)(单击此链接可查看不同州的热线电话表单); 在线索取: [SNAP 热线](#)。

涉及卫生和公众服务部项目的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的项目提供联邦财政援助, 包括贫困家庭临时救助、启智计划、低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP) 等。如果您认为在卫生与公众服务部直接运营或提供联邦财政援助的项目或活动中, 您因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别(包括怀孕、性取向和性别认同)或宗教信仰而遭受歧视, 您可以代表自己或他人向民权办公室(OCR)提出投诉。

要为自己或他人就通过卫生与公众服务部接受联邦财政援助的项目提出歧视投诉, 请通过民权办公室的投诉门户网站在线填写表格 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>。您也可以通过邮寄方式联系民权办公室: 美国卫生与公众服务部集中安全管理运营处 (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; 传真:(202) 619-3818; 或电子邮箱: OCRmail@hhs.gov。为了更快地处理投诉, 我们建议您通过民权办公室的门户网站而不是通过邮寄提交投诉。需要协助的民事权利投诉者可以给民权办公室发送电子邮件 OCRMail@hhs.gov 或拨打民权办公室免费热线: 1-800-368-1019, 文本电话: 1-800-537-7697。如有耳聋、听觉困难或表达困难, 请致电 7-1-1 使用电讯转接服务。我们还免费提供其他替代投诉格式(例如盲文及大字印刷)、辅助工具及语言协助服务。

该机构提供平等机会。

在美国公众服务部(DHS)的协助下, 您还可以联系您的个案社工、您当地的儿童抚养服务部办公室或儿童抚养服务部民权处、美国残疾人法案/第504条权利公告协调员提出口头或书面投诉, 地址: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746。有关因英语能力有限而受到歧视的投诉, 请联系公众服务部下设的有限英语能力和感觉障碍项目 (Limited English Proficiency and Sensory Impairment Program), 地址: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, or call (877) 423-4746。

请勿向美国农业部或美国卫生与公众服务部发送申请