حقوق و مسئولیت ها

به بخش خدمات خانواده و کودکان در Georgia خوش آمدید!

اگر برای خواندن یا تکمیل این سند به کمک نیاز دارید یا برای برقراری ارتباط با ما به کمک نیاز دارید، از ما بخواهید یا با شماره 4746-423 (877) تماس بگیرید. خدمات ما، به شمول مترجمان شفاهی، رایگان هستند. اگر ناشنوا، کم‌شنوا، هم ناشنوا و هم نابینا هستید یا در صحبت کردن مشکل دارید، می‌توانید با شماره‌گیری 711 (رله Georgia) با ما به شماره بالا تماس بگیرید.

خدمات ارتباط با جامعه

برای اطلاعات بیشتر در مورد سایر خدمات DHS، لطفاً از وبسایت ما به آدرس http://dfcs.georgia.gov دیدن کنید یا به شماره 4746-423 (877).تماس بگیرید.

ما این اطلاعات را به شما می‌دهیم تا به شما در درک حقوق و مسئولیت‌های خود در هنگام دریافت کمک برای کمک‌های غذایی، کمک نقدی و کمک های پزشکی، کمک کنیم. لطفاً حقوق و مسئولیت‌های برنامه‌هایی را که در آن درخواست می‌کنید بخوانید و صفحه امضا را امضا کنید. اگر برای شخص دیگری درخواست می‌دهید، این حقوق و مسئولیت‌ها برای آن شخص نیز اعمال می‌شود.

اداره خدمات بشری گرجستان ("DHS") اطلاعات شناسایی شخصی (PII) مانند نام، آدرس، شماره تلفن، آدرس ایمیل، و تاریخ تولد و غیره را در طول درخواست شما برای مزایا جمع آوری می کند. با ارسال هرگونه اطلاعات شخصی به ما، موافقت می‌کنید که ما می‌توانیم چنین اطلاعات شخصی را مطابق با خط مشی‌ها، طرزالعمل های DHS و طبق قانون و/یا مقررات مجاز یا مورد نیاز جمع‌آوری، استفاده و افشا کنیم.

حقوق من در SNAP، TANF و کمک پزشکی چیست؟ برنامه ها؟

در همه برنامه ها، شما این حق را دارید که:

- اگر در خواندن، نوشتن، صحبت کردن یا درک زبان انگلیسی مشکل دارید، **برای پر کردن این فرم و خدمات کمک زبان رایگان** (مترجم، مطالب ترجمه شده، یا خدمات مستقیم به زبان انگلیسی) درخواست کمک کنید.
- اگر شما یا یکی از اعضای خانواده تان معلولیت دارید، **کمک ها و خدمات کمکی و تغییرات منطقی درخواست کنید.**
- **یک رسیدگی عادلانه به صورت کتبی یا به صورت حضوری درخواست کنید.** شما حق دارید توسط یکی از اعضای خانواده، مشاور حقوقی، یکی از اقوام، یک دوست یا سخنگوی دیگر نمایندگی شوید.
  گر از اقدامی که ما در مورد پرونده شما اتخاذ کرده‌ایم راضی نیستید، می‌توانید با تماس با دفتر شهرستانی که در آن برای دریافت مزایا درخواست داده‌اید، از طریق تماس با 4746-423 (877)، یا بارگذاری یک درخواست کتبی در www.gateway.ga.gov، درخواست رسیدگی دهید.
- **برخی از مطالب و اطلاعات موجود در پرونده خود را مرور کنید.** با این حال، ممکن است نتوانید همه اطلاعات موجود در پرونده را مشاهده کنید، مانند نام افرادی که اطلاعاتی درباره شما یا اعضای خانواده شما به ما داده اند یا اطلاعاتی در مورد هرگونه تعقیب کیفری مربوط به شما یا هر یک از اعضای خانواده شما.
- **تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید شماره تامین اجتماعی (SSN)، وضعیت شهروندی یا اطلاعاتمهاجرت خود را ارائه دهید یا خیر.** برای واجد شرایط بودن برای کمک‌های دولتی، افراد باید شهروند ایالات متحده، باشند. مهاجر ملی یا واجد شرایط. بر اساس قانون غذا و تغذیه سال 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 ، و 42 C.F.R. § 435.920، DFCS مجاز است از شما و اعضای خانواده شما SSN درخواست کند.

  افرادی که برای کمک‌های دولتی درخواست می‌کنند، اگر ما قادر به تأیید از طریق منابع داده الکترونیکی نباشیم، باید یک SSN ارائه یا درخواست دهند، و/یا وضعیت شهروندی یا مهاجرت خود را تأیید کنند. برخی از مهاجران واجد شرایط هستند و برخی دیگر بسته به وضعیت قانونی آنها واجد شرایط نیستند. برای Medicaid، بسته به وضعیت مهاجرت آنها، برخی از مهاجران ممکن است واجد شرایط دریافت مزایای کامل Medicaid یا مزایای کمک پزشکی اضطراری (EMA) باشند. اگر شما یا هرکسی در خانواده‌تان SSN ندارید، می‌توانیم به شما کمک کنیم برای آن درخواست دهید.

حقوق و مسئولیت ها

درخواست برای یک SSN تصمیم‌گیری در مورد درخواست شما برای مزایا را به تاخیر نمی‌اندازد. اگر فقط برای خدمات فوریت های پزشکی درخواست می کنید، مجبور نیستید SSN یا اطلاعاتی در مورد وضعیت مهاجرت خود ارائه دهید. EMA، از جمله وضع حمل و زایمان، برای مهاجران باردار غیر واجد شرایط و بدون مدرک در دسترس است.

فردی که برای کمک‌های دولتی درخواست نمی‌کند و یک SSN، تابعیت یا وضعیت مهاجرت ارائه نمی‌کند، ممکن است به عنوان غیر متقاضی تعیین شود. یک غیرمتقاضی ملزم به ارائه SSN، تابعیت یا وضعیت مهاجرت نیست، اما ملزم به ارائه اطلاعات دیگری مانند درآمد یا منابع است که ممکن است بر واجد شرایط بودن سایر اعضای خانواده متقاضی تأثیر بگذارد.

یک غیر متقاضی واجد شرایط دریافت مزایا نیست.

فقط افرادی که در مورد وضعیت SSN، شهروندی یا مهاجرت خود به ما اطلاعات می‌دهند، واجد شرایط دریافت مزایا خواهند بود. ما از این اطلاعات برای بررسی سیستم تأیید درآمد و واجد شرایط بودن (IEVS) استفاده خواهیم کرد. ما همچنین اطلاعات شما را با سایر سازمان های فدرال، ایالتی و محلی تطبیق می‌دهیم تا درآمد و واجد شرایط بودن، اطلاعات دستمزد و فعالیت‌های کاری شما را تأیید کنیم. این اطلاعات همچنین ممکن است به مقامات مجری قانون داده شود تا از آنها برای دستگیری افرادی که از قانون فرار می کنند استفاده کنند. اگر خانوار شما مطالبه SNAP داشته باشد، اطلاعات مندرج در این درخواست، از جمله SSN، ممکن است در اختیار آژانس‌های فدرال و ایالتی و آژانس‌های جمع‌آوری مطالبات خصوصی قرار گیرد تا از آنها در وصول مطالبات استفاده کنند.

ما اطلاعات شما را با خدمات شهروندی و مهاجرت ایالات متحده (USCIS) به اشتراک نمی‌گذاریم. اما اگر اطلاعات وضعیت مهاجرت در درخواست‌تان ارسال شده باشد، این اطلاعات ممکن است از طریق USCIS تأیید شود و بر واجد شرایط بودن و سطح مزایای خانواده شما تأثیر بگذارد.

ما مزایا را به این دلیل که سایر اعضای خانواده در ارائه SSN، شهروندی یا وضعیت مهاجرت خود کوتاهی می‌کنند، برای اعضای خانواده متقاضی رد نخواهیم کرد. درخواست یا دریافت **مزایای SNAP** برای افراد غیرشهروند هزینه دولتی در **بر ندارد.**

دریافت یا پذیرش **درآمد امنیتی تکمیلی (SSI)، کمک نقدی TANF**، مراقبت **طولانی‌مدت سازمانی Medicaid، یا کمک عمومی دولتی می تواند در صورت تطابق همه** معیارهای واجد شرایط بودن، هزینه‌های دولتی را برای افراد غیرشهروند در بر داشته باشد. با این حال، دریافت این مزایا به‌طور خودکار فرد را برای تنظیم وضعیت خود به مقیم دائم قانونی بر اساس هزینه دولتی غیرقابل قبول یا غیر واجد شرایط نمی‌کند. "هزینه دولتی" به این معنی است که شما فردی هستید که احتمالاً برای حفظ شیوه زندگی خود "وابسته اصلی" به دولت خواهید شد، همانطور که با دریافت کمک‌های نقدی دولتی برای حفظ درآمد یا با نهادینه شدن برای مراقبت طولانی مدت با هزینه دولت نشان داده می‌شود."

اگر شما به‌عنوان یک هزینه دولتی در نظر گرفته شده باشید، به دلیل درخواست یا دریافت کمک‌های دولتی، اخراج نخواهید شد، یا از وضعیت دائمی خود محروم نخواهید شد.

- **تصمیم بگیرید که آیا می‌خواهید اطلاعاتی در مورد نژاد و قومیت خود ارائه دهید.** ما داده‌های مربوط به نژاد و قومیت را جمع‌آوری می کنیم تا اطمینان حاصل کنیم که با قوانین فدرال حقوق مدنی مطابقت داریم. با ارائه این اطلاعات، به ما در اجرای برنامه‌هایمان به شیوه‌ای بدون تبعیض کمک می‌کنید. خانواده شما ملزم به ارائه این اطلاعات به ما نیست و بر واجد شرایط بودن یا سطح مزایای شما تأثیری نخواهد داشت.

وظایف من در SNAP، TANF و کمک های پزشکی برنامه ها؟

در تمام برنامه‌ها، شما مسئول موارد زیر هستید:

- دادن اطلاعات صحیح به کارگر خود و ارائه مدرکی دال بر اظهارات مورد نیاز برای دریافت مزایا. وقتی این فرم را امضا می‌کنید، به مددکار خود اجازه می‌دهید تا اطلاعاتی را از کارفرما، بانک، همسایه یا دیگران دریافت کند تا بتوانیم مطمئن شویم که میزان صحیح مزایا را دریافت می‌کنید.
- گفتن حقیقت در همه حال. اگر شما یا شخصی که برای شما درخواست می‌دهد اطلاعات نادرست ارائه دهد، ممکن است مزایای خود را از دست بدهید یا به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست تحت پیگرد کیفری قرار بگیرید.
- ارائه مدرکی مبنی بر اینکه شما یا هر فردی از اعضای خانواده شما که برای دریافت مزایا درخواست می‌کند، رد ایالات متحده شهروند ایالات متحده. مهاجر ملی یا واجد شرایط است. **توجه داشته باشید:** مددکار شما فهرستی از راه‌هایی به شما ارائه می‌کند که می‌توانید تابعیت یا وضعیت مهاجرت خود را در صورتی که آنها قادر به تأیید از طریق منابع داده الکترونیکی نیستند، اثبات کنید. برای Medicaid، اگر در ایالات متحده یک شهروند ایالات متحده. مهاجر ملی یا واجد شرایط نیستید، شما ممکن است واجد شرایط پوشش اضطراری باشید، و فردی بدون وضعیت واجد شرایط نیازی به ارائه مدرکی برای وضعیت خود نخواهد داشت.

حقوق و مسئولیت ها

- گزارش تغییرات خاصی در وضعیت خانه شما. هر برنامه دارای الزامات گزارش‌دهی متفاوتی می‌باشد. برای مواردی که باید گزارش دهید، بخش مسئولیت‌های هر برنامه را ببینید.

چه مسئولیت های دیگری در SNAP دارم؟

به‌علاوه، در SNAPمسئول موارد زیر هستید:

- همکاری با بازبینان کنترل کیفیت هنگامی که آنها تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا در مورد اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده‌اید با شما مصاحبه کنند. اگر با آنها همکاری نکنید، ممکن است پرونده شما رد یا بسته شود.
- بازپرداخت مزایایی که نباید دریافت می‌کردید.
- گزارش زمانی که کل درآمد ناخالص ماهانه خانوار شما بیش از 130 درصد سطح فقر فدرال برای اندازه خانوار است. شما باید تغییر درآمد را حداکثر تا 10 روز از پایان ماهی که در آن تغییر رخ داده است گزارش دهید.
- گزارش دهید زمانی که ساعات کاری شما به کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه می رسد، اگر شما یک بزرگسال شاغل و بدون فرزند هستید. شما باید این تغییرات را حداکثر تا 10 روز از پایان ماهی که در آن تغییر رخ داده است گزارش دهید. ممکن است یک اخطار در مورد پیشنیازهای گزارش ساده شده به شما داده شود که بیشتر در مورد این پیشنیاز توضیح می‌دهد.
- گزارش زمانی که خانواده شما جایزه های قابل توجهی در قرعه کشی و قمار دریافت می کند. این یک جایزه نقدی است که در یک بازی به دست می آید. اگر شما یا یکی از اعضای خانواده‌تان برنده جایزه لاتاری یا شرطبندی به مبلغ ناخالص 4500 دلار یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) شوید، باید این جایزه‌ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی گزارش دهید که خانواده جایزه را در آن دریافت کرده است.

خانواده‌های دریافت‌کننده SNAP **نمی‌توانند**از مزایای خود برای خرید اقلام غیر خوراکی مانند آبجو، شراب، مشروبات الکلی، سیگار، تنباکو، غذاهای حیوانات خانگی، صابون، محصولات کاغذی و لوازم خانگی استفاده کنند.

همچنین خانواده‌های دریافت‌کننده SNAP اجازه خریداری مواد غذایی را از طریق مزایای خود **ندارند.**

خانواده‌های SNAP **نمی‌توانند** برای دریافت مزایایی که خانواده‌شان نباید دریافت کنند، اطلاعات غلط بدهند یا اطلاعاتی را پنهان کنند.

خانواده‌های SNAP **نمی‌توانند** از کارت‌های SNAP یا EBT استفاده کنند که مال آنها نیست و نباید اجازه دهند شخص دیگری از کارت آنها استفاده کند.

خانواده‌های SNAP **نمی‌توانند** کارت‌های SNAP یا EBT را برای اقلام غیرقانونی مانند اسلحه گرم، مهمات یا مواد کنترل‌شده (داروهای غیرقانونی) مبادله یا بفروشند.

حقوق و وظایف من برای گزارش هزینه های خانوار در SNAP چیست؟

در SNAP، برخی از هزینه‌های خانوار مانند هزینه‌های سرپناه، صورت‌حساب‌های پزشکی، هزینه‌های مراقبت وابسته و حمایت از کودکان پرداختی در خارج از خانه ممکن است بر میزان مزایای دریافتی شما تأثیر بگذارد.

اگر هزینه‌های گرمایش یا سرمایش دارید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک هزینه استاندارد آب و برق باشید.

اگر فقط یک هزینه آب و برق دارید و این شامل هزینه گرمایش یا سرمایش نیست، ممکن است واجد شرایط دریافت کسر هزینه واقعی باشید.

اگر فقط یک هزینه تلفن دارید و هیچ هزینه گرمایش یا سرمایشی ندارید، ممکن است واجد شرایط دریافت کمک هزینه تلفن استاندارد باشید. اگر میخواهید این هزینه‌ها را در نظر بگیریم، مسئولیت گزارش و تأیید آنها بر عهده شماست. اگر هزینه‌های واقعی آب و برق را گزارش یا تأیید نکنید، ما از آنها برای تعیین میزان مزایای شما استفاده نخواهیم کرد.

حقوق و مسئولیت ها

جریمه‌های SNAP چیست؟

جریمه‌های SNAP در نمودار زیر ارائه شده است.

نقض عمدی برنامه	
اگر شما یا یکی از اعضای خانواده ... ▪ اطلاعات را پنهان می کند یا حقیقت را نمی گوید؛ ▪ از کارت‌های EBT که متعلق به شخص دیگری است استفاده می کند؛ ▪ از مزایای SNAP برای خرید الکل یا تنباکو، تجارت یا فروش مزایای SNAP یا کارت‌های EBT استفاده می‌کنید	شما واجد شرایط نیستید ▪ به مدت **12 ماه** برای اولین تخلف، ▪ **24 ماه** برای تخلف دوم، ▪ و به طور **دایم** برای سومین جرم.
▪ از مزایای SNAP در معامله‌ای که شامل فروش یک ماده کنترل شده است استفاده کرده یا دریافت کرده‌اید	▪ به مدت **24 ماه** برای اولین تخلفو ▪ به طور **دایم** برای تخلف دوم.
▪ پس از 1996/22/8 در معامله‌ای که شامل فروش اسلحه گرم، مهمات یا مواد منفجره است از مزایای SNAP استفاده کرده یا دریافت کرده‌اید	▪ به طور **دائم** برای اولین تخلف.
▪ پس از 1996/22/8 به دلیل مزایای قاچاق به مبلغ 500 دلار یا بیشتر محکوم شده‌اید	▪ به طور **دائم** برای اولین تخلف.
▪ به دلیل رفتار مربوط به نگهداری، استفاده یا توزیع یک ماده کنترل شده (مواد مخدر) پس از 1996/22/8 محکوم به جنایت است	▪ تا زمانی که شرایط مشروط یا آزادی مشروط را رعایت کنید. ▪ تا زمانی که تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط را تکمیل کنید.
▪ پس از تاریخ 2014/7/2، به عنوان یک بزرگسال به دلیل تشدید سوء استفاده جنسی، قتل، بهره‌کشی جنسی، و سایر موارد سوء استفاده از کودکان، یک جرم فدرال یا ایالتی شامل تجاوز جنسی، یا جرمی تحت قانون ایالتی که توسط دادستان کل تعیین شده است، محکوم شده‌اید که به طور قابل ملاحظه‌ای مشابه چنین جرمی باشد	▪ تا زمانی که شرایط مشروط یا آزادی مشروط را رعایت کنید. ▪ تا زمانی که تمام شرایط مشروط یا آزادی مشروط را تکمیل کنید.
▪ فرار می‌کنید تا از تعقیب، بازداشت یا حبس به دلیل جنایت اجتناب کنید	▪ تا زمانی که دیگر فرار نکنید.
▪ در حال نقض یکی از شرایط آزادی مشروط یا مشروط شما است	▪ تا زمانی که دیگر نقض کننده آزادی مشروط یا مشروط نباشید.
▪ اطلاعات نادرستی در مورد محل زندگی یا هویت شما (کسی که هستید) برای دریافت مزایای SNAP متعدد در بیش از یک منطقه پس از 1996/22/8 داده‌اید	▪ به مدت **10 سال.**

حقوق و مسئولیت ها

چه حقوق دیگری در برنامه TANF دارم؟

در برنامه TANF، شما حق دارید تا:

- اگر قربانی خشونت خانگی، آزار جنسی، تجاوز جنسی، یا تعقیب هستید، از برخی قوانین معاف باشید. مدیر پرونده شما در مورد قوانینی که مجبور نخواهید بود از آنها پیروی کنید با شما صحبت خواهد کرد.

چه مسئولیت‌های دیگری در برنامه TANF دارم؟

در برنامه TANF، شما مسئول موارد زیر هستید:

- همکاری با پرسنل ایالتی و فدرال که برای پیشگیری از کلاهبرداری یا دفتر خدمات تحقیقاتی کار می‌کنند و در حال بررسی پرونده‌های خاص هستند. اگر همکاری نکنید، ممکن است پرونده شما رد یا بسته شود.

- بازپرداخت مزایایی که نباید دریافت می‌کردید.

- شرکت در یک فعالیت کاری در صورتی که والدین یا بزرگسالان مشمول مزایای TANF باشید، مگر اینکه معاف باشید. ما با شما کار خواهیم کرد تا بهترین فعالیت های کاری را پیدا کنیم تا به شما کمک کند خودکفا شوید. اگر با ما همکاری نکنید، ممکن است مجبور شویم مزایای TANF شما را کاهش دهیم یا متوقف کنیم، و دلیل خوبی وجود ندارد.

- گزارشی مبنی بر اینکه شما یا شخصی که در مزایای TANF شما گنجانده شده است، مبلغی یکجا دریافت کرده یا انتظار دریافت آن را دارید. مزایای TANF شما ممکن است برای یک یا چند ماه متوقف شود و خانواده شما ممکن است مجبور شود چندین ماه با مبلغ یکجا زندگی کند.

- در صورت دریافت مزایای TANF، با بخش خدمات حمایت از کودکان همکاری کنید. شما باید به بخش خدمات حمایت از کودکان کمک کنید تا پدر یا پدران فرزند/فرزندان شما را تعیین کند و به آنها کمک کنید تا حکم دادگاه برای حمایت از کودک دریافت کنند. اگر با آنها همکاری نکنید و دلیل خوبی وجود نداشته باشد، ممکن است مزایای TANF شما متوقف شود.

- اگر می‌خواهید به جای مزایای TANF، پول نفقه فرزند دریافت کنید، به مدیر پرونده خود اطلاع دهید. هنگامی که مزایای TANF را دریافت می کنید، ممکن است تمام پرداخت های حمایت از فرزند خود را دریافت نکنید. شما ممکن است تنها بخشی از آن را دریافت کنید که "پرداخت شکاف" نامیده می شود. ایالت مابقی نفقه کودک را برای بازپرداخت مزایای TANF که دریافت می کنید نگه می دارد.

- گزارش تغییرات خاصی در وضعیت خانواده شما در مورد شما و سایر اعضای خانواده واجد شرایط ظرف 10 روز پس از اطلاع از آنها. لطفاً هر گونه تغییر در وضعیت خود و خانواده تان را که شامل موارد زیر است و به این موارد محدود نمی شود به ما اطلاع دهید:
  - اگر شما یا یکی دیگر از اعضای خانواده شروع به دریافت درآمد غیرقابل دریافت کنید یا متوقف کنید
  - اگر شما یا یکی دیگر از اعضای خانواده شغل خود را تغییر دهید، شغل جدیدی پیدا کنید، کار را رها کنید یا اخراج شوید
  - اگر شما یا یکی دیگر از اعضای خانواده به داخل یا خارج از خانه خود نقل مکان کنید
  - اگر کودکی ترک تحصیلکند
  - اگر کودکی برای مدت 45 روز متوالی یا بیشتر از خانه غیبت کند
  - اگر تمام خانواده به شهرستان یا ایالت دیگری نقل مکان کنند یا کسی بمیرد

- زمانی را که بارداری شما به پایان می رسد یا با تولد نوزاد تغییر می کند؛ به مدیر پرونده خود اطلاع دهید؛ سقط جنین یک یا چند جنین غیر عمدی؛ یا سقط جنین عمدی. شما باید هر گونه تغییر در بارداری را ظرف 10 روز گزارش دهید.

حقوق و مسئولیت ها

جریمه‌های برنامه TANF چیست؟

در برنامه TANF، مجازات‌هایی وجود دارد:

اگر شما ...	مزایای TANF را از دست خواهید داد ...
• اطلاعات را پنهان کنید، تغییرات را به موقع گزارش نکنید یا حقیقت را نگویید	• به مدت 6 ماه برای اولین تخلف؛ • به مدت 12 ماه برای تخلف دوم؛ • به طور دائم برای تخلف سوم.
• مخفی کردن اطلاعات، عدم گزارش به موقع تغییراتیا عدم بیان حقیقت در دادگاه حقوقی	• به مدت 6 ماه در اولین تخلف محکومیت دارد؛ • به مدت 12 ماه برای تخلف دوم؛ • به طور دائم برای تخلف سوم.
• اطلاعات نادرست درباره محل زندگی خود ارائه دهید تا بتوانید در بیش از یک ایالت مزایا دریافت کنید و در تاریخ 1997/1/1 یا بعد از آن محکوم شوید	• به مدت 10 سال.
• محکوم به سایر IPV های انجام شده در تاریخ 1998/7/1 یا بعد از آن هستند	• به مدت 6 ماه در اولین تخلف محکومیت دارد؛ • به مدت 12 ماه برای تخلف دوم؛ • به طور دائم برای تخلف سوم.
• افراد محکوم به IPV به دلیل استفاده از وجوه کمک نقدی یا معامله‌های TANF EBT که در مکان‌های ممنوعه در تاریخ 2012/1/6 یا پس از آن انجام شده اند	• به مدت 6 ماه در اولین تخلف محکومیت دارد؛ • به مدت 12 ماه برای تخلف دوم؛ • به طور دائم برای تخلف سوم.
• در تاریخ 1997/1/1 یا بعد از آن به یک جنایت شدید خشونت‌آمیز یا جنایت مربوط به داشتن، استفاده یا توزیع مواد کنترل‌شده محکوم شده‌اند	• به طور دائم
• فرار می‌کنید تا از تعقیب، بازداشت یا حبس به دلیل جنایتاجتناب کنید	• و تا زمانی که دیگر برای اجتناب از پیگرد قانونی، بازداشت یا حبس فرار نکنید مجازات خواهید شد
• شرط آزادی مشروط یا موقت را نقض می‌کنید	• و تا زمانی که دیگر متخلف مشروط/آزادی مشروط نباشید مجازات خواهید شد

حقوق و مسئولیت ها

چه حقوق دیگری در برنامه Medicaid دارم؟

در برنامه Medicaid، شما حق دارید که:

- حتی اگر بیمه درمانی دیگری دارید، Medicaid دریافت کنید.
- پزشک یا ارائه دهنده Medicaid اید خود را انتخاب کنید. همیشه از پزشکان خود بپرسید که آیا Medicaid را به‌عنوان پرداخت خدمات خود می‌پذیرند یا خیر.
- بسته به نوع Medicaid، ظرف 10، 45 یا 90 روز از تاریخ درخواست، درخواست Medicaid شما تأیید یا رد شود.
- اگر دلیل موجهی مانند خشونت خانگی دارید، از ارائه اطلاعات در مورد والدین غایب فرزندان خود یا از پیگیری حمایت پزشکی از والدین غایب معاف باشید. با مدیر پرونده خود صحبت کنید، اگر فکر می کنید دلیل خوبی دارید .

چه مسئولیت‌های دیگری در برنامه Medicaid دارم؟

در برنامه Medicaid، شما همچنین مسئول موارد زیر هستید:

- به کارگر خود بگویید که آیا شما یا فرزندانتان بیمه درمانی دیگری دارید. اگر بیمه درمانی تغییر کند یا به پایان برسد، باید ظرف 10 روز به کارگر خود اطلاع دهید. اطلاعات بیمه درمانی به وزارت بهداشت جامعه ارسال می شود. در بیشتر موارد، بیمه درمانی دیگر شما باید هزینه پزشکی شما را بپردازد اول هزینه ها. شما باید به پزشک یا سایر ارائه دهندگان مراقبت های بهداشتی بگویید که بیمه دیگری دارید تا آنها بتوانند قبل از پرداخت صورت حساب Medicaid از سایر ارائه دهندگان بیمه درمانی صورت حساب بدهند.
- همکاری با برنامه Medicaid Estate Recovery اگر شما:
  - ساکن خانه سالمندان هستید
  - ساکن در یک مرکز مراقبت متوسط برای افراد دارای معلولیت ذهنی
  - مقیم یک موسسه پزشکی دیگر که در آن مراقبت های پزشکی توسط Medicaid پرداخت می شود
- همکاری با برنامه Medicaid Estate Recovery اگر 55 سال یا بیشتر دارید و:
  - خدمات خانگی و اجتماعی را دریافت می کنید.
  - ثبت نام کرده و از طریق برنامه چشم پوشی خدمات دریافت می کنند.
- من موافقت می کنم که تمام حقوق حمایت پزشکی و پرداخت هزینه مراقبت پزشکی از هر شخص ثالث (مزایای بیمارستانی و پزشکی) را به دولت واگذار کنم. من موافقت می کنم که با دولت در شناسایی و ارائه اطلاعات برای کمک به دولت در تعقیب هر شخص ثالثی که ممکن است مسئول پرداخت هزینه مراقبت و خدمات باشد، همکاری کنم. می دانم که باید هر گونه پرداختی را که برای مراقبت های پزشکی دریافت کرده ام ظرف ده روز گزارش کنم. (اگر از طرف شخص دیگری این فرم را تکمیل می کنید و قدرت اجرای آن را ندارید انتساب برای آن فرد، فرد باید حقوقی را که در بالا توضیح داده شد به عنوان شرط واجد شرایط بودن خود برای Medicaid انجام دهد).
- گزارش تغییرات در مورد شما و سایر افراد در پرونده Medicaid شما. لطفا گزارش دهید:
  - اگر شما یا سایر اعضای خانوادهنقل مکان کنید
  - اگر شما یا سایر اعضای خانواده شغل خود را تغییر دهید، شغل جدیدی پیدا کنید، کار را ترک کنید یا اخراج شوید.
  - اگر شما یا سایر اعضای خانواده تغییری در درآمد یا منابع دارید
  - اگر یکی از اعضای خانواده به داخل یا خارج از خانه شما نقل مکان کند
  - اگر شما یا یکی دیگر از اعضای خانواده پول یا دارایی را از هر منبعی به ارث برده یا دریافت کنید
  - اگر کسی در خانه شما بمیرد یا ازدواج کند
  - هر تغییر دیگری

حقوق و مسئولیت ها

- به مدیر پرونده خود بگویید چه زمانی بارداری شما تمام می شود. بارداری با تولد نوزاد، سقط جنین غیرعمدی یا سقط جنین عمدی به پایان می رسد. شما باید در عرض 10 روز پایان بارداری را گزارش دهید.
- من موافقت می‌کنم که در صورت وجود، به دولت این حق را بدهم که از والدین غایب خود بخواهد بیمه درمانی ارائه کند. می‌دانم در صورت وجود، باید از والدین غایب حمایت پزشکی دریافت کنم و باید برای دریافت این حمایت با بخش خدمات حمایت از کودک همکاری کنم. اگر همکاری **نکنم**، می‌دانم که ممکن است مزایای Medicaid خود را از دست بدهم و فقط فرزندانم مزایا را دریافت خواهند کرد، مگر اینکه دلیل موجهی ثابت شود.
- همکاری با بازبینان کنترل کیفیت Medicaid هنگامی که آنها تماس می‌گیرند یا به خانه شما می‌آیند تا در مورد اطلاعاتی که به مدیر پرونده خود داده‌اید، با شما مصاحبه کنند.

ارتکاب کلاهبرداری یا سوء استفاده خلاف قانون است. ممکن است به ®واحد ادغام برنامه Medicaid و PeachCare برای کودکان ارجاع داده شوید. متجاوزان ممکن است به استفاده از یک ارائه‌دهنده محدود شوند، برنامه آنها خاتمه داده شود یا از اداره بهداشت جامعه برای خدمات پزشکی ارائه شده بازپرداخت دریافت کنند.

کلاهبرداری یک عمل غیر صادقانه است که عمدا انجام می شود. سوء استفاده کردن عملی است که ازشیوه های خوب پیروی نمی کند.

نمونه‌هایی از کلاهبرداری و سوءاستفاده از شرکت‌کنندگان عبارتند از:

- به شخص دیگری اجازه دهید از Medicaid، PeachCare برای کودکان®، یا کارت بیمه سلامت شما استفاده کند.
- گرفتن نسخه به قصد سوء استفاده یا فروش دارو
- استفاده از اسناد جعلی برای دریافت خدمات
- استفاده غلط یا سوء استفاده از تجهیزات ارائه شده توسط Medicaid یا PeachCare برای کودکان®
- ارائه اطلاعات نادرست یا اجازه دادن به دیگران برای انجام این کار برای دریافت واجد شرایط بودن Medicaid یا PeachCare برای کودکان®
- عدم گزارش تغییراتی که در درآمد، ترتیبات زندگی، یا منابع رخ می دهد.

برای گزارش تقلب مشکوک Medicaid در مورد گیرندگان یا ارائه دهندگان، با اداره سلامت جامعه Georgia، دفتر بازرس کل به شماره (محلی) 463-7590 (404) یا (رایگان) 533-0686 (800) تماس بگیرید. به آدرس oiganonymous@dch.ga.gov ایمیل بفرستید؛ از طریق پست به آدرس Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; or visit https://dch.georgia.gov/report-fraud-medicaidpeachcare-kids.

حقوق و مسئولیت ها

صفحه امضا

من یک نسخه از فرم 297A، حقوق و مسئولیت ها را دریافت کرده ام.

من گواهی می‌دهم، که تحت مجازات شهادت دروغ، تمام اطلاعات ارائه‌شده و هر آنچه گفته‌ام، تا آنجا که من می‌دانم، حقیقت محض است.

امضا _____ تاریخ _____

نماینده مجاز / شاهد / شخص مسئول _____ تاریخ _____

حقوق و مسئولیت ها

بخش خدمات انسانی بخش خدمات خانواده و کودکان گرجستان
اعلامیه پیشنیاز به همکاری و حق ادعای دلیل خوب برای امتناع از همکاری در خدمات حمایت از کودکان و پیشنیازهای مسئولیت شخص ثالث

مزایای خدمات حمایت از کودکان

کمک شما در فرآیند خدمات حمایت از کودک ممکن است برای شما و فرزندتان ارزشمند باشد زیرا ممکن است منجر به موارد زیر شود:

- پیدا کردن والدینغایب.
- تشخیص پدر قانونی فرزندتان.
- دریافت پول حمایت از کودک که ممکن است پول بیشتری نسبت به دریافت کمک موقت برای خانواده های نیازمند (TANF) به شما بدهد.
- اخذ بیمه درمانی خصوصی از طریق والدین غایب.
- کسب حقوق برای تامین اجتماعی آینده، جانبازان یا سایر مزایای دولتی.

همکاری با DFCS و DCSS

قانون از شما می‌خواهد که به بخش خدمات خانواده و کودکان (DFCS) و بخش خدمات حمایت از کودکان (DCSS) کمک کنید تا هر گونه حمایتی را که از شما و کودکانی که برای آنها TANF درخواست شده است دریافت کنند، مگر اینکه دلیل خوبی برای کمک نکردن داشته باشید.

برای کمک به DFCS یا DCSS، باید یک یا چند مورد از موارد زیر را انجام دهید:

- والدین(های) غایب هر کودکی را که برای آنها TANF یا Medicaid درخواست می‌کنید، نام ببرید.
- اطلاعاتی را برای کمک به یافتن والدین(های) غایب ارائه دهید.
- در صورتی که فرزند شما خارج از ازدواج به دنیا آمده باشد، به تعیین پدر قانونی کمک کنید.
- در صورتی که شخصی که شما به عنوان پدر نام می‌برید، پدر بودن را انکار می‌کند، با انجام آزمایش خون موافقت کنید.
- به ایالت کمک کنید تا پول بدهکاری به شما و/یا کودکی که TANF دریافت می‌کند را دریافت کند.
- اطلاعاتی در مورد بیمه درمانی که والدین غایب برای فرزندتان دارند، ارائه دهید.

برای امضای اوراق یا ارائه اطلاعات مورد نیاز باید به دفتر DFCS، DCSS یا دادگاه مراجعه کنید.

دلیل خوب

ممکن است دلیل خوبی برای اینکه نمی خواهید به DCSS برای جمع آوری حمایت از کودک یا پوشش پزشکی برای فرزندتان کمک کنید، داشته باشید. اگر فکر می کنید کمک کردن به نفع فرزندتان نیست و اگر بتوانید آن را ثابت کنید، ممکن است مجبور نباشید کمک کنید. اگر می خواهید ادعای دلیل خوب داشته باشید، باید به کارگر خود بگویید. شما می توانید این را در هر زمانی انجام دهید.

اگر کمک نکنید و دلیل خوبی ندارید

- شما واجد شرایط دریافت TANF برای خود و فرزندتان نخواهید بود.
- ممکن است فرزند شما همچنان واجد شرایط Medicaid باشد.

دلایل علت خوب

شما ممکن است به خاطر هر یک از علت‌هایزیر دلیل موجه را ادعا کنید:

- کمک شما ممکن است باعث آسیب جدی جسمی یا روحی به کودک یا شما شود.
- کودک در نتیجه تجاوز جنسی یا زنای با محارم به دنیا آمده است.
- اقدامات دادگاه برای فرزند خواندگی در جریان است.
- یک آژانس به شما کمک می‌کند تا تصمیم بگیرید که آیا کودک را برای فرزند خواندگی قرار دهید یا خیر.

حقوق و مسئولیت ها

برای اثبات دلیل خوب، شما باید

- اطلاعاتی را ارائه دهید که DFCS نیاز دارد تا تصمیم بگیرد که آیا دلیل خوبی برای کمک نکردن دارید یا خیر. اگر از آسیب فیزیکی می ترسید و نمی توانید مدرکی دریافت کنید، DFCS ممکن است همچنان بتواند علت خوبی را تعیین کند.
- ظرف 20 روز پس از ادعای دلیل خوب به DFCS مدرک بدهید. DFCS فقط در صورتی که در گرفتن مدرک مشکل داشته باشید به شما زمان بیشتری می‌دهد.

DFCS ممکن است شما را بر اساس اطلاعاتی که ارائه می کنید از کمک معاف کند. یا ممکن است DFCS از شما بخواهد اطلاعات بیشتری ارائه دهید. DFCS بدون اطلاع شما با والدین غایب تماس نخواهد گرفت.

توجه داشته باشید: اگر برای TANF درخواست می‌دهید، تا زمانی که به DFCS مدرکی دال بر ادعای دلیل خوب خود یا اطلاعاتی که DFCS برای بررسی ادعای شما نیاز دارد ارائه نکنید، تأیید نخواهید شد.

حقوق و مسئولیت ها

نمونه هایی از اثبات دلیل خوب

- گواهی تولد، سوابق پزشکی یا اجرای قانون که نشان می‌دهد کودک در نتیجه تجاوز جنسی یا زنای با محارم به دنیا آمده است
- دادگاه یا سایر اسناد قانونی که نشان می‌دهد مراحل فرزند خواندگی آغاز شده است
- خدمات دادگاه، پزشکی، جنایی، خدمات حمایت از کودکان، خدمات اجتماعی، روانشناختی یا سوابق اجرای قانون که نشان می دهد والدین غایب ممکن است به شما یا کودک آسیب برساند
- سوابق پزشکی یا اظهارات کتبی یک متخصص سلامت روان که تاریخچه و وضعیت فعلی سلامت عاطفی شما و/یا کودک را نشان می‌دهد
- یک بیانیه کتبی از یک آژانس دولتی یا خصوصی که نشان می‌دهد به شما کمک می‌شود تا تصمیم بگیرید که آیا فرزندتان را به فرزند خواندگی بسپارید یا خیر
- اظهارات سوگند خورده دوستان، همسایگان، روحانیون، مددکاران اجتماعی یا متخصصان پزشکی که می‌دانند چرا دلیل خوبی دارید.

اگر برای دریافت هر یک از مدارک به کمک نیاز دارید، از مددکار خود بپرسید.

قوانین حمایت از کودکان

اگر TANF دریافت می کنید، طبق قانون، هر حقی را که برای دریافت حمایت از کودکان دارید به ایالت گرجستان می دهید. پس از صدور حکم دادگاه، والدین غایب ملزم به پرداخت نفقه کودک از طریق DCSS خواهند بود. پس از صدور حکم دادگاه، از شما خواسته می شود که هرگونه پولی را که مستقیماً از والدین غایب دریافت می کنید گزارش دهید. شما همچنین باید به ایجاد پدر بودن برای فرزند خود کمک کنید و با DCSS در ایجاد یک حکم حمایت از کودک همکاری کنید. اگر همکاری نکنید و دلیل خوبی نداشته باشید، ممکن است واجد شرایط TANF نباشید.

اگر TANF دریافت می‌کنید و والدین غایب از طریق بخش خدمات حمایت از کودک (DCSS) حمایت از کودک را پرداخت می‌کند، احتمالاً کل مبلغ پرداختی حمایت از کودک را دریافت نخواهید کرد. در عوض، ممکن است یک پرداخت «شکاف» دریافت کنید. تمام حمایت های فرزند پرداخت شده توسط والدین غایب، که بیش از مقدار "شکاف" است، توسط DCSS حفظ می شود و برای بازپرداخت وجوه TANF که دریافت کرده اید استفاده می شود. ***مدیر پرونده TANF شما می تواند بودجه بندی شکاف و طرزالعمل های پرداخت را برای شما توضیح دهد.***

اگر پرونده TANF شما بسته شده باشد، پرداخت های حمایت از فرزند تا میزان تعهد ماهیانه فعلی والدین غایب برای شما ارسال می شود. هر مبلغی که بیش از تعهد فعلی پرداخت شود، توسط دولت برای بازپرداخت کمک های مالی گذشته TANF که توسط شما دریافت شده است، نگهداری می شود. پس از اینکه کمک های مالی گذشته TANF بازپرداخت شدند، تمام حمایت های کودک پرداخت شده توسط والدین غایب برای شما ارسال می شود.

اگر پرونده TANF *شما بسته شود و سپس بازگشایی شود، هر گونه پرداخت معوقه حمایت از کودک به میزان تمام پول* TANF که تاکنون دریافت کرده اید به ایالت اختصاص داده می شود. هنگامی که کمک های دولتی بازپرداخت نشده (UPA) بازپرداخت شد، پس از آن شما شروع به دریافت هرگونه بازپرداخت بدهی به خود خواهید کرد.

اگر پول حمایت از کودک را دریافت می‌کنید که حق دریافت آن را ندارید، ممکن است مجبور شوید به دولت بازپرداخت کنید. ایالت مبلغ اضافه پرداخت و بازه زمانی بازپرداخت را به شما اطلاع خواهد داد.
DCSS ممکن است تصمیم دلیل خوب DFCS را در مورد شما بررسی کند. اگر درخواست استماع درباره تصمیم را دارید، DCSS ممکن است در جلسه استماع شرکت کند.

اگر دلیلی خوب برای کمک نکردن دارید، DCSS تلاشی برای تعیین پدر بودن یا وصول حمایت از فرزند نخواهد کرد.

من این اطلاعیه را در مورد حقوق خود برای ادعای دلیل خوب و عدم کمک به ایجاد پدر بودن یا دریافت حمایت فرزند از والدین غایب خوانده‌ام.

حقوق و مسئولیت ها

خشونت خانگی ممکن است برای هر کسی اتفاق بیفتد.

- خشونت خانگی در تمام سطوح اجتماعی و اقتصادی، صرف نظر از شغل یا تحصیل، نژاد، پیشینه قومی، مذهب، وضعیت تأهل، توانایی جسمی، سن یا گرایش جنسی رخ می دهد.
- هر ساله بیش از 50,000 مورد خشونت خانگی به سازمان‌های مجری قانون Georgia گزارش می‌شود.
- بیش از 50 درصد از همه زنان در دوره‌ای از زندگی خود توسط شرکای صمیمی خود مورد ضرب و شتم قرار می‌گیرند.
- هر 9 ثانیه یک زن در این کشور مورد آزار جسمی قرار می‌گیرد که سالانه بین 2 تا 4 میلیون زن تخمین زده می‌شود.
- کتک زدن علت اصلی آسیب به زنان در ایالات متحده است، بیش از مجموع موارد تجاوز جنسی، دزدی یا تصادفات اتومبیل.
- در سطح ملی، 50 درصد از زنان و کودکان بی‌خانمان به دلیل خشونت در خانه در خیابان هستند.
- بین 15 تا 25 درصد زنان باردار مورد ضرب و شتم قرار گرفته اند.
- دفتر تحقیقات فدرال (F.B.I). تخمین می‌زند که از هر 10 حادثه خشونت خانگی تنها 1 مورد گزارش شده است.
- هر روز 4 زن در ایالات متحده توسط شریک جنسی خود به قتل می‌رسند.

برای اطلاعات بیشتر

خدمات محرمانه و رایگان از پناهگاه خشونت خانگی و برنامه‌های پشتیبانی شده توسط اداره خدمات انسانی در دسترس است.

برای کمک 24 ساعت در روز، با 2836-334 (800) تماس بگیرید

با این شماره رایگان تماس بگیرید تا با فردی در پناهگاه خشونت خانگی محلی خود صحبت کنید. می توانید از هر نقطه ایالت تماس بگیرید تا مکانی امن برای اقامت خود و فرزندانتان پیدا کنید و منابع دیگری را برای کمک به خود دریافت کنید.

خشونت خانگی، آزار جنسی، تجاوز جنسی، یا تعقیب چیست؟

- **خشونت خانگی** می تواند شامل ضرب و شتم، لگد زدن، ضرب و شتم، تجاوز جنسی، خفه شدن، تهدید، کنترل شدن، یا از دستیابی به آنچه برای زندگی به آن نیاز دارید (مانند غذا، دارو یا خانه) توسط همسر، دوست پسر، شریک زندگی یا "مورد سابق" خود باشد.
- **آزار جنسی** رفتاری خصمانه، ارعاب‌کننده یا ظالمانه مبتنی بر رابطه جنسی است که یک محیط کاری توهین‌آمیز ایجاد می‌کند.
- **تجاوز جنسی** یک عمل جنسی غیر توافقی است که توسط قوانین فدرال، قبیله ای یا ایالتی ممنوع شده است، از جمله زمانی که قربانی توانایی رضایت را ندارد.
- **تعقیب** عمل یا جنایت تعقیب یا آزار و اذیت عمدی و مکرر شخص دیگری در شرایطی است که باعث ترس یک فرد معمولی از جراحت یا مرگ می شود، به ویژه به دلیل تهدیدهای صریح یا ضمنی.

اداره خدمات خانواده و کودکان محلی شما می خواهد به شما و فرزندانتان کمک کند تا ایمن بمانید. اگر هر یک از این موارد برای شما اتفاق افتاد، با کارشناس پرونده خود صحبت کنید.

- آیا همسر، شریک زندگی، دوست پسر یا "موارد سابق" شما تا به حال شما را کتک زده یا سیلی زده است؟
- آیا این شخص تا به حال شما را تهدید به آسیب رساندن کرده است؟
- آیا این شخص شما را به گرفتن فرزندانتان تهدید کرده است؟
- آیا شخص به شما توهین می‌کند یا حسادت می‌کند؟
- آیا تا به حال احساس کرده اید که این شخص زندگی شما را اداره می کند یا شما را از خانواده و دوستان‌تان دور می کند یا مانع رفتن شما به سر کار یا مدرسه می شود؟
- آیا شخص کارهایی که انجام می دهید، کجا می روید یا با چه کسانی تلفنی صحبت می کنید را پیگیری می کند؟
- آیا آن شخص چیزهایی را که شما مالک آن هستید یا به آنها اهمیت می‌دهید، از بین می‌برد؟
- آیا از این شخص می‌ترسید؟
- آیا رفتن به خانه برای شما ناامن است؟

اگر به هر یک از سؤالات پاسخ مثبت داده‌اید، ممکن است وقت آن رسیده باشد که به ایمنی خود و فرزندانتان فکر کنید.

خشونت خانگی و TANF

- برخی از الزامات کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF) ممکن است برای شما اعمال نشود.
- **هر زمان** که بخواهید می‌توانید به کارمند پرونده DFCS بگویید که شریک زندگی شما خشونت‌گر است.
- DFCS شما را به شخصی ارجاع می‌دهد که بتوانید در مورد وضعیت خود با او صحبت کنید.
- DFCS به شما به وسیله، مکانی امن برای اقامت خود و فرزندانتان، مراقبت های پزشکی و روانی، درمان اعتیاد و کمک ویژه برای قربانیان جنایت و خشونت خانگی کمک می کند.
- DFCS بدون اطلاع شما اطلاعات را با افراد خارج از آژانس به اشتراک نخواهد گذاشت.
- وقتی که دیگر در موقعیت خطرناکی نیستید، به DFCS اطلاع دهید.

حقوق و مسئولیت ها

اطلاعیه حقوق ADA/بخش 504

کمک به افراد دارای معلولیت

اداره خدمات بشری گرجستان و وزارت بهداشت جامعه گرجستان ("وزارت ها") طبق قانون فدرال* ملزم هستند به افراد دارای معلولیت فرصتی برابر برای مشارکت در برنامه‌ها، خدمات یا فعالیت‌های وزارت ها و واجد شرایط بودن برای آنها فراهم کنند. این شامل برنامه هایی مانند SNAP، TANF و کمک پزشکی است.

دپارتمان ها برای جلوگیری از تبعیض بر اساس ناتوانی، تغییرات معقولی را در مواقعی که اصلاحات لازم باشد، ارائه می کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، عمل ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابر را فراهم کنیم. برای اطمینان از ارتباط یکسان مؤثر، ما به افراد دارای معلولیت یا همراهان دارای معلولیت کمک ارتباطی مانند مترجمان زبان اشاره ارائه می دهیم. کمک ما رایگان است. وزارت‌ها ملزم به ایجاد هرگونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت یک خدمت، برنامه یا فعالیت یا بار مالی و اداری بی مورد شود.

چگونه می توان یک اصلاح منطقی یا کمک ارتباطی درخواست کرد

اگر ناتوانی دارید و نیاز به اصلاح منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با کارمند پرونده خود تماس بگیرید. به عنوان مثال، اگر به کمک یا خدماتی برای ارتباط مؤثر نیاز دارید، مانند مترجم زبان اشاره، تماس بگیرید.
می توانید با کارفرمای پرونده خود تماس بگیرید یا با DFCS به شماره 423-4746 (877) یا با تیم DCH Katie Beckett (KB) به شماره 678-248-7449 تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست اصلاح معقول DFCS ADA، که در دفتر محلی DFCS یا به‌صورت آنلاین در https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rightsموجود است،ارسال کنید، یا ممکن است فرم درخواست اصلاح منطقی DCH ADA را در دفتر KB، به صورت آنلاین در https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett،دریافت کنید، یا می توانید درخواست اصلاح خود را به DCH.ADAassistance@dch.ga.gov ایمیل کنید.

نحوه ثبت شکایت

اگر ادارات به دلیل ناتوانی شما علیه شما تبعیض قایل شده اند، حق شکایت دارید. به عنوان مثال، اگر درخواست یک اصلاح معقول یا مترجم زبان اشاره را داشته باشید که در یک زمان معمولی رد شده یا به آن عمل نشده است، می توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید با تماس با کارگر پرونده، دفتر محلی DFCS یا هماهنگ‌کننده حقوق مدنی DFCS، ADA/بخش 504 در 47 Trinity Avenue SW، آتلانتا، GA 30334، به 423-4746 (877) صورت شفاهی یا کتبی شکایت کنید. برای DCH، با هماهنگ‌کننده تیم KB ADA/Section 504 در 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 یا P.O. تماس بگیرید. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. ایمیل DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov.

می توانید از کارگر پرونده خود یک نسخه از فرم شکایت حقوق مدنی DFCS را بخواهید. فرم شکایت در نشانی https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights. نیز موجود است. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می توانید با کارکنان DFCS فهرست شده در بالا تماس بگیرید. افرادی که ناشنوا یا کم شنوا هستند یا ممکن است ناتوانی گفتاری داشته باشند، می توانند با 711 تماس بگیرند تا اپراتور با ما ارتباط برقرار کند. ایمیل برای شکایات حقوق شهروندی DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. لینک فرایند حقوق شهروندی DCH و فرم شکایت در این آدرس موجود است: https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

شما همچنین می توانید یک شکایت تبعیض را با آژانس فدرال مربوطه ارسال کنید. اطلاعات تماس برای ایالات متحده وزارت کشاورزی (USDA) و ایالات متحده بهداشت و خدمات انسانی ایالت متحده (HHS) در "بیانیه عدم تبعیض" گنجانده شده است.

* بخش 504 قانون احیا 1973; قانون آمریکایی های معلول 1990; و قانون اصلاحات قانون آمریکایی های دارای معلولیت در سال 2008 تضمین می کند که افراد دارای معلولیت از تبعیض غیرقانونی خالی هستند.

تحت خط مشی وزارت بهداشت جامعه (DCH)، برنامه‌های کمک پزشکی نمی‌توانند واجد شرایط بودن یا مزایای شما را بر اساس نژاد، سن، جنسیت، ناتوانی، ملیت یا مذهب شما رد کنند.

حقوق و مسئولیت ها

درخواست ها را به USDA یا HHS ارسال نکنید

بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق مدنی و ایالات متحده مقررات و سیاست‌های حقوق شهروندی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، USDA، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا مجری آن هستند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق شهروندی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده است، منع شده‌اند. برنامه هایی که از ایالات متحده کمک مالی فدرال دریافت میکنند وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) ایالات متحده دریافت می‌کنند، مانند کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS آن‌ها را مستقیماً اداره می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق شهروندی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

افراد معلول که برای دسترسی به اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) دارند، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که نزد آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به ناتوانی گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره(800) 877-8339 با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی قابل دسترسی باشد.

شکایات حقوق شهروندی مربوط به برنامه‌های USDA

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون هند (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت در مورد تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه (AD-3027) که به صورت آنلاین در نشانی http://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, و در هر یک از دفاتر USDA یافت می‌شود را تکمیل کنید، یا نامه‌ای به آدرس USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست‌شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره 9992-632 (866) تماس بگیرید. فرم یا نامه تکمیل شده خود را از طرق زیر به USDA تسلیم کنید:

1. **پست:** خدمات غذا و تغذیه، USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; یا
2. **فکس:** 1665-256 (833) یا 7442-690 (202)؛ یا
3. **تلفن:** 1071-620 (833)؛ یا
4. **ایمیل:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

برای هر گونه اطلاعات دیگر درباره مسائل SNAP، افراد باید با خط تلفن USDA SNAP به شماره 5689 -221 (800)، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، یا با شماره های خط راهنما/اطلاعات ایالتی تماس بگیرند (برای فهرست شماره‌های تلفن بر اساس ایالت، روی لینک کلیک کنید)؛ آنلاین در: خط تلفن SNAP.

شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های HHS می‌شود

HHS کمک‌های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌ها برای بهبود سلامت و رفاه فراهم می‌کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر فکر می‌کنید که به دلیل نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً اجرا می‌کند یا HHS به آن‌ها کمک مالی فدرال ارائه می‌کند مورد تبعیض قرار گرفته‌اید، می‌توانید برای خود یا شخص دیگر نزد اداره حقوق شهروندی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت از تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس https://ocrportal.hhs.gov/ocr/ تکمیل کنید. همچنین می‌توانید با OCR از طریق این آدرس پستی تماس بگیرید: عملیات مدیریت پرونده متمرکز، ایالات متحده Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201؛ فکس: 3818-619 (202)؛ یا
ایمیل: OCRmail@hhs.gov. برای رسیدگی سریع‌تر، توصیه می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از درگاه آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق شهروندی به کمک نیاز دارند می‌توانند به OCR به نشانی OCRMail@hhs.gov ایمیل بفرستند یا با خط رایگان OCR به شماره 1-800-368-1019، TDD 1-800-537-7697 تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، لطفاً 7-1-1 را شماره‌گیری کنند تا به سرویس رله مخابراتی دسترسی پیدا کنند. همچنین فرصت‌های مناسب معلولان (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک‌های جانبی و خدمات کمک زبانی را به‌صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می دهیم.

این موسسه، یک ارائه‌کننده فرصت‌های برابر است.

تحت اداره خدمات انسانی (DHS)، شما همچنین می توانید شکایات تبعیض دیگر را با تماس با دفتر محلی DFCS یا حقوق مدنی DFCS ADA/بخش 504 هماهنگ کننده در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, 4746-423 (877) ثبت کنید. برای شکایات مربوط به تبعیض بر اساس مهارت محدود انگلیسی، با برنامه مهارت انگلیسی و اختلال حسی DHS Limited در Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, 4746-423 (877) تماس بگیرید.

درخواست ها را به USDA یا HHS ارسال نکنید