



Права и обязанности

Добро пожаловать в Службу по делам семьи и детей, отделение штата Джорджия!

Если Вам требуется помощь в прочтении или заполнении этого документа или помощь в общении с нами, Вы можете задать нам вопрос или позвонить по телефону (877) 423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, бесплатны. Если вы страдаете от нарушений слуха, зрения или речи, вы можете связаться с нами по номеру, указанному выше, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия (Georgia Relay)).

Информационно-разъяснительная работа

Чтобы получить дополнительную информацию о других услугах DHS, посетите наш веб-сайт www.dfcs.georgia.gov или позвоните по телефону (877) 423-4746.

Мы предоставляем Вам данную информацию с целью ознакомить Вас с Вашими правами и обязанностями при получении продовольственной, материальной и медицинской помощи. Пожалуйста, внимательно прочитайте раздел Права и Обязанности, предусмотренные теми программами, за которыми Вы обращаетесь, и поставьте свою подпись на последней странице. Если Вы подаете заявление за другого человека, эти права и обязанности распространяются и на него.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия («DHS») собирает информацию, позволяющую установить личность (PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи Вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, Вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

Каковы мои права в соответствии с положениями программы Продовольственных талонов (SNAP), Программы временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и Программы медицинской помощи (Medicaid)?

В рамках всех программ Вы имеете право:

- **попросить помощи в заполнении этой формы и бесплатных услуг языковой помощи** (переводчики, переведенные материалы или услуги прямого перевода), если у Вас есть проблемы с чтением, письмом, речью или пониманием английского языка;
- **запрашивать вспомогательные средства и услуги и разумные модификации**, если Вы или кто-то из членов Вашего домохозяйства имеет ограниченные возможности;
- потребовать справедливого рассмотрения Вашего дела в письменной форме или при Вашем личном присутствии. Вы имеете право на представление ваших интересов членом вашей семьи, юрисконсультантом, родственником, другом или иным представителем.
Если Вы не удовлетворены решением, принятым нами по вашему делу, Вы можете потребовать слушания, связавшись с окружным отделением, в которое Вы обращались для получения пособий, позвонив по телефону: (877) 423-4746 или загрузив письменное требование на веб-сайт: www.gateway.ga.gov.
- пересмотреть некоторые материалы и информацию, содержащиеся в Вашем деле. Однако Вы не можете ознакомиться со всеми данными по вашему делу, например, с именами людей, которые предоставили нам сведения о Вас или о членах Вашей семьи либо информацию о любых уголовных преследованиях относительно Вас или членов Вашей семьи;
- решить, хотите ли Вы предоставить нам Ваш номер социального страхования (SSN),



Права и обязанности

информацию о гражданстве или иммиграционном статусе. Чтобы иметь право на получение государственной помощи, лицо должно быть гражданином США, подданным США или правомочным иммигрантом. В соответствии с **Законом о продовольствии и питании** 2008 г., 7 U.S.C. § 2011-2036, 7 C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, и 42 C.F.R. § 435.920, DFCS уполномочен запрашивать SSN у Вас и лиц, совместно проживающих с Вами.

Лица, которые обращаются за государственной помощью, должны предоставить или подать заявку на SSN и (или) подтвердить свое гражданство или иммиграционный статус, если мы не можем проверить их с помощью электронных источников данных. Некоторые иммигранты имеют право на получение льгот, а некоторые нет, в зависимости от их правового статуса. Для Medicaid, в зависимости от иммиграционного статуса, некоторые иммигранты могут иметь право на получение полных льгот в рамках Medicaid или льгот неотложной медицинской помощи (EMA). Если Вы или кто-либо из членов Вашей семьи не имеет номера социального страхования (SSN), мы можем помочь Вам подать заявление на его получение.

Подача заявки на SSN не задержит решение по Вашей заявке на льготы. Если Вы подаете заявление только на получение неотложной медицинской помощи, Вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе. EMA, включая роды, предоставляется беременным неквалифицированным и не имеющим документов женщинам-иммигрантам

Лицо, не подающее заявление на получение государственной помощи и не предоставляющее SSN, информацию о гражданстве или иммиграционном статусе, может быть обозначено как лицо, не подающее заявление. От лица, не подающего заявление, не требуется указание SSN, предоставление информации о гражданстве или иммиграционном статусе, но требуется предоставление другой информации, которая может повлиять на право получения льгот другими лицами, совместно проживающими с заявителем, такой как информация о доходе или ресурсах.

Лицо, не подающее заявление (незаявитель) не имеет права на получение пособия.

Только лица, предоставившие нам информацию о своем SSN, гражданстве или иммиграционном статусе, будут иметь право на получение пособий. Мы будем использовать эту информацию для проверки в Системе подтверждения дохода и соответствия требованиям (IEVS). Мы также сопоставим Вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств, чтобы проверить Ваш доход и право на получение льгот, информацию о заработной плате и трудовой деятельности. Данная информация также может быть передана сотрудникам правоохранительных органов для использования в целях поимки лиц, скрывающихся от закона. Если Ваше домохозяйство имеет претензии по продовольственным талонам (SNAP), информация из этого заявления, включая SSN, может быть передана федеральным и государственным агентствам, а также частным агентствам по сбору претензий, чтобы они использовали ее для сбора претензий.

Мы не будем передавать Вашу информацию Службе гражданства и иммиграции США (USCIS); однако, если информация об иммиграционном статусе была представлена в вашем заявлении, эта информация может подлежать проверке через USCIS и может повлиять на право Вашей семьи получать льготы, а также их уровень.

Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, информацию о гражданстве или иммиграционном статусе. подача заявления на получение или получение льгот в виде талонов на продовольствие (SNAP) не делает негражданина официально находящимся на государственном попечении.

Получение или принятие дополнительного дохода (Supplemental Security Income, SSI),



Права и обязанности

денежной помощи TANF, долгосрочного ухода в стационарных учреждениях Medicaid или общей помощи штата может сделать негражданина официально находящимся на государственном попечении, если соблюдены все критерии соответствия. Однако получение этих льгот не делает человека автоматически не допустимым или не имеющим права на изменение статуса на законного постоянного жителя на основании статуса «лица, находящегося на государственном попечении». Быть на «государственном попечении» означает, что Вы являетесь человеком, который, скорее всего, станет «главным образом зависимым» от правительства для поддержания своего образа жизни, что подтверждается либо получением государственной денежной помощи для поддержания дохода, либо помещением в стационар для долгосрочного ухода за счет государства.

Если Вы считаетесь «лицом, находящимся на государственном попечении», Вы не подвергнетесь депортации или Вам не будет отказано в постоянном статусе из-за того, что Вы подали заявление или получили государственную помощь.

- решить, **желаете** ли Вы предоставить информацию о своей **расовой** и этнической принадлежности. Мы собираем данные о расовой и этнической принадлежности, чтобы обеспечить соблюдение федеральных законов о гражданских правах. Предоставляя данные о расе/этнической принадлежности, Вы помогаете нам осуществлять наши программы без какой-либо дискриминации. Ваше домохозяйство не обязано предоставлять нам эту информацию, а также это не будет влиять на Ваше право на получение льгот или их уровень.

Каковы мои обязанности в рамках Программы Продовольственных талонов (SNAP), Программы временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и Программ медицинской помощи (Medicaid)?

В рамках всех программ Вы несете ответственность за:

- предоставление Вашему социальному работнику верных сведений и подтверждение истинности данных, необходимых для получения выплат. Подписание этой формы означает, что Вы даете Вашему работнику право получать информацию от Вашего работодателя, банка, соседа или иных лиц, чтобы мы могли удостовериться в том, что Вы действительно получаете соответствующий размер пособия;
- предоставление правдивой информации в любое время. Если Вы или лицо, подающее заявление на выплаты от Вашего имени, предоставляет неверную информацию, Вы можете потерять право на получение льгот или быть привлечены к уголовной ответственности за предоставление заведомо ложной информации;
- предоставление доказательств того, что Вы или любой член Вашей семьи, подающий заявление на получение пособий, являетесь гражданами США, подданными США или законными иммигрантами. **Примечание:** Ваш социальный работник предоставит вам перечень способов, которыми Вы можете подтвердить свое гражданство или иммигрантский статус, если их невозможно подтвердить в электронных источниках данных. Для Medicaid, если Вы не являетесь гражданином США, подданным США или соответствующим требованиям иммигрантом, Вы можете иметь право на получение экстренной страховки, а от лица, не имеющего квалификационного статуса, не потребуется предоставлять подтверждение статуса.
- сообщение об определенных изменениях в Вашем домохозяйстве. Каждая программа предъявляет различные требования к отчетности. См. раздел «Обязанности» для каждой программы, чтобы узнать, о чем Вам нужно сообщать.



Права и обязанности

Какие дополнительные обязанности я несу в соответствии с положениями программы продовольственных талонов (SNAP)?

Участвуя в программе продовольственных талонов (SNAP), Вы также обязаны:

- сотрудничать с экспертами по контролю качества, когда они звонят или приходят к Вам домой, чтобы опросить Вас по поводу информации, которую Вы предоставили своему кейс-менеджеру. Если Вы не будете сотрудничать с ними, Ваше дело может быть отклонено или закрыто;
- возмещать льготы, которые Вы не должны были получать;
- сообщать, когда Ваш ежемесячный общий семейный доход превысит 130 % от уровня бедности в штате для семей Вашего размера. Если Вы работающий взрослый человек без детей, Вы должны сообщить, если Ваше рабочее время составляет менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Вы должны сообщить об этих изменениях в течение 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение. Вам может быть выдано Уведомление об упрощенных требованиях к отчетности (Notice of Simplified Reporting Requirements), в котором более подробно разъясняется это требование.
- сообщить, если Ваше домохозяйство получит значительный выигрыш в лотерею или азартные игры. Это денежный приз, выигранный за одну игру. Если Вы или член вашего домохозяйства получили выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм), Вы должны сообщить об этом выигрыше в течение 10 дней после окончания месяца, в котором домохозяйство получило выигрыш.

Семьи, получающие продовольственные талоны (SNAP), **НЕ МОГУТ** использовать свои льготы для покупки непродовольственных товаров, таких как пиво, вино, спиртные напитки, сигареты, табак, корм для домашних животных, мыло, бумажные изделия и предметы домашнего обихода.

Домохозяйствам, получающим продовольственные талоны (SNAP), также **ЗАПРЕЩАЕТСЯ** покупать продукты питания в кредит на свои льготы.

Семьи, получающие продовольственные талоны (SNAP), **НЕ МОГУТ** предоставлять ложные сведения или скрывать информацию в целях получения льгот, которые их домохозяйство не должно получать.

Семьи, получающие продовольственные талоны (SNAP), **НЕ МОГУТ** использовать продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT, которые не принадлежат им, и не должны позволять кому-либо использовать свою карту.

Семьи, получающие продовольственные талоны (SNAP), **НЕ МОГУТ** обменивать и продавать продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

Каковы мои права и обязанности при составлении отчета о семейных расходах в соответствии с положениями программы продовольственных талонов (SNAP)?

В рамках программы Продовольственных талонов (SNAP) определенные расходы домохозяйства, такие как расходы на жилье, медицинские счета, расходы на уход за иждивенцами и алименты, выплачиваемые вне дома, могут повлиять на размер получаемых Вами пособий.

Если у Вас есть расходы на отопление или кондиционирование, Вы можете иметь право на получение стандартного пособия на коммунальные услуги.

Если у Вас есть только один расход на коммунальные услуги, и он НЕ ВКЛЮЧАЕТ расходы на отопление или кондиционирование, Вы можете иметь право на получение вычета фактически понесенных расходов.



Права и обязанности

Если у Вас есть только один расход за использование телефона и нет расходов на отопление или кондиционирование, Вы можете иметь право на получение стандартного пособия на телефон. Если Вы хотите, чтобы мы учли эти расходы, Вы несете ответственность за предоставление и достоверность этих сведений. Если Вы не сообщите или не подтвердите фактические расходы на коммунальные услуги, мы не будем использовать их для определения размера Вашего пособия.

Какие наказания предусмотрены в рамках программы продовольственных талонов (SNAP)?

Виды наказаний в рамках программы продовольственных талонов (SNAP) представлены в таблице ниже.

Преднамеренное нарушение условий программы	
<p>Если Вы или член Вашего домохозяйства...</p> <ul style="list-style-type: none"> скрываете информацию или не говорите правду; используете карты EBT, принадлежащие другому лицу; используете продовольственные талоны для покупки алкоголя или табака, обмениваете или продаете продовольственные талоны или карты EBT; 	<p>Вы будете ЛИШЕНЫ ПРАВА НА УЧАСТИЕ в программе</p> <ul style="list-style-type: none"> на 12 месяцев за первое нарушение; на 24 месяца за второе нарушение; навсегда за третье нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> использовали или получали продовольственные талоны в сделке, связанной с продажей контролируемого вещества; 	<ul style="list-style-type: none"> на 24 месяца за первое нарушение; и навсегда за второе нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> использовали или получали продовольственные талоны в сделке, связанной с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ после 8/22/1996г.; 	<ul style="list-style-type: none"> навсегда за первое нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> были осуждены за торговлю пособиями на сумму 500 долларов или более после 8/22/1996 года 	<ul style="list-style-type: none"> навсегда за первое нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> имеете судимость за уголовное преступление в результате поведения, связанного с хранением, употреблением или распространением контролируемых веществ (наркотиков) после 8/22/1996 г.; 	<ul style="list-style-type: none"> до тех пор, пока Вы не начнете соблюдать условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения. до тех пор, пока вы не выполните все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения.
<ul style="list-style-type: none"> были осуждены как совершеннолетний за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и другие виды насилия над детьми, преступления федерального уровня или уровня штата, связанные с сексуальным насилием, или преступления, 	<ul style="list-style-type: none"> до тех пор, пока Вы не начнете соблюдать условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения. до тех пор, пока Вы не выполните все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения.



Права и обязанности

Преднамеренное нарушение условий программы

<p>согласно закону штата признанные Генеральным прокурором в значительной степени схожими с такими преступлениями после 2/7/2014 г.;</p>	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ скрываетесь, чтобы избежать судебного преследования, задержания или заключения за совершение уголовного преступления; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ до тех пор, пока Вы не прекратите скрываться.
<ul style="list-style-type: none"> ▪ нарушаете условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения; 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ до тех пор, пока Вы не перестанете быть нарушителем условного осуждения или условно-досрочного освобождения. .
<ul style="list-style-type: none"> ▪ предоставили ложную информацию о том, где Вы проживаете или о своей личности (о том, кто Вы) для получения нескольких пособий в рамках программы продовольственных талонов в более чем одной области после 8/22/1996 г. 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ на 10 лет.



Права и обязанности

Какие другие права я имею в рамках программы TANF?

В программе TANF Вы имеете право на:

- освобождение от выполнения некоторых правил, если Вы являетесь жертвой домашнего насилия, сексуального домогательства, насильственных действий сексуального характера или навязчивого преследования. Ваш кейс-менеджер расскажет Вам о правилах, которым Вы не обязаны следовать.

Какие другие виды ответственности я несу в рамках программы TANF?

В рамках программы TANF Вы несете ответственность за:

- сотрудничество с государственным и федеральным персоналом, работающим в отделе по предотвращению мошенничества или Управлении следственных служб и проводящим специальные проверки дел. Если вы не будете сотрудничать, Ваше дело может быть отклонено или закрыто.
- возмещение льгот, которые Вы не должны были получать;
- участие в трудовой деятельности, если Вы являетесь родителем или взрослым, включенным в пособие TANF, если Вы не освобождены от участия в трудовой деятельности. Мы будем работать с Вами, чтобы найти наилучшие виды трудовой деятельности, которые помогут Вам стать самостоятельным. Мы можем сократить или прекратить выплату ваших пособий TANF, если Вы не сотрудничаете с нами, и для этого у Вас не имеется веских оснований.
- сообщение о том, что Вы или лицо, получающее пособие TANF, получили или ожидаете получения единовременной денежной суммы. Ваше пособие TANF может прекратиться на один или несколько месяцев, и Вашей семье, возможно, придется жить на единовременную сумму в течение нескольких месяцев.
- сотрудничество с Отделом услуг по выплате алиментов, если Вы получаете льготы в рамках TANF. Вы должны помочь Отделу услуг по выплате алиментов определить, кто является отцом Вашего ребенка/отцами Ваших детей и помочь им получить судебный ордер на выплату алиментов. Если Вы не сотрудничаете с ними без достаточных на то оснований, Ваши пособия в рамках TANF могут быть прекращены;
- уведомление Вашего кейс-менеджера о том, что Вы хотите получить алименты вместо TANF пособий. Когда Вы получаете пособия TANF, Вы можете не получить все алименты на содержание ребенка. Вы можете получить только его часть, называемую «промежуточной» выплатой. Государство удерживает оставшуюся сумму алиментов, чтобы возместить выплаты TANF пособий, которые Вы получаете;
- сообщение сведений об изменениях в семье, касающихся Вас и других членов семьи, в течение 10 дней с момента, когда Вы узнали о них. Пожалуйста, уведомите нас в случае, если кто-либо из членов Вашего домовладения:
 - начинает или прекращает получать любой нетрудовой доход
 - меняет место работы, получает новую работу, увольняется или теряет работу
 - въезжает или выезжает из вашего дома
 - становится родителем или происходит какое-либо другое изменение
 - ребенок бросает школу
 - ребенок отсутствует дома в течение 45 дней подряд или дольше
 - вся семья переезжает в другой округ или штат, или
 - кто-то умирает.



Права и обязанности

Каковы наказания в программе TANF?

В программе TANF существуют наказания:

Если Вы...	Вы лишаетесь выплат по программе TANF...
<ul style="list-style-type: none"> скрываете информацию, не сообщаете об изменениях вовремя или не говорите правду; 	<ul style="list-style-type: none"> на 6 месяцев за первое нарушение; на 12 месяцев за второе нарушение; навсегда за третье нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> скрываете информацию, не сообщаете об изменениях вовремя или не говорите правду и были признаны судом виновным; 	<ul style="list-style-type: none"> на 6 месяцев за первое нарушение; на 12 месяцев за второе нарушение; навсегда за третье нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> предоставляете ложную информацию о месте своего проживания с тем, чтобы получить выплаты более, чем в одном штате и были признаны виновным 1/1/1997 г. или после этой даты 	<ul style="list-style-type: none"> на 10 лет.
<ul style="list-style-type: none"> были осуждены за другие виды насилия со стороны интимного партнёра (IPV) 7/1/1998 г. или после этой даты 	<ul style="list-style-type: none"> на 6 месяцев за первое нарушение; на 12 месяцев за второе нарушение; навсегда за третье нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> Лица, осужденные за IPV за использование средств денежной помощи или транзакции TANF EBT, совершенные в запрещенных местах 6/1/2012 г. или после этой даты. 	<ul style="list-style-type: none"> на 6 месяцев за первое нарушение; на 12 месяцев за второе нарушение; навсегда за третье нарушение.
<ul style="list-style-type: none"> осуждены за тяжкое насильственное преступление или преступление, связанное с хранением, использованием или распространением контролируемого вещества 1/1/1997 или позже . 	<ul style="list-style-type: none"> навсегда
<ul style="list-style-type: none"> скрываетесь, чтобы избежать судебного преследования, задержания или заключения за уголовное преступление 	<ul style="list-style-type: none"> и будете оштрафованы до тех пор, пока не прекратите скрываться, чтобы избежать судебного преследования, задержания или заключения
<ul style="list-style-type: none"> нарушаете условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения 	<ul style="list-style-type: none"> и будете наказаны до тех пор, пока не перестанете быть нарушителем условного осуждения/досрочного освобождения



Права и обязанности

Какие другие права я имею в соответствии с программой Medicaid?

В программе Medicaid вы имеете право на:

- получение Medicaid даже при наличии у Вас другой медицинской страховки;
- выбор врача или учреждения, работающего с Medicaid; Всегда спрашивайте своих врачей, принимают ли они Medicaid в качестве оплаты за свои услуги;
- получение одобрения или отказа в удовлетворении Вашего заявления на получение Medicaid в течение 10, 45 или 60 дней с момента подачи заявления, в зависимости от типа Medicaid;
- освобождение от обязанности уведомления об отсутствующем родителе своего ребенка (своих детей) или о получении медицинской помощи от отсутствующего родителя, если у Вас имеются достаточные основания, такие как домашнее насилие. Побеседуйте с Вашим кейс-менеджером если Вы считаете, что у Вас имеются достаточные основания.

Какие другие виды ответственности я несу в соответствии с программой Medicaid?

Согласно программе Medicaid вы несете ответственность за:

- уведомление своего социального работника, если у Вас или Ваших детей имеются другие медицинские страховки. Если медицинская страховка меняется или заканчивается, Вы должны сообщить об этом своему работнику в течение 10 дней. Сведения о медицинской страховке отправляются в Департамент Общественного Здравоохранения. В большинстве случаев Ваши медицинские расходы оплачиваются сначала Вашей другой медицинской страховкой. Вы должны сообщить своему врачу или поставщику медицинских услуг, что у Вас имеется другая страховка, для того чтобы они могли выставить счет другим медицинским страховщикам, прежде чем будет выставлен счет в системе Medicaid;
- сотрудничество с программой Medicaid Estate Recovery (программа, в рамках которой агентство Medicaid штата добивается возмещения всех расходов на долгосрочный уход, которые оно оплатило для бенефициара Medicaid), если Вы:
 - житель дома престарелых
 - резидент в учреждении промежуточного ухода для лиц с нарушениями интеллекта
 - резидент в другом медицинском учреждении, где медицинское обслуживание оплачивается Medicaid
- сотрудничаете с Medicaid Estate Recovery Program, если Вам 55 лет или больше и:
 - получаете обслуживание на дому и от общественных учреждений по месту жительства;
 - состоите на учете и получаете услуги по программе waiver (программа исключения, позволяющая штату отказаться от некоторых требований, чтобы удовлетворить потребности людей).
- Я согласен/ согласна передать штату все права на медицинскую поддержку и на оплату медицинского обслуживания, осуществляемого любой третьей стороной (больничные и медицинские льготы); Я согласен/согласна сотрудничать со штатом в выявлении и предоставлении информации, чтобы помочь штату в привлечении к ответственности любой третьей стороны, которая может быть обязана оплатить уход и услуги. Я понимаю, что должен/должна сообщить о любых платежах, полученных за медицинское обслуживание, в течение десяти дней. (Если Вы заполняете эту форму от имени другого лица и не имеете полномочий оформить переуступку прав за это лицо, ему необходимо будет оформить переуступку прав, описанных выше в качестве условия его/её права на получение Medicaid);
- сообщения об изменениях, касающихся Вас и других лиц, участвующих в вашем деле Medicaid. Пожалуйста, уведомите нас:



Права и обязанности

- если Вы или другие члены семьи поменяли место жительства;
- если Вы или другие члены семьи поменяли место работы, получили новую работу, уволились или попали под сокращение;
- если у Вас или других членов семьи изменились доходы или источники доходов;
- если член семьи переезжает в Ваш дом или покидает его;
- если Вы или другой член семьи унаследовал или получил деньги или собственность из любого источника;
- если кто-либо в Вашей семье умер или сочетался браком;
- если произошли любые другие изменения.
- сообщить своему менеджеру об окончании беременности. Окончанием беременности считается рождение ребенка, выкидыш или аборт. Вы должны сообщить об окончании беременности в течение 10 дней;
- Я согласен/согласна предоставить штату право потребовать от отсутствующего родителя предоставить медицинскую страховку, если таковая имеется. Я понимаю, что должен/должна получать медицинскую поддержку от отсутствующего родителя, если это возможно, и должен/должна сотрудничать с Отделом услуг по выплате алиментов в получении этой поддержки. Если я не буду сотрудничать, я понимаю, что могу потерять свои льготы по программе Medicaid, и льготы будут получать только мои дети, если не будут установлены уважительные причины.
- сотрудничать с отделом по контролю за соответствием требованиям Medicaid, когда они звонят или приходят к Вам домой, чтобы опросить Вас по поводу информации, которую Вы предоставили своему кейс-менеджеру.

Совершение мошеннических действий или злоупотреблений является противозаконным. Вас могут направить в Отдел по обеспечению целостности программ Medicaid и PeachCare for Kids®. Нарушители могут быть ограничены использованием услуг только одного поставщика, исключены из программы или их могут попросить возместить стоимость медицинских услуг, предоставленных Департаментом общественного здравоохранения.

Мошенничество определяется как обманное действие, совершенное с определенной целью. Злоупотребление определяется как незаконное использование своих прав и возможностей.

Примерами мошенничества и злоупотреблений со стороны участников являются:

- разрешение кому-то еще пользоваться вашими льготами Medicaid, PeachCare for Kids® или картой медицинского страхования СМО;
- получение рецептурных лекарств с целью злоупотребления или торговли наркотиками;
- использование поддельных документов для получения услуг;
- ненадлежащее использование или злоупотребление оборудованием, предоставленным Medicaid или PeachCare for Kids®;
- Предоставление неверной информации или разрешение другим лицам сделать это для получения права на участие в программе Medicaid или PeachCare for Kids®
- Непредставление информации об изменениях, произошедших в доходах, условиях жизни или ресурсах.

Чтобы сообщить о возможных случаях мошенничества и злоупотребления Medicaid в отношении получателей или поставщиков, позвоните в офис главного инспектора Управления общественного здравоохранения штата Джорджия по телефону (местная линия) (404) 463-7590 или (бесплатная линия) (800) 533-0686; отправьте письмо на электронную почту iganonymous@dch.ga.gov; отправьте обычной почтой по адресу Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; или посетите <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



Права и обязанности

Страница для подписей

Я получил копию формы 297А, Права и Обязанности для получения пособий.

Я подтверждаю, под страхом наказания за лжесвидетельство, что вся предоставленная информация и все, что я сказал(-а), является полной правдой, насколько мне известно.

Подпись

Дата

Уполномоченный представитель/свидетель/ответственное лицо

Дата



Права и обязанности

Департамент социальных служб Джорджии Отдел служб по делам семьи и детей
Уведомление о требовании сотрудничать и праве требовать уважительной причины отказа сотрудничать в рамках требований о предоставлении услуг по содержанию ребенка и ответственности перед третьими сторонами

Преимущества услуг по выплате алиментов

Ваша помощь в процессе предоставления услуг по выплате алиментов может быть полезной для Вас и Вашего ребенка, поскольку она может привести к:

- определению места пребывания отсутствующего родителя;
- юридическому установлению отцовства Вашего ребенка;
- получению алиментов, которые могут принести Вам больше денег, чем если бы вы получали временную помощь нуждающимся семьям (TANF);
- приобретению частной медицинской страховки через отсутствующего родителя;
- получению прав на будущее социальное обеспечение, ветеранские или другие государственные льготы.

Сотрудничество с DFCS и DCSS

Закон требует, чтобы Вы помогли Отделу по делам семьи и детей (DFCS) и Отделу услуг по выплате алиментов (DCSS) получать любую помощь, причитающуюся вам и детям, для которых запрашивается TANF, за исключением случаев, когда у Вас есть достаточные основания не помогать.

Чтобы помочь DFCS или DCSS, Вы должны выполнить одно или несколько из следующих действий:

- назовите отсутствующего родителя (родителей) любого ребенка, для которого Вы запрашиваете TANF или Medicaid;
- предоставьте информацию, которая поможет найти отсутствующего родителя (родителей);
- помогите определить, кто является законным отцом, если Ваш ребенок родился вне брака;
- согласитесь сдать анализ крови, если человек, которого Вы называете отцом, отрицает отцовство;
- помогите штату получить деньги, причитающиеся Вам и (или) ребенку, получающему TANF;
- предоставьте информацию о медицинской страховке, которую отсутствующий родитель имеет на вашего ребенка.

Вы должны прийти в отделение DFCS, DCSS или в суд, чтобы подписать документы или предоставить необходимую информацию.

Достаточные основания

У Вас могут быть достаточные основания не хотеть помогать DCSS получать алименты или медицинскую страховку для Вашего ребенка. Возможно, Вам не придется помогать, если Вы считаете, что помощь не отвечает интересам Вашего ребенка, и если Вы можете это доказать. Если вы хотите заявить о достаточных основаниях, вы должны сообщить об этом своему социальному работнику. Вы можете сделать это в любое время.

Если вы не помогаете и у вас нет достаточных оснований

- Вы не имеете права на получение TANF для себя и своего ребенка.
- Ваш ребенок может по-прежнему иметь право на участие в программе Medicaid.

Причины для достаточных оснований

Вы можете заявить о достаточных основаниях по следующим причинам:

- Ваша помощь может нанести серьезный физический или эмоциональный вред Вашему ребенку или Вам;
- ребенок родился в результате изнасилования или инцеста;
- ведутся судебные разбирательства по усыновлению ребенка;
- агентство помогает Вам решить, отдавать ли ребенка на усыновление.

Чтобы доказать достаточные основания, Вы должны

- предоставить DFCS информацию, необходимую для принятия решения о том, есть ли у Вас уважительная причина не помогать. Если Вы опасаетесь причинения физического вреда и не можете получить доказательства, DFCS все же может определить уважительную причину.
- предоставить доказательства в DFCS в течение 20 дней с момента заявления об уважительной причине. DFCS предоставит Вам больше времени, только если у Вас возникнут проблемы с получением доказательств.

DFCS может освободить Вас от оказания помощи на основании предоставленной Вами информации. Или же DFCS может попросить Вас предоставить дополнительную информацию. DFCS не будет связываться с отсутствующим родителем, не сообщив Вам об этом.



Права и обязанности

ПРИМЕЧАНИЕ: Если вы подаете заявление на участие в программе TANF, Ваше заявление не будет одобрено до тех пор, пока Вы не предоставите DFCS доказательство обоснованности Вашего заявления о достаточных основаниях или информацию, необходимую DFCS для расследования Вашего заявления.

ПРИМЕРЫ ДОКАЗАТЕЛЬСТВА ДОСТАТОЧНЫХ ОСНОВАНИЙ

- свидетельство о рождении, медицинские справки или справки от правоохранительных органов, свидетельствующие о том, что ребенок родился в результате изнасилования или инцеста;
- судебные или другие юридические документы, свидетельствующие о начале процедуры усыновления;
- судебные, медицинские, уголовные выписки, протоколы от службы защиты детей, социальных служб, психологические или правоохранительные выписки, свидетельствующие о том, что отсутствующий родитель может причинить вред Вам или ребенку;
- медицинские документы или письменные показания специалиста по психическому здоровью, отражающие историю и текущее состояние Вашего эмоционального здоровья и/или эмоционального здоровья ребенка;
- письменное заявление от государственного или частного агентства, подтверждающее, что Вам помогают решить, отдавать ли Вашего ребенка на усыновление;
- заявления под присягой друзей, соседей, священнослужителей, социальных работников или медицинских работников, которые знают, почему у Вас есть достаточные основания.

Если Вам нужна помощь в получении каких-либо документов, обратитесь к своему социальному работнику.

Правила получения алиментов

Если вы получаете TANF, вы по закону передаете штату Джорджия все имеющиеся у Вас права на получение алиментов на ребенка. После принятия решения суда отсутствующий родитель должен будет выплачивать алименты через DCSS. После вынесения судебного решения Вы должны будете сообщать о любых деньгах, которые Вы получаете непосредственно от отсутствующего родителя. Вы также должны помочь установить отцовство в отношении Вашего ребенка и сотрудничать с DCSS в составлении распоряжения о взыскании алиментов. Если Вы не сотрудничаете и у Вас нет достаточных оснований, Вы можете не иметь права на участие в программе TANF.

Если Вы получаете TANF, а отсутствующий родитель платит алименты через DCSS, Вы, вероятно, НЕ получите полную сумму алиментов. Вместо этого Вы можете получить "промежуточную" выплату. Все алименты, выплачиваемые отсутствующим родителем, которые превышают сумму "пробела", удерживаются DCSS и используются для возврата средств TANF, которые Вы получили. **Ваш менеджер по ведению дел TANF может объяснить вам составление бюджета "пробелов" и порядок выплат.**

Если Ваш случай TANF закрыт, выплаты на содержание ребенка будут направлены Вам в пределах суммы текущего ежемесячного обязательства отсутствующего родителя. Любая сумма алиментов, выплаченная сверх текущего обязательства, будет удержана штатом для погашения прошлых пособий в рамках TANF, полученных Вами. Как только прошлые гранты TANF будут погашены, Вам будут высланы все алименты, выплачиваемые отсутствующим родителем.

Если Ваше дело в программе TANF будет закрыто, а *затем открыто снова*, все причитающиеся Вам выплаты по алиментам будут переданы штату в пределах суммы всех денег в рамках TANF, которые Вы когда-либо получали. Когда сумма невозмещенной государственной помощи (UPA) будет погашена, Вы начнете получать все причитающиеся вам выплаты.

Если Вы получаете алименты, на которые Вы не имеете права, Вам, возможно, придется вернуть их государству. Государство уведомит Вас о сумме переплаты и сроках ее погашения. DCSS может пересмотреть решение DFCS по достаточным основаниям в Вашем случае. Если Вы запросите слушание по поводу решения, DCSS может принять участие в слушании.

Если у Вас есть достаточные основания не помогать, DCSS не будет пытаться установить отцовство или взыскать алименты.

Я ознакомился/ознакомилась с этим уведомлением о моих правах заявлять о достаточных основаниях и не помогать в установлении отцовства или взыскании алиментов с отсутствующего родителя.



Права и обязанности

Домашнее насилие может случиться с КАЖДЫМ ИЗ НАС.

- ❖ Домашнее насилие происходит на всех социальных и экономических уровнях, независимо от занятости или образования, расы или этнического происхождения, религии, семейного положения, физических возможностей, возраста или сексуальной ориентации.
- ❖ Ежегодно правоохранительные органы штата Джорджия регистрируют более 50 000 обращений о случаях домашнего насилия.
- ❖ Более 50 процентов всех женщин в какой-то период своей жизни подвергаются избиениям со стороны интимных партнеров.
- ❖ Каждые 9 секунд в этой стране женщина подвергается физическому насилию, а это примерно от 2 до 4 миллионов женщин в год.
- ❖ Избиение является основной причиной травм женщин в США, больше, чем изнасилование, ограбление или автомобильные аварии вместе взятые.
- ❖ По всей стране 50 процентов всех бездомных женщин и детей оказываются на улице из-за насилия в семье.
- ❖ От 15 до 25 процентов беременных женщин подвергаются побоям.
- ❖ По оценкам Федерального бюро расследований (ФБР), жертвы сообщают только об 1 из 10 случаев домашнего насилия.
- ❖ Каждый день в США 4 женщины погибают от рук своего сексуального партнера.

ДЛЯ ПОЛУЧЕНИЯ ДОПОЛНИТЕЛЬНОЙ ИНФОРМАЦИИ

Бесплатные конфиденциальные услуги можно получить в приютах для жертв домашнего насилия и в программах, поддерживаемых Департаментом социального обеспечения.

КРУГЛОСУТОЧНАЯ ПОМОЩЬ ПО ТЕЛЕФОНУ (800) 334-2836

Позвоните по этому бесплатному номеру, чтобы поговорить с сотрудником вашего местного приюта для жертв домашнего насилия. Вы можете позвонить из любой точки штата, чтобы найти безопасное место для проживания Вас и Ваших детей и получить другие ресурсы для оказания Вам помощи.

Что такое домашнее насилие, сексуальные домогательства, насильственные действия сексуального характера или навязчивое преследование?

- ❖ **Домашнее насилие** может включать в себя удары, пинки, избиение, изнасилование, удушение, угрозы, контроль или лишение Вас Вашим супругом, парнем, партнером или "бывшим" возможности получить то, что Вам необходимо для жизни (например, еду, лекарства или жилье).
- ❖ **Сексуальное домогательство** — это враждебное, запугивающее или угнетающее поведение на сексуальной почве, создающее оскорбительную рабочую атмосферу.
- ❖ **Насильственные действия сексуального характера** — это сексуальный акт без согласия, запрещенный федеральным, племенным или государственным законодательством, в том числе, когда жертва не способна дать согласие.
- ❖ **Навязчивое преследование** — это действие или преступление, заключающееся в преднамеренном и неоднократном преследовании или домогательстве к другому лицу при обстоятельствах, которые могут вызвать у разумного человека опасения причинения вреда или смерти, особенно из-за явных или подразумеваемых угроз.

Ваш местный Отдел по делам семьи и детей хочет помочь Вам и Вашим детям оставаться в безопасности.

Если что-либо из перечисленного происходит с Вами, обратитесь к своему социальному работнику.

- Ваш супруг, партнер, парень или "бывший" когда-нибудь бил или давал Вам пощечины?
- Угрожал ли этот человек когда-либо причинить Вам вред?
- Угрожал ли этот человек забрать Ваших детей?
- Этот человек оскорбляет Вас или ведет себя ревниво?
- Бывает ли у вас ощущение, что этот человек управляет Вашей жизнью, отдаляет Вас от семьи и друзей, мешает Вам ходить на работу или в школу?
- Следит ли этот человек за тем, что Вы делаете, куда ходите или с кем разговариваете по телефону?
- Уничтожает ли этот человек вещи, которые Вам принадлежат или дороги?
- Вы боитесь этого человека?
- Вам небезопасно идти домой?

Если вы ответили «ДА» на любой из вопросов, возможно, пришло время подумать о безопасности для себя и своих детей. Домашнее насилие и TANF

- Некоторые требования Временной помощи нуждающимся семьям (TANF) могут к Вам не относиться.
- Вы можете **в любое время** сообщить сотруднику DFCS, что Ваш партнер применяет насилие по отношению к Вам.
- DFCS направит Вас к кому-нибудь, с кем вы сможете поговорить о своей ситуации.
- DFCS поможет Вам с помощью, безопасным местом для проживания для Вас и Ваших детей, медицинской и психиатрической помощью, лечением зависимости и специальной помощью для жертв преступлений и домашнего насилия.
- DFCS не будет делиться информацией с кем-либо за пределами агентства без Вашего ведома.
- Сообщите в DFCS, когда Вы больше не находитесь в опасной ситуации.



Права и обязанности

Уведомление о правах ADA (Закон об американцах с ограниченными возможностями) /раздел 504

Помощь для людей с ограниченными возможностями

Согласно федеральному закону, Департамент социальной защиты и Департамент общественного здравоохранения штата Джорджия («Департаменты») обязаны предоставлять лицам с ограниченными возможностями равные права на участие и соответствие программам Департаментов, услугам или мероприятиям. В число этих программ входят такие программы как SNAP, TANF и программа медицинской поддержки.

Департаменты обеспечивают разумные модификации в случаях, когда модификации необходимы для избежания дискриминации лиц с ограниченными возможностями. Например, мы можем изменить протоколы, практики или процедуры для обеспечения предоставления равного доступа. С целью обеспечения равной степени эффективной коммуникации мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или сопровождающим их лицам услуги коммуникационной помощи, такие как услуги переводчиков языка жестов. Наша помощь предоставляется бесплатно. Департаменты не обязаны вносить какие-либо изменения, которые приведут к фундаментальному изменению характера услуги, программы или деятельности или к чрезмерной финансовой и административной нагрузке.

Как запросить разумные модификации или коммуникационную помощь

Пожалуйста, свяжитесь с сотрудником, занимающимся Вашим делом, если у Вас имеются ограниченные возможности и вы нуждаетесь в разумных модификациях, помощи в общении или дополнительной помощи. Например, позвоните, если Вам нужна помощь или услуга для эффективного общения, например, сурдопереводчик (переводчик языка жестов) Вы можете обратиться к своему социальному работнику или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в группу DCH Кейти Бекетт (KB) по телефону (678) 248-7449, чтобы сделать запрос. Вы также можете сделать запрос, используя форму заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций (Reasonable Modification Request Form), которая доступна в местном департаменте DFCS или онлайн по ссылке <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, также вы можете получить бланк заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций в офисе DCH KB Team или онлайн <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefraktie-beckett>, но использование этой формы не обязательно.

Как подать жалобу

У Вас есть право подать жалобу на дискриминацию в Вашем отношении со стороны Департаментов в связи с Вашими ограниченными возможностями. Например, Вы можете подать жалобу о дискриминации в случае отклонения или несвоевременного ответа на запрос разумных модификаций или услуг переводчика языка жестов. Вы можете подать жалобу в устном или в письменном виде, связавшись с вашим социальным работником, местным офисом DFCS, или с координатором DFCS по гражданским правам, ADA/Разделу 504 по адресу 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Для DCH, свяжитесь с координатором KB TEAM ADA/Разделу 504 по адресу 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, или PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Электронная почта DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Вы можете запросить у своего работника копию бланка жалобы DFCS (ADA/Раздел 504) о нарушении гражданских прав. Форма жалобы также доступна на сайте <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Если Вам нужна помощь в составлении жалобы на дискриминацию, Вы можете обратиться к сотрудникам DFCS, перечисленным выше. Глухие или слабослышащие лица, а также лица с нарушениями речи могут позвонить по номеру 711, чтобы оператор связался с нами. Электронная почта для жалоб по гражданским правам в DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. Ссылку на процесс и форму жалобы по гражданским правам в DCH можно найти по адресу: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Вы также можете подать жалобу о дискриминации в соответствующее федеральное агентство. Контактная информация Министерства сельского хозяйства США (USDA) и Министерства здравоохранения и социальной защиты (HHS) находится в прилагающемся «Совместном заявлении о недискриминации USDA-HHS» («USDA-HHS Joint Nondiscrimination Statement»).

**Раздел 504 Закона о реабилитации 1973 года; Закон об американцах с ограниченными возможностями 1990 года; и Закон о поправках к Закону об американцах с ограниченными возможностями 2008 года обеспечивают лиц с ограниченными возможностями защитой от незаконной дискриминации.*

Согласно политике **Департамента общественного здравоохранения (DCH)**, программы медицинской помощи не могут отказать Вам в праве на получение права или льгот на основании Вашей расы, возраста, пола, инвалидности, национального происхождения или религии.



Права и обязанности

Не отправляйте заявления USDA или HHS

Положение о недискриминации

В соответствии с федеральными законами о гражданских правах и положениями и политикой в области гражданских прав Министерства сельского хозяйства США (USDA) USDA, его агентствам, офисам и сотрудникам, а также учреждениям, участвующим в программах USDA или управляющим ими, запрещается дискриминация по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, пола (включая гендерную идентичность и сексуальную ориентацию), религиозного вероисповедания, инвалидности, возраста, политических убеждений, а также запрещаются репрессии или преследования за предыдущую деятельность в области гражданских прав в рамках любой программы или деятельности, осуществляемой или финансируемой USDA. В рамках программ, получающих федеральную финансовую помощь от Департамента здравоохранения и социальных служб (HHS) США, таких как программ временной помощи нуждающимся семьям (TANF) и программ, которыми непосредственно управляет HHS, также запрещается дискриминация в соответствии с федеральными законами о гражданских правах и правилами HHS.

Лица с ограниченными возможностями, которым требуются альтернативные средства коммуникации для получения информации о программе (например, шрифт Брайля, крупный шрифт, аудиозапись, американский язык жестов), должны обратиться в агентство (штата или местное), где они подавали заявление на получение пособий. Лица, являющиеся глухими, слабослышащими или страдающие нарушениями речи могут связаться с Министерством сельского хозяйства США через Федеральную службу ретрансляции по телефону (800) 877-8339. Кроме того, информация о программе может быть доступна также на других языках, а не только на английском.

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как Программа дополнительной помощи в питании (SNAP), Программа распределения продовольствия в индейских резервациях (FDPIR) и другие. Для подачи жалобы о дискриминации по программе заполните форму жалобы о дискриминации по программе (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf, а также в любом офисе USDA или написать письмо на имя USDA и предоставить в письме всю информацию, запрашиваемую в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете отправить заполненную форму или письмо в USDA

1. **по почте:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; или
2. **по факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **по телефону:** (833) 620-1071; или
4. **по электронной почте:** FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

За любой другой информацией по вопросам SNAP следует обращаться на горячую линию USDA SNAP по номеру (800) 221-5689, которая также работает на испанском языке, или звонить по номерам [информационных/горячих линий штатов](#) (нажмите на ссылку для получения списка номеров горячих линий по штатам); их можно найти в Интернете по адресу: [SNAP горячая линия](#).

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS

HHS предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ, направленных на укрепление здоровья и благополучия, включая TANF, Head Start, Программу помощи по энергоснабжению домов с низким доходом (LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальную ориентацию и гендерную идентичность) или религии в рамках программ или мероприятий, которыми непосредственно управляет HHS или которым HHS предоставляет федеральную финансовую помощь, Вы можете подать жалобу в Управление по гражданским правам (OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: 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; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем Вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD (текстофон) 1-800-537-7697. Глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям предлагается набрать номер 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам телекоммуникационной ретрансляции. Мы



Отдел по делам
семьи и детей



Права и обязанности

также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

При Департаменте социальных служб (DHS) Вы также можете подать другие жалобы о дискриминации, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам и ADA/раздел 504 DFCS по адресу: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Для подачи жалоб о дискриминации на основании ограниченного владения английским языком обращайтесь в Программу DHS по вопросам ограниченного владения английским языком и сенсорных нарушений по адресу: 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303 или позвоните по телефону (877) 423-4746.

Не отправляйте заявления USDA или HHS