Отдел по делам семьи и детей

Права и обязанности

Добро пожаловать в Отдел обслуживания семьи и детей 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 являетесь глухим, слабослышащим, слепоглухим или имеете трудности с речью, вы можете позвонить нам по указанному выше номеру, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия).

Услуги по работе с населением
Для получения дополнительную информации о других услугах DHS посетите наш веб-сайт http://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 помощи по программам Food Assistance, Cash Assistance и Medical Assistance. Пожалуйста, ознакомьтесь с правами и обязанностями по программам, на которые вы подаете заявку, и поставьте подпись на последней странице. Если вы подаете заявление за другого человека, эти права и обязанности распространяются и на него.

Департамент социального обеспечения штата Джорджия (Department of Human Services, DHS) собирает информацию, позволяющую установить личность (Personally Identifiable Information, 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 программах SNAP, TANF и медицинской помощи?

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.

- **обратиться с просьбой о проведении справедливого слушания в письменном виде или лично.** Вы имеете право быть представленным членом семьи, адвокатом, родственником, другом или другим доверенным лицом.
  Если вы не удовлетворены действиями, которые мы предприняли по вашему делу, вы можете подать запрос на слушание, обратившись в окружной офис, где вы подавали заявление на получение пособий, позвонив по телефону (877) 423-4746 или загрузив письменный запрос по адресу www.gateway.ga.gov.

- **просмотреть некоторые материалы и информацию, содержащиеся в вашем деле.** Однако вы не сможете увидеть всю информацию, содержащуюся в материалах дела, например имена людей, которые предоставили нам информацию о вас или членах вашего семейства, или информацию о любых уголовных преследованиях, в которых были задействованы вы или кто-то из членов вашего семейства.

- **решить, желаете ли вы предоставить номер социального страхования (SSN), 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 года, 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 имеет право запрашивать SSN вас и членов вашей семьи.

Лица, обращающиеся за государственной помощью, должны предоставить или подать заявление на получение SSN, и/или подтвердить свое гражданство или иммиграционный статус, если мы не можем проверить их через электронные источники данных. Некоторые иммигранты имеют право на государственную помощь, 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 (Emergency Medical Assistance, EMA). Если у вас или у кого-то из членов вашей семьи нет номера социального страхования (SSN), мы можем помочь вам подать заявление на его получение.

Подача заявления на получение SSN не приведет к задержке решения по вашему заявлению на получение пособий. Если вы подаете заявление только на получение экстренной 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 обращающееся за государственной помощью и не предоставляющее SSN, гражданство или статус иммигранта, может быть определено как лицо, не подающее заявление. Лицо, не подающее заявление, не обязано предоставлять SSN, гражданство или статус иммигранта, но оно должно предоставить другую информацию, которая может повлиять на правомочность других членов семьи, подающих заявление, например, о доходах или ресурсах.

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

Только те лица, которые предоставят нам информацию о своем SSN, гражданстве или иммиграционном статусе, будут иметь право на получение пособий. Мы будем использовать эту информацию для проверки в Системе проверки доходов и соответствия требованиям (Income and Eligibility Verification System, IEVS). Мы также сопоставим вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств, чтобы проверить ваш доход и право на участие в программе, информацию о заработной плате и трудовой деятельности. Данная информация также может быть передана сотрудникам правоохранительных органов для использования при поимке лиц, скрывающихся от закона. Если ваше домохозяйство имеет претензии по программе SNAP, информация из этого заявления, включая SSN, может быть передана федеральным агентствам и агентствам штата, а также частным агентствам по сбору претензий, чтобы они могли использовать ее для рассмотрения претензий.

Мы не передаем вашу информацию в Службу гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS); однако если в вашем заявлении была указана информация об иммиграционном статусе, эта информация может подлежать проверке USCIS и может повлиять на право вашей семьи на получение пособия и его размер.

Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, гражданство или иммиграционный статус. Обращение за **пособием SNAP** или его получение **не делает** негражданина подопечным государства.

Получение или принятие дополнительного дохода **(Supplemental Security Income, SSI)**, **денежной помощи по программе TANF**, программы Medicaid **по уходу за пожилыми людьми в стационарных учреждениях или государственной помощи общего характера может сделать** негражданина подопечным государства, если соблюдены все критерии приемлемости. Однако получение этих льгот не делает человека автоматически неприемлемым или не

имеющим права на изменение статуса на законного постоянного жителя на основании статуса «лица, находящегося на государственном попечении». «Государственное попечение» означает, что вы являетесь человеком, который, скорее всего, станет «главным образом зависимым» от государства 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 обеспечении, вас не депортируют и не откажут в предоставлении постоянного статуса из-за того, что вы подавали заявление на получение государственной помощи или получали ее.

- **Решите, хотите 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. Предоставив эту информацию, вы поможете нам в осуществлении наших программ на недискриминационной основе. 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 программах SNAP, TANF и Medical Assistance?

В рамках всех программ вы несете ответственность за:

- предоставление работнику правильной информации и подтверждение заявлений, необходимых для получения пособий. Подписывая эту форму, вы даете сотруднику разрешение на получение информации от вашего работодателя, банка, соседей или других лиц, чтобы мы могли убедиться, что вы получаете правильную сумму пособий;
- правдивость всей предоставленной информации. Если вы или тот, кто подает заявление, предоставите неверную информацию, вы можете потерять свои льготы или подвергнуться уголовному преследованию 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 список способов, которыми вы можете подтвердить свое гражданство или иммиграционный статус, если они не могут проверить его через электронные источники данных. Для Medicaid, если вы не являетесь гражданином США, подданными США или соответствующим требованиям иммигрантом, вы можете иметь право на получение экстренной страховки; при этом 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, что вам нужно сообщить.

Какие еще обязанности у меня есть в SNAP?

В SNAP вы также несете ответственность за:

- сотрудничество со специалистами 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.

- возмещение льгот, которые вы не должны были получать;

- сообщать, когда ваш ежемесячный общий семейный доход превысит 130% от уровня бедности в штате для семей вашего размера. Вы должны сообщить об изменении дохода не позднее чем

через 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение;

- отчетность, когда ваше рабочее время становится меньше 20 часов в неделю или 80 часов в месяц, если вы работающий взрослый человек без детей. Вы должны сообщить об этих изменениях не позднее чем через10 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 вашей семьи получили выигрыш в лотерею или азартные игры на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм), вы должны сообщить об этом выигрыше не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором семья получила этот выигрыш.

Домохозяйства, пользующиеся программой SNAP, **НЕ МОГУТ** использовать свои пособия для покупки непродовольственных товаров, таких как пиво, вино, ликер, сигареты, табак, корма для домашних животных, мыло, бумажная продукция и хозяйственные товары.

Домохозяйствам, получающим SNAP, также **НЕ** разрешается приобретать продукты в кредит за счет своих пособий.

Домохозяйства, живущие по программе SNAP , **НЕ МОГУТ** давать ложные сведения или скрывать информацию, чтобы получить льготы, которые их домохозяйство не должно получать.

Домохозяйства, живущие по программе SNAP, **НЕ МОГУТ** использовать чужие карты SNAP или EBT и не должны позволять кому-либо пользоваться своей картой.

Домохозяйства, пользующиеся программой SNAP, **НЕ МОГУТ** обменивать или продавать карты SNAP или EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

Каковы мои права и обязанности при отчете о расходах на ведение домашнего хозяйства в SNAP?

В SNAP на размер получаемых вами пособий могут повлиять определенные расходы домохозяйства, такие как расходы на жилье, медицинские счета, расходы на содержание иждивенцев и алименты, выплачиваемые вне дома.

Если у вас есть расходы на отопление или кондиционирование, вы можете иметь право на получение стандартного пособия на оплату коммунальных услуг.

Если у вас есть только один расход на коммунальные услуги, и он НЕ относится к расходам на отопление или кондиционирование, вы можете получить право на вычет за фактически понесенные расходы.

Если у вас есть только один расход на телефон и нет расходов на отопление или кондиционирование, вы можете получить стандартное пособие на телефон. Если вы хотите, чтобы мы учли эти расходы, вы обязаны сообщить о них и подтвердить их. Если вы не сообщите или не подтвердите фактические расходы на коммунальные услуги, мы не будем использовать их для определения размера вашего пособия.

Какие штрафы предусмотрены в SNAP?

Права и обязанности

Штрафы SNAP приведены в таблице ниже.

Преднамеренное нарушение условий программы	
Если вы или член вашего домохозяйства...	Вы будете ЛИШЕНЫ ПРАВА НА УЧАСТИЕ в программе
▪ скрываете информацию или не говорит правду; ▪ используете карты EBT, принадлежащие другому лицу; ▪ используете пособия SNAP для покупки алкоголя или табака, обмениваете или продаете пособия SNAP или карты EBT;	▪ на 1**2 месяцев** за первое нарушение; ▪ **24 месяца** за второе нарушение; ▪ **навсегда** за третье нарушение.
▪ использовали или получали продовольственные талоны SNAP в сделке, связанной с продажей контролируемого вещества;	▪ на **24 месяца** за первое нарушение; и ▪ **навсегда** за второе нарушение.
▪ использовали или получали продовольственные талоны в сделке, связанной с продажей огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ после 22.8.1996 г.;	▪ **навсегда** за первое нарушение.
▪ были осуждены за торговлю пособиями на сумму 500 долларов США или более после 22.8.1996 г.;	▪ **навсегда** за первое нарушение.
▪ имеете судимость за уголовное преступление в результате поведения, связанного с хранением, употреблением или распространением контролируемых веществ (наркотиков) после 22.8.1996 г.;	▪ 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.
▪ 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, согласно закону штата признанные Генеральным прокурором в значительной степени схожими с такими преступлениями после 7.2.2014 года;	▪ 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.
▪ бежите, чтобы избежать преследования, задержания или заключения в тюрьму за совершение преступления	▪ до тех пор, пока вы не прекратите скрываться.
▪ нарушаете условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения;	▪ до тех пор, пока вы не перестанете быть нарушителем условного осуждения или условно-досрочного освобождения.

Права и обязанности

▪ 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 одном месте после 22.8.1996 г.	▪ 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 персоналом штата и федеральных служб, работающим в отделе по предотвращению мошенничества или в 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 самодостаточным. Мы вправе сократить или прекратить выплату ваших пособий TANF, если вы не будете сотрудничать с нами, и на то не будет веской причины.

- 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, сообщите нам о любых изменениях, произошедших с вами и вашим домохозяйством, включая, но не ограничиваясь следующим:

    - если вы или другой член домохозяйства начинаете или прекращаете получать какой-либо не заработанный доход
    - если вы или другой член домохозяйства меняете работу, устраиваетесь на новую работу, увольняетесь с работы или получаете увольнение

- если вы или другой член семьи въезжаете или выезжаете из вашего дома
- если ребенок бросает школу
- если ребенок отсутствует дома в течение 45 дней подряд или дольше
- если вся семья переезжает в другой округ или штат, или кто-то из членов семьи умирает

- Сообщите своему менеджеру по работе с пациентами, если ваша беременность закончилась или изменилась в результате рождения ребенка; выкидыша одного или нескольких плодов; или аборта. Вы должны сообщить в течении 10 дней о любых изменениях относительно вашей беременности.

Каковы наказания в программе TANF?

В программе TANF существуют наказания:

Если вы...	Вы лишаетесь выплат по программе TANF...
• скрываете информацию, не сообщаете об изменениях вовремя или не говорите правду	• на 6 месяцев за первое нарушение • на 12 месяцев за второе нарушение; • навсегда за третье нарушение;
• скрываете информацию, не сообщаете вовремя об изменениях или говорите неправду и признаетесь виновными в судебном порядке	• на 6 месяцев за первое нарушение • на 12 месяцев за второе нарушение; • навсегда за третье нарушение;
• 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	• в течение 10 лет;
• были осуждены за другие виды насилия со стороны интимного партнера (Intimate Partner Violence, IPV) 1.7.1998 г. или после этой даты	• на 6 месяцев за первое нарушение • на 12 месяцев за второе нарушение; • навсегда за третье нарушение;
• Лица, осужденные за IPV за использование средств денежной помощи или транзакции TANF EBT, совершенные в запрещенных местах 1.6.2012 г. или после этой даты	• на 6 месяцев за первое нарушение • на 12 месяцев за второе нарушение; • навсегда за третье нарушение;
• были осуждены за тяжкое насильственное преступление или преступление, связанное с хранением, использованием или распространением контролируемого вещества 1.1.1997 или позже	• навсегда;
• скрываетесь, чтобы избежать судебного преследования, задержания или заключения за уголовное преступление	• и будете оштрафованы до тех пор, пока не прекратите скрываться, чтобы избежать судебного преследования, задержания или заключения;
• нарушаете условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения	• 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 и учреждения, работающего с Medicaid; Всегда спрашивайте своих врачей, принимают ли они Medicaid в качестве оплаты за свои услуги;
- получение одобрения или отказа в заявлении на получение Medicaid в течение 10, 45 или 90 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 рамках программы Medicaid?

В рамках программы 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 ваша другая медицинская страховка должна оплатить ваши медицинские расходы в первую очередь. 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:
  - обитатель дома престарелых
  - резидент в учреждении промежуточного ухода для лиц с нарушениями интеллекта
  - резидент в другом медицинском учреждении, где медицинское обслуживание оплачивается Medicaid
- сотрудничество 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 исключения, позволяющей штату отказаться от некоторых требований, чтобы удовлетворить потребности людей.
- я соглашаюсь 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 на оформление передачи прав для этого лица, ему необходимо будет оформить передачу прав, описанных выше, как условие его/ее права на получение Medicaid).
- сообщение об изменениях, касающихся вас и других лиц, участвующих в вашем деле Medicaid. Пожалуйста, уведомите нас:

- 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;
- любые другие изменения

- сообщение 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 требовать от отсутствующего родителя предоставления медицинской страховки, если это возможно. Я понимаю, что должен/должна получать медицинскую поддержку от отсутствующего родителя, если это возможно, и должен/должна сотрудничать с Отделом службы по поддержке детей 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 мошенничества или злоупотреблений противоречит закону. 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 получить запрос на возмещение медицинских услуг, предоставленных Департаментом общественного здравоохранения.

Мошенничество - это нечестные действия, совершенные умышленно. Злоупотребление - это действие, не соответствующее надлежащей практике.

Примерами мошенничества и злоупотреблений со стороны участников являются:

- разрешение кому-то еще пользоваться вашими льготами Medicaid, PeachCare for Kids® или картой медицинского страхования CMO.
- 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 неточной информации или позволение другим лицам сообщать ложную информацию с целью получения права на Medicaid или PeachCare for Kids®
- отказ сообщать об изменениях в сумме дохода, обстоятельствах проживания или средствах.

Чтобы сообщить о подозрениях в мошенничестве с программой Medicaid в отношении получателей или поставщиков услуг, свяжитесь с Департаментом здравоохранения штата Джорджия - Офис Генерального инспектора по телефону (местному) (404) 463-7590 или (бесплатному) (800) 533-0686; по электронной почте oiganonymous@dch.ga.gov; по почте в Департамент здравоохранения штата Джорджия, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; или посетите сайт https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud.

Страница подписи

Я получил копию формы 297A «Права и обязанности».

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

_____ _____

Подпись Дата

_____ _____

Уполномоченный представитель / свидетель / ответственное лицо Дата

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

Службы выплаты алиментов на содержание ребенка

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 помогали 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 нам и у вас нет достаточных оснований

- Вы не будете иметь 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.

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 нам, 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.

Отдел по делам семьи и детей

Права и обязанности

Домашнее насилие может случиться с КАЖДЫМ.

- 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 интимного 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 вас 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.

Права и обязанности

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.

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

Поддержка лиц с ограниченными возможностями

Департамент социальных служб штата Джорджия и Департамент здравоохранения населения штата Джорджия («Департаменты») в соответствии с федеральным законом* обязаны предоставить лицам с ограниченными возможностями равные возможности для участия в программах, услугах или деятельности Департаментов, а также получения права на них. Сюда входят такие программы, как SNAP (Программа дополнительной помощи в питании),TANF (Временная помощь нуждающимся семьям) и медицинская помощь.

Департаменты предоставляют разумные модификации там, где модификации необходимы, чтобы избежать дискриминации по признаку ограниченных возможностей. Например, мы можем изменить политику, практику или процедуры для обеспечения равного доступа. Для обеспечения одинаково эффективного общения мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или их сопровождающим помощь в общении, например, в качестве сурдопереводчиков. Наша помощь бесплатна. От Департаментов не требуется осуществлять какие-либо модификации, которые привели бы к фундаментальному изменению характера услуги, программы или деятельности, а также к чрезмерному финансовому и административному бремени.

Как запросить разумную модификацию или помощь в общении

Пожалуйста, свяжитесь с вашим социальным работником, если у вас имеется инвалидность и вам нужна разумная модификация, помощь в общении и или дополнительная помощь. Например, позвоните, если вам нужна помощь или услуга для эффективного общения, например, сурдопереводчик. Вы можете связаться со своим социальным работником или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в DCH Кейти Бекетт (KB) группу по телефону (678-248-7449) 248-7449 для того, чтобы сделать запрос. Вы также можете подать ваш запрос, используя форму запроса на модификацию в соответствии с требованиями DFCS ADA, которую можно получить в местном офисе DFCS или в Интернете по адресу https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights, или получить форму запроса на модификацию в соответствии с требованиями DCH ADA в офисе KB, в Интернете по адресу https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-becket, или отправить запрос на модификацию по электронной почте по адресу DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Как подать жалобу

Вы имеете право подать жалобу, если Департаменты подвергли вас дискриминации по причине вашей инвалидности. Например, вы можете подать жалобу по поводу дискриминации, если вы попросили о разумной модификации или попросили обеспечить сурдопереводчика, в чем вам отказали или не приняли меры в разумные сроки. Вы можете подать жалобу в устной или письменной форме, обратившись к своему социальному работнику, в ваш местный офис DFCS или к координатору DFCS по гражданским правам, ADA/Section 504 по адресу: 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. По вопросам DCH обращайтесь к координатору группы KB по вопросам ADA/Section 504 по адресу: 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 или P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Электронная почта DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Отдел по делам семьи и детей

Права и обязанности

Вы можете попросить у своего социального работника копию формы DFCS жалобы на гражданские права. Форма жалобы также доступна на сайте https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights. Если вам нужна помощь в составлении жалобы по поводу дискриминации, вы можете обратиться к сотрудникам DFCS, перечисленным выше. Глухие или слабослышащие люди, а также люди с нарушениями речи могут позвонить по номеру 711, чтобы оператор связался с нами. Электронная почта для жалоб по гражданским правам DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. Ссылка на процесс и форму DCH жалобы по гражданским правам находится по адресу: https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

Вы также можете подать жалобу о дискриминации в соответствующее федеральное агентство. Контактная информация для Министерства сельского хозяйства США (USDA) и Министерства здравоохранения и социального обеспечения США (HHS) содержится в документе «Положение о недискриминации», который находится внутри.

*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 людям с ограниченными возможностями свободу от незаконной дискриминации.

В соответствии с политикой Департамента здравоохранения населения (DCH), по условиям программ медицинской помощи вам не может быть отказано в праве на участие в программе или в получении льгот по признаку расы, возраста, пола, инвалидности, национального происхождения или религиозных убеждений.

Не отправляйте заявления USDA или HHS

Положение о недискриминации

В соответствии с федеральным законом 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 (Temporary Assistance for Needy Families, 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 USDA 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 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программа распределения продовольствия в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, 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/ad-3027.pdf, а также в любом офисе USDA или напишите письмо на имя USDA и предоставьте в письме всю информацию, указанную 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;
2. **по факсу:** (833) 256-1665 или (202) 690-7442; или
3. **Телефон:** (833) 620-1071;
4. **Электронная почта:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@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: Горячая линия SNAP.

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 (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP) и другие. Если вы считаете, что вы подверглись дискриминации по признаку расы, цвета кожи, национального происхождения, инвалидности, возраста, пола (включая беременность, сексуальной ориентации и гендерной идентичности) 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 (Office for Civil Rights, OCR) за себя или за кого-то другого.

Чтобы подать жалобу на дискриминацию за себя или другого человека в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму 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 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 социального обеспечения (DHS) вы можете подать и другие жалобы на дискриминацию, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам DFCS, ADA/Section 504 в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, Офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. С жалобами на дискриминацию по причине ограниченного владения английским языком обращайтесь в программу DHS Limited English Proficiency и Sensory Impairment Program в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.
Не отправляйте заявления в USDA или HHS.