

Odjel za ljudske usluge u Gruziji
BODOVI HRANE (SNAP)/MEDICAID/TANF Obrazac obnove

Ako vam je potrebna pomoć u čitanju ili dovršenju ovog dokumenta ili vam je potrebna pomoć u komunikaciji sa nama, pitajte nas ili pozivite (877) 423-4746. Naše usluge, uključujući tumače, su besplatne. Ako ste gluhi, tvrdosluh, gluho-slijepi ili imate poteškoća u govoru, možete nas pozvati na gorenajavi broj biranjem broja 711 (Georgia Relay).

Za Kancelarija Koristiti Samo: Datum Primljeno _____Klijent Identifikacija # _____ Datum Pokrenuto _____
 Programe Inicijacija: TANF Bodovi hrane (SNAP) Medicaid

Ako se ponovo prijavljivate za Bodove hrane (SNAP) ili obnavljate svoje TANF ili Medicaid pogodnosti, ovaj obrazac obnove/application možete podnijeti samo sa vašim imenom, adresom i potpisom. **Međutim, pomoći će nam da vašu prijavu, recertifikaciju/obnovu obradimo brže ako dovršite cijeli obrazac i pružite verifikaciju informacija, ako je to zatraženo.** Ovaj obrazac možete koristiti da biste podnijeli zajedničku obnovu/prijavu za program bodova hrane (SNAP) /Medicaid i/ili TANF ili samo za program Bodova hrane (SNAP). Vaša obnova pečata hrane (SNAP) neće biti prekinuta samo na osnovu toga da je vaša obnova/prijava za drugi program odbijena/prekinuta. Napravićemo odvojeno određivanje podobnosti za vašu obnovu Bodova za hranu (SNAP).

Molimo VAS DA ODŠTAMPATE ime i adresu osobe koja se na dolje naisla na pogodnosti:

Ime klijenta:	Datum rođenja :	Broj socijalnog osiguranja: (Opcionalno za ne-kandidate*)
		*Pogledajte imigracioni status državljanstva i brojeve socijalnog osiguranja ispod.
Adresa ulice:		
Poštanska adresa:		
Glavni telefonski broj:	Drugi broj kontakta :	
Elektronska komunikacija: Email: Da ___ ili Ne ___ (opcionarno) Slanje poruka: Da ___ ili Ne ___ (opcionarno)	Email Adresa: (opcionarno)	
Koji je vaš željeni jezik?	Ako je potreban intervju, da li će vam trebati prevodilac ? Da _____ ili Ne _____	

Zakon o Amerikancima s invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji (ako je primjenjivo):

Imate li invaliditet koji će zahtijevati razumnu izmjenu ili pomoć u komunikaciji? _____

Da Ne (Ako da, molimo vas da opišete razumnu izmjenu ili Komunikacijsku pomoć koju zahtijevate):

Tumač za znakovni jezik____; TTY____; Veliki print____; Elektronska komunikacija (email)____; Braj____; Video relej ____; Cued govorni tumač ____; Oralni Interpreter____; Taktilan Interpreter____; Telefonski poziv podsjetnik na programske rokove____; Telefonski potpis (ako je primjenjivo)____; Intervju licem u lice (kućna posjeta)____; Ostalo : _____

Da li vam je potrebna ova Razumna modifikacija ili komunikacijska pomoć jednom ili u Tumač za znakovni jezik moguće, kratko objasnite kada i koliko vam je potrebna ova izmjena ili pomoć?

Izjavljujem pod kaznom krivokletstva najbolje od mog znanja i uvjerenja da je osoba(e) za koju se prijavljujem za povlastice/ su SAD građanin (i) ili su necitizen(i) zakonito prisutni u SAD-u. Dalje potvrdim da su sve informacije koje su date na ovoj prijavi istinite i ispravne najbolje što znam. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne agencije mogu potvrditi informacije koje dajem na ovoj prijavi. Informacije se mogu dobiti od prošlih ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će moje informacije biti korištene za praćenje informacija o dohvata i moje učešće u djelima rada.

Prijavit ću bilo kakvu promjenu u mojoj situaciji prema bodovima hrane (SNAP) i/ili TANF zahtjevima programa.

Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitak na lutriji ili kockanju, bruto iznos od 4250 dolara ili više (prije nego što se prešute porezi ili drugi iznosi). Prijavit ću ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo prima dobitak. Razumijem ako je bilo koja informacija netacna, moje koristi mogu biti smanjene ili odbijene, a ja mogu biti podložna krivičnom gonjenju ili diskvalificirana iz DHS-DFCS programa za znajno pružanje netacnih informacija. Razumijem da mogu biti procesuiran ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako ne uspijem reći DHS-DFCS-u o nekim mojim troškovima tijekom moje prijave ili procesa obnove i/ili ne uspijem da ih provjerim, DHS-DFCS neće budžetirati te troškove u računanju iznosa mojih pogodnosti za bodove za hranu (SNAP).

Odjel za ljudske usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lično identifikovane informacije (PII), kao što su imena, adrese, telefonski brojevi, e-mail adrese, i datumi rođenja itd., tokom vaše prijave za beneficije. Slažući nam bilo kakve lične podatke, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkrivati bilo kakve takve lične podatke u skladu sa DHS politikama, procedurama, i kako je to dozvoljeno ili zahtevano zakonom i/ili propisima.

Potpis:

Datum

Potpis svjedoka ako ga potpiše 'X'

Datum

Podobnost Express Lane:

Podobnost Express Lane (ELE) je automatski proces upisa ili obnavljanja djece u dobi ispod 19 godina koja primaju Program dopunske pomoći prehrani (SNAP) ili Privremenu pomoć za potrebe obitelji (TANF) u program Medicinske pomoći. Ako vaša djeca imaju pravo na SNAP ili TANF, Odjel za usluge obitelji i djece (DFCS) će koristiti kućnu veličinu, prebivalište i informacije o prihodima od SNAP-a ili TANF-a, ali DFCS će provjeriti državljanstvo ili imigracijski status koristeći pravila medicinske pomoći kako bi ele odlučnost za upis ili obnavljanje djece u Medicaid ili PeachCare za djecu®. Ako vaša djeca imaju pravo na PeachCare za djecu®, mogu biti predmet premije. DFCS će vam poslati obavijest o odlučnosti, dozvoliti vam da napravite bilo kakve promjene i omogućiti vam da se odlože u bilo koje vrijeme.

Da li se slažete da dozvolite DFCS-u da koristi vaše informacije od SNAP-a ili TANF-a da napravi ELE odlučnost da upiše ili obnovi vašu djecu u Medicaid ili PeachCare za djecu®?

Da Ne

Ovlašteni predstavnik:

Dovršite ovaj odjeljak samo ako želite da osoba ili organizacija popune vašu prijavu/obnovu, dovršite intervju za bodove za hranu (SNAP) ili TANF, i/ili koristite svoju EBT karticu bodova za hranu (SNAP) za kupovinu hrane kada ne možete ići na prodavnicu. Molimo vas da proverite za svaki tip programa koga želite da odredite kao ovlašćenog predstavnika. Molimo provjerite koje dužnosti želite da osoba ili organizacija imaju. Ako se prijavljujete u G za Medicaid, možete odabrati više osoba koje će se prijaviti za Medicinsku pomoć u vaše ime.

Ovlašteni predstavnik 1 Vrste programa: Bodovi za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni zastupnik 1 Dužnosti: Prijavite se u ime prijavioca Kompletan i predate obrazac za obnovu Primate kopije obavijesti i druge komunikacije Akt u ime prijavioca u svim drugim stvarima Primate TANF karticu beneficije (EPPIC)

Ime osobe 1: _____
Naziv organizacije 1 (ako je primjenjivo): _____ Telefon: _____
Adresa: _____ Apt: _____
Grad: _____ Država: _____ Zip: _____
Elektronska komunikacija: Email: Da ___ Na ___ (opciono) Slanje poruka: Da ___ Ne ___ (opciono)
Adresa e-pošte (opciono) _____
Preferirani jezik: _____ Da li je potreban prevodilac? Da ___ ili Ne ___

Ovlašteni predstavnik 2 Vrste programa: Bodove za hranu (SNAP) TANF Medicinska pomoć

Ovlašteni zastupnik 2 Dužnosti: Potpiši prijavu u ime prijavioca Kompletan i podnio obrazac za obnovu Primi kopije obavijesti i druge komunikacije Akt u ime prijavioca u svim drugim stvarima Primi TANF karticu beneficije (EPPIC)

Ime osobe 2: _____
Naziv organizacije 2 (ako je primjenjivo): _____ Telefon: _____
Adresa: _____ Apt: _____
Grad: _____ Država: _____ Zip: _____
Elektronska komunikacija: Email: Da ___ Na ___ (opciono) Slanje poruka: Da ___ Ne ___ (opciono)
Adresa e-pošte (opciono) _____
Preferirani jezik: _____ Da li je potreban prevodilac? Da ___ ili Ne ___

Zakon o Amerikancima sa invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji za ovlaštene predstavnike (ako je primjenjivo):

Ima li ovlašteni predstavnik invaliditet koji će zahtijevati Razumnu izmjenu ili pomoć u komunikaciji? _____ Da Ne (Ako da, molimo vas da opišete razumnu izmjenu ili Komunikacijsku pomoć koju zahtijevate):

Tumač za znakovni jezik ___; TTY ___; Velika štampa ___; Elektronska komunikacija (email) ___; Braj ___; Video Relay ___; Cued govorni tumač; Usmeni tumač ___; Taktilni tumač ___; Telefonski poziv podsjetnik na programske rokove ___; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) ___; Intervju licem u lice (kućna posjeta) ___; Drugi: _____

Da li ovlašćenom predstavniku treba ova Razumna modifikacija ili komunikacijska pomoć jednom ili _____ u toku ___? Ako je moguće, kratko objasnite kada i koliko vam je potrebna ova izmjena ili pomoć? _____

Samo Fili Medicaid:

Očekujete li da podnesete federalnu prijavu poreza na dohodak NAREDNE GODINE? (Još uvijek možete podnijeti zahtjev za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesete federalnu prijavu poreza na dohodak.)

Da Ne Ako da, molim vas odgovorite na pitanja a, b, i c. Ako ne, molim vas odgovorite na pitanje c.

- a. Hoćete li podnijeti zajednički zahtjev sa supružnikom? Da Ne Ako da, ime supružnika: _____
- b. Hoćete li tražiti bilo kakve zavisne od vaše porezne prijava? Da Ne
Ako je da, ime (e) popisa zavisnih: _____
- c. Hoće li iko biti zavisan od poreza od tudjeg povratka? Da Ne
Ako je da, nabrojite ime poreskog filera i zavisnih od poreza: _____
Kako je zavisna od poreza povezana sa poreskim fajrom? _____

ZAJEDNICA PRUŽANJA POMOĆI SIROMAŠNIMA

Za više informacija o drugim DHS uslugama, molimo posjetite našu web stranicu [na www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) ili nazovite (877) 423-4746.

Molimo vas da odgovorite na sva pitanja i pružite dokaz o svim prihodima i svim troškovima kako se traži.

Status imigracionog državljanstva i brojevi socijalnog osiguranja:

Molimo vas da popunite karton ispod o kandidatu i svim članovima domaćinstva. Sljedeći savezni zakon i propisi: Zakon o hrani i ishrani iz 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273,2, 45 C.F.R. § 205,52, 42 C.F.R. § 435.910, i 42 C.F.R. § 435.920, ovlasti DFCS da zatraže od vas i vašu kućnu pomoć članova Broj(eva) socijalnog osiguranja. Svako ko živi u vašem domaćinstvu i ne podnese zahtev za beneficije može se tretirati kao **ne-prijavioca**. Ne-kandidati ne treba da nam daju informacije o svom broju socijalnog osiguranja, državljanstvu, ili imigracionom statusu i ne mogu da imaju pravo na beneficije. Ostali članovi domaćinstva mogu i dalje biti u mogućnosti primati beneficije ako inače imaju pravo. Ako želite da odlučimo da li neki članovi domaćinstva imaju pravo na beneficije, i dalje ćete nam trebati reći o njihovom državljanstvu ili imigraciji statusu i njihov Socialno Sigurnosni broj (SSN). Ipak ćete nam trebati reći o njihovim prihodima i resursima kako bi utvrdili razine podobnosti i koristi domaćinstva. Nećemo prijaviti nikakve članove domaćinstva koji nisu kandidati Sjedinjenim Državama za državljanstvo i imigracione usluge (USCIS) Sistematska vanzemaljska verifikacija za ovlašćavanja (SAVE) ako nam ne daju državljanstvo ili imigracijski status. Međutim, ako su informacije o statusu imigracije došle na vaš zahtjev, ove informacije mogu biti predmet verifikacije putem SAVE sistema i mogu utjecati na razinu podobnosti i koristi domaćinstva. Odgovarat ćemo vašim informacijama s drugim federalnim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaše prihode i ovlast. Ove informacije mogu se dati i službenicima zakona da koriste za hvatanje ljudi koji bježe od zakona. Ako domaćinstvo ima bodove za hranu (SNAP) tvrdnju, informacije o ovoj aplikaciji, uključujući SSN, mogu se dati federalnim i državnim agencijama i naplati privatnih potraživanja agencija za njih da koriste u prikupljanju zahtjeva. Nećemo uskratiti beneficije članovima domaćinstva kandidata jer ostali članovi domaćinstva ne uspijevaju osigurati svoj SSN, državljanstvo, ili imigracijski status. Ako se prijavljujete samo za hitne medicinske usluge, ne morate pružati svoj SSN ili informacije o svom imigracijskom statusu.

Ime	M I	Prezime	Etničnost Hispano ili Latino? (Opcionalno)	Utrka (opcionarno)	Seks M/F	Datum rođenja Format (mm/dd/gg)	Odnos prema tebi	Broj socijalnog osiguranja (Opcionalno za ne-kandidate)	Jeste li državljanin SAD-a, državljanin SAD-a, kvalificirani imigrant ili u zadovoljavajućem imigracijskom statusu? (Samo za kandidate) (Y/N)	Da li majka ovoga Dijete živi u domu? (Y/N)	Da li otac ovoga Dijete živi u domu? (Y/N)	Želiš li Medicaid? (D/N)
			D/N				SELF		D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N

Kodovi rase (Odaberite sve koji vrijede):

AI – Američki Indijski ili Rođen iz Aljaske

AS – Azijski

BL – Crni ili Afrički Američki

HP – Domorodački stanovnici Havaja ili drugih pacifičkih ostrva

WH – Bijelci

Dajući informacije o rasi/ etničkoj pripadnosti, pomoći ćete nam da upravljamo našim programima na ne-diskriminatoran način. Vaše domaćinstvo nije potrebno da nam da ove informacije, i to neće uticati na vašu podobnost ili nivo koristi. Međutim, ako ne pružite ove informacije, vizuelna identifikacija rase i etničke pripadnosti biće napravljena tokom prvog intervjua licem u lice.

Ako ste vi ili drugi kandidati za domaćinstvo naturalizirani građanin, ili kvalificirani vanzemaljac/imigrant dovršite sljedeći grafikon:
(molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

IME Prvi srednji inicijalniNapad	Vrsta imigracionog dokumenta	Broj vanzemaljac/certifikat/ID dokumenta	Živate li u SAD-u od 1996? (D/N)	Date Naturalized/Date of Entry or Admission into U.S. (ako je primjenjivo) Format (mm/dd/gg)	Jeste li vi, ili vaš supružnik ili roditelj veteran ili aktivni član američke vojske? (D/N)

Samo Fili Medicaid:

Da li je neko bio u vašem domaćinstvu u Hraniteljskoj porodici sa 18 godina? Da Ne

Ukoliko imate zavisne od poreza koji ne žive u domu sa vama, molimo vas da u nastavku nabrojite.

Ime: _____ Broj socijalnog osiguranja _____ Seks: M Ž (molimo zaokružite jedan)

Datum rođenja: _____ Državljanstvo: _____

Odnos prema vama: _____ (molimo dodajte dodatne stranice po potrebnjoj)

Recite nam više o kandidatu i svim članovima domaćinstva

Potrebno nam je više informacija o kandidatu i svim članovima domaćinstva kako bi se odlučilo ko ima pravo na beneficije. Molimo vas da odgovorite samo na pitanja o pogodnostima koje želite dobiti na stranici ispod.

1. Da li je neko dobio neke beneficije u drugom okrugu ili državi? (Za bodove za marke (SNAP) i TANF samo)

Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Gdje: _____

Kad: _____

2. Da li je neko osuđen za davanje lažnih informacija o tome gdje žive i ko su da bi dobio više FS beneficija u više od jedne oblasti posle 8.22.1996. godine? (Bodove za hranu (SNAP) samo) Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Gdje: _____

Kad: _____

3. Da li je neko u vašem domaćinstvu dobrovoljno napustio posao ili dobrovoljno smanjio radno vreme ispod 30 sati nedeljno u roku od 30 dana od dana prijave? (Za Bodove za hranu (SNAP) i samo TANF) Da Ne

Ako da, ko je dao otkaz? _____

Zašto si dao otkaz? _____

4. Da li je neko trudna? (Ovo pitanje se ne odnosi na aplikate Bodove za hranu (SNAP) Da Ne

Ako je da, koji je procijenjeni rok? _____; i koliko se beba očekivalo? _____

Ako ne, da li je neko u domaćinstvu dostavio ili je trudnoća prekinuta u poslednjih 12 meseci? Da Ne

Ako je da, koji je bio datum isporuke/raskida? _____; i koliko beba je dostavljeno/očekivano? _____

Ime trudnice: _____ Nerođeno bebino ime oca: _____

Očeva adresa: _____

5. Za kandidate za medicinsku medicinu, da li neko ima neplaćene medicinske račune u poslednja 3 meseca?
 Da Ne Ako da, molim vas pošaljite neplaćene račune ako imate slučaj Medicaid.
6. Da li je neko diskvalifikovan iz Food Stamp (SNAP) ili TANF programa? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo)
 Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____
 Gdje: _____
7. Da li neko beži u nevažeće tužilaštvo ili zatvor za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo)
 Da Ne Ako da, ko : _____
8. Da li neko krši uslove uslovne ili uslovne? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
 Ako da, ko: _____
9. Da li neko ima osudu za krivično djelo zbog ponašanja vezanih za posedovanje, upotrebu ili distribuciju kontrolisane supstance za drogu (to je, prestupnik droge) posle 8.22.1996. godine (samo za bodove za hranu (SNAP) i TANF) ili nasilno krivično delo (samo za TANF)? Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____ Kada: _____
- a. Da li ste u skladu sa uslovima uslovne kazne vezane za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo droge? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
- b. Da li ste u skladu sa uslovima uslovnog otpusta vezanim za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo droge? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
- c. Jeste li uspešno dovršili sve uslove uvjetne ili uvjetne vezanih za bilo kakvu osudu vezanu za drogu? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
10. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu bodova hrane (SNAP) beneficije za lijekove poslije 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____ Kada: _____
11. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za kupovinu ili prodaju beneficija za bodove za hranu (SNAP) preko \$500 nakon 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____
 Kad: _____
12. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu bodova za hranu (SNAP) beneficije za oružje, municiju, ili eksploziv nakon 8/22/1996? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____
 Kad: _____
13. Jeste li vi ili bilo koji član vašeg domaćinstva osuđeni kao odrasla osoba za teško seksualno zlostavljanje, ubistvo, seksualno iskorištavanje, i drugo zlostavljanje djece, federalni ili državni prekršaj koji uključuje seksualni napad, ili prekršaj po državnom zakonu koji je odredio državni tužilac da bude suštino sličan takvom prekršaju, nakon 2.7.2014. godine? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
 Ako da:
 Ko: _____
 Kad: _____

- a. Da li ste u skladu sa uslovima uslovne kazne vezane za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
- b. Da li ste u skladu sa uslovima uslovnog otpusta vezanim za bilo kakvu kaznu primljenu kao rezultat osude za krivično delo? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne
- c. Jeste li uspješno dovršili sve uslove uvjetne ili uvjetne vezanih za bilo koje kazneno djelo povezano sa osudom? (Za bodove za hranu (SNAP) i TANF samo) Da Ne

14. Jeste li vi ili neki član domaćinstva primili lutriju ili dobitak od kockanja? Da Ne

Ako da:

Ko: _____ Kada: _____ Iznos primljen: _____

15. Da li je neko koristio TANF fondove ili EPPIC Karticu u sledećim ustanovama, prodavnicama pića, kazinima, poker sobama, poslu za zabavu odraslih, obveznicama za kauciju, noćnim klubovima, salonima/tavernama, dvoranama za bingo, trkalištima, prodavnicama oružja/municije, brodovima za krstarenje, vidovitim čitaocima, pušačama, prodavnicama za tetoviranje /pirsing, i spa/masaža. salonima?

(Samo za TANF) Da Ne

Ako da:

Ko: _____ Kada: _____

16. Da li neko ko se prijavljuje za beneficije, trenutno prima alimentaciju? Da Ne

Ako da:

Ko: _____

Primljeni mjesečni iznos: _____

Datum alimentacije ugovor finaliziran ili zadnja izmjena: _____

Samo za Bodove za hranu (SNAP) i TANF :

STUDENTI U VISOKOM OBRAZOVANJU: Da li je neko u vašem domaćinstvu upisao najmanje poluvreme na koledž, univerzitet, **stručnu ili tehničku školu?**

Da Ne Ako da, ko: _____

Naziv škole: _____ Ocjena/Status Graduation datum:

Da _____ li je učenik zaposlen? Da Nema upisanih na radnu studiju? Da Ne

Ako je da, sati _____ su radili sedmično (Molimo vas da završite i dolje u nastavku sekcije za zapošljavanje.)

Za Bodove za hranu (SNAP) samo:

Ima li neko 60 godina ili stariji ili invalid ima medicinske troškove? Da Ne

Da li su se tvoji medicinski troškovi kao što su premije za medicinu, lekovi na recept, ili bolnički računi promenili? Da Ne

Ako da, nabrojite troškove na grafikonu ispod. Prikažite račune, lijekove na recept za posljednjih mjesec dana.

Član domaćinstva naplatio	Vrsta troškova (Doktor, Bolnica , Recept)	Iznos dugova	Datum Billa	Hoće li osiguranje platiti? Da/Ne

Da li neko od 60 godina ili stariji ili invalid ima medicinske troškove za prevoz? Da Ne

Ako je da, molimo vas da donje informacije. Ako primате Medicaid, pružite dokaz:

Svrha putovanja (posjeta liječniku ili bolnici; kupiti lijekarnu)	Ukupno milja prevezanog:	Troškovi taksija, autobusa, parkinga, ili prenoćišta:
---	--------------------------	---

Da li neko drugi plaća neke od ovih medicinskih troškova za tebe? Da Ne

Ako je da, molimo vas da u nastavku date informacije:

Koji se troškovi plaćaju ?	Ko plaća troškove ?
Kome ta osoba plaća račune ?	Adresa:

Samo za medicinsku medicinu:

OSTALA ZDRAVSTVENA POKRIVENOST

Da li je neko upisan u zdravstveno osiguranje sada od sledećeg?

- Odjel za ljudske usluge Georgije Medicaid®
- VA Programi zdravstvene nege - TRICARE (Ne provjeravajte imate li direktnu njegu ili Liniju dužnosti)
- Osiguranje poslodavca: Ime Osiguranja _____ Broj polizije _____
- Drugo: Ime broja polizije _____ osiguranja _____

Imate li zdravstveno osiguranje osim Medicaida? Da Ne

Ako jeste, pošaljite nam kopiju vaše kartica osiguranja

RESURSE:

(Nije potrebno za MAGI Medicaid): Ima li iko u vašem domaćinstvu neki od sledećih resursa? Da Ne

(Ako je da donje informacije. Ako primате Aged, Blind ili Disabled Medicaid (drugo nego Medicare štedni planovi kao što su QMB, SLMB ili QI-1 samo) pružaju dokaz.

Vrsta resursa	Vlasnik	Račun/politika # (Nemojte popuniti ako je vaš račun/polisa # isti kao vaš SSN)		Ime banke , osiguravajuće društvo itd.
Gotovini				
Provjera/štednja				
Kreditna unija				
Anuiteti				
Dionice ili obveznice				
Sef				
Račun za penziju (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Vozila (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
CD-i/ Anuiteti (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Plaćeni pogrebni planovi (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Groblja parcele (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Trust Fondovi (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Svojstvo Ne-Home Place (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				

Svojstvo Home Place (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Životno osiguranje (Samo za ne-MAGI Medicaid/TANF)				
Drugo				

Samo za stare, slijepe ili invalide:

Jeste li vi, vaš supružnik ili neko koga prijavljujete za prodaju, trgovinu ili davanje resursa u posljednjih 60 meseci.

Da Ne

Ako da, šta? _____

Kad? _____

Za bodove za hranu (SNAP), TANF, i Medicaid:

ZAPOSLENJE: Radi li neko u vašem domaćinstvu? Da Ne

Ako da, nabrojite informacije o plaći zaposlenog od zaposlenja kao što su plaće, bonus, i savjeti, i priložite dokaz o SVIM bruto prihodima primljenim u posljednje 4 sedmice.

OSOBA KOJA RADI	POSLODAVAC	PLAĆA PO SATU	SATI TJEDNO	KOLIKO ČESTO PLAĆAJU	DATUM(I) PLAĆENI	BONUS PLATA	NAPOJNICE

Samo za medicinsku medicinu:

Troškovi prije poreza:

- Zdravstveno osiguranje \$ _____ Koliko često? _____ Osiguranje vida \$ _____ Koliko često? _____
- Osiguranje zuba \$ _____ Koliko često? _____ 2011 Drugo Vrsta odbitka \$ _____ Koliko često? _____
- Ostalih vrsta dedukcije \$ _____ Koliko često? _____ Druga vrsta dedukcije \$ _____ Koliko često? _____
2010. - Druga vrsta dedukcije \$ _____ Koliko često? _____
- Više ? Molim vas, pričvrstite na odvojeni papir.

Troškovi predoporezivanja su oduzeci iz vašeg prihoda prije nego što se primijeni porez. Nisu svi odvodi predoporezi.

ODMICCI POREZNE PRISTOJE:

Provjerite sve što vrijedi i dajte iznos i koliko često ga plaćate.

NAPOMENA: Ne biste trebali uključivati trošak koji ste već razmotrili u odgovoru na samozapošljenje.

- Alimentacije Plaćene \$ _____ Koliko često? _____ kamate za studentski kredit \$ _____ Koliko često? _____
- Ostalih vrsta dedukcije \$ _____ Koliko često? _____ Druga vrsta dedukcije \$ _____ Koliko često? _____

Za bonove za hranu (SNAP), TANF, i Medicaid:

Da li je neko prestao da radi? Da Ne **Ako da, dovršite sljedeće i pružite dokaz:**

Koji posao je stao?	Ime člana domaćinstva koji je prestao raditi:	
Mjesto zaposlenja :		
Datum plaćanja zaustavljen:	Datum završne provjere :	Iznos konačne plaće (bruto):

Da li je neko počeo da radi? Da Ne **Ako da, dovršite sljedeće i pružite dokaz:**

Ime osobe koja je počela raditi:	Datum započeo:	Broj telefona:
----------------------------------	----------------	----------------

Ime poslodavca /poslovanja:	Stopa plaćanja: \$	Datum prve provjere primljen/bit će primljen:
Koliko često se plaća (molimo provjerite jedan): <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dvonedeljno <input type="checkbox"/> Dva puta <input type="checkbox"/> Mjesečno .		

SAMOZAPOŠLJENJE:

Da li je neko samozaposlen: Da Ne (Ako da, ko?) _____

Molimo vas da obezbedite dokaz o prihodima od samozapošljavanja putem poreskih spisa, poslovnih evidencija, priznanica, računa ili izveštaja kupaca utvrđenog posla.

Je li ovaj posao inkorporiran? Da Ne

Ima li ta osoba neke troškove samozapošijevanja? Da Ne

Ako da, kakvu vrstu troškova ima ta osoba?

Samo za Medicaid i TANF: osigurati dokaz za troškove samozapošljavanja .

NEDORAĐENI PRIHODI:

Prima li neko u vašem domaćinstvu novac od Doprinosu, Socijalnog osiguranja, SSI, VA, Izdržavanje djece, nezaposlenost, penzija, ili bilo koje druge prihode? Da Ne

Ako da, dovršite informacije ispod i dođite do dokaza o svim primanjima primljenim u posljednje 4 sedmice ili posljednjem pismu o odjeli.

Ime	Izvor	Iznos	Koliko često?

Za MAGI Medicaid: Prihodi od dječje podrške, isplata veterana, Dopunski prihodi sigurnosti (SSI), or Naknada za radnu naknadu neće se računati.

TROŠKOVI ZAVISNE NEGE:

Plaćate li brigu o zavisnom djetetu ili invalidnom odraslom članu domaćinstva? Da Ne

Ako da, dovršite pitanja ispod .

Osoba koja zahtijeva njegu :		Osoba koja plaća brigu :	
Ime dobavljača:		Koliko se dobavljač plaća:	Koliko često plaćaju :
Telefon provajdera #:	Razlog za brigu :		

Plaćate li troškove prijevoza za zavisno dijete ili invalida odraslog člana domaćinstva? Da Ne

Jesu li ti troškovi uključeni u troškove zavisne nege? Da Ne

Ako ne, molim vas odgovorite na ovo pitanje: **Ukupno pređenih milja sedmično:** _____

Sklonište košta:

Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva počeli plaćati troškove skloništa ili su se troškovi vašeg skloništa promijenili? Da Ne
Ako da, dovršite grafikon ispod.

Trošak	Iznos	Koliko često?	Ko je platio?
Najam/hipoteka			
Porezi na imovinu			
Osiguranje nekretnina			
Elektricitet			
Benzin			
Ulje za gorivo/Drvo/Kerozin			
Bunar/septička jama/voda/kanalizacija			
Smeće			
Telefon			
Drugo			

Koji je izvor primarnog grijanja ili hlađenja doma? (Struja, plin, klima uređaj)

Da li neko drugi plaća neke od ovih kućnih računa za tebe? Da Ne

Ako je da, dovršite grafikon ispod:

Ko plaća račun ?	Koje se račune plaćaju ?
Koji iznos se plaća ?	Kome ta osoba plaća račune ?

Jeste li primili energetska pomoć u zadnjih 12 mjeseci? Da Ne

Ako je da, iznos primljen \$_____

Dijelite li mjesečne troškove za domaćinstvo s nekim u domu? Da Ne

Ako da, ko? _____

Komentari/Dokumentacija _____

Plaćena kome je _____ Iznos platio \$po gazda _____ Ime Stanodavac Adresa _____

PLAĆANJE ZA DEČIJU PODRŠKU:

Da li vi ili neko u vašem domaćinstvu plaćate alimentaciju nekome ko živi izvan kuće? Da Ne

Ako je da, dovršite grafikon ispod :

Ko je obavezan da plati?	Koliko je obavezan iznos ?
Za koga je plata za alimentaciju ?	Koliko je stvarni iznos isplaćen?
Kome je plata za alimentaciju ?	Koliko često se plaća dečja podrška?

Samo za Bodove hrane (SNAP) molimo vas da u protekla 3 mjeseca pružite dokaz o uplaćenom iznosu i zakonsku obavezu plaćanja.

Ovaj odjeljak je SAMO ZA TANF PRIMATELJE – Morate dovršiti sljedeće: Rekordi snimaka

Ima li neko dijete ispod 7 godina, koje još nije upisano u školu? (Pre-K se ne smatra "školom.")

Da Ne

Ako jeste, pošaljite obrazac 3231- Obrazac za imunizaciju za negu djece za svako dijete ispod 7 godina.

Školski zahtjevi:

Jesu li sva djeca (6-18 god. staro) Pohađate školu? Da Ne

Ako da, ime(e) djeteta(ren) _____

Ime škole (a) _____

Ocjena(e) _____

Postoji li neko dijete od 16 godina ili starije koje nije u školi? Da Ne

Ako da, ime djeteta /djece? _____

Molimo vas da uručite kopiju trenutnih ček stubova ako je ovo dijete zaposleno ili izjavu pružatelja usluga ako se bavi bilo koju drugu aktivnost vezanu uz rad.

Nasilje u porodici:

Da li ste vi ili bilo ko u vašem domaćinstvu žrtva nasilja u porodici, seksualnog uznemiravanja, seksualnog napada, ili uhođenja?

Da Ne

Ako da, molim vas javite nam ime žrtve. _____

Nakon procjene, ako se vaše domaćinstvo kvalificira, možemo se odmaći od određenih programskih zahtjeva, kao što su, učešće u djelovima rada ili upućivanje na Odjel usluga podrške djeci.

Auto trošak:

Jeste li roditelj ili rođak djeteta (ili djece) i jeste li uključeni u TANF AU sa djetetom (ili s djecom)? Da Ne

Ako da, odgovorite na sljedeća pitanja:

Da li vi ili bilo koji drugi odrasli član AU posjedujete ili je kupovina automobila? Da Ne

Ako da, ko? (Ime vlasnika) _____

Godina, Marka i model vozila: _____

Molimo vas da nabrojite isplate napomene automobila, osiguranje, održavanje i ostale povezane troškove:

Imate li još koji rekuring troškove (na primjer račune kreditnih kartica) koje plaćate? Da Ne

Ako da, molim vas, nabrojite: _____

PRAVA I ODGOVORNOSTI ZA SVE PROGRAME

Imate pravo da :

- Zatražite **pomoć** u popunjavanju ovog obrasca i besplatne usluge pomoći za jezik (prevodioci, prevedeni materijali, ili direktne usluge na jeziku) ako imate problema sa čitanjem, pisanjem, govorom ili razumijevanjem na engleski jezik.
- Zatražite **pomoćna** pomagala i usluge i razumne izmjene ako vi ili netko u vašem domaćinstvu imate invaliditet.

OBAVIJEST O SASLUŠANJU : U svim programima imate pravo zatražiti pošteno saslušanje u pismenom obliku ili osobno. Možete zatražiti saslušanje pozivajući 1-877-423-4746 ili možete zatražiti saslušanje pred državnim službenikom za saslušanje ako se ne slažete s ovom odlukom. Možda vas na saslušanju zastupa advokat, rođak, prijatelj ili bilo ko koga odaberete. Ako želite saslušanje, morate zatražiti saslušanje u pisanju ili kontaktirajući agenciju u roku od:

- 90 dana od dana ovog obavijesti za Bodove za hranu (SNAP)
- 30 dana od dana ove obavijesti za Medicaid i TANF

Vi ste odgovorni za :

- Davanje ispravnih informacija vašem radniku i davanje dokaza o izjavama potrebnim za dobijanje beneficija. Kada potpišete ovaj obrazac, dajete vašem radniku dozvolu da dobije informacije od vašeg poslodavca, banke, komšije ili drugih kako bismo se uverili da primete tačan iznos beneficija.
- Stalno govori istinu. Ako vi ili neko ko se prijavljuje za vas daje netačne informacije, možda učiniti zločin, i možete ići u zatvor.
- Davanje dokaza da ste vi ili bilo ko u vašem domaćinstvu koji se prijavljuje za beneficije sad građanina ili emigranta.
- Saradnja sa državnim i federalnim osobljem koje radi za sprečavanje prijevara ili Uredom zaistražne službe i koji rade posebne preglede slučajeva. Ako ne saradujete i ne možemo da utvrdimo da ste još uvek u pristini za Bodove za hranu (SNAP), vaš slučaj može biti odbijen ili zatvoren.
- (Za bodove za hranu (SNAP)) surađujući sa pregledačima kontrole kvaliteta kada nazovu ili dođu u vaš dom da vas intervjuišu o informacijama koje ste dali vašem menadžeru slučaja. Ako ne saradujete sa njima, vaš slučaj može biti odbijen ili zatvoren.
- (Za bodove za hranu (SNAP i TANF) otplatu beneficija koje niste trebali dobiti.
- (za Medicaid) saradnju sa Kontrolom kvaliteta za Medicaid podobnost ili Integritet programa kada nazovu ili dođu u vaš dom da vas intervjuišu o informacijama koje ste dali vašem menadžeru slučaja.
- (za Medicaid) članove koji su u staračkom domu, ustanovi za posrednu njegu, u zajednici baziranoj službi, ili su upisani i primaju usluge putem programa odvikavanja, surađujući sa Povratom nekretnina.

Ako primite **Bodove za hranu (SNAP)**, morate prijaviti kada vaš ukupan mjesečni bruto prihod ide preko limita prihoda za veličinu vašeg domaćinstva. Ako ste odrasla osoba bez djece, morate se javiti kada vam je radno vrijeme manje od 20 sati tjedno ili 80 sati mjesečno. Ove promjene morate prijaviti ne kasnije od 10 dana od kraja mjeseca u kojem se promjena dogodila.

Morate se javiti i kada vaše domaćinstvo dobije značajnu lutriju i dobitak od kockanja. Ovo je novčana nagrada koja je osvojila u jednoj utakmici. Ako vi ili član domaćinstva dobijete dobitak na lutriji ili kockanju, bruto iznos od 4250 dolara ili više (prije nego što se prešute porezi ili drugi iznosi), morate prijaviti ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem je domaćinstvo primilo dobitak.

Ako primite **TANF** ili **Medicaid**, morate prijaviti sve promjene u vašoj situaciji u roku od 10 dana od promjene koja se dogodila.

Razumijem da svaki paušalan ili "windfall" plaćanje koje bilo koja osoba u mom slučaju Medicaid dobije mora biti budžetiran, zajedno sa svim drugim prihodima koje možda imamo, da bi se utvrdilo podobnost.

U Programu za **medicinske** lekove imate pravo da:

- Primite medicaid čak i ako imaš drugo zdravstveno osiguranje.
- Izaberite svog lekara ili provajdera
- Neka vaša prijava za medicinu bude odobrena ili odbijena u roku od 10, 45 ili 60 dana od datuma kada se prijavite, u zavisnosti od vrste Medicaida.

Kao uvjet moje medicinske podobnosti:

Slažem se da dodijelim državi sva prava na medicinsku podršku i na plaćanje za medicinsku njegu od treće stranke (bolničke i medicinske beneficije).

- Slažem se da sarađujem sa državom u identifikaciji i pružanju informacija kako bih pomogla državi u gonjenju bilo koje treće stranke koja je možda podložna plaćanju nege i usluga. Razumijem da moram prijaviti sve uplate primljene za medicinsku njegu u roku od deset dana. (Ako ovaj obrazac završavate u ime drugog pojedinca i nemate moć da izvršite zadatak za tog pojedinca, pojedinac će morati da izvršiti udeljenje gore opisanih prava kao uslov njegove/njene podobnosti za Medicaid).
- Slažem se da dam državi pravo da traži od odsutnog roditelja da obezbedi zdravstveno osiguranje, ako je dostupno. Razumijem da moram dobiti medicinsku podršku od odsutnog roditelja ako je dostupna i moram surađivati sa Odjelom službe za dječju podršku u dobivanju ovog podržati. Ako ne sarađujem, shvatila sam da ću možda izgubiti bolničare i samo će moja djeca primati beneficije ako se ne utvrdi dobar uzrok.

BODOVI ZA HRANU (SNAP) PROGRAM KAZNA UPOZORENJA : Možete izgubiti svoje pogodnosti ili biti predmet krivičnog gonjenja za znajući pružanje lažnih informacija.

- Ne davati lažne informacije ili sakriti informacije da biste stekli beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo da dobije.
- Ne koristite Bodove za hranu (SNAP) ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dozvolite da neko drugi koristi vaše.
- Ne koristite pogodnosti Bodova za hranu (SNAP) za kupovinu nehranatih predmeta kao što su alkohol ili cigarete ili za plaćanje na kreditnim karticama.
- Ne trgujte ili ne prodajete Bodove za hranu (SNAP) ili EBT kartice za ilegalne predmete, kao što su vatreno oružje, municija, ili kontrolisana supstanca (ilegalne droge).

Svakome u vašem domaćinstvu koji namjerno prekrši bilo koje od ovih pravila može biti zajamčen Bodovima hrane (SNAP) program od jedne godine do trajnog, kažnjen do 250.000 dolara, zatvoren na 20 godina ili oboje. Može biti predmet krivičnog gonjenja po drugim primjenjivim saveznm i državnim zakonima, a može biti i za onemogućavanje programa Bodova hrane (SNAP) dodatnih 18 mjeseci ako sud naredi.

Svako u vašem domaćinstvu koji namjerno prekrši pravila možda neće dobiti Bodove za hranu (SNAP) na godinu dana za prvi prekršaj, dvije godine za drugi prekršaj, a trajno za treći prekršaj.

Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi za korištenje ili primanje davanosti u transakciji koja uključuje prodaju kontrolisane supstance, vi ili taj član domaćinstva nećete biti podoban za davanje dvije godine za prvi prekršaj i trajno za drugi prekršaj.

Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi što ste koristili ili primili beneficije u transakciji koja uključuje prodaju vatrenog oružja, municije, ili eksploziva, vi ili taj član domaćinstva ćete biti trajno nepodobni da učestvovate u programu Bodova za hranu (SNAP) po prvom prekršaju ovog prekršaja.

Ako sud otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva krivi za trgovinu beneficijama za agregatni iznos od \$500 ili više, vi ili taj član domaćinstva ćete biti trajno nepodobni da učestvujete u programu Bodova za hranu (SNAP) po prvom prekršaju ovog prekršaja.

Ako se otkrije da ste vi ili bilo koji član domaćinstva dali lažnu izjavu ili zastupanje u pogledu identiteta (tko su) ili mjesta prebivališta (gdje žive) kako bi dobili više Bodova za hranu (SNAP) Vi ili taj član domaćinstva ćete biti nepodobni za učešće u programu Bodova hrane (SNAP) u periodu od 10 godina.

Razumijem da ako dam lažne informacije ili uskrijedim informacije, možda ću biti procesuiran zbog prijave.

TANF PROGRAM UPOZORENJA O KAZNIMA: U programu TANF, namjerno djelovanje pružanjem lažnih ili obmanjujućih informacija kako bi se uspostavila ili održala podobnost AU-a, povećale koristi, spriječilo sniženja koristi, uskrivanje informacija izbjegavanje negativne akcije ili korištenje novčane pomoći na zabranjenim mjestima smatra se namjernom kršenjem programa.

Možete biti upućeni u Kancelariju generalnog inspektora da odredite svoju kaznu na osnovu ozbiljnosti prekršaja ako :

- Ne prijavljujete promjene na vrijeme ili ne govorite istinu ili koristite sredstva novčane pomoći ili TANF DEBIT karticu za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kasinima, alkoholu prodavnice, zabavljači orijentisani na odrasle objekti "striptiz klubovi", poker sobe, obveznice za kauciju, noćni klubovi/saloni/taverne, dvorane za bingo, staze za trke, gaming ustanove, prodavnice oružja/municije, kruzeri, vidoviti čitatelji, pušače, tetovaže /piercing trgovine, a spa/masažni saloni strogo su zabranjeni, daju lažne informacije o tome gdje živite kako bi mogli primati pogodnosti u više od jedna država i osuđena za optužbu vezanu za drogu ili teško nasilno krivično djelo, na dan ili nakon 1/1/97.

Svako u vašem domaćinstvu koji namjerno prekrši ova pravila može biti za onemoćan iz TANF programa od šest mjeseci do trajnog.

Za MEDICAID, počinjenje prevare ili zlostavljanja je protivzakonito. Možda vas upućuju na Odjel za integritet programa Medicaid i PeachCare za[®] djecu. Violatori mogu biti ograničeni na korištenje jednog provajdera, prekinuti iz programa, ili zamolili da se Odjel za zdravlje zajednice nadoknadi za pružene medicinske usluge.

Prevara je nepošten čin koji se namerno radi. Zlostavljanje je čin koji ne prati dobre prakse.

Primjeri prijave i zlostavljanja sudionika su:

- Dopustiti nekome drugom da koristi tvoj Medicaid, PeachCare za djecu[®] ili CMO karticu zdravstvenog osiguranja
- Dobijanje recepata sa namerom zloupotrebe ili prodaje droge
- Korištenje lažnih dokumenata za dohvaćanje usluga
- Zloupotreba ili zloupotreba opreme koju obezbeđuje Medicaid ili PeachCare za decu[®]
- Pružanje neispravnih informacija ili dopuštanje drugima da to učine kako bi dobili Medicaid ili PeachCare za djecu[®]
- Ne prijaviti promjene koje se događaju u prihodima, životnih aranžmana, ili resursa

Da bi prijavili sumnju na prevaru medikaida o primaocima ili provajderima, nazovite Odjel za zdravlje zajednice u Gruziji-Ured generalnog inspektora na (lokalni) (404) 463-7590 ili (besplatno na napojnici) (800) 533-0686; mailom na origanonymouse@dch.ga.gov; poštom na Odjelu za zdravlje zajednice, OIG PI Sekcija, 2 Peachtree Street NW, 5. kat, Atlanta, GA 30303; ili posjetite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

INFORMACIJE O REGISTRACIJI BIRAČA

Ako niste registrovani da glasate tamo gde sada živite, da li biste se prijavili da se prijavite za glasanje ovde danas?

_____ Da

_____ Ne

_____ Ne želim odgovoriti na pitanje registracije birača.

Prijavlivanje za registraciju ili opadanje registracije za glasanje neće uticati na iznos pomoći koju će vam pružiti ova agencija.

Ako želite pomoć u popunjavanju obrasca za prijavu birača, mi ćemo vam pomoći. Odluka da li da tražiš ili prihvatiš pomoć je tvoja. Možete popuniti prijavnici nasamo.

Ako smatrate da je neko ometao vaše pravo da se registrujete ili da se odbijete registrovati za glasanje, vaše pravo na privatnost u tome da li da se registrujete ili da se prijavite da se registrujete za glasanje, ili svoje pravo da odaberete vlastitu političku partiju ili drugo političko preferencija, možete podnijeti pritužbu državnom sekretaru na 2 Martin Luther King Jr. Vozi, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom (404) 656-2871.

AKO NE PROVJERITE BILO KOJU KUTIJU, SMATRAT ĆE SE DA STE ODLUČILI DA SE NE PRIJAVITE ZA GLASANJE U OVOM TRENTUKU.

Kopija prijave za registraciju glasača u Gruziji uključena je uz DFCS prijave, obnove i promjenu obrazaca adresa. Možete zatražiti i prijavu za registraciju birača od vašeg sučelja. Ako završite prijavu za registraciju birača, dođite do ureda državnog sekretara Gruzije nakon uputa datog na zahtjev za registraciju birača.

**AKO OBNAVLJATE SVOJE BOKOVE ZA LEKOVE I HRANU (SNAP) ILI TANF, MORATE SE POTPISATI I IZLAZITI
U kutiji koja najbolje odgovara tvojoj situaciji.**

Molimo vas da ovaj obrazac vratite prije datuma završetka certifikacije za početak procesa obnove.

Samo za medicaid – Podnaslovite ovdje kada se prijavitelj /član/legal staratelj završava:

Ako se prijavim za /obnova Medicaida forself, Izjave pod rečenicom krivoklet da sam Tužan. Državljanin, američki državljanin i/ili kvalificirani imigrant prisutan u SAD-u. Ako sam roditelj ili zakon stariji, izjave da(e) kandidat(e) SAD-a. Citizen, Us National i/ili kvalificirani imigrant u SAD-u. Dalje sertifikujem Tata Sve informacije datuma u ovoj aplikaciji su istinite i ispravljene prema najboljem saznanju.

(Potpis)

(Datum)

Samo za medicaid – Podtipkajte ovdje kada osoba nije prijavitelj/član/roditelj/legalni roditelj

Potvrđujem najbolje iz mog znanja i uvjerenja da su ljudi (e) za prijavu/obnavljanje Medicaid-a/ američki državljanin(e), američki državljanin(i) i/ili kvalifikovani imigranti ili su legalno predstavljeni u SAD-u. Dalje sertifikujem da te sve informacije koje datiraju na ovoj aplikaciji su istinite i ispravljene prema najboljim saznanjima.

(Potpis)

(Datum)

**Telefon gdje se može doci Ako se prijavitelje/član/roditelj/ Pravni stariji želi ovu osobu kao ličnog zastupnika,
mora provjeriti ovdje i potpisati pod Da Ne**

(Kandidat/član /roditelj/legalni staratelj)

(Datum)

Za Bodove hrane (SNAP)/ili TANF – kada aplikant/primatelj/legalni skrbnik: Izjave pod izrekom krivokletice najbolje znaju i uvjerenje da se ljudi (e) Za koje prijave za beneficije /su SAD. građanin (i) ili su necitizeni (i) legalno predstavlja u SAD-u. Dalje sertifikujem da Sve informacije koje date u ovom izvještaju su istinite i ispravljene prema najboljoj mami poznanju. Razumijem i slažem da DHS-DFCS, DCH i Ovlašteni Federalni Agencija mogu provjeriti informacije koje daju na ovom prijavi. Informacije možete dobiti od prošlih ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moje informacije koristiti za praćenje informacija o dohvat i mom učešću u djelima Rada

Prijavit ću bilo kakvu promjenu u mojoj situaciji prema zahtjevima bodovima za hranu (SNAP) i/ili TANF programa. Također ću prijaviti Ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitak na lutriji ili kockanju, bruto iznos od 4250 dolara ili više (prije nego što se prešute porezi ili drugi iznosi). Prijavit ću ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo prima dobitak. Razumijem ako je bilo koja informacija netacna, moje koristi mogu biti smanjene ili odbijene, a ja mogu biti podložna krivičnom gonjenju ili diskvalificirana iz DHS-DFCS programa za znajno pružanje netacnih informacija. Razumijem da mogu biti procesuiran ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako ne uspijem reći DHS-DFCS-u o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ne uspijem da ih provjerim, DHS-DFCS neće budžetirati te troškove u računanju iznosa mojih SNAP pogodnosti.

Odjel za ljudske usluge Gruzije ("DHS") prikuplja Lično identifikovane informacije (PII), kao što su imena, adrese, telefonski brojevi, e-mail adrese, i datumi rođenja itd., tokom vaše prijave za beneficije. Slažući nam bilo kakve lične podatke, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkrivati bilo kakve takve lične podatke u skladu sa DHS politikama, procedurama, i kako je to dozvoljeno ili zahtevano zakonom i/ili propisima.

(Potpis)

(Datum)

(Zadržite ove dokumente za svoje informacije)

Ovaj grafikon objašnjava neke od termina koji se koriste na ovom obrascu.

Kandidat	Pojedinac koji se prijavi za dobijanje javne pomoći ili beneficija.
Jedinica za pomoć (AU)	Jedinica za pomoć uključuje osobe koje imaju pravo na život i primaju javnu pomoć/beneficije.
Čuvar	Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavljuje i prima TANF sa djecom u svojoj njezi.
ID klijenta	Jedinstveni broj dodijeljen pojedincu koji prima javnu pomoć/beneficije.
Diskvalificirano	Akcija koja je poduzeta kako bi se pojedinac uklonio iz slučaja Bodova za hranu (SNAP) ili TANF-a jer nisu rekli istinu i dobili beneficije koje nisu smjeli dobiti.
Nasilje u porodici	Nasilje u porodici može uključivati udaranje, udaranje, prebijanje, silovanje, gušenje, prijetnje, kontrolu, ili čuvanje od dobijanje onoga što vam je potrebno za život (kao što su hrana, medicina, ili dom) od strane supružnika, dečka/djevojke, partnera, ili "bivšeg".
Elektronski transfer koristi (EBT)	Sistem koji se koristi u Gruziji za isplatu beneficija pojedincima koji imaju pravo na Bodove za hranu (SNAP). Pojedincima koji primaju pomoć izdaje se EBT debitna kartica, koja se koristi za pristup njihovim računima za Bonove za hranu (SNAP).
Elektronski Komunikacije	Imate mogućnost da odaberete kako biste voleli da primete obaveštenja o vašim informacijama. Ukoliko odaberete da primete e-mail ili tekstualna obaveštenja, dobićete poruku koja vas obavještava da imate obaveštenje u Mojim obavijestima koje se nalaze na Portalu korisnika GA Gatewaya. Za Komunikacija putem e-pošte, morate nam pružiti vašu e-mail adresu i prihvatiti uvjete za obavijesti bez papira koje se nalaze u GA Gateway Portalu korisnika nakon što kreirate račun. Molimo posjetite web-lokaciju korisničkog portala GA Gateway na www.gateway.ga.gov da ažurirate postavke obavijesti. Za SMS komunikacija, morate nam dati vaš broj telefona. Standardne poruke i stope podataka može se primjenjivati. Ovo može da se odašilju po nosiocima, molimo vas da proverite kod vašeg provajdera.
EPPICard debit MasterCard	Država Gruzija je implementirao zgodnu "elektronsku" opciju plaćanja za primatelje TANF-a pod nazivom EPPICard debit MasterCard. Prema ovoj opciji plaćanja, novac se uplati na račun primaoca prvog kalendarski dan u mjesecu. Ako prvi padne na vikend ili odmor, pogodnosti su dostupne na zadnji poslovni dan u prijemjesecu. Primatelj ima hitan pristup svojim sredstvima jer su sredstva elektronski učitana na debitnu MasterCard karticu.
Srodnik korisnika granta	Roditelj, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavljuje i prima TANF u njegovo ime u ime djece.
Bruto prihodi	Ukupan prihod osobe prije uzimanja poreza ili drugih odmicaja u obzir.
Članovi domaćinstva	Pojedinci koji žive u vašem domu. Za Bodove za hranu (SNAP), pojedinci koji žive zajedno i kupe i pripremaju svoje obroke zajedno.
Prihodi	Isplate kao što su plaće, provizije, bonusi, radnička naknada, invalidnost, penzija, naknade za penziju, kamata, dečija podrška ili bilo koji drugi oblik primljenog novca.
Akt o poreznoj olakšici srednje klase iz 2012.	Ovaj Zakon zabranjuje korištenje sredstava novčane pomoći ili TANF Debitnih kartica za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kazinima, prodavnicama pića, zabavnim objektima usmjerenim na odrasle, poker sobama, kaucija obveznice, noćni klubovi/saloni/taverne, dvorane za bingo, trkaće staze, gaming ustanove, prodavnice oružja / municije, kruzeri, vidovnjački čitatelji, trgovine za pušenje, tetovaže / piercing trgovine, te spa/saloni za masažu. Korištenje sredstava novčane pomoći ili TANF debitne kartice u ovim poslovima predstavljat će namjerno kršenje programa (prijevара) na tom dijelu primatelja.
Ne-kandidat	Individual koji ne podnese zahtjev za ili prima javnu pomoć/beneficije. Od onih koji ne podnose zahtjev nije potrebno da navedu broj socijalnog osiguranja, državljanstvo ili imigracioni status.
Primalac	Primaoca plaćanja je pojedinac koji prihvata odgovornost za primanje novčane pomoći i trošenje sredstava on ime AU. Plaćenik može, ali ne mora biti član AU-a.

Troškovi prije poreza	Troškovi predoporezivanja su oduzeci iz vašeg prihoda prije nego što se primijeni porez. Nisu svi odvodi prije poreza. Najčešće odbici prije poreza su zdravstveno osiguranje, stomatološko osiguranje, osiguranje vida itd. http://www.irs.gov
Kvalifikovani vanzemaljac/imigrant	Kvalificirani <i>vanzemaljac/imigrant</i> je osoba koja legalno živi u SAD-u koja spada u jednu od sljedećih kategorija: <ul style="list-style-type: none"> • Osoba koja je zakonito primljena u stalni boravak (LPR) prema Zakonu o imigraciji i nacionalnosti (INA); • <i>Amerasian imigrant pod sekcijom 584</i> Zakona o inostranim operacijama, finansiranju izvoza i srodnim programskim aproprijacijama od 1988; • Osoba kojoj je <i>odobren azil</i> iz odeljka 208 INA; • <i>Izbjegllice</i>, primljene u odjeljku 207 INA; • Osoba <i>uvjetno puštena</i> na uslovnu kao izbjeglica ili asylee iz odjeljka 212 (d)(5) INA- e; • Osoba čija <i>deportacija</i> je prešućena u odjeljku 243(h) INA-e kao na snazi prije 1. aprila 1997. ili odjeljka 241.(b)(3) INA-e, kako je bila izmještena ; • Osoba kojoj je odobren uslovni ulazak iz odeljka 203(a)(7) INA-e kao na snazi pre 1. aprila 1980. godine; • <i>Kubanski ili haićanski</i> imigranti kako je definirano u odjeljku 501(e) Akta o pomoći u obrazovanju izbjeglica iz 1980. godine; • <i>Žrtve trgovine ljudima</i> u skladu sa članom 107(b)(1) Akta o zaštiti žrtava trgovine ljudima iz 2000. godine; • <i>Izgužvani imigranti koji u skladu sa uslovima iznetim u članu 431(c)</i> Akta o pomirenju ličnih odgovornosti i ličnih prilika iz 1996. godine, kao što je izmijenjeno; • <i>Afganistanski ili irački</i> imigranti odobrili su specijalni imigrantski status u odjeljku 101(a)(27) INA (podložno specificiranim uvjetima); • <i>Američki Indijanci</i> rođeni u Kanadi koji žive u SAD-u pod sekcijom 289 INA ili ne-građani federalno priznatog indijanskog plemena pod odjeljkom 4(e) Indijskog akta o samoodređenju i pomoći u obrazovanju; • <i>Hmong ili Highland Laotian</i> plemenski članovi koji su ustupili pomoć SAD-u. osoblje uzimajući u vojnoj ili spasilačkoj operaciji tokom Vijetnamske ere (8.5.1964. – 5.7.1975. <p>Samo za kandidate za medicinsku pomoć, Compact of Free Association (COFA) su građani Federirane države Mikronezije, Republike Maršalskih ostrva i Republike Palau. Migranti IZ COFA-e ne treba da se upoznaju sa 5-godišnjim barom.</p>
Resurse	Gotovina, imovina, ili imovina kao što su bankovni računi, vozila, dionice, obveznice, i životno osiguranje.
Seksualni napad	Seksualni čin bez pristanka zabranjen saveznim, plemenskim ili državnim zakonom, uključujući slučajeve kada žrtva nema sposobnost pristanka.
Seksualno uznemiravanje	Neprijateljski, zastrašujuće, ili ugnjetavajuće ponašanje zasnovano na seksu koji stvara uvredljivu radnu sredinu.
Uhodi	On je postupao ili zločin svojevolaro i više puta pratio ili maltretirao drugu osobu u okolnostima koje bi prouzrokovale razumnu osobu da se boji povrede ili smrti posebno zbog izričitih ili implicitnih prijetnji.
Oporeziva primanja	Isplate kao što su plaće, plaće, provizije, bonusi, invalidnost, penzija, penzijske beneficije, kamate, o bilo koji drugi oblik <u>primljenog novca.</u>
Ovisni o porezu	Pojedinac koji očekuje da će biti prisvojen na poresku prijavu. http://www.irs.gov
Poreski filer	Pojedinac koji očekuje da podnese poresku prijavu. http://www.irs.gov
Odmici povrata poreza	Odmici porezne prijava su dozvoljeni porezni odrezi nađeni na obrascu 1040, počevši od linije 23 do linije 35. Oni uključuju: Troškove edukatora; Obrazac 2106; Obrazac za uštedu zdravlja 8889; Formular za pokretne troškove 3909; Kazna/prevremeno povlačenje uštedevine; Alimentacije plaćene; IRA Deduction; Student Loan Kamate; Školarinu i naknade Obrazac 8917; Domaći proizvodni obrazac 8903. http://www.irs.gov .
Trgovina hranom (SNAP) program	<i>Pogodnosti za TRGOVINU SNAP-om znači:</i> <p>(1) Kupovina, prodavanje, krađa, ili na drugi način razmjena SNAP pogodnosti izdanih i pristupa putem EBT kartica, brojeva kartica i PIN brojeva ili ručnim vaučerom i potpisom, za CASH ili razmatranje osim podobne hrane, bilo direktno, indirektno, u saučesništva ili dosađivanja s drugima, ili djelujući sami; (2) Razmjena vatrenog oružja, municije, eksploziva, ili kontroliranih tvari;(3) Kupovina proizvoda sa SNAP pogodnostima koja ima kontejner koji traži povratni depozit s namjerom pribavljanja gotovine odbacivanje proizvoda i vraćanje kontejner za iznos depozita, namjerno odbacivanje proizvoda, i namjerno vraćanje kontejnera za iznos depozita; (4) Kupovina proizvoda s SNAP pogodnostimas namjerom da se dobije gotovina ili razmatranje osim pogodne hrane preprodukcijom proizvoda, i naknadno namjerno preprodaju proizvoda kupljenog uz SNAP pogodnosti u zamjenu za gotovinu ili razmatranje osim pogodne hrane; (5) Namjerno kupovina proizvoda koji su prvobitno kupljeni uz SNAP beneficije u zamjenu za gotovinu ili razmatranje osim pogodne hrane. (6) Pokušaj kupovine, prodaje, krađe, ili na drugi način utjecati na razmjenu SNAP pogodnosti koje se izdaju i pristupaju putem kartica Electronic Benefit Transfer (EBT) kartice, kartice brojeve i lične identifikacijske brojeve (PIN-e), ili ručnim vaučerom i potpisima, za gotovinu ili razmatranje osim podobne hrane, bilo direktno, indirektno, u suučesništvo ili dosađivanje s drugima, ili djelujući sami.</p>

Obavijest o ADA/Odjeljak 504 Prava

Pomoć za osobe sa smetnjama

Odjel za ljudske usluge Gruzije i Odjel za zdravstvo u zajednici Gruzije ("Odjeli") su obavezni saveznim zakonom* kako bi se osobama sa smetnjama pružila jednaka mogućnost da učestvuju i kvalifikuju se za programe, usluge ili aktivnosti Odjela. To uključuje programe kao što su SNAP, TANF i Medicinska pomoć.

Odjeli pružaju razumne izmjene kada su izmjene neophodne kako bi se izbjegla diskriminacija na osnovu invalidnosti. Na primjer, možemo promijeniti politike, prakse ili procedure kako bismo pružili jednak pristup. Kako bismo osigurali jednako efikasnu komunikaciju, obezbjeđujemo osobama s smetnjama ili njihovim pratiocima pomoć u komunikaciji s smetnjama, kao što su tumači znakovnih jezika. Naša pomoć je besplatna. Odjeli nisu dužni napraviti nikakve izmjene koje bi rezultirale fundamentalnom izmjenom u prirodi usluge, programa, ili aktivnosti ili u neopravdanim finansijskim i administrativnim teretima.

Kako zatražiti razumnu izmjenu ili komunikacijsku pomoć

Molimo vas da se obratite svom radniku u slučaju da imate invaliditet i trebate razumnu izmjenu, pomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. Na primer, nazovite ako vam je potrebna pomoć ili usluga za efektivnu komunikaciju, kao prevodilac znakovnog jezika. Možete se obratiti svom caseworker ili pozvati DFCS na (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) Tim na (678) 248-7449 da bi vaš zahtjev. Vaš zahtjev možete napraviti i pomoću DFCS ADA Obrasca zahtjeva za razumnu izmjenu, koji je dostupan u vašem lokalnom DFCS uredu ili online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ili možete dobiti DCH ADA Obrazac zahtjeva za razumno izmjenom od KB Tima ili online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ali ne morate koristiti obrazac.

Kako podnijeti pritužbu

Imate pravo da uložite žalbu ako su vas Odeljenja diskriminirala zbog vaše invalidnosti. Na primjer, možete podnijeti žalbu na diskriminaciju ako ste tražili razumnu izmjenu ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumno roku. Pritužbu možete upisati oralno ili u pisanju kontaktirajući svog slučajnog radnika, vaš lokalni DFCS uređ, ili DFCS Ljudska prava, ADA/ Odjeljak 504 Koordinator na 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Za DCH, obratite se KB Team ADA/ Odjeljak 504 Koordinator na 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071 ili PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. DCH email je: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Možete zatražiti od svog slučaja radnika kopiju DFCS građanskih prava, ADA/Section 504 obrazac za pritužbe. Obrazac za pritužbe dostupan je i na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Ako vam je potrebna pomoć pri unošenju žalbe na diskriminaciju, možete se obratiti osoblju DFCS-a navedenom gore. Pojedinci koji su gluhi ili tvrdo sluha ili koji mogu imati govorne smetnje mogu pozvati 711 za operatera da se poveže s nama. Email za DCH građanska prava je: dch.civilrights@dch.ga.gov. Link za DCH proces građanskih prava i obrazac za pritužbe nalazi se na <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Možete podnijeti i žalbu na diskriminaciju odgovarajućoj federalnoj agenciji. Kontakt informacije za Američko ministarstvo poljoprivrede (USDA) i Američko ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga (HHS) je u okviru "Izjave o nediskriminaciji" uključenih unutar.

** Član 504. Zakona o rehabilitaciji iz 1973.; Amerikanci sa Zakonom o invalidnosti iz 1990.; a Amerikanci sa smetnjama u 2008. godini osiguravaju da osobe sa smetnjama budu oslobođene od diskriminacije.*

Prema politici Odjela za zdravlje zajednice (DCH) programi medicinske pomoći ne mogu vam poreći podobnost ili beneficije na osnovu vaše rase, dobi, spola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili religije.

Ne šalji aplikacije USDA ili HHS-u

Izjava o nediskriminaciji

U skladu sa saveznim zakonima o građanskim pravima i pravilima ministarstva poljoprivrede (USDA), USDA, njenim agencijama, kancelarijama i zaposlenima, i institucijama koje učestvuju ili upravljaju USDA programima, zabranjeno je diskriminirati na osnovu rase, boje, nacionalnog porijekla, spola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjerskog vjerovanja, invalidnosti, dobi, političkih uvjerenja, ili odmazde ili odmazde za preornu aktivnost građanskih prava u bilo koji program ili aktivnost koju provodi ili finansira USDA. Programi koji dobijaju federalnu finansijsku pomoć od ministarstva zdravlja i ljudskih usluga SAD-a (HHS), kao što su Privremena pomoć za potrebe porodica (TANF), i programi koje HHS direktno radi, također su zabranjeni diskriminacijom po federalnim zakonima o građanskim pravima i HHS propisima.

Osobe sa smetnjama koje zahtijevaju alternativna sredstva komunikacije za informacije o programu (npr. Braille, veliki print, audio kasete, Američki znakovni jezik), trebaju se obratiti agenciji (državnoj ili lokalnoj) gdje su se prijavile za beneficije. Osobe koje su gluhe, teško sluha ili koje imaju govorne smetnje mogu kontaktirati USDA putem Federalne relejne službe na (800) 877-8339. Osim toga, informacije o programu mogu biti dostupne na jezicima koji nisu engleski.

GRAĐANSKE PRITUŽBE KOJE UKLJUČUJU USDA PROGRAME USDA

Pružajući federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi kao što su Program dopunska pomoć u prehrani (SNAP), Program distribucije hrane na indijskim rezervacijama

(FDPIR) i drugi. Da se podnese programska pritužba na diskriminaciju, kompletan Obrazac za žalbu zbog diskriminacije u programu, (AD-3027) pronađen na internetu at <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR-P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, i u bilo kojem USDA uredu ili napišite pismo adresirano na USDA i dostavite u pismu sve informacije tražene u obrascu. Da zatražite kopiju obrasca za žalbu, nazovite (866) 632-9992. Dostavi svoj završeni obrazac ili pismo USDA-u po:

1. **mail:** Food and Nutrition Service, USDA1320 Braddock Place, Soba 334, Aleksandrija, VA 22314; ili
2. **fax:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **email:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Za bilo koju drugu informaciju u vezi sa SNAP pitanjima, osobe bi se trebale obratiti broju hotline USDA SNAP na (800) 221-5689, koji je također na španskom, ili pozvati državne informacije/brojeve vruće linije (kliknite na link za popis brojeva hotline po državi); naći na internetu na: [SNAP hotline](#).

GRAĐANSKE PRITUŽBE KOJE UKLJUČUJU HHS PROGRAME HHS pružajući federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe za poboljšanje zdravlja i zdravlja, uključujući TANF, Head Start, Program pomoći za kućnu energiju s niskim prihodima

(LIHEAP) i druge. Ako vjerujete da ste diskriminirani zbog svoje rase, boje, nacionalnog porijekla, invalidnosti, dobi, seksa (uključujući trudnoću, seksualnu orijentaciju, i rodnog identiteta) ili religije u programima ili aktivnostima koje HHS direktno posluje ili kojima HHS pružajući federalnu finansijsku pomoć, možete podnijeti žalbu Uredu za građanska prava (OCR) za sebe ili za nekog drugog.

Da biste podnijeli pritužbu na diskriminaciju za sebe ili nekog drugog u vezi programa koji dobija federalnu finansijsku pomoć putem HHS-a, dovršite obrazac online putem OCR-ovog Portala za pritužbe na <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Također možete kontaktirati OCR putem pošte na: Centralizirane operacije upravljanja predmetima, Ministarstvo zdravlja i ljudskih usluga SAD-a, Avenija nezavisnosti 200, S.W., Soba 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ili email: OCRmail@hhs.gov. Radi brže obrade, ohrabrujemo vas da koristite OCR online portal za podnošenje pritužbi umjesto podnošenja putem pošte. Osobe koje trebaju pomoć pri podnošenju pritužbe za građanska prava mogu poslati OCR na OCRMail@hhs.gov ili pozvati OCR na broj 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Za osobe koje su gluhe, teško sluha, ili imaju poteškoće s govorom, molimo vas da nazovete 7-1-1 za pristup telekomunikacijskom releju usluga. Također pružamo alternativne formate (kao što su Braj i veliki print), pomoćna pomagala i usluge jezičke pomoći besplatno za podnošenje pritužbe.

Ova institucija je davatelj jednakih mogućnosti.

Pod Odjelom za ljudske usluge (DHS), možete podnijeti i druge žalbe na diskriminaciju kontaktirajući vaš lokalni DFCS ured, ili DFCS Ljudska prava, ADA/ Odjeljak 504 Koordinator na 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Za pritužbe u vezi sa diskriminacijom na osnovu ograničenog engleskog jezika, obratite se DHS ograničeni program znanja engleskog jezika i senzornih oštećenja na 2 Peachtree St NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, ili nazovite (877) 423-4746.

Ne šalji aplikacije USDA ili HHS-u