ジョージア州福祉局 SNAP/メディケイド/TANF更新 フォーム

この文書を読む際、記入する際または当局と通信する際に支援が必要な場合は、右記までお電話ください: (877) 423-4746。通訳者を含む当局のサービスは無料です。あなたが、聴覚障害者、難聴者、盲ろう者、または話すことが難しい方は、711 (Georgia Relay) をダイヤルして、上記の番号にお電話ください。

事務局用: 受領日	クライアント ID 番号	開始日:
	······································	
│プログラム開始: T	ANF SNAP メディケイド	

あなたがSNAPを再申請する場合、またはTANFやメディケイドの給付を更新する場合、この更新/申請フォームにあなたの名前、住所、署名のみを記入して申請できます。ただし、フォームに必要事項を記入し、情報の確認が必要な場合は、その情報を提供していただければ、より迅速に申請、再認証、更新を処理することができます。この書式は、SNAP/メディケイド/TANFプログラムの合同更新/申請、またはSNAPのみの申請に使用することができます。あなたのSNAP更新が他のプログラムへの更新/申請が却下/終了されたという根拠のみで終了させられることはありません。SNAP更新のための資格判定は別途行います。

以下の欄に、給付を再申請される方のお名前とご住所を活字体でご記入ください:

申請者氏名:	生年月日:	社会保障番号:
		(非申請者*のオプション)
あなたはホームレスの方ですか?はい_いし	ヽえ	*以下の「市民権移民ステータスおよび社 会保障番号(Citizenship Immigration
		云体障留与(Cilizeriship infinigration Status & Social Security Numbers)」を
		参照してください。
住所:		
郵送先住所:		
主要電話番号:	その他の連絡先番号:	
電子通信:	Eメールアドレス: (任意)	
電子メール:はいまたは、		
いいえ (任意)		
テキストメッセージ:はい_また		
は、いいえ (任意)		
使用する言語は?	面談が必要な場合、通訳は	
	必要でしょうか?	はいまたは、いいえ

米国障がい者法(Disabilities Act)下の米国人:合理的な修正とコミュニケーション支援の要請(該当する場合):

あなたはひとつの合理的な修正、	またはコミュニケーション・アシストを必要とするような障害を持っています
か?はい	いいえ

(はいの場合、要求している合理	里的な変更または:	コミュニケーション	を援について説明して	ください):
手話通訳者;	TTY; 大きた	\$ 印字体_; 電子通信(I	Ξメール)	; 点字;
ビデオリレー;キュードスピ・	ーチ通訳者;	口頭通訳者_;触覚通詞	沢者;	;プログラム締め切り日の
リマインダーの電話_電話署名	(該当する場合)	対面イン	/タビュー(家庭訪問) _;
その他:				
この合理的修正またはコミュニ	ケーション支援を	10限り、	または常時必要	ですか?
可能であれば、この修正または	支援が必要な時期	明と期間を簡単に説明	りしてください。	
私は、私が給付金を申請している限り、また確信している限り報は、自らの知る限りにおいて 邦政府機関が、この申請書で私 先に照会の上、情報が取得され 跡するために使用されることを	、偽証罪の罰を受 真実かつ正確であ が提供した情報を る場合があります	受けていることを宣言 あることを証明します を確認する可能性があ す。私は、自身の情報	言します。また、本申 す。私は、DHS-DFCS 5ることを理解してお	請書に記載されたすべての情 G、DCH、および認可された連 り、同意します。過去の勤務
私は、SNAP/メディケイドおよ 私は、私の世帯員の誰かが宝く 源泉徴収される前) も報告しま 内に報告します。私は、情報が 意に提供したとして刑事訴追の 私は、虚偽の情報を提供したり 申請または更新の際に、DHS-D SNAP 給付額を計算する際にそ	じやギャンブルの す。私は、これら 不正確であったり 対象またはDHS- 、情報を隠したり DFCS に経費の一	D賞金を受け取った場 の賞金について、私場合、給付金が減額 DFCS プログラムの Dした場合、訴追され 部を伝えなかった場	場合、総額が4,500ドルの世帯員がこの賞金を たは拒否される可能 資格を剥奪される場合 1る可能性があること 合/確認できなかった。	レ以上 (税金やその他の金額がを受け取った 月末から10日以性があり、不正確な情報を故いがあると理解しています。 を理解しています。私は、
	:収集します。個ノ	人情報を送信すること	とにより、お客様は、	ルアドレス、そして誕生日等の DHSの方針、手順、および法律 び開示することに同意したもの
署名:			日付	
「X」が署名している場合の立	会人の証人署名		日付	

パスウェイズ医療支援

パスウェイズ医療支援は、世帯収入が連邦貧困水準の100%までで、他のメディケイド受給資格がなく、資格を満たす19歳から64歳までの個人に向けて、無料または割引き料金でメディケイドを提供するプログラムです。パスウェイの選考を希望される方は、添付書類Dにご記入ください。

委任された代理人:

申請書/更新書の記入、SNAPまたは TANF の面接、および/またはSNAP EBT カードによる食料購入(店に行けない場合)を個人または団体に依頼する場合のみ、このセクションを記入してください。プログラムの種類ごとに、委任された代理人として指定したい人にチェックしてください。また、どのような職務を担ってもらいたいかをチェックしてください。メディケイドを申請する場合、あなたの代わりに医療支援を申請する人を複数選択することができます。

権限のある代表者 1 プログラムタイプ: SNAPロ TANFロ 医療支援ロ

委任された代理人1の義務:申請者に代わって申請書に署名する □ 更新申請書に記入して提出する□通知やその他の連絡のコピーを受け取る □その他全ての事柄について申請者に代わって行動する□ TANF給付カード(Way2Go)を受け取る □

氏名1:				
組織名1(該当する場合):		電話:		
住所:		区画:		
都市:		州:	郵便番号:	
電子通信:電子メール:はい	いいえ (任意)	テキストメッセー	-ジ:はい	
	いいえ	(任意)		
Eメールアドレス(任意)				
希望する言語:		通訳は必要	ですか?はい	または、
いいえ				
委任された代理人2のプログラムの種 委任された代理人2の義務:申請者にの連絡のコピーを受け取るロその他	こ代わって申請書に署名す	する 🛭 更新申請書に		
を受け取る □				
氏名2:	_			
組織名2(該当する場合):		電話:		
住所:				
都市:		州:	郵便番号:	<u> </u>
電子通信:電子メール:はい 			-ジ : はい	
Eメールアドレス(任意)				
希望する言語:			ですか?はい	または、いい
米国障がい者法(Disabilities Act) に関する要請(該当する場合):	下の米国人:合理的な修	E正と <mark>権限のある代表</mark>	<u>者のための</u> コミュニ	ニケーション支援
委任された代理人は、ひとつの合理的か?はいいいえ	りな修正またはコミュニケ	ーション支援を必要	とするような障がい	いがあります
(はいの場合、要求している合理的な	変更またはコミュニケー	ション支援について討	胡してください)	:
手話通訳者 ; TTY_; 大きな 印字	字体_;電子通信(Eメール	ノ)_;点字	; ビデオリレ	ノー <u></u> ;キ
ユードスピーチ通訳者_; 口頭通訳者		增通訳者;	; プログラ <i>L</i>	a締切日のリ
マインダーの電話 電話署名(亥当する場合) 対	面インタビュー(家庭	建訪問) ;	
子 の他・				

٤١	まされた代理人は、この合理的修正またはコミュニケーション援助を1回限りまたは常時必要 しますか??可能であれば、この修正または支援が必要な時期と期間を簡単に説明してくださ
	ディ ケイドのみ対象: 年、連邦所得税申告をする予定ですか? (連邦所得税申告をしない場合でも、健康保険に申し込むことは可能です。
	はい口いいえ はいの場合、質問a、b、およびcにお答えください。いいえの場合、質問cにお答えください。
	配偶者と共同申請をしますか? □ はい□ いいえ、 はい の場合、配偶者氏名: 確定申告で扶養家族を申請しますか? □ はい□いいえ はい□いいえ
C.	他人の申告書に扶養家族として記載されることはありますか? ロ はいロいいえ はいの場合、納税者名と納税扶養家族を記入してください:

コミュニティ支援サービス

その他の DHS のサービスについては、ウェブサイト <u>www.dfcs.georgia.gov</u> をご覧いただくか、電話(877)423-4746 までお問い合わせください。

すべての質問にお答えいただき、必要に応じて、すべての収入証明書と必要な経費をご提示ください。

市民権 移民の状況および社会保障番号:

<u>申請者と世帯員全員</u>について、以下の表に記入してください。以下の連邦法および規制: The Food and Nutrition Act of 2008(2008年食品と栄養法) 7 U.S.C. § 2011-2036, 7C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.

§ 205.52、連邦規則集第42編第 435.910 条、および連邦規則集第 42 編第 435.920 条は、DFCS があなたおよびあなたの世帯員の社会保障番号を要求する権限を与えています。あなたの世帯に住んでいて、給付を申請していない人は、非申請者として扱われることがあります。非申請者は、社会保障番号、市民権、移民権の情報を提供する必要はなく、給付を受ける資格はありません。他の世帯員が受給資格を有している場合は、給付金を受給できる可能性があります。世帯員が給付を受ける資格があるかどうかを当社に判断させたい場合は、その世帯員の市民権または移民資格を当社に伝え、社会保障番号 (SSN)を当社に提供する必要があります。それに加えて、当事者の収入と財源について、世帯の資格と給付水準を決定するために当局まで伝える必要があります。申請者以外の世帯員が市民権や移民権の状況を教えてくれなかった場合、米国市民権移民局 (USCIS) の体系的な外国人確認 (SAVE) システムに報告することはありません。ただし、申請時に移民情報を提出した場合、この情報はSAVEシステムによる検証の対象となり、世帯の受給資格や給付水準に影響を与える可能性があります。当局は、あなたの収入と資格を確認するために、他の連邦、州、および地方の機関とあなたの情報を照合します。また、この情報は、法執行機関に提供され、法律から逃れている人を逮捕するために使用されることがあります。あなたの世帯がSNAPを請求している場合、この申請書上の情報は、SSNなど、連邦・州機関および民間の請求回収機関に提供され、請求回収のために使用されることがあります。当局はその他の世帯員が自身のSSN、市民権、入国管理状況を提供できないことを理由として、申請者世帯員への給付を拒否することはありません。緊急医療サービスのみを申請する場合、SSNや移民に関する情報を提供する必要はありません。

氏名	МІ	姓名	民俗区分は ヒス パニック系 です か、または ラテ ン系ですか? (任意)	性別 男/女	生年月日 フォーマッ ト (mm/dd/yy)	あなたとの続 柄	(非甲請者の	あなたは、ア メリカ人国国籍 者、米国著籍民 資格保持者、 または十分な様し ています者の み) (はいいいこ)	は、ご自宅 で暮らして いますか? (Y/N)	は、ご自宅 で暮らして	メテイケイ
			はいいいえ			自身		はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ
			はいいいえ					はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ	はいいいえ

人種コード(該当するものをすべてお選びください):

AI - 米国先住民またはアラスカ先住民

AS - アジア系

BL - 黒人またはアフリカ系米国人

HP - ネイティブ・ハワイアンまたはその他の太平洋諸島民 WH - 白人

人種/民族情報を提供することにより、当局がプログラムを非差別的に管理することを支援することになります。あなたの世帯は、この情報を提供する必要はなく、そうすることで、あなたの資格や給付水準に影響を受けることもありません。ただし、この情報を提供されない場合、最初の対面式面接の際に人種と民族区分について視覚による識別が行われます。

あなたまたは他の世帯の申請者が帰化人、または合法的な外国人/移民の場合は、次の表に記入してください:

(必要に応じてページを追加してください)

(必安に心してハーン	でに	加してくたるい				
<u> </u>	氏名 ミドルイニシャル	姓	入国審査書類の種類	外国人/証明書/文書ID番号	1996年以降に米国 に居住したことが ありますか? (Y/N)		あなた、またはあな たの配偶者、親が退 役軍人、または現役 の米軍兵士ですか? (Y/N)
あ同 お生	居していない税法 名前: 年月日:	3歳の	扶養家族がいる場合 社会保障 市民権	人はいましたか? ロは 、以下に記入してください 章番号 _ 性別:M F(どち :	い。 5らかに∘をつけ ⁷		
あ	なたとの続柄:_			(必要に応じてペ	ページを追加して	ください)	
申	請者と世帯員全員	につ	いてお教えください				
あ	なたが受け取りた	い給	付金に関する質問の	帯員全員に関する詳細な情みにお答えください。		以下のページで	id.
1.	他の都や州で何 はい口いいえ		の給付を受けた人はい	ハますか?(SNAPとTANF	のみ)。		
	はい の場合: 誰が: どこで:						
2.				DSNAP給付を受けるため ますか?(SNAPのみ) □ に		場所や人物につい	ハて虚偽の
	どこで:						
3.			に、あなたの世帯で およびTANFのみ)ロ	自発的に仕事を辞めたり。 I はいロ いいえ	、労働時間を週3	80時間以下に短続	縮した人
	なぜ辞めたので	すか?	?				
4.	妊娠している人	はい	ますか?(この質問は	SNAP申請者には当てはま	ません)□ は	はい口 いいえ	
	はいの場合、妊	婦の	名前:				

フォーム508 (2024年10月改訂) 6

出産予定日はいつですか? ______;赤ちゃんは何人生まれる予定ですか? _____

	いいえ の場合、適去12ケ月以内に世帝内で出産した人、または妊娠が中絶された人はいますが?」はい いいえ
	はいの場合、妊婦の名前:
	出産日/中絶日は?また、何人の赤ちゃんが生まれましたか?
	*TANF申請者のみ、以下をご記入ください:
	胎児の父親の名前:
5.	メディケイド申請者の場合、過去3ヶ月間に未払いの医療費がある人はいますか? ロはい口いいえはいの場合、メディケイド案件の場合は未払い請求書を送付してください。
6.	SNAPやTANFプログラムの対象から外れる人はいますか?(SNAPとTANFのみ)。 ロはいロいいえ
	はい の場合: 誰が:
	とこで:
7.	重罪による起訴や拘置を避けるために逃亡している人はいますか?(SNAPおよびTANFのみ) 🛘 はい🗕 いいえはいの場合、誰ですか:
8.	保護観察または仮釈放の条件を破っている人はいますか?(SNAPおよびTANFのみ) □ はい□ いいえはいの場合、誰ですか:
9.	1996年8月22日以降、規制薬物の所持、常用また配布に関わる行為(すなわち麻薬犯罪)(SNAPとTANFのみ)または暴力(TANFのみ)の前科がありますか? □ はい□ いいえ
	はい の場合: 誰が:いつ:
	a. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか?(SNAPのみ) ロ はいロ いいえ
	b. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関連する仮釈放の条件を遵守していますか?(SNAPのみ) 🗅 はい口 いいえ
	c. 薬物関連の有罪判決に関する 保護観察または仮釈放の条件を<u>すべて</u> 正常に完了しましたか?(SNAPのみ)
10.	1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員の誰かが、SNAP給付金を麻薬と売買したことで有罪判決を受けたことがありますか?(SNAPのみ) 🛘 はい🗕 いいえ
	はいの場合:
	誰が:いつ:
11.	1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員が500ドル以上のSNAP給付金の売買で有罪判決を受けたことがありますか?(SNAPのみ) □ はい□ いいえ
	はい の場合: 誰が:
	いつ:

12. 1996年8月22日以降に、あなたまたは世帯員がSNAP給付金を銃、弾薬 、爆発物と交換し、有罪判決をことがありますか?(SNAPのみ) □ はい□ いいえ	を受けた
はい の場合: 誰が: いつ:	
13. あなたまたはあなたの世帯のメンバーが、2014年 2月 7 日以降、加重性的虐待、殺人、性的搾取、そ 童虐待、性的暴行を伴う連邦または州の犯罪、あるいは司法長官がそのような犯罪と実質的に類似し 判断した州法の犯罪で成人として有罪になったことがありますか?(SNAPのみ) □ はい□ いいえ	
はい の場合: 誰が: いつ:	
a. あなたは重罪で受けた判決の結果に関する保護観察の条件に従いまか?(SNAPのみ) ロ はいロ いb. 薬物犯罪の有罪判決の結果、受けた刑に関する保護観察の条件を遵守していますか?(SNAPのみ) ロ はいロ いいえ	
c. 薬物関連の有罪判決に関する保護観察または仮釈放の条件を <u>すべて正常に完了しましたか?</u> (SNAPのみ) ロ はいロ いいえ	
14. あなたまたは世帯員が宝くじやギャンブルの賞金を受け取ったことがありますか? ロ はいロいいえ はい の場合:	
誰が:いつ:	
誰が:	-Δ.
15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) ロはい口いいえ はいの場合:	-ム、 公、霊
 15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) はい口いいえばいの場合: 誰が:いつ: 16. 給付金を申請している人の中に、現在扶養手当を受けている人はいますか? 口はい口いいえばいの場合: 誰が: 	-ム、 公、霊
 15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) はい口いいえばいの場合: 誰が: いつ: いつ: はいの場合: は付金を申請している人の中に、現在扶養手当を受けている人はいますか? はい口いいえばいの場合: 	-ム、 公、霊
 15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) はい口いいえばいの場合: 誰が: いつ: いつ: はい口いいえばいの場合: はいの場合: 誰が: 毎月の受領額: 	-ム、 公、霊
 15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) □ はい□いいえはいの場合: 誰が:	- ム 、 金、霊
 15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) □ はい□いいえ はいの場合: 誰が:	- ム、 合、霊
15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) はい口いいえばいの場合: 誰が:	- ム、 合、霊
15. TANF資金またはWay2Goカードを以下の施設で使用した人はいますか?酒屋、カジノ、ポーカールー風俗店、保釈保証金、ナイトクラブ、サロン/居酒屋、ビンゴホール、競馬場、銃/弾薬店、クルーズ船感商法、喫煙所、タトゥー/ピアス店、スパ/マッサージ店(TANFのみ) ロはい口いいえ はいの場合: 誰が:	- ム、 合、霊

SNAPのみ:

60歳以上の人や障がい者で医療費がかかる人はいますか?

□ はい□いいえ

メディケア保険料、処方薬代、または病院代などの医療費に変動がありましたか?口はい 口 いいえはいの場合、支出を下の表に記入し、直近月の請求書を添付してください。

請求された世帯員		類(診療、 処方薬)	病院、		支払額	請求日	保険は支払われる予定ですか? はい/いいえ
└────────────────────────────────────	井 / 二六・名弗	きが今十り	フナルハ	C	しゃいナオかっ		7.1.1.5
はいの場合、以下の情報を提供してく							
目的(診療や通院、処方薬の受け取りな							
		110000	и— годи •		777 100) () (() () () () () () () ()	%1W II/II/W&C :
	このために	支払ってし	ハますか	?	ロはいロいい	<u> </u>	
はいの場合、以下に情報を提供してく							
どの費用を負担してもらっていますか?			誰が	その紹	経費を負担 してい	ますか?	
	ていますか	?	住所	:			
メディケイドのみ対象:							
他の医療保険							
現在、下記から健康保険に加入している	る方はいら	うしゃい	ますか?				
ロ ジョージア州福祉局メディケイド			□ Peach	Care	for Kids®	□ メディケ	ア
□ VA 医療プログラム		RE (ダイ	レクトケ	アま	たは職務がある	場合、チェッ [,]	クしないでください)
□ 雇用主の保険:保険会社名			保	倹証券	等番号		
□ その他:保険会社名	保険	証券番号_					
メディケイド以外の健康保険 に加入し はいの場合は、保険証のコピーをお送			□はい□	1 616	Nえ		

財源:

(MAGI メディケイドには必要ありません): あなたの世帯で、次のような収入源がある人はいますか?

□ はい □ いいえ (はいの場合、以下の情報を提供してください。高齢者、視覚障がい者、または身体障がい者のメディケイド(QMB、SLMB、QI-1 などの Medicare Savings Plans を除く)を受けている場合は、その証明を提出してください。

財産の種類	所有者	アカウント/ポリシー番号 (アカウント/ポリシー番 号が以下の場合は記入し ないでください。 SSNと同じ)	値	銀行名、保険会社名など
現金				
当座/普通預金				
信用 金庫				
年金				
株式または債権				
貸金庫				
退職金口座 (MAGI以外の場合)				
車両				
(MAGI以外の場合)				
CD / 年金				
(MAGI以外の場合)				
プリペイド葬儀プラン				
墓地 区画				
(MAGI以外の場合)				
信託基金				
(MAGI以外の場合)				
非自宅用物件				
自宅用物件				
(MAGI以外の場合)				
生命保険				
(MAGI以外の場合)				
その他				

高齢者、失明者、または障がい者のメディケイドのみ:

あなた、あなたの配偶者、またはあなたが申請している人は、過去60か月に収入源を売却、取引、または譲渡したことがありますか? 口はい 口いいえ

はい の場合、何をですか?	いつ?
----------------------	-----

SNAP、TANF、メディケイドの場合:

職業:あなたの世帯で、働いている人はいますか? ロはい口いいえ

はいの場合、賃金、ボーナス、およびチップなど雇用者の給与情報を記載し、過去4週間に受け取ったすべての総収入を証明する書類を添付してください。

		時間当たりの	選出たりの	古せい			
就業している人	雇用者	時间ヨたりの	週ヨにりの 労働時間	支払い 頻度	支払い日	賞与支払い	チップ
		貝亚	刀倒时间	グリ文			
! 在ストライキ中の人はいま	ままか? ロ はいロいいえ						
は人下ノイイ中の人はいる	(9)). (
くディケイドのみ対象:							
ジョブョー・シング 3月き前費用:							
いて別貝刀.							
健康保険 \$	頻度	□ 初	見力の保険 \$	5	頻	芰	
				王 万只Ψ		142六人	
こその他の控除の種類\$	支払頻度	🛮 そのイ					
こその他の控除の種類\$	支払頻度 支払頻度	🛮 そのイ					
」その他の控除の種類\$ 」その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた	支払頻度 支払頻度 ごさい。	□ その ⁽ 	他の控除の私	重類\$		払頻度	
] その他の控除の種類\$] その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 说引前費用とは、税金が	支払頻度 支払頻度 ごさい。 ぶ適用される前に収入 が	□ その ⁽ 	他の控除の私	重類\$		払頻度	
] その他の控除の種類\$] その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 说引前費用とは、税金が	支払頻度 支払頻度 ごさい。 ぶ適用される前に収入 が	□ その ⁽ 	他の控除の私	重類\$		払頻度	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 送引前費用とは、税金が 川前であるわけではあり	支払頻度 支払頻度 ごさい。 ぶ適用される前に収入 が	□ その ⁽ 	他の控除の私	重類\$		払頻度	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 公引前費用とは、税金が 別前であるわけではあり 全定申告の控除:	支払頻度 支払頻度 ごさい。 ぶ適用される前に収入 が ません。	□ そのイ から差し引かれ	他の控除の種 る控除を 打	重類\$		払頻度	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 公引前費用とは、税金が 別前であるわけではあり 全定申告の控除:	支払頻度 支払頻度 ごさい。 ぶ適用される前に収入 が ません。	□ そのイ から差し引かれ	他の控除の種 る控除を 打	重類\$		払頻度	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 送引前費用とは、税金が 制前であるわけではあり 確定申告の控除: を当するものすべてをチェ	支払頻度支払頻度支払頻度ごさい。 適用される前に収入がません。 ックし、その金額と支払	□ そのん から差し引かれ ない頻度を教えて	他の控除の種 る控除を 打	重類\$		払頻度	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 訓前であるわけではあり 建定申告の控除: 該当するものすべてをチェ 註: 自営業への回答で既	支払頻度支払頻度支払頻度ざ適用される前に収入がません。ックし、その金額と支払に検討した費用を入れる	□ そのか から差し引かれ ない頻度を教えて ないでください。	他の控除の種 る控除を ください。	^{重類\$} 省します		払頻度 <u></u>)控除が税	
こその他の控除の種類\$ こその他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 説前であるわけではあり 確定申告の控除: を当するものすべてをチェ 注記: 自営業への回答で既 !扶養料の支払い\$	支払頻度 支払頻度 ごさい。 適用される前に収入がません。 ックし、その金額と支払に検討した費用を入れる 頻度	□ その か ら差し引かれ ない頻度を教えて ないでください。 □ 学生ロー	他の控除の種 る控除を ください。 ン利息 \$	重類\$		払頻度 <u></u>)控除が税	
□ その他の控除の種類\$ □ その他の控除の種類\$ での他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 説引前であるわけではあり 確定申告の控除: 変当するものすべてをチェ 注記: 自営業への回答で既 □扶養料の支払い\$	支払頻度 支払頻度 ごさい。 適用される前に収入がません。 ックし、その金額と支払に検討した費用を入れる 頻度	□ その か ら差し引かれ ない頻度を教えて ないでください。 □ 学生ロー	他の控除の種 る控除を ください。 ン利息 \$	重類\$		払頻度 <u></u>)控除が税	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 訓前であるわけではあり 確定申告の控除: を当するものすべてをチェ 注記: 自営業への回答で既 扶養料の支払い\$ その他の控除の種類\$	支払頻度 支払頻度 ざさい。 ぶ適用される前に収入がません。 ックし、その金額と支払に検討した費用を入れる 「焼討した費用を入れる 頻度 頻度	□ その か ら差し引かれ ない頻度を教えて ないでください。 □ 学生ロー	他の控除の種 る控除を ください。 ン利息 \$	重類\$		払頻度 <u></u>)控除が税	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた は引前費用とは、税金が 前であるわけではあり 確定申告の控除: 変当するものすべてをチェ 注記: 自営業への回答で既 扶養料の支払い \$ その他の控除の種類 \$ NAP、TANF、 メディク	支払頻度 支払頻度 支払頻度 ださい。 ぶ適用される前に収入が ません。 ックし、その金額と支払 に検討した費用を入れた 頻度 頻度 「頻度」	□ そのか から差し引かれ ない頻度を教えて ないでください。 □ 学生ロー その他の控除の種	他の控除の種 る 控除を ください。 ン利息 \$ 類 \$	重類\$ 皆します 頻度_	。すべて の	払頻度)控除が税	_
こその他の控除の種類\$ こその他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 説前であるわけではあり 確定申告の控除: 該当するものすべてをチェ を記:自営業への回答で既 は養料の支払い\$ こその他の控除の種類\$ NAP、TANF、メディク 事をやめた人はいますた	支払頻度 支払頻度 支払頻度 ださい。 適用される前に収入が ません。 ックし、その金額と支払 に検討した費用を入れる 頻度 頻度 切度 切度 切度 の場合:	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	他の控除の種 る 控除を ください。 ン利息 \$ 類 \$	重類\$ 皆します 頻度_ 記入して	。すべて の	払頻度)控除が税	_
□ その他の控除の種類\$ □ その他の控除の種類\$ ○ その他別紙に添付してくた 説引前費用とは、税金が 説前であるわけではあり 確定申告の控除: 変当するものすべてをチェ 注記: 自営業への回答で既 □扶養料の支払い \$ □ その他の控除の種類 \$ NAP、TANF、 メディク	支払頻度 支払頻度 支払頻度 ださい。 適用される前に収入が ません。 ックし、その金額と支払 に検討した費用を入れる 頻度 頻度 切度 切度 切度 の場合:	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	他の控除の種 る 控除を ください。 ン利息 \$ 類 \$	重類\$ 皆します 頻度_ 記入して	。すべて の	払頻度)控除が税	
その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた	支払頻度 支払頻度 支払頻度 ださい。 適用される前に収入が ません。 ックし、その金額と支払 に検討した費用を入れる 頻度 頻度 切度 切度 切度 の場合:	・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・・	他の控除の種 る 控除を ください。 ン利息 \$ 類 \$	重類\$ 皆します 頻度_ 記入して	。すべて の	払頻度)控除が税	_
□ その他の控除の種類\$ □ その他の控除の種類\$ その他の控除の種類\$ その他別紙に添付してくた 税引前費用とは、税金が 引前であるわけではあり 確定申告の控除: 該当するものすべてをチェ 主記:自営業への回答で既 □扶養料の支払い\$ □ その他の控除の種類 \$ NAP、TANF、メディク 上事をやめた人はいますた	支払頻度 支払頻度 支払頻度 ださい。 ぶ適用される前に収入が ません。 ックし、その金額と支払 に検討した費用を入れた 頻度 頻度 「頻度」 ロ 切で ですいの場合: か? ロはい ロいし こか?	から差し引かれ いがりを表し引かれ いでください。 □ 学生ロー その他の控除の種 れえ はいの場合	他の控除の種 る 控除を ください。 ン利息 \$ 類 \$	重類\$ 皆します 頻度_ 記入して		払頻度)控除が税	

働き始めた人はいますか? □はい □ いいえ はいの場合、以下に記入してその証明書を提出してください。

仕事を始めた人の名前:			開始日:		電話番号:
雇用主/企業名:			給与 率 : \$]に小切手を受け取った日/受 なる予定日:
支払頻度(1つに∘をつけ	てください):				
□ 毎週	□ 隔週	□ 月2回		□毎月	□ その他

自営業の人はいますか? □はい □ (いいえ (はい の場合、誰ですか?) _		
税務ファイル、事業記録、領収書、請求書 入を証明するものを提出してください。		明細書を通じて、	、自営業の収
この事業は法人化されていますか? □			
この人に自営業の経費はありますか?			
はいの場合、その人にはどのような費用が	ありますか?		
メディケイドとTANFの場合のみ:自営	営業の経費を証明するものを提出し	てください。	
不労所得:			
あなたの世帯で、寄付金、ソーシャルセキ 収入を得ている人はいますか?		失業、退職金、	またはその他の
はいの場合、以下の情報を記入し、また金の手紙を提供してください。	た <u>過去4週間で受け取ったすべての</u> り	収入証明書、ま	たは最新の給付
 氏名	出所	金額	支払頻度
MAGI メディケイドの場合:養育費、j	退役軍人の支払い、補助保障所得(SSI)、または	出労働者災害補償給
付からの所得はカウントされません。			
扶養家族費用:			
あなたは扶養している子どもの養育費、ま	たは障がいのある成人世帯員に対する	介護費用を負担	していますか?
口はい ロ いいえ			
はいの場合、以下の質問にお答えください	0		
要介護者:	介護費用を負担する	人:	
プロバイダー名:	プロバー	イダーに支	支払われ
	払われる	5金額:	る頻度:
プロバイダーの電話番号: 介護の理由	:		
扶養している子供または障害のある成人の		 コ はい ロ いいえ	i
これらの費用は扶養費に含まれますか?	ロはい ロ いいえ		
いいえの場合、以下の質問にお答えくださ	い。 毎週の総走行距離:		

自営業:

住居費:

あなたまたは世帯員の誰かが住居費を支払い始めたか、または住居費が変更されましたか? 口はい口いいえはいの場合、以下の表に記入してください。

費用	金額	支払頻度?	支払者は誰ですか?
家賃/住宅ローン			
固定資産 税			
損害 保険料			
電気			
ガス			
重油 /薪/灯油			
井戸/浄化槽			
タンク/上下水道			
ゴミ			
電話			
その他			

その家の主な冷暖房源は何ですか?(電気、ガス、またはその両方)

これらの家計簿のうち、誰かに支払ってもらっているものはありますか? 口はい口いいえ

はいの場合、以下の表に記入してください:

誰が請求書を負担していますか?	とんな請求書が支払われていますか?
支払額はいくらですか?	この人は誰に対して請求書の支払いをしていますか?
過去12か月間でエネルギー補助を受けたことがありますが はいの場合、受け取った金額 \$	か? 口はい 口いいえ
家庭内で毎月の家計を共有している人がいますか?	ロはいロいいえ
はい の場合、誰ですか?	
コメント/ドキュメント	
支払先	単位
家主名 家主の住所	

児童扶養手当の支払い:

あなたまたはあなたの世帯の誰かが、家庭外で生活している人に養育費を支払っていますか?□はい□いいえはいいの場合、以下の表に記入してください:

誰が支払う義務がありますか?	債務額はいくらですか?
養育費は誰のために支払われますか?	実際に支払われる金額はいくらですか?
養育費は誰に支払われますか?	どのくらいの頻度で養育費が支払われますか?

SNAPのみ: 過去3ヶ月間に支払われた金額と、法的に支払う義務がある金額を証明してください。

このセクションは、TANF RECIPIENTS専用です - 以下の項目を記入する必要があります:

撮影記録:

7歳未満で、まだ学校に通っていない子供はいますか? (プレKは「学校」とはみなされません) 口はい口いいえ

はいの場合、 7歳未満のお子様お一人ずつ、Form 3231- Child Care Immunization Form (子ども予防接種フォーム) をお送りください。

学校の条件: すべての子供(6~18歳)が学校に通っていますか? □はい□いいえ はいの場合、子どもの名前 □ 学校名(複数可) □ 16歳以上の子どもで学校に通っていない人はいますか? □はい□いいえ はいの場合、お子様のお名前? □
この子供が 雇用されている 場合は、現在の小切手の半券のコピー、または、 その他の仕事関連の作業に 従事している場合は、業者からの明細書を提出してください。
家庭内暴力: あなた、またはあなたの家族の誰かが、家庭内暴力、セクシャル・ハラスメント、性的暴行、またはストーカー行為の被害を受けていますか? ロはい口いいえはいの場合、被害者のお名前をお聞かせください
自動車費:
あなたは子供(または子供たち)の親または親戚で、子供(または子供たち)と一緒にTANF AUに含まれていますか? ロはい口いいえはいの場合、以下の質問に答えてください:: あなたまたは他の成人 AU メンバーは自動車を所有していますか、または購入予定ですか? 口はい口いいえはいの場合、誰ですか?(所有者名)
車の年式、メーカー、型式: 自動車購入代金、保険料、メンテナンス費、その他関連費用をご記入ください:
他に支払っている定期的な出費(例:クレジットカードの請求など)はありますか? □はい □いいえ

エクスプレスレーン (Express Lane) の対象者:

エクスプレスレーン資格(ELE)は、栄養補助プログラム(SNAP)、貧困家庭への一時的援助(TANF)、難民現金援助(RCA)、チャイルドケア&ペアレントサービス(CAPS)、または女性、乳児、子供(WIC)を受けている19歳未満の対象となるお子様を医療支援プログラムに自動的に登録または更新するための手続きです。

お子さんがSNAPまたはTANFの受給資格がある場合、子ども家庭サービス部 (DFCS) は SNAP または TANF の世帯サイズ、居住地、収入情報を使用しますが、DFCSはメディケイドまたは PeachCare for Kids® への登録・更新のためのELE判定を行うために、医療支援規則を使用して市民権または移民のステータスを確認します。DFCSは、完了後に決定通知を送信し、メンバーに変更を加え、いつでもELEの手続きから抜けたり、医療支援ケースを終了したりできるようにします。

すべてのプログラムの権利と責任

あなたには以下の権利があります:

- 英語の読み書き、会話や理解が困難な場合、**このフォームへの記入の支援や無料の言語支援サービスを要求してください**(通訳者、翻訳文書、または直接言語サービス)。
- あなたの世帯でご自身またはどなたかに障がいがある場合、補助器具・サービス、適切な助成を要求してください。

聴聞会に関する通知:すべてのプログラムにおいて、あなたには書面または面会で公正な聴聞会を要求する権利があります。この決定に同意できない場合は、1-877-423-4746 に電話するか、州の聴聞官の前で聴聞を求めることができます。弁護士、親族、友人など、あなたが選んだ人が聴聞会での代理人となることができます。あなたが聴聞会を望む場合は、以下の日数以内に書面で、または内部の機関に連絡することにより、聴聞会を求める必要があります:

- o SNAPについては、この通知の日付から90日間
- メディケイドとTANFについては、この通知の日付から30日間

あなたの責任は以下の通りです:

- 担当のケースワーカーに正しい情報を提供し、給付金受給に必要とされる資格の証拠を提供すること。このフォームにサインtすると、 あなたは担当のケースワーカーに対して雇用者、銀行、身内の人あるいは、その他からの情報入手を許可することになり、これにより当局は貴方が正しい給付金額を受給していることを確認できるようになります。
- 常に真実を申し述べること。あなたやあなたのために申請している人が間違った情報を提供した場合、あなたは犯罪を犯している可能性があり、刑務所に行くことになるかもしれません。
- 給付金の申請者または申請者の世帯の誰かが、米国市民または適格移民であることを証明すること。
- 詐欺防止に取り組む州当局および連邦職員や捜査機関や個別事例について監査をしている職員に協力 すること。協力が得られず、SNAPの受給資格があると判断できない場合、あなたの事案が拒否または停止される場合があります。
- (SNAPの場合) Quality Controlの審査員が、ケースマネージャーに伝えた情報について電話や自宅での聞き取り調査を行うときに、その審査員に協力すること。もしあなたが彼らに協力しない場合、ご自身の事案は拒否または停止される場合があります。
- (SNAPとTANFの場合)本来受け取るべきでなかった給付金を返済すること。
- (メディケイドの場合)あなたがケースマネージャーに伝えた情報について聞き取りをするために、あなたの家に電話したり訪問する際、メディケイドの資格品質管理またはプログラム・インテグリティと協力しています。
- (メディケイドの場合)ナーシングホーム(老人ホーム)、中間ケア施設、地域密着型サービスにいるまたは、または放棄プログラムに登録してサービスを受けているメンバーで、遺産の回復に協力しています。

SNAPを受給している場合、世帯の月間総所得が、世帯人数に応じた連邦貧困レベルの130%を超えた場合に報告する必要があります。収入の変更は、変更があった月の月末から10日以内に報告しなければなりません。

子供がいない社会人の場合、労働時間が週20時間または月80時間未満になった場合は、報告する必要があります。これらの変更は、変更があった月の末日から10日目までに報告する必要があります。

また、あなたの家庭が宝くじやギャンブルの賞金を大量に受け取った場合も報告する必要があります。これは単一のゲームで勝った場合の賞金を指します。あなたまたは世帯員が総額4,500ドル以上 (税金またはその他の金額が源泉徴収される前)の宝くじまたはギャンブルの賞金を受け取った場合、世帯が賞金を受け取った月の最後の日から10日以内にこれらの賞金を報告する必要があります。

TANFまたはメディケイドを受給している場合、状況に変化があった場合は、変化があった日から10日以内にあなたの状況

におけるすべての変化を報告する必要があります。

私は、私のメディケイドの対象者が受け取る一時金または「報奨金」は、資格を決定するために、私たちが持つかもしれない他の収入と一緒に、予算化されなければならないことを理解しています。

メディケイドプログラムでは、あなたは以下の権利を有します:

- その他の医療保険がある場合でもメディケイドを受けられます。
- ▼メディケイドでご自身の医師または医療提供者を選択できます。
- メディケイドの種類によりますが、あなたがメディケイドを申請した日から10日、45日または90日以内に当該申請が承認または拒否されます。

私のメディケイド受給の条件として:

- 私は、医療扶助と第三者からの医療費支払いに関する全ての権利(病院と医療給付)を国家に譲渡することに同意します。
- 私は、ケアとサービスに対して支払う責任がある第三者を州が追跡する支援をするための情報を特定し、提供することに関して州に協力することを同意します。私は医療ケアに対して支払いを受けた場合、10日以内に報告する必要があることを理解しています。(あなたが他の個人の代わりにこのフォームを記入し、その個人のために譲渡を実行する権限を持っていない場合、その個人はメディケイドの資格を得る条件として、上記の権利の譲渡を実行する必要があります)。
- 私は非同居の親に対して、利用可能な医療保険がある場合は、加入を要求する権利を州当局に与えることに同意します。私は非同居親から利用可能な場合医療支援を取得する必要があることを理解し、この支援の取得の際に児童福祉部門に協力しなければならないことを理解しています。私が協力しない場合、正当な理由がない限り、私はメディケイドの給付を失い、私の子供たちだけが給付を受けることになることを理解しています。

SNAP 罰則の警告: 故意に虚偽の情報を提供した場合、あなたの給付金を失うか、刑事訴追を受ける可能性があります。

- あなたの世帯が受けるべきでない給付を受けるために、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりしないでください。
- 自分のものでないSNAPカードやEBTカードを使ったり、他人に使わせたりしないでください。
- SNAP給付金をアルコールやタバコなどの非食品購入やクレジットカードでの支払いに使用しないでください。
- SNAPカードやEBTカードを、銃器、弾薬、規制薬物(違法薬物)などの違法な品物と交換したり、 売ったりしないでください。

あなたの家庭でこれらの規則を故意に破った人は、1年から永久にSNAPプログラムが停止され、最高25万ドルの罰金、20年の禁固刑、またはその両方を科される可能性があります。当事者は、他の連邦法および州法に基づき起訴される可能性があり、また裁判所の命令によりSNAPプログラムからさらに18ヶ月間追放される可能性もあります。

故意に規則を破った世帯の人は、初犯の場合は1年間、2回目の場合は2年間、3回目の場合は永久にSNAPをもらえない可能性があります。

裁判所が、あなたまたは世帯員が規制薬物の販売を含む取引で給付金を使用または受け取ったと裁定した場合、あなたまたはその世帯員は、初犯の場合は2年間、再犯の場合は永久に給付を受ける資格がありません。

銃器、弾薬、爆発物の販売を含む取引において、あなたまたは世帯員が給付金を使用または受領したことが裁判所により有罪とされた場合、あなたまたはその世帯員は、この違反の初犯をもって、永久に SNAPに参加する資格がなくなります。

裁判所が、あなたまたは世帯員が総額\$500以上の人身売買による利益を得たことに対して有罪と認定した場合、あなたまたはその世帯員は、本事案の初犯時にSNAPプログラムへの参加が永久的に不適格となります。

複数の SNAP給付を受けるために、あなた自身または世帯員が、身元(誰であるか)または居住地(どこに住んでいるか)に関して不正な陳述または表明を行ったことが判明した場合、あなた自身またはその世帯員は、10年間 SNAP に参加する資格がなくなります。

私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、詐欺で訴追される可能性があることを理解しています。

TANFプログラムに関する罰則の警告: TANFプログラムでは、虚偽または誤解を招く情報を提供することによる意図的な行為、またはAUの資格を維持するために確立する、給付を増やす、給付の減少を防ぐ、否定的な行動を避けるために情報を保留する、または禁止された場所で現金援助を使用することは、意図的なプログラム違反と見なされます。

以下のような場合、違反の重大性に基づいて刑罰を決定するため、監察官室に照会されることがあります:

● 時間通りに変更を報告しない、または真実を語らない、または 支援資金やTANF DEBITカードを使って、現金を引き出す、またはカジノ、酒店、成人向け娯楽施設 「ストリップクラブ」、ポーカールーム、保釈金、ナイトクラブ/サロン/居酒屋、 ビンゴホール、競馬場、競技、ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、霊感占い、喫煙所、刺青/ピアス店、およびスパ/マッサージ店で取引を行うことは、厳重に禁止されています。 複数の州で給付を受けることができるよう虚偽の住所を提供することや、1997年1月1日以降に薬物関連の罪また重大な暴力的重罪で有罪になった場合。

これらの規則を故意に破った世帯の人は、6か月から永久にTANFプログラムを停止される場合があります。

メディケイドの場合、詐欺や不正行為を行うことは法律違反となります。Medicaid and PeachCare for Kids ® Program Integrity Unit(メディケイドおよびピーチケア・フォー・キッズプログラムインテグリティ部門)に問い合わせることができます。違反者は、業者を1社に限定されたり、プログラムから抹消されたり、提供された医療サービスに対して地域保健省への払い戻しを求められる場合があります。

詐欺は、故意に行われる不誠実な行為です。不正使用は、良い慣行に 従っていない行為です。

参加者の不正・濫用の例としては、以下のようなものがあります:

- メディケイド、PeachCare for Kids[®]、または CMO の健康保険証を他人に使わせること
- 薬を不正使用または販売する意図で処方箋を入手すること
- サービスを受けるために偽造文書を使用すること
- メディケイドまたは PeachCare for Kids® から提供された機器の誤用または乱用
- メディケイドまたは PeachCare for Kids® の資格を得るために、不正確な情報を提供する、または他者に提供させること
- 収入、生活環境または収入源に起きた変化について報告しなかったこと。

受給者または業者に関するメディケイドの不正の疑いを報告するには、ジョージア州地域保健局-監察総監室に電話(市内) (404) 463-7590 または(フリーダイヤル) (800) 533-0686、電子メール oiganonymous@dch.ga.gov、郵便 Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr.Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334)、またはサイト経由(https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud)で行ってください。

有権者登録情報

現在あなたが住んでいる場所であなたが有権者登録をしていない場合、	今日ここで有権者登録を申請しますか?
(はい	
いいえ	
有権者登録の質問には答えたくない	

有権者登録の申請または辞退は、当機関から提供される援助の量に影響を与えるものではありません。

有権者登録申請書の記入に支援を希望される場合は、お手伝いします。支援を求めるか受け入れるかは、あなた自身が決めることです。申請書の記入は、個人的に行ってもかまいません。

有権者登録を行う、または有権者登録を拒否する権利、有権者登録を行ったり、または申請をを行うかどうかを決定する際のプライバシー権利、または自分の政党や他の政治的嗜好を選択する権利に対し、妨害を加えたと思われる人がいたら、2 Martin Luther King Jr.Drive, Ste.802, West Tower, Atlanta, GA 30334、または電話(404)656-2871に連絡し、州務長官宛に苦情を申し出てください。

どちらにもチェックが入っていない場合は、今回選挙登録をしないことを決定したものとみなします。

ジョージア州の有権者登録申請書の写しは、DFCS の申請書、更新書、住所変更届に同封されています。 また、ケースワーカーに有権者登録申請書を請求することもできます。有権者登録申請書を作成したら、有権 者登録申請書に記載されている指示に従って、ジョージア州務長官事務所に提出します。

> メディケイドとSNAPまたはTANFを更新する場合は、ご自身の状況に最も適した欄に署名し、 日付を記入してください。

> > 更新手続きを開始するには、認証終了日前にこの用紙をご返送ください。

私が自分のためメディケイドを申請/更新する場合、偽証罪に問われることを承知の上で自身が米国市民、			
U.S.市民、米国米国国籍保有者/米国在住資格を持つ移民であることを宣言します。私が親または法定後見人である場合、私は、申			
請者が米国市民、U.S.市民、米国国民国籍保有者/米国在住資格を持つ移民であることを宣言します。また、本申請書に記載された			
すべての情報は、自らの知る限りにおいて真実かつ正確であることを証明します。			
(署名) (日付)			
● メディケイドのみ - 申請者/会員/法定後見人が完了した時点でここに署名すること。			
私は、知識と信念の及ぶ限りにおいて、私がメディケイドを申請/更新する人は米国市民、米国国籍保有者/米国在住資格のある	移		
民であること、または合法的に米国で居住していることを認めます。また、本申請書に記載されたすべての情報は、自らの知る	限		
りにおいて真実かつ正確であることを証明します。			
(署名) (日付)			
連絡可能な電話番号			
申請者/会員/親/法定後見人がこの人物を個人的な代理人として希望する場合、当事者は、ここにチェックを入れ、以下に	9 2		
	1		
名してください ロ はい ロ いいえ			
(申請者/会員/親/法廷後見人) (日付)			

● フードスタンプ (SNAP) および/または TANF の場合・申請者/受取人/法的保護者が完了している場合:

私は、私が給付金を申請している人が米国市民であるか、または米国に合法的に存在する非市民であることを知っている限り、また確信している限り、偽証罪の罰を受けていることを宣言します。私は、さらに、この申請で提供されるすべての情報が、私の知る限り、真実で正しいことを証明します。私は、DHS-DFCS、DCH および認可された連邦機関が、この申請書に記入した私の情報を確認することがあることを理解し、同意します。過去の勤務先に照会の上、情報が取得される場合があります。私は、自身の情報が、賃金情報および自身の労働活動への参加を追跡するために使用されることを理解しています。

私は、SNAPおよび/またはTANFプログラムの要件に従って、私の状況に何か変化があれば報告します。また、私の世帯の誰かが宝くじやギャンブルの賞金を受け取った場合、総額4,500ドル以上(税金やその他の金額が差し引かれる前)を報告します。私は、これらの賞金について、私の世帯員がこの賞金を受け取った月末から10日以内に報告します。私は、情報が不正確であった場合、給付金が減額または拒否される可能性があり、不正確な情報を故意に提供したとして刑事訴追の対象またはDHS-DFCSプログラムの資格を剥奪される場合があると理解しています。私は、虚偽の情報を提供したり、情報を隠したりした場合、訴追される可能性があることを理解しています。私は、申請または更新の際に、DHS-DFCS に経費の一部を伝えなかった場合/確認できなかった場合、DHS-DFCS は私の SNAP 給付額を計算する際にその経費を計上しないことを理解しています。

ジョージア州福祉局 (「DHS」)は、給付金申請に際して、名前、住所、	電話番号、Eメールアドレス、そして誕生日等の個人を特
定可能な情報(PII)を収集します。個人情報を送信することにより、お	ら客様は、DHSの方針、手順、および法律や規則で許可ま
たは要求される通りに、私たちがそのような個人情報を収集、使用、お	sよび開示することに同意したものとみなされます。
	_
(署名)	(日付)

(参考までにこれらの書類を保管しておいてください。)

この表は、この様式で使用されるいくつかの用語について説明しています。

申請者	公的な支援や給付を受けるために申請する個人。
支援ユニット (AU)	補助ユニットには、妊娠中の個人と胎児、同居し、公的扶助/給付を受ける資格のある個人が含まれます。
世話役	子どもがいる、胎児を含めている、TANFを受けているまた申し込む親、妊婦、親戚または親権者です。
申請者ID	公的な支援/給付を受けている個人に割り当てられる固有の番号。
失格	真実を語らず、本来受け取るべきでない給付金を受け取ったという理由で、フードスタンプ (SNAP)または TANF のケースから個人を排除するために取られる措置のこと。
家庭内暴力	家庭内暴力には、(元)配偶者、(元)ボーイフレンドまたは(元)パートナーによる打撃、蹴り、 殴打、レイプ、首絞め、脅し、束縛、生存に必要なもの(食物、薬、家など)を入手させない行為が 含まれます。 ボーイフレンド/ガールフレンド、パートナー、あるいは「元」。
電子給付信託	ジョージア州でSNAP受給資格者に給付金を支払うために使用されるシステム。扶助を受けている個人に
(EBT)	はEBTデビットカードが発行され、これを使用してSNAP口座にアクセスする。
電子通信	申請者は、ご自身の情報に関する通知をどのように受け取るかを選択することができます。電子メールまたはテキストによる通知を受け取ることを選択した場合、GA Gateway Customer Portal にある My Notices に通知があることを知らせるメッセージが表示されます。
	電子メールによるコミュニケーションについては、電子メールアドレスを提供し、アカウント作成後にGA Gateway Customer Portalにあるペーパーレス通知に関する条件に同意する必要があります。GA Gateway Customer Portal Website www.gateway.ga.gov にアクセスし、通知設定を更新してください。
	テキスト通信の場合、申請者は電話番号を当局に提供する必要があります。標準的なメッセージおよびデータ料金が適用される場合があります。通信事業者によって異なる場合がありますので、ご確認ください。
助成対象者の親族	親、妊婦、親戚、親権者のうち、胎児を含む、子供のために自分の名前でTANFを申請し、受給する者。
総収入	税金やその他の控除を考慮する前の個人の総収入のこと。
ホームレス個人	夜間の定住地を持たない個人、または夜間の主な居住地が夜間である個人で以下に居住する個人: 臨時の宿泊施設を提供するために設計された監視付きのシェルター(福祉ホテルや集会所など); 施設入所を目的とした個人に臨時の住居を提供する、ハーフウェイハウス施設または同様の施設 他の個人の住居に90日間以上、臨時の宿泊する場合、または人間の通常の寝床として設計されていないか、通常使用されていない場所(廊下、バス停、ロビー、または同様の場所)
世帯人員	自宅に同居している個人。SNAPの場合、同居しており、食材の購入・調理を一緒に行っている個人。
収入	賃金、給料、歩合給、ボーナス、労災、障がい手当、年金、 退職金、利子、養育費、その他あらゆる形態の金銭の受け取り。
Middle Class Tax Relief Act of 2012 (2012年中産階級免税 法)	この法律では、カジノ、酒屋、風俗娯楽施設、ポーカールーム、保釈保証金、ナイトクラブ/サロン/居 酒屋、ビンゴホール、競馬、競技、ゲーム施設、銃/弾薬店、クルーズ船、心霊占い師、喫煙店、刺青/ ピアス店、スパ/マッサージ店で、現金支援資金または TANF デビットカードを使用して現金を引き出し たり取引を行ったりすることを禁止されています。これらの事業で現金支援資金または TANF デビット カードを使用することは、受給者側の意図的なプログラム違反(詐欺)を構成することになります。
非申請者	公的扶助/給付を申請しない、または受けていない個人。申請していない人は、社会保障番号、市民 権、または移民の資格を提供する必要はありません。

受取人	受取人とは、AU に代わって現金支援を受け取り、資金を使用する責任を負う個人を指します。受取 人は、AU メンバーである場合もあれば、そうでない場合もあります。
税引前費用	税引前費用とは、税金が適用される前に収入から差し引かれる控除を指します。すべての控除が税引前であるわけではありません。最も一般的な税引き前控除は、健康保険、歯科保険、眼科保険、などです。http://www.irs.gov
\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\\	
適格外国人/移民 	適格外国人移民とは、米国に合法的に居住している人で、次のいずれかに該当する人を指します:
	 移民国籍法(INA)に基づき、合法的に永住権を認められた人(LPR) Foreign Operations, Export Financing and Related Program Appropriations Act of
	1988(1988年対外活動・輸出金融・関連プログラム歳出法)、第584条に基づくアメ
	ラジアン移民;
	 INAの第208条に基づき亡命が認められた人;
	INAの第207条に基づき亡命が認められた難民; NA の第240名 (い) (こ) に基づき禁足まれた合き にしてにお合き なたま
	• INA の第212条(d)(5)に基づき難民または亡命者として仮放免された者;
	• 1997年4月1日以前に施行されたINAのセクション243(h)、または改正後のINAのセクション
	241(b)(3)に基づいて退去強制が保留されている人;
	1980年4月1日以前に施行されていたINAの第203条(a)(7)に基づき、条件付入国を認められた人; 1980年4月1日以前に基づき、条件付入国を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日以前に表示を認められた人; 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を認められた。 1980年4月1日に表示を表示を認められた。 1980年4月1日に表示を表示を表示を認められた。 1980年4月1日に表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表示を表
	Refugee Education Assistance Act of 1980(1980年難民教育支援法)、第501条(e)に定義 オスオー バスキー バスト の移足・
	されるキューバまたはハイチからの移民;
	 Trafficking Victims Protection Act of 2000 (2000年人身売買被害者保護法)、第107条(b) (1) に基づく人身売買の被害者;
	Personal Responsibility and Work Opportunity Reconciliation Act of 1996(1996年個
	人的責任および就労機会調整法)、第431条(c)に規定される条件を満たす、虐待
	を受けた移民;
	• INA 101条(a)(27)に基づき特別移民資格を与えられたアフガンまたはイラクの移民
	(特定の条件を満たすことが必要です);
	INA 第289条に基づき米国に居住するカナダ生まれのアメリカンインディアン、または Indian Self-Determination and Education Assistance Act (インディアン自決および教育支
	援法)、第4条(e)に基づき連邦政府公認のインディアン部族の非市民;
	ベトナム時代(1964年8月5日~1975年7月5日)に軍事・救援活動に参加し、米軍兵 士を助けたモン族または高地ラオス族人民。
	医療支援申請者のみ、自由連合協定(COFA)とは、ミクロネシア連邦、マーシャル諸島共和国、 パラオ共和国の国民を指します。COFA移民は、5年という期限を満たす必要はありません。
財源	銀行口座、自動車、株式、債券、および生命保険などの現金、財産、または資産。
R/J IIIA	
性的暴行	連邦法、部族法、または州法で禁止されている、同意のない性行為(被害者に同意能力がない場合を含む)。
セクシャルハラスメント	攻撃的な職場環境を作り出す、性別に基づく敵対的、威圧的、または抑圧的な行動。
ストーカー行為	特に明示または黙示の脅迫により、合理的な人に傷害または死亡の恐怖を与えるような状況で、故意 に繰り返し他人を尾行したり嫌がらせをしたりする行為または犯罪。
課税所得	賃金、給料、手数料、ボーナス、障がい者手当、年金、退職金、利子などの支払、または受け取った
4n1+ **	金銭のその他のフォーム。
税扶養	納税者の確定申告で請求されることが予想される個人。http://www.irs.gov
税務申告者 ————————————————————————————————————	確定申告をする見込みのある個人。http://www.irs.gov
確定申告控除	確定申告控除とは、確定申告書フォーム1040の23行目から35行目までに記載されている IRS の許容される控除を指す。これには以下のようなものがあります:教育費;フォーム 2106、健康貯蓄;フォーム 8889、引越し費用;フォーム 3909、罰金/貯蓄早期引き出し、支払扶養手当、IRA 控除、学生ローン利息、授業料;フォーム 8917、国内生産活動フォーム;8903。 http://www.irs.gov

SNAPにおける不正 SNAPの 給付金を不正取引すること: 取引 (1) EBT カード、カード番号および PIN 番号、または手動バウチャーおよび署名を通じ て発行され、 アクセスされた SNAP 給付金を、直接、間接的に、他者と共謀または共謀して、あるいは 単独で、 現金または適格食品以外の対価と売買、窃盗、その他の方法で交換すること; (2) 銃器、弾薬、爆発物、または規制薬物の交換(3) 返却保証金が必要な容器の製品を、製品を廃棄し て保証金相当額で容器を返却することにより現金を得る目的で、SNAP の給付金で購入すること、意 図的に製品を廃棄し、意図的に保証金相当額で容器を返却すること(4)製品を転売することにより現 金または適格食品以外の対価を得る目的で、SNAPの給付金で製品を購入し、その後意図的に SNAP の給付金で購入した製品を現金または適格食品以外の対価で転売すること; (5) 現金または適格食品 以外の対価を得る目的で、SNAP給付金で製品を購入し、その 製品を転売し、その後意図的に SNAP 給付金で購入した製品を現金または適格食品以外の対価と引き換えに転売すること。(6) お金や他に 食品のために、他の人と一緒にまたは一人で、直接的間接的での発行またアクセスされたSNAP給付 金の交換を電子給与転送(EBT)カード、カード番号、個人識別番号 (PIN)、またはマニュアル補 助券とサインでの購入、販売、盗み、またはその他の取引を試みること。 ジョージア州は、Way2Goデビットマスターカードと呼ばれる便利な「電子的」支払いオプションを Way2Goデビットマスタ TANF受取人に導入しました。この支払い方法では、毎月1日に受給者の口座に振り込まれます。1日 一カード

が週末や祝日に当たる場合は、前月の最終営業日に支給されます。デビットマスターカードに電子的 に入金されるため、受給者はすぐに資金を利用することができます。

ADA/Section 504の権利に関する通知

障がいがある方への補助

ジョージア州福祉局およびジョージア州地域保健局(以下「両局」)は連邦法*により、障がい者に両局のプログラム、サービス、または活動への参加と資格取得の機会を平等に提供することを義務付けられています。これには、SNAP、TANF、医療支援などの制度などがあります。

各部門は、障がいに基づく差別を避けるために、変更する必要がある場合、合理的な修正を提供しています。例えば、当社は平等なアクセスを提供するために、方針、慣行、手続を変更することがあります。平等に効果的なコミュニケーションを図るため、当社は、障がい者またはその同伴者に手話通訳などのコミュニケーション支援を提供します。当社の支援は無料です。また、サービス、プログラム、活動の本質の根本的な変更、あるいは過度の財政的、管理的負担をもたらすような修正は、各省庁が行う必要はありません。

合理的な修正またはコミュニケーションの支援を要求する方法

障がいをお持ちで、合理的な修正、コミュニケーション支援、特別な支援が 必要な場合は、担当のケースワーカーにご連絡ください。例えば、手話通訳など、効果的なコミュニケーションのための補助やサービスが必要な場合は、お電話ください。ケースワーカーに連絡するか、DFCS (877) 423-4746またはDCHケイティ・ベケット(KB)チーム (678) 248-7449 に電話して、依頼することができます。また、あなたは地元のDFCS事務所でDFCS ADA Reasonable Modification Request Form、またはオンラインhttps://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rightsを使って要請ができます。または、DCH ADA Reasonable Modification Request Formは、KB事務所、またはオンラインhttps://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett で入手できます。またはDCH.ADAassistance@dch.ga.gov
までメールで修正の要請を送ることも可能です。

苦情を申し立てる方法

あなたは、各部門があなたの障がいを理由に差別を行った場合、苦情を申し立てる権利があります。例えば、あなたが合理的な変更または手話通訳を要求した場合、それが拒絶された場合、または、合理的な時間内に行動していない場合は、差別の苦情を提出することができます。苦情は、あなたのケースワーカー、最寄りのDFCS事務所、または47 Trinity Avenue SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334,(877) 423-4746 のDFCS公民権事務局のADA/セクション504 コーディネーターに口頭または文書で連絡することにより行うことができます。DCHの場合は、以下のKBチームのADA/セクション504コーディネーターに連絡してください。2211 Beaver Ruin Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, or P. O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449.DCHのEメール: dch.adarequests@dch.ga.gov

あなたは、DFCSの公民権に関する苦情申立書の写しをケースワーカーに求めることができます。この苦情フォームは、https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights でも入手できます。 差別に関する苦情の申し立てにサポートが必要な場合は、上記の DFCS のスタッフに連絡できます。聴覚障がい者の方、または言語障害をお持ちの方は711に電話してオペレーターにつないでもらう ことができます。DCH公民権の苦情に関するEメールはこちら: dch.civilrights@dch.ga.gov。 DCH公民権プロセスと苦情フォームのリンクは、https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights にあります。

また、適切な連邦政府機関に差別の苦情を提出することもできます。米国の連絡先情報農務省(USDA)および米国 U.S保健省と福祉局(HHS)は「差別禁止声明」を応援します。

*Rehabilitation Act of 1973(1973年リハビリテーション法)第*504*条、Americans with Disabilities Act of 1990(1990年障がいを持つ アメリカ人法)、Americans with Disabilities Act Amendments Act of 2008(2008年障がいを持つアメリカ人法改正法)は、障がい者が不法な差別から解放されることを保証しています。

地域保健局 (DCH) の方針により、医療支援プログラムは、人種、年齢、性別、障がい、国籍、宗教に基づき、 資格や給付を拒否することはできません。

米国農務省および 保健省に申請書を送付しないでください

差別禁止に関する声明

連邦公民権法および米国に基づきUSDA、その機関、事務所、従業員、およびUSDAプログラムに参加または管理する機関は、人種、肌の色、出身国、性別 (性自認および性的指向を含みます)、宗教的信条、障害、年齢、政治的信念に基づく差別、または、USDAが実施または資金提供するプログラムまたは活動における以前の公民権活動に対する報復または報復を禁じられています。困窮世帯のための一時支援 (TANF) など、米国保健社会福祉省 (HHS) から連邦政府の財政援助を受けるプログラム、およびHHSが直接運営するプログラムも、連邦公民権法およびHHS規制の下で差別が禁止されています。

プログラム情報 (点字、大活字、オーディオテープ、アメリカの手話など) の代替通信手段を必要とする障害者は、給付を申請した機関 (州または地方) に連絡する必要があります。

聴覚障害者、難聴者、または言語障害のある個人は、連邦リレーサービス ((800)877-8339) を通じてUSDAに問い合わせることができます。また、プログラム情報は、英語以外の言語で公開される場合があります。

USDAプログラムに関する公民権侵害の申し立て

USDAは、栄養補助プログラム (SNAP)、インディアン居留地に関する食料配給プログラム (FDPIR) など、多くの食料安全保障および飢餓削減プログラムに連邦政府の財政支援を提供しています。差別に関するプログラム苦情を申し立てるには、オンラインの https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, にあるプログラム差別苦情フォーム (AD-3027)に記入するか、USDA宛ての手紙を書き、フォームで要求されたすべての情報を手紙に記入してください。苦情フォームのコピーをリクエストするには、(866)632-9992 にお電話ください。記入済みの様式または書簡を以下の通り USDAに提出してください:

- 1. **郵便:** 食品栄養局 (Food and Nutrition Service)、USDA 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; または
- 2. **ファックス:** (833) 256-1665 または (202) 690-7442;または
- 3. 電話:(833)620-1071;または
- 4. 電子メール: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

SNAPに関するその他の情報については、USDA SNAPホットライン番号 (800) 221-5689 (スペイン語対応)、または<u>州別情報/ホットライン番号 (リンクをクリックすると州別のホットライン番号のリストが表示されます)</u>にお問い合わせください。オンラインの場合は、SNAP ホットラインを参照してください。

HHSプログラムに関する公民権に関する苦情

HHSは、TANF、ヘッド・スタート、低所得者向け住宅エネルギー支援プログラム(LIHEAP)など、健康と福祉を増進するための多くのプログラムに連邦政府の財政支援を行っています。HHSが直接運営している、またはHHSが連邦政府の財政援助を提供しているプログラムや活動において、人種、肌の色、出身国、障害、年齢、性別(妊娠、性的指向、性同一性を含みます)、または宗教を理由に差別されたと思われる場合は、公民権局(OCR)に苦情を申し立てることができます。

HHSを通じて連邦政府の資金援助を受けているプログラムに関して、自分自身または他の人のために差別の苦情を提出するには、OCRの苦情ポータル https://ocrportal.hhs.gov/ocr/からオンラインで様式に記入してください。 また、次の住所に郵送でOCRに連絡することもできます。 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、ファックス: (202) 619-3818、電子メール: OCRmail@hhs.gov。 処理が迅速に進むよう、郵送ではなく、OCRオンラインポータルを使用して苦情を申し立てることをお勧めします。公民権に関する苦情を申し立てる際に支援が必要な人は、OCRに電子メールを送ることができます。 OCRMail@hhs.gov、またはOCRフリーダイヤル1-800-368-1019(TDD 1-800-537-7697)までお電話ください。聴覚障害、難聴、言語障害のある方は、7-1-1にダイヤルして通信リレーサービスをご利用いただけます。また、苦情を申し立てるための代替形式 (点字や大活字など)、補助補助、言語支援サービスを無料で提供しています。

この機関は機会均等プロバイダーです。

福祉局 (DHS) に従って、他の差別苦情を申し立てるため、あなたの地方にあるDFCS事務所、またはDFCSの人権、ジョージア州ヒューマンサービス局の 5 0 4 コーディネーターADA/部門、General Counsel,(総合弁護人の事務所)、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.、までご連絡ください。英語能力の限界に基づく差別を称する苦情については、ジョージア州福祉局での、総合弁護人の事務所, のDHS 限定的な英語力及び感覚障がいプログラム、47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746、までご連絡ください。

米国農務省および 保健省に申請書を送付しないでください