

**Departamento de Serviços Humanos do Estado da Geórgia
FORMULÁRIO DE RENOVAÇÃO DO VALE-ALIMENTAÇÃO (SNAP)/MEDICAID/TANF**

Se você precisar de ajuda para ler ou preencher este documento ou precisar de ajuda para se comunicar conosco, pergunte ou ligue para (877) 423-4746. Nossos serviços são gratuitos, incluindo os de interpretação. Se você tem deficiência auditiva, é surdo, surdo-cego ou tem dificuldade para falar, ligue para o número acima discando 711 (Serviço de Retransmissão da Geórgia).

Somente Para Uso da Equipe: Data de Recebimento _____ Número do ID do cliente _____ Data de Início _____
Programas Iniciados: • TANF • Vale-Alimentação (SNAP) • Medicaid

Se você estiver renovando sua solicitação de Vale-Alimentação (SNAP), ou renovando seus benefícios TANF, e/ou Medicaid, você pode preencher esse formulário de renovação apenas com seu nome, endereço e assinatura. **No entanto, preencher todo o formulário e fornecer verificações de informações, caso seja solicitado, pode nos ajudar a processar sua solicitação/renovação mais rapidamente.** Você pode utilizar este formulário para preencher uma solicitação/renovação conjunta para o programa de Vale-Alimentação (SNAP)/Medicaid e/ou TANF ou apenas para o programa de Vale-Alimentação (SNAP). Sua renovação do Vale-Alimentação (SNAP) não será encerrada somente com base no fato de sua solicitação/renovação para outro programa ter sido negada/encerrada. Faremos uma determinação de elegibilidade separada para a renovação do seu Vale-Alimentação (SNAP).

Por favor ESCREVA o nome e endereço da pessoa que está solicitando a renovação dos benefícios no espaço abaixo:

Nome do Cliente:	Data de Nascimento:	Número do Seguro Social: (Opcional para Não-Solicitantes*)
		*Consulte o Status de Imigração e Cidadania e Números de Seguro Social abaixo.
Endereço Residencial:		
Endereço para Correspondência:		
Número de Telefone Principal:	Outro Número para Contato:	
Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim _____ ou Não _____ (opcional) Mensagem de Texto: Sim _____ ou Não _____ (opcional)	Endereço de E-mail: (opcional)	
Qual é o seu idioma de preferência?	Se uma entrevista for necessária, você precisará de um intérprete? Sim _____ ou Não _____	

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de Adaptação Razoável & Assistência de Comunicação (se aplicável):

Você tem uma deficiência que exige uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação? Sim _____ Não _____ (Em caso positivo, descreva a Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação que você está solicitando):

Intérprete de Linguagem de Sinais _____; TTY _____; Impressão em letras grandes _____; Comunicação eletrônica (e-mail) _____; Braille _____; Retransmissão de vídeo _____; Intérprete de Palavra Complementada _____; Intérprete Oral _____; Intérprete Tátil _____; Chamadas telefônicas para lembrete dos prazos do programa _____; Assinatura telefônica (se aplicável) _____; Entrevista presencial (visita domiciliar) _____; Outros: _____

Você precisa desta Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação uma única vez _____ ou continuamente _____? Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa desta adaptação ou assistência?

Eu declaro sob pena de perjúrio, tanto quanto sei e acredito, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios é/são cidadã(s) dos EUA ou não cidadã(s) legalmente presente(s) nos Estados Unidos. Eu certifico, ainda, que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento. Eu compreendo e concordo que o DHS-DFCS, DCH e Agências Federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas nesta solicitação. As informações podem ser obtidas de empregadores anteriores ou atuais. Eu compreendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações sobre salários e sobre minha participação em atividades de trabalho.

Eu informarei qualquer mudança na minha situação de acordo com os requisitos do programa de Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF. Também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de aposta, no valor bruto de \$4250 ou mais (antes de impostos ou outros valores serem retidos). Eu informarei sobre estes prêmios dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família receber os ganhos. Eu compreendo que, se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e posso estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer informações incorretas intencionalmente. Eu compreendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Eu compreendo que se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas das minhas despesas durante o processo de solicitação ou renovação e/ou não as verificar, o DHS-DFCS não orçará essa despesa no cálculo do valor de meus benefícios de Vale-Alimentação (SNAP).

O Departamento de Serviços Humanos da Geórgia ("DHS") coleta Informações de Identificação Pessoal (PII), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de e-mail e datas de nascimento etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar estas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

Assinatura:

Data

Assinatura da Testemunha se assinada por 'X'

Data

Elegibilidade Express Lane:

A Elegibilidade Express Lane (ELE) é um processo automático para inscrever ou renovar a inscrição de crianças elegíveis menores de 19 anos que estão recebendo o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP) ou Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) no programa de Assistência Médica. Se seus filhos forem elegíveis para o SNAP ou TANF, a Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS) utilizará as informações de tamanho da família, residência e renda do SNAP ou TANF, mas a DFCS verificará o status de cidadania ou imigração utilizando as regras de Assistência Médica para fazer uma determinação de ELE para inscrever ou renovar a inscrição das crianças no Medicaid ou PeachCare for Kids®. Se seus filhos forem elegíveis para o PeachCare for Kids®, eles podem ser beneficiários de um seguro. A DFCS enviará uma notificação de determinação, permitirá que você faça alterações e encerre sua participação a qualquer momento.

Você concorda em permitir que a DFCS utilize suas informações do SNAP ou da TANF para fazer uma determinação de ELE para inscrever ou renovar a inscrição dos seus filhos no Medicaid ou PeachCare for Kids®?

Sim Não

Representante Autorizado:

Preencha esta seção somente se você quiser que uma pessoa ou organização possa preencher sua solicitação/renovação, completar sua entrevista para o Vale-Alimentação (SNAP) ou TANF e/ou utilizar seu cartão de Vale-Alimentação (SNAP) EBT para comprar alimentos quando você não puder ir ao mercado. Por favor, assinale para cada tipo de programa, quem você deseja designar como representante autorizado. Por favor, assinale quais funções você deseja que a pessoa ou organização tenha. Se você estiver solicitando o Medicaid, pode escolher mais de uma pessoa para solicitar Assistência Médica em seu nome.

Tipos de Programas do Representante Autorizado 1: Vale-Alimentação(SNAP) TANF Assistência Médica
Funções do Representante Autorizado 1: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação Receber cópias de notificações e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos Receber um cartão de benefícios TANF (EPPIC)

Nome da Pessoa 1: _____
Nome da Organização 1 (se aplicável): _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Apto: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim ____ Não ____ (opcional) Mensagem de Texto: Sim ____ Não ____ (opcional)
Endereço de E-mail (opcional) _____
Idioma de Preferência: _____ você precisa de um intérprete? Sim ____ ou Não ____

Tipos de Programas do Representante Autorizado 2: Vale-Alimentação(SNAP) TANF Assistência Médica
Funções do Representante Autorizado 2: Assinar a solicitação em nome do solicitante Preencher e enviar o formulário de renovação Receber cópias de notificações e outras comunicações Agir em nome do solicitante em todos os outros assuntos Receber um cartão de benefícios TANF (EPPIC)

Nome da Pessoa 2: _____
Nome da Organização 2 (se aplicável): _____ Telefone: _____
Endereço: _____ Apto: _____
Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____
Comunicação Eletrônica: E-mail: Sim ____ Não ____ (opcional) Mensagem de Texto: Sim ____ Não ____ (opcional)
Endereço de E-mail (opcional) _____
Idioma de Preferência: _____ você precisa de um intérprete? Sim ____ ou Não ____

Lei dos Americanos com Deficiência: Solicitação de Adaptação Razoável & Assistência de Comunicação para Representantes Autorizados (se aplicável):

O Representante Autorizado tem uma deficiência que exige uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação? Sim ____ Não ____ (Em caso positivo, descreva a Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação que você está solicitando):

Intérprete de Linguagem de Sinais ____; TTY ____; Impressão em letras grandes ____; Comunicação eletrônica (e-mail) ____; Braille ____; Retransmissão de vídeo ____; Intérprete de Palavra Complementada ____; Intérprete Oral ____; Intérprete Tátil ____; Chamadas telefônicas para lembrete dos prazos do programa ____; Assinatura telefônica (se aplicável) ____; Entrevista presencial (visita domiciliar) ____; Outros: _____

O representante autorizado precisa desta Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação uma única vez ou continuamente? ____ Se possível, explique brevemente quando e por quanto tempo você precisa desta adaptação ou assistência? _____

Apenas para o Medicaid:

Você planeja apresentar uma declaração de imposto de renda federal no PRÓXIMO ANO? (Você ainda pode solicitar um seguro de saúde mesmo que não apresente uma declaração de imposto de renda federal.)

Sim Não Em caso positivo, por favor, responda as perguntas a, b, e c. Em caso negativo, por favor responda a pergunta c.

- a. Você fará a declaração de impostos em conjunto com um cônjuge? Sim Não
Em caso **positivo**, nome do cônjuge: _____
- b. Você irá declarar algum dependente em sua declaração de impostos? Sim Não
Em caso **positivo**, escreva o(s) nome(s) do(s) dependente(s): _____
- c. Alguém será declarado como dependente na declaração de imposto de renda de outra pessoa? Sim Não
Em caso **positivo**, escreva o nome do declarante de imposto e dos dependentes: _____
Qual é o relacionamento entre o dependente e o declarante? _____

SERVIÇOS DE ALCANCE COMUNITÁRIO:

Para maiores informações sobre outros serviços do Departamento de Serviços Humanos (DHS), visite nosso site em <http://dfcs.georgia.gov> ou ligue para (877) 423-4746.

Por favor, responda a todas as perguntas e forneça comprovante de todas as receitas e despesas, conforme solicitado.

STATUS DE IMIGRAÇÃO E CIDADANIA E NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:

Por favor, preencha a tabela abaixo sobre o solicitante e sobre todos os membros da família. As seguintes leis e regulamentos federais: A Lei de Alimentação e Nutrição de 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, e 42 C.F.R. § 435.920, autorizam a DFCS a solicitar a você e aos membros de sua família o(s) seu(s) Número(s) de Seguro Social. Qualquer pessoa que esteja vivendo em sua casa e não esteja solicitando benefícios pode ser tratada como **não-solicitante**. Não-solicitantes não precisam nos fornecer informações sobre seu número de Seguro Social, cidadania ou status de imigração, e não são elegíveis para receber benefícios. Outros membros da família ainda podem receber benefícios se forem elegíveis de outra forma. Se você quiser que determinemos se algum membro da família é elegível para receber os benefícios, você ainda precisará nos informar sobre cidadania ou status de imigração dessa pessoa e nos fornecer o número de seguro social (SSN) dela. Você ainda precisará nos informar sobre a renda e recursos dela para determinar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Não denunciaremos nenhum membro não solicitante da família ao sistema de Verificação Sistemática de Direitos Estrangeiros (SAVE) dos Serviços de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS) se eles não nos fornecerem sua cidadania ou status de imigração. No entanto, se as informações de status de imigração foram apresentadas em sua solicitação, essas informações podem estar sujeitas a verificação através do sistema SAVE e podem afetar a elegibilidade e o nível de benefício da família. Compararemos suas informações com outras agências Federais, estaduais e locais para verificar sua renda e elegibilidade. Essas informações também podem ser fornecidas aos agentes da lei para que possam ser utilizadas para capturar pessoas que estão fugindo da lei. Se sua família tiver uma solicitação de Vale-Alimentação (SNAP), as informações neste formulário, incluindo SSNs, podem ser fornecidas a agências Federais e Estaduais e agências particulares para cobranças de solicitações, para que elas possam utilizá-las na cobrança da solicitação. O pedido de benefícios a membros da família solicitante não será prejudicado caso outros membros da família não forneçam seu SSN, cidadania ou status de imigração. Se você estiver solicitando apenas serviços médicos de emergência, não precisa fornecer seu SSN ou informações sobre sua situação migratória.

Primeiro Nome	I N M	Sobrenome	Etnia Hispânica ou Latina? (Opcional)	Raça (Opcional)	Sexo M/F	Data de Nascimento Formato (mm/dd/aa)	Parentesco	Número do Seguro Social (Opcional para Não-Solicitantes)	Você é um cidadão americano, cidadão nacional dos EUA, imigrante qualificado ou está em um status de imigração satisfatório? (Somente solicitantes) (S/N)	A mãe desta criança mora na casa? (S/N)	O pai desta criança mora na casa? (S/N)	Você está solicitando o Medicaid? (S/N)
			S/N				EU MESMO		S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N

Códigos de Raça (escolha todos os que se aplicam):

AI - Indígena Americano ou Nativo do Alasca

AS - Asiático

BL - Negro ou Afro-Americano

HP - Nativo do Havaí ou de Outras Ilhas do Pacífico

WH - Branco

Ao fornecer informações sobre Raça/Etnia, você nos ajudará a administrar nossos programas de maneira não discriminatória. Sua família não é obrigada a nos fornecer essas informações e isso não afetará sua elegibilidade ou nível de benefício. Entretanto, se você não fornecer essas informações, a identificação visual de raça e etnia será feita durante a primeira entrevista presencial.

Se você ou outros solicitantes da família forem Cidadãos Naturalizados, ou estrangeiros/imigrantes qualificados, preencha a tabela a seguir:

(por favor, adicione páginas adicionais conforme necessário)

NOME Primeiro nome Inicial do Nome do Meio Sobrenome	Tipo de documento de imigração	Número de identificação do Estrangeiro/Certificado/Documento	Você já morou nos Estados Unidos depois de 1996? (S/N)	Data de Naturalização/Data de Entrada ou Admissão nos EUA (se aplicável) Formato (mm/dd/aa)	Você, ou seu cônjuge ou pai/mãe, é um veterano ou membro ativo das forças armadas dos EUA? (S/N)

Apenas para o Medicaid:

Alguém em sua casa estava em Foster Care aos 18 anos de idade? Sim Não

Se você tem dependentes declarados em imposto de renda que não moram com você, por favor, liste abaixo.

Nome: _____ Número do Seguro Social: _____ Sexo: M F (por favor, circule uma opção)
 Data de Nascimento: _____ Cidadania: _____
 Parentesco: _____ (por favor, acrescente páginas adicionais conforme necessário)

Nos fale sobre o Solicitante e sobre Todos os Membros da Família

Precisamos de mais informações sobre o solicitante e sobre todos os membros da família para decidir quem é elegível para os benefícios. Responda apenas às perguntas sobre os benefícios que deseja receber na página abaixo.

1. Alguém já recebeu algum benefício em outro condado ou estado? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF)
 Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

2. Alguém foi condenado por fornecer informações falsas sobre onde mora e quem é para obter múltiplos benefícios do SNAP em mais de uma área após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém em sua casa saiu do emprego voluntariamente ou reduziu voluntariamente suas horas de trabalho para menos de 30 horas por semana dentro de 30 dias da data da solicitação? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF)
 Sim Não

Em caso de **sim**, quem? _____

Por que ele/ela saiu do emprego? _____

4. Alguma pessoa está grávida? (Esta pergunta não se aplica aos solicitantes do Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**, qual é a data prevista do parto? _____; e quantos bebês estão sendo esperados? _____

Em caso de **não**, alguém da família deu à luz ou a gravidez foi interrompida nos últimos 12 meses? Sim Não

Em caso positivo, qual foi a data do parto/interrupção? _____; e quantos bebês nasceram/eram esperados? _____

Nome da gestante: _____ Nome do pai do nascituro: _____

Endereço do pai: _____

5. Para solicitantes do Medicaid, alguém teve alguma conta médica a ser paga nos últimos 3 meses? Sim Não
Em caso **positivo**, favor enviar as contas não pagas se for um atendimento por Medicaid.
6. Alguém está desqualificado do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) ou TANF? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Onde: _____

7. Alguém está fugindo para evitar processo ou prisão por um crime? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF)
 Sim Não
Em caso de **sim**, quem: _____

8. Alguém está violando uma condição de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) Sim Não
Em caso de **sim**, quem: _____

9. Alguém foi condenado por comportamento relacionado a posse, uso ou distribuição de uma substância controlada (ou seja, criminoso de drogas) após 22/08/1996 (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) ou por um crime violento? (Apenas para TANF)? Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

- a. Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime de drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
- b. Você está em conformidade com os termos da suspensão condicional da pena relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação por crime de drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP))
 Sim Não
- c. Você cumpriu com todas as condições de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena relacionadas a qualquer condenação relacionada a drogas? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
10. Você ou algum membro da família foi condenado por trocar os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por drogas após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

11. Você ou algum membro da família foi condenado por comprar ou vender os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por mais de \$500 após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

12. Você ou algum membro da família foi condenado por trocar benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) por armas, munições ou explosivos após 22/08/1996? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

13. Você ou algum membro da família foi condenado como adulto por abuso sexual agravado, assassinato, exploração sexual e outros abusos de crianças, uma infração Federal ou Estadual envolvendo agressão sexual, ou uma infração sob a lei estadual determinada pelo Procurador Geral como substancialmente semelhante a tal infração após 07/02/2014? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Quando: _____

- a. Você está em conformidade com os termos de liberdade condicional relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
- b. Você está em conformidade com os termos da suspensão condicional da pena relacionados a qualquer sentença recebida como resultado de uma condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
- c. Você cumpriu com todas as condições de liberdade condicional ou suspensão condicional da pena relacionadas a qualquer condenação criminal? (Apenas para Vale-Alimentação (SNAP)) Sim Não
14. Você ou algum membro da família recebeu prêmios de loteria ou jogos de aposta? Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____ Valor Recebido: _____

15. Alguém já utilizou os fundos da TANF ou o Cartão EPPIC nos seguintes estabelecimentos: lojas de bebidas alcoólicas, cassinos, salas de poker, empresas de entretenimento adulto, fianças, boates, salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem? (Apenas para TANF) Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____ Quando: _____

16. Alguém que está solicitando benefícios está atualmente recebendo pensão alimentícia? Sim Não

Em caso de **sim**:

Quem: _____

Valor Mensal Recebido: _____

Data de finalização ou última modificação do acordo de pensão alimentícia: _____

(Apenas para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF):

ALUNOS DE ENSINO SUPERIOR: Alguém em sua casa está matriculado pelo menos meio período em uma faculdade, universidade, escola técnica ou profissionalizante? Sim Não Em caso **positivo**, quem: _____

Nome da Instituição Educacional: _____ Período/Status _____ Data de Formatura: _____

O aluno está empregado? Sim Não Matriculado no Programa de estudo e trabalho? Sim Não

Em caso **positivo**, horas trabalhadas por semana _____ (Por favor, preencha também a seção de emprego abaixo.)

(Apenas para Vale-Alimentação (SNAP))

Alguém com 60 anos ou mais ou com deficiência tem despesas médicas? Sim Não

Suas despesas médicas, como seguro saúde Medicare, custo de medicamentos prescritos ou contas hospitalares mudaram? Sim Não

Em caso de sim, liste as despesas na tabela abaixo. Anexe contas, medicamentos prescritos do(s) mês(es) mais recente(s).

Membro da Família Cobrado	Tipo de Despesa (Médico, Hospital, Prescrição)	Valor Devido	Data da Fatura	O Seguro Cobre? Sim/Não

Alguém com 60 anos ou mais ou com deficiência tem despesas de transporte médico? Sim Não

Em caso positivo, por favor forneça as informações abaixo. Se você estiver recebendo Medicaid, forneça prova de:

Motivo da viagem: (visita médica ou hospitalar; retirada na farmácia)	Total de milhas percorridas:	Custo de táxi, ônibus, estacionamento ou hospedagem:
---	------------------------------	--

Alguém paga alguma dessas despesas médicas para você? Sim Não

Em caso positivo, por favor forneça as informações abaixo:

Quais despesas são pagas?	Quem paga as despesas?
A quem essa pessoa paga as despesas?	Endereço:

Apenas para o Medicaid:

OUTRAS COBERTURAS DE SAÚDE

Alguém está inscrito atualmente em algum dos seguintes seguros de saúde?

- Medicaid do Departamento de Serviços Humanos do Estado da Geórgia PeachCare for Kids® · Medicare
 Programas de Saúde Para Veteranos · TRICARE (Não assinale se você tem atendimento direto ou Linha de Serviço)
 Seguro do Empregador: Nome do Seguro _____ Número da Apólice _____
 Outros: Nome do Seguro _____ Número da Apólice _____

Você tem algum seguro de saúde além do Medicaid? Sim Não

Em caso positivo, envie-nos uma cópia do seu cartão de seguro.

RECURSOS:

(Estas informações não são necessárias para o Medicaid de Renda Bruta Modificada e Ajustada (MAGI):

Alguém na sua casa possui algum dos seguintes recursos?

- Sim Não (Em caso positivo, forneça as informações abaixo. Se você estiver recebendo Medicaid para Idosos, Cegos ou Pessoas com Deficiência (exceto Planos de Poupança Medicare, como Beneficiário Qualificado do Medicare (QMB), Beneficiário Especificado de Baixa Renda do Medicare (SLMB) ou Indivíduo Qualificado (QI-1), forneça provas.

Tipo de Recurso	Proprietário	Nº da Conta/Apólice (Não preencha se o nº da sua Conta/Apólice for o mesmo do seu SSN)	Valor	Nome do Banco, Seguradora etc.
Dinheiro em espécie				
Conta Corrente/Poupança				
Cooperativa de Crédito				
Anuidades				
Ações ou Títulos				
Cofre de Banco				
Conta de Aposentadoria (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Veículos (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Certificados de Depósito/Anuidades (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Planos Funerários Pré-Pagos (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Lotes de Cemitério (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Fundos Fiduciários (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Propriedade Não Residencial (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Propriedade Residencial (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Seguro de Vida (Apenas para solicitantes do Medicaid/TANF que não possuem o MAGI)				
Outros				

Apenas para Medicaid para Idosos, Cegos ou Pessoas com Deficiência:

Você, seu cônjuge ou alguém para quem você está solicitando vendeu, trocou ou doou um recurso nos últimos 60 meses?

Sim Não

Em caso de **sim**, o quê? _____

Quando? _____

Para Vale-Alimentação (SNAP), TANF e Medicaid:

EMPREGO: Alguém em sua casa trabalha? Sim Não

Em caso positivo, liste informações sobre o salário do empregado, como salários, bônus e gorjetas, e anexe comprovantes de TODA a renda bruta recebida nas últimas 4 semanas.

EMPREGADO	EMPREGADOR	PAGAMENTO POR HORA	HORAS POR SEMANA	FREQUÊNCIA DE PAGAMENTOS	DATA (S) DE PAGAMENTO	PAGAMENTO DE BÔNUS	GORJETAS

Apenas para o Medicaid:

DESPESAS ANTES DE IMPOSTOS:

Seguro de Saúde \$ _____ Com que frequência? _____ Seguro Oftalmológico \$ _____ Com que frequência? _____

Seguro Odontológico \$ _____ Com que frequência? _____ Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____

Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____ Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____

Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____

Mais? Por favor, anexe em uma folha separada.

Despesas Antes dos Impostos são deduções retiradas de sua renda antes da aplicação dos impostos. Nem todas as deduções são feitas antes de impostos.

DEDUÇÕES DA DECLARAÇÃO DE IMPOSTO DE RENDA:

Assinale todas as opções que se aplicam e indique o valor e a frequência que são pagas.

OBSERVAÇÃO: Você não deve incluir um custo que já foi considerado na sua resposta sobre trabalho autônomo.

• Pensão Alimentícia \$ _____ Com que frequência? _____ Juros de empréstimo estudantil \$ _____ Com que frequência? _____

Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____ Outros Tipos de Deduções \$ _____ Com que frequência? _____

Para Vale-Alimentação (SNAP), TANF e Medicaid:

Alguém parou de trabalhar? Sim Não **Em caso positivo, preencha a tabela a seguir e forneça provas:**

Qual trabalho foi interrompido?	Nome do membro da família que parou de trabalhar:	
Local de trabalho:		
Data em que o Pagamento foi Interrompido:	Data do Último Cheque:	Valor do Último Pagamento (bruto):

Alguém começou a trabalhar? Sim Não **Em caso positivo, preencha a tabela a seguir e forneça provas:**

Nome da pessoa que começou a trabalhar:	Data de Início:	Número de Telefone:
Nome do empregador/empresa:	Taxa de Pagamento: \$	Data em que o primeiro cheque foi/será recebido:

Frequência de pagamentos (por favor, assinale uma opção):				
<input type="checkbox"/> Semanalmente	<input type="checkbox"/> Quinzenalmente	<input type="checkbox"/> Duas vezes por mês	<input type="checkbox"/> Uma vez por mês	<input type="checkbox"/> Outros

TRABALHO AUTÔNOMO:

Alguém é trabalhador autônomo: Sim Não (Em caso de sim, quem?) _____

Por favor, forneça comprovante de renda de trabalho autônomo através de declarações de impostos, registros comerciais, recibos, contas ou extratos de clientes de uma empresa estabelecida.

Esta é uma empresa incorporada? Sim Não

Esta pessoa tem alguma despesa com o trabalho autônomo? Sim Não

Em caso de sim, que tipo de despesas esta pessoa tem?

Apenas para Medicaid e TANF: forneça comprovantes de despesas de trabalho autônomo.

RENDA NÃO SALARIAL:

Alguém em sua casa recebe dinheiro de Contribuições, Previdência Social, SSI, VA, Pensão Alimentícia, Seguro Desemprego, Aposentadoria ou qualquer outra renda? Sim Não

Em caso **positivo**, preencha as informações abaixo e forneça comprovante de todos os rendimentos recebidos nas últimas 4 semanas ou carta de concessão mais recente.

Nome	Fonte	Valor	Com que frequência?

Para Medicaid MAGI: Não serão contabilizados montantes de pensão alimentícia, pagamento de veteranos, Renda de Segurança Complementar (SSI) ou benefícios de indenização do trabalhador.

CUSTOS DE CUIDADOS DE DEPENDENTES:

Você paga pelo cuidado de uma criança dependente ou de um membro adulto com deficiência da família? Sim Não

Em caso **positivo**, responda às perguntas abaixo.

Pessoa que necessita de cuidados:		Pessoa que paga pelos cuidados:	
Nome do Cuidador:		Valor do pagamento do cuidador:	Frequência de pagamentos:
Número de Telefone do Cuidador:	Motivo do cuidado:		

Você paga as despesas de transporte de uma criança dependente ou de um membro adulto com deficiência da família? Sim Não

Essas despesas estão incluídas nas despesas de cuidados de dependentes? Sim Não

Em caso de **não**, por favor responda a seguinte pergunta: **Total de milhas percorridas semanalmente:** _____

CUSTOS DE MORADIA:

Você ou algum membro da família começou a pagar custos de moradia ou seus custos de moradia mudaram? Sim Não

Em caso positivo, preencha a tabela abaixo.

Despesa	Valor	Com que frequência?	Quem pagou?
Aluguel/Hipoteca			
Impostos sobre a Propriedade			
Seguro da Propriedade			
Eletricidade			
Gás			
Óleo combustível/Madeira/Querosene			
Poço/Fossa Sêptica/Água/Esgoto			
Lixo			
Telefone			
Outros			

Qual é a principal fonte de aquecimento ou resfriamento da casa? (eletricidade, gás, ar condicionado)

Alguém paga alguma dessas contas domésticas para você? Sim Não **Em caso positivo, preencha a tabela abaixo:**

Quem paga a conta?	Quais contas são pagas?
Qual o valor pago?	A quem essa pessoa paga as despesas?

Você recebeu assistência de energia nos últimos 12 meses? Sim Não

Em caso **positivo**, valor recebido \$ _____

Você compartilha as despesas domésticas mensais com alguém de sua casa? Sim Não

Em caso **positivo**, com quem? _____

Comentários/Documentação _____

Pago a quem _____ Valor Pago \$ _____ por _____

Nome do Proprietário _____ Endereço do Proprietário _____

PAGAMENTO DE PENSÃO ALIMENTÍCIA:

Você ou alguém na sua casa paga pensão alimentícia para alguém que não mora na sua casa? Sim Não

Em caso positivo, preencha a tabela abaixo:

Quem é obrigado a pagar?	Qual é o valor obrigatório?
Para quem a pensão alimentícia é paga?	Qual é o valor real pago?
A quem a pensão alimentícia é paga?	Com que frequência a pensão alimentícia é paga?

Apenas para Vale-Alimentação (SNAP), forneça comprovante do valor pago nos últimos 3 meses e a obrigação legal de pagar.

Esta seção é APENAS PARA BENEFICIÁRIOS DA TANF - Você deve preencher o seguinte:

Registros de Vacinas:

Alguma criança menor de 7 anos que ainda não esteja matriculada na escola? (Pré-escola não é considerada "escola".)

Sim Não

Em caso **positivo**, envie o Formulário 3231- Formulário de Imunização Infantil para todas as crianças menores de 7 anos de idade.

Requisitos Escolares:

Todas as crianças (6 a 18 anos) estão frequentando a escola? Sim Não

Em caso **positivo**, nome(s) da(s) criança(s) _____

Nome da(s) escola(s) _____

Série(s) _____

Alguns de seus filhos de 16 anos ou mais que **não** esteja na escola? Sim Não

Em caso **positivo**, nome(s) do(s) filho(s)? _____

Por favor, forneça uma cópia dos cheques atuais se este filho ou filha estiver **empregada** ou uma declaração do fornecedor se estiver envolvida em **qualquer outra atividade relacionada ao trabalho**.

Violência Doméstica:

Você ou alguém em sua casa é vítima de Violência Doméstica, Assédio Sexual, Agressão Sexual ou Perseguição? Sim Não

Em caso de **sim**, por favor, informe-nos o nome da vítima _____

Após a avaliação, se sua família se qualificar, podemos dispensar certos requisitos do programa, como participação em atividades de trabalho ou encaminhamento para a Divisão de Serviços de Apoio à Criança.

Despesas com Automóveis:

Você é o pai/mãe ou um parente da criança (ou crianças) e está incluído na UA da TANF com a criança (ou com as crianças)? Sim Não

Em caso de **sim**, responda as perguntas a seguir:

Você ou qualquer outro membro adulto da UA possui ou está comprando um automóvel? Sim Não

Em caso de **sim**, quem? (Nome do proprietário) _____

Ano, Marca e Modelo do veículo: _____

Por favor, liste pagamentos de notas promissórias do automóvel, seguro, manutenção e outras despesas relacionadas:

Você tem outras despesas recorrentes (por exemplo, faturas de cartão de crédito) que está pagando?

Sim Não

Em caso **positivo**, por favor, liste-as: _____

DIREITOS E RESPONSABILIDADES PARA TODOS OS PROGRAMAS

VOCÊ TEM O DIREITO DE:

- **solicitar assistência no preenchimento deste formulário e serviços gratuitos de assistência linguística** (intérpretes, materiais traduzidos ou serviços diretos no idioma) se tiver dificuldades para ler, escrever, falar ou entender o idioma inglês.
- **solicitar ajuda, serviços auxiliares e adaptações razoáveis** se você ou alguém em sua casa tiver uma deficiência.

NOTIFICAÇÃO DE AUDIÊNCIA: Em todos os programas, você tem o direito de solicitar uma audiência justa, por escrito ou pessoalmente. Você pode solicitar uma audiência ligando para 1-877-423-4746 ou perante um oficial de audiências do Estado se não concordar com esta decisão. Você pode ser representado na audiência por um advogado, parente, amigo ou qualquer pessoa que você escolher. Se você quiser uma audiência, deve solicitá-la por escrito ou entrando em contato com a agência dentro de:

- **90 dias** a partir da data desta notificação para **Vale-Alimentação (SNAP)**
- **30 dias** a partir da data desta notificação para **Medicaid e TANF**

VOCÊ É RESPONSÁVEL POR:

- fornecer informações corretas ao seu assistente social e fornecer comprovantes das declarações necessárias para receber os benefícios. Ao assinar este formulário, você está dando permissão ao seu assistente social para obter informações de seu empregador, banco, vizinho ou outros, para que possamos garantir que você esteja recebendo o valor correto dos benefícios.
- dizer sempre a verdade. Se você ou alguém que está solicitando por você fornecer informações incorretas, você pode estar cometendo um crime e pode ir para a prisão.
- fornecer prova de que você ou qualquer pessoa em sua família que esteja solicitando benefícios é um cidadão americano ou imigrante elegível.
- cooperar com funcionários estaduais e federais que trabalham para a Prevenção de Fraudes ou o Escritório de Serviços de Investigação e que estão fazendo revisões de casos especiais. Se você não cooperar e não pudermos determinar se você ainda é elegível para o Vale-Alimentação (SNAP), seu caso poderá ser negado ou encerrado.
- (Para Vale-Alimentação (SNAP)) cooperar com os revisores do Controle de Qualidade quando eles telefonarem ou forem à sua casa para fazer uma entrevista sobre as informações que você forneceu ao seu gerente de caso. Se você não cooperar com eles, seu caso pode ser negado ou encerrado.
- (Para Vale-Alimentação (SNAP) e TANF) reembolsar benefícios que você não deveria ter recebido.
- (Para Medicaid) cooperar com o Controle de Qualidade de Elegibilidade do Medicaid quando eles telefonarem ou forem à sua casa para fazer uma entrevista sobre as informações que você forneceu ao seu gerente de caso.
- (para a Medicaid) membros que estão em uma Casa de Repouso, Centro de Cuidados Intermediários, Serviço Comunitário, ou estejam inscritos e recebam serviços por meio de um programa de isenção, cooperando com a Recuperação Patrimonial.

Se você recebe o **Vale-Alimentação (SNAP)**, deve informar quando sua renda bruta mensal total ultrapassar o limite de renda para o tamanho da sua família. Se você for um adulto que trabalha e não tem filhos, deve informar quando suas horas de trabalho estiverem abaixo de 20 horas por semana ou 80 horas por mês. Você deve informar essas alterações até o 10º dia a partir do final do mês em que ocorreram.

Você também deve informar se sua família recebeu prêmios substanciais de loteria e jogos de aposta. Isso se refere a um prêmio em dinheiro ganho em um único jogo. Se você ou um membro da família recebeu prêmios de loteria ou jogos de aposta, no valor bruto de \$4250 ou mais (antes da retenção de impostos ou outros valores), deve informar sobre esses prêmios dentro de 10 dias a partir do final do mês em que o membro da família os recebeu.

Se você recebe **TANF ou Medicaid**, deverá informar **todas as alterações** em sua situação dentro de 10 dias após a ocorrência da alteração.

Eu entendo que qualquer montante fixo ou pagamento "inesperado" que qualquer pessoa no meu caso Medicaid receba deve ser orçada, junto com qualquer outra renda que possamos ter, para determinar a elegibilidade.

No Programa **Medicaid**, você tem o direito a:

- Receber o Medicaid mesmo que você tenha outro seguro de saúde.
- Escolher seu médico ou profissional da saúde do Medicaid.
- Ter seu pedido de Medicaid aprovado ou negado dentro de 10, 45 ou 60 dias a partir da data de solicitação, dependendo do tipo de Medicaid.

Como condição de minha elegibilidade para o Medicaid:

- Eu concordo em ceder ao Estado todos os direitos ao apoio médico e ao pagamento por cuidados médicos de qualquer terceiro (benefícios hospitalares e médicos).
- Eu concordo em cooperar com o Estado na identificação e fornecimento de informações para ajudar o Estado a buscar qualquer terceiro que possa ser responsável pelo pagamento de cuidados e serviços. Eu compreendo que devo informar qualquer pagamento recebido para atendimento médico dentro de dez dias. (Se você estiver preenchendo este formulário em nome de outro indivíduo e não tiver o poder de executar uma cessão para ele, o indivíduo precisará executar uma cessão dos direitos descritos acima como condição de sua elegibilidade para o Medicaid).
- Eu concordo em dar ao Estado o direito de exigir que um progenitor ausente providencie um seguro médico, se disponível. Eu compreendo que devo obter assistência médica do progenitor ausente se estiver disponível e devo cooperar com a Divisão de Serviços de Apoio à Criança na obtenção desse apoio. Se eu **não** cooperar, compreendo que posso perder meus benefícios do Medicaid e apenas meus filhos receberão os benefícios, a menos que uma boa causa seja estabelecida.

AVISOS DE PENALIDADE DO PROGRAMA DE VALE-ALIMENTAÇÃO (SNAP) Você poderá perder seus benefícios ou estar sujeito a processo criminal por fornecer informações falsas intencionalmente.

- Não forneça informações falsas ou oculte informações para obter benefícios que sua família não deveria receber.
- Não utilize cartões de Vale-Alimentação (SNAP) ou cartões EBT que não sejam seus e não permita que outra pessoa utilize os seus.
- Não utilize os benefícios do Vale-Alimentação (SNAP) para comprar itens não alimentares como álcool ou cigarros ou para pagar com cartão de crédito.
- Não troque ou venda os cartões de Vale-Alimentação (SNAP) ou cartões EBT por itens ilegais, como armas de fogo, munição ou substâncias controladas (drogas ilegais).

Qualquer membro da família que violar qualquer uma destas regras de propósito, pode ser impedido de participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por um ano ou permanentemente, multado em até \$250.000, preso por até 20 anos ou ambos. Ela/ele pode estar sujeito a processo judicial sob outras leis Federais e Estaduais aplicáveis e também pode ser impedido de participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por mais 18 meses, se determinado pelo tribunal.

Qualquer pessoa em sua casa que violar intencionalmente as regras, pode deixar de receber o Vale-Alimentação (SNAP) por um ano para a primeira infração, dois anos para a segunda infração e permanentemente para a terceira infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou esse membro da família não terão direito aos benefícios por dois anos para a primeira infração, e permanentemente para a segunda infração.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de usar ou receber benefícios em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munição ou explosivos, você ou esse membro da família ficarão permanentemente inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) na primeira infração desta violação.

Se um tribunal considerar você ou qualquer membro da família culpado de ter traficado benefícios por um valor total de \$500 ou mais, você ou esse membro da família ficarão permanentemente inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) na primeira infração desta violação.

Se você ou qualquer membro da família tiver fornecido uma declaração ou representação fraudulenta com relação à sua identidade (quem é) ou local de residência (onde mora) para receber múltiplos benefícios de Vale-Alimentação (SNAP), você ou esse membro da família ficarão inelegíveis para participar do Programa de Vale-Alimentação (SNAP) por um período de 10 anos. Eu compreendo que, se eu fornecer informações falsas ou ocultar informações, posso ser processado por fraude.

AVISOS DE PENALIDADE DO PROGRAMA TANF: No Programa TANF, uma ação intencional ao fornecer informações falsas ou enganosas para estabelecer ou manter a elegibilidade de uma UA, aumentar ou impedir a diminuição dos benefícios, reter informações para evitar uma ação negativa ou usar a assistência em dinheiro em locais proibidos é considerada uma Violação Intencional do Programa.

Você pode ser encaminhado ao Escritório do Inspetor-Geral para determinar sua penalidade com base na gravidade da infração se:

- Não informar mudanças no prazo ou não falar a verdade, ou utilizar indevidamente os fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, estabelecimentos de entretenimento adulto "strip clubs", salas de poker, fianças, boates/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem são estritamente proibidos, fornecer

informações falsas sobre onde você mora para que possa receber benefícios em mais de um estado e for condenado por uma acusação relacionada a drogas ou um crime violento grave, em ou após 01/01/97.

Qualquer pessoa em sua casa que viole essas regras de propósito, pode ser impedida de participar do programa TANF por seis meses ou permanentemente.

Para MEDICAID, cometer fraude ou abuso é contra a lei. Você pode ser encaminhado para a Unidade de Integridade do Programa Medicaid e PeachCare for Kids®. Os infratores podem ser limitados a utilizar um único fornecedor, desligados do programa, ou solicitados a reembolsar o Departamento de Saúde Pública pelos serviços médicos prestados. A fraude é um ato desonesto feito de propósito. O abuso é um ato que não segue as boas práticas.

Alguns exemplos de fraude e abuso dos participantes são:

- Permitir que outra pessoa utilize seu Medicaid, PeachCare for Kids ® ou cartão de seguro de saúde da Organização de Gestão de Cuidados (CMO)
- Obter receitas com o intuito de utilizar ou vender drogas
- Utilizar documentos falsos para receber serviços
- Uso indevido ou abuso de equipamentos fornecidos pela Medicaid ou PeachCare for Kids®
- Fornecer informações incorretas ou permitir que outros o façam a fim de obter elegibilidade para Medicaid ou PeachCare for Kids®
- Deixar de informar mudanças que ocorram referentes à renda, condições de vida ou recursos

Para denunciar suspeitas de fraude no Medicaid sobre destinatários ou fornecedores, ligue para o Departamento de Saúde Pública da Geórgia - Escritório do Inspetor Geral em (local) (404) 463-7590 ou (ligação gratuita) (800) 533-0686; por e-mail em oiganonymous@dch.ga.gov - pelo correio para Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street NW, 5th Floor, Atlanta, GA 30303; ou visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

INFORMAÇÕES SOBRE O REGISTRO DE ELEITOR

Se você não está registrado para votar onde você mora, gostaria de se inscrever para votar aqui hoje?

Sim

Não

Não quero responder à pergunta sobre o Registro de Eleitor

Solicitar o registro ou recusar o registro para votar não afetará a assistência que você receberá nesta agência.

Se você precisar de ajuda para preencher o formulário de registro de eleitor, nós o ajudaremos. A decisão de buscar ou aceitar ajuda é sua. Você pode preencher o formulário em particular.

Se você acredita que alguém interferiu no seu direito de se registrar ou de se recusar a se registrar para votar, no seu direito à privacidade ao decidir se deve se registrar ou ao se inscrever para se registrar para votar, ou no seu direito de escolher seu próprio partido político ou outra preferência política, pode registrar uma denúncia junto à Secretaria do Estado em 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ou ligando para (404) 656-2871.

SE VOCÊ NÃO ASSINALAR NENHUMA DAS CAIXAS, CONSIDERAREMOS QUE VOCÊ DECIDIU NÃO SE REGISTRAR PARA VOTAR NESTE MOMENTO.

Uma cópia do formulário de Registro de Eleitor do Estado da Geórgia está incluída nos formulários de solicitação, renovações e mudança de endereço do DFCS. Você também pode solicitar um pedido de Registro de Eleitor com seu assistente social. Se você preencher um formulário de Registro de Eleitor, envie-o ao Gabinete do Secretário de Estado da Geórgia seguindo as instruções fornecidas no formulário de Registro de Eleitor.

SE VOCÊ ESTIVER RENOVANDO SEU MEDICAID E VALE-ALIMENTAÇÃO (SNAP) OU TANF, VOCÊ DEVE ASSINAR E DATAR A OPÇÃO QUE MELHOR SE ADEQUA À SUA SITUAÇÃO.

POR FAVOR, DEVOLVA ESTE FORMULÁRIO ANTES DA DATA DE TÉRMINO DA CERTIFICAÇÃO PARA INICIAR O PROCESSO DE RENOVAÇÃO.

Apenas para Medicaid - assine aqui quando uma pessoa que não seja o Solicitante/Membro da família/Responsável Legal estiver preenchendo:

Eu certifico, tanto quanto sei e acredito, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando/renovando o Medicaid é/são cidadãos americanos, cidadãos nacionais dos EUA e/ou imigrantes qualificados ou estão legalmente presentes nos Estados Unidos. Eu certifico, ainda, que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento.

(Assinatura)

(Data)

Telefone para contato _____

Se o Solicitante/Membro da família/Responsável Legal quiser esta pessoa como representante pessoal, ela/ele deve assinalar aqui e assinar abaixo Sim Não

(Solicitante/Membro da família/Responsável Legal)

(Data)

Apenas para Medicaid - assine aqui quando o Solicitante/Membro da família/Responsável Legal estiver preenchendo:

Se estou solicitando/renovando o Medicaid para mim mesmo, declaro, sob pena de perjúrio, que sou um cidadão americano, cidadão nacional dos EUA e/ou imigrante qualificado presente nos Estados Unidos. Se eu sou pai/mãe ou responsável legal, declaro que o(s) solicitante(s) é(são) cidadão(s) americano(s), cidadão(s) nacional dos EUA e/ou imigrante qualificado nos Estados Unidos. Eu certifico, ainda, que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento.

(Assinatura)

(Data)

Para Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF quando o Solicitante/Beneficiário/Responsável Legal estiver preenchendo:

Eu declaro sob pena de perjúrio, tanto quanto sei e acredito, que a(s) pessoa(s) para quem estou solicitando benefícios é/são cidadã(s) dos EUA ou não cidadã(s) legalmente presente(s) nos Estados Unidos. Eu certifico, ainda, que todas as informações fornecidas nesta solicitação são verdadeiras e corretas de acordo com o meu conhecimento. Eu compreendo e concordo que o DHS-DFCS, DCH e Agências Federais autorizadas podem verificar as informações fornecidas nesta solicitação. As informações podem ser obtidas de empregadores anteriores ou atuais. Eu compreendo que minhas informações serão utilizadas para rastrear informações sobre salários e sobre minha participação em atividades de trabalho.

Eu informarei qualquer mudança na minha situação de acordo com os requisitos do programa de Vale-Alimentação (SNAP) e/ou TANF. Eu também informarei se alguém em minha casa receber prêmios de loteria ou jogos de aposta, no valor bruto de \$4250 ou mais (antes de impostos ou outros valores serem retidos). Eu informarei sobre esses prêmios dentro de 10 dias a partir do final do mês em que minha família os receber. Eu compreendo que, se alguma informação estiver incorreta, meus benefícios poderão ser reduzidos ou negados e posso estar sujeito a processo criminal ou desqualificado dos programas do DHS-DFCS por fornecer informações incorretas intencionalmente. Eu compreendo que posso ser processado se fornecer informações falsas ou ocultar informações. Eu compreendo que se eu não informar ao DHS-DFCS sobre algumas das minhas despesas durante o processo de solicitação ou renovação e/ou não as verificar, o DHS-DFCS não orçará essa despesa no cálculo do valor de meus benefícios de Vale-Alimentação (SNAP).

O Departamento de Serviços Humanos da Geórgia ("DHS") coleta Informações de Identificação Pessoal (PII), como nomes, endereços, números de telefone, endereços de e-mail e datas de nascimento etc., durante sua solicitação de benefícios. Ao enviar qualquer informação pessoal, você concorda que podemos coletar, usar e divulgar estas informações pessoais de acordo com as políticas e procedimentos do DHS e conforme permitido ou exigido por lei e/ou regulamentos.

(Assinatura)

(Data)

(Guarde estes documentos para consultar informações)

Esta tabela explica alguns dos termos utilizados nesta solicitação.

Solicitante	Um indivíduo que se inscreve para receber assistência ou benefícios públicos.
Unidade de Assistência (UA)	Uma unidade de assistência inclui indivíduos <i>elegíveis</i> que moram juntos e recebem assistência/benefícios públicos.
Cuidador	Pais, parentes ou responsáveis legais que solicitam e recebem a TANF com crianças sob seus cuidados.
Número de ID do cliente	Um número único atribuído a um indivíduo que recebe assistência/benefícios públicos.
Desqualificação	A ação tomada para remover indivíduos de um caso de Vale-Alimentação (SNAP) ou TANF porque não disseram a verdade e receberam benefícios que não deveriam ter recebido.
Violência Doméstica	A violência doméstica pode incluir ser agredida, chutada, espancada, estuprada, sufocada, ameaçada, controlada ou impedida de obter o que você precisa para viver (como comida, remédios ou um lar) por um cônjuge, namorado/namorada, parceiro ou "ex".
Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT)	O sistema utilizado no Estado da Geórgia para pagar benefícios a indivíduos qualificados para o Vale-Alimentação (SNAP). Os indivíduos que recebem assistência recebem um cartão de débito EBT, que é utilizado para acessar suas contas do Vale-Alimentação (SNAP).
Comunicações Eletrônicas:	<p>Você tem a opção de escolher como gostaria de receber notificações sobre suas informações. Se você optar por receber notificações por e-mail ou SMS, receberá uma mensagem notificando que há um novo aviso em Meus Avisos (My Notices) localizado no Portal do Cliente GA Gateway.</p> <p>Para Comunicação por E-mail, você deve nos fornecer seu endereço de e-mail e aceitar os termos e condições para avisos sem papel localizados no Portal do Cliente GA Gateway depois de criar uma conta. Visite o site do Portal do Cliente GA Gateway em www.gateway.ga.gov para atualizar suas configurações de notificação.</p> <p>Para a Comunicação por Mensagem de Texto, você deve nos fornecer seu número de telefone. Taxas padrão de mensagem e dados podem ser aplicadas. Isso pode variar de acordo com as operadoras, verifique com seu provedor.</p>
Cartão de Débito EPPICard MasterCard	O Estado da Geórgia implementou uma conveniente opção de pagamento "eletrônico" para os beneficiários da TANF chamada Cartão de Débito EPPICard MasterCard. Nesta opção de pagamento, o dinheiro é depositado na conta do beneficiário no primeiro dia do mês. Se o dia primeiro cair em um final de semana ou feriado, os benefícios são disponibilizados no último dia útil do mês anterior. O beneficiário tem acesso imediato aos seus fundos porque eles são carregados eletronicamente no cartão de débito MasterCard.
Parente do Beneficiário	Pais, parentes ou responsáveis legais que solicitam e recebem a TANF em seu nome, para as crianças.
Renda Bruta	A renda total de uma pessoa antes de levar em conta os impostos ou outras deduções.
Membros da Família	Indivíduos que moram em sua casa. Para Vale-Alimentação (SNAP), indivíduos que moram juntos e compram e preparam suas refeições juntos.
Renda	Pagamentos como salários, rendimentos, comissões, bônus, compensação do trabalhador, pensão por invalidez, benefícios de aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Lei de Redução de Impostos da Classe Média de 2012	Esta lei proíbe o uso indevido dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, estabelecimentos de entretenimento adulto, salas de poker, fianças, boates/salões/tavernas, salões de bingo, pistas de corrida, estabelecimentos de jogos, lojas de armas/munições, navios de cruzeiro, leitores psíquicos, lojas de fumo, lojas de tatuagem/piercing e salões de spa/massagem. O uso dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito da TANF nesses estabelecimentos constituirá uma Violação Intencional do Programa (fraude) por parte do beneficiário.
Não-solicitante	Um indivíduo que NÃO solicita ou recebe assistência/benefícios públicos. Os não-solicitantes não são obrigados a fornecer um número de seguro social, cidadania ou status de imigração.
Beneficiário	Um beneficiário é um indivíduo que aceita a responsabilidade de receber assistência em dinheiro e gastar os fundos em nome da UA. Um beneficiário pode ou não ser um membro da UA.
Despesas Antes dos Impostos	Despesas Antes dos Impostos são deduções retiradas de sua renda antes da aplicação dos impostos. Nem todas as deduções são feitas antes de impostos. As deduções antes dos impostos mais comuns são seguro de saúde, seguro odontológico, seguro oftalmológico etc. http://www.irs.gov
Estrangeiro/Imigrante Qualificado	Um estrangeiro/imigrante qualificado é uma pessoa que reside legalmente nos Estados Unidos e que se enquadra em uma das seguintes categorias: <ul style="list-style-type: none">• uma pessoa legalmente admitida para residência permanente (LPR) nos termos da Lei de Imigração e Nacionalidade (INA) (Green Card);• Imigrante amerasiano sob a seção 584 da Lei de Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportação e Apropriações de Programas Relacionados de 1988;• Uma pessoa a quem é concedido <i>asilo</i> nos termos da seção 208 da INA;• <i>Refugiados</i>, admitidos sob a seção 207 da INA;• Uma pessoa em liberdade condicional como refugiado ou asilado sob a seção 212 (d)(5) da INA;• Uma pessoa cuja deportação está sendo retida sob a seção 243(h) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) da INA, conforme emenda;• Uma pessoa a quem é concedida entrada condicional sob a seção 203(a)(7) da INA em vigor antes de 1º de abril de 1980;

	<ul style="list-style-type: none"> • Imigrantes cubanos ou haitianos conforme definido na seção 501(e) da Lei de Assistência à Educação de Refugiados de 1980; • <i>Vítimas de tráfico humano</i> sob a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; • Imigrantes agredidos que atendam às condições estabelecidas na seção 431 (c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, conforme emenda; • Imigrantes afegãos ou iraquianos a quem foram concedidos o status de imigrante especial sob a seção 101(a)(27) da INA (sujeito a condições específicas); • Indígenas americanos nascidos no Canadá que vivem nos EUA sob a seção 289 da INA ou não-cidadãos de tribo indígena reconhecida federalmente sob a Seção 4(e) da Lei de Autodeterminação e Assistência à Educação dos Indígenas e; • Membros da tribo Hmong ou Highland Laos que prestaram assistência ao pessoal dos EUA participando de operações militares ou de resgate durante a Era do Vietnã (05/08/1964 - 07/05/1975). <p>Apenas para solicitantes de Assistência Médica, o Tratado de Livre Associação (COFA) é cidadão dos Estados Federados da Micronésia, da República das Ilhas Marshall e da República de Palau. Os migrantes do COFA não precisam cumprir a barreira de 5 anos.</p>
Recursos	Dinheiro, propriedade ou ativos, como contas bancárias, veículos, ações, títulos e seguro de vida.
Agressão Sexual	Ato sexual não consensual, proibido por lei Federal, Tribal ou Estadual, inclusive quando a vítima não tem capacidade para consentir.
Assédio Sexual	Comportamento hostil, intimidante ou opressivo com conotação sexual, que cria um ambiente de trabalho ofensivo.
Perseguição	É o ato ou crime de seguir ou assediar deliberada e repetidamente outra pessoa em circunstâncias que levariam uma pessoa racional a temer ferimentos ou morte, especialmente por causa de ameaças expressas ou implícitas.
Renda Tributável	Pagamentos como salários, rendimentos, comissões, bônus, pensão por invalidez, benefícios de aposentadoria, juros, ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Dependente no Imposto de Renda	Um indivíduo que espera ser declarado na declaração de impostos de um declarante de impostos. http://www.irs.gov
Declarante de Imposto de Renda	Um indivíduo que planeja apresentar uma declaração de imposto de renda. http://www.irs.gov
Deduções da Declaração de Imposto de Renda	As deduções da declaração de imposto de renda são as deduções permitidas pela Receita Federal (IRS), encontradas em seu formulário de declaração de impostos 1040, começando na linha 23 até a linha 35. Estão inclusas: Despesas com Educador; Formulário 2106; Formulário de Poupança de Saúde 8889; Formulário de Despesas de Mudança 3909; Multa/Saque Antecipado da Poupança; Pagamento de Pensão Alimentícia; Deduções da Conta Individual de Aposentadoria (IRA), Juros de Empréstimo Estudantil, Formulário de Mensalidade e Taxas 8917; Formulário de Atividades de Produção Doméstica 8903. http://www.irs.gov
Tráfico no Programa de Vale-Alimentação (SNAP)	Traficar os benefícios do SNAP significa: (1) Comprar, vender, roubar ou trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados através de cartões EBT, números de cartão e números PIN ou por vale-compras e assinatura manual, por DINHEIRO ou outra contraprestação que não seja alimento, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho; (2) A troca por armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) Comprar um produto com benefícios do SNAP que tenha um recipiente que exija um depósito de devolução com a intenção de obter dinheiro descartando o produto e devolvendo o recipiente pelo valor do depósito, descartando intencionalmente o produto e devolvendo intencionalmente o recipiente pelo valor do depósito; (4) Comprar um produto com benefícios do SNAP com a intenção de obter dinheiro ou contraprestação que não seja alimento, revendendo o produto, e subsequentemente revender intencionalmente o produto comprado com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento; (5) Comprar intencionalmente produtos originalmente adquiridos com benefícios do SNAP em troca de dinheiro ou contraprestação que não seja alimento; (6) Tentativa de comprar, vender, roubar ou trocar benefícios do SNAP emitidos e acessados através de cartões de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartão e Números de Identificação Pessoal PIN ou por vale-compras e assinatura manual, por dinheiro ou outra contraprestação que não seja alimento, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou conluio com outros, ou agindo sozinho.

Notificação de Direitos da Lei dos Americanos com Deficiência (ADA)/Seção 504

Ajuda para Pessoas com Deficiência

O Departamento de Serviços Humanos do Estado da Geórgia e o Departamento de Saúde Pública do Estado da Geórgia ("os Departamentos") são obrigados por lei federal* a fornecer às pessoas com deficiência uma oportunidade igual de participar e se qualificar para os programas, serviços ou atividades dos Departamentos. Isso inclui projetos como o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF) e Assistência Médica.

Os Departamentos fornecem adaptações razoáveis quando necessárias para evitar a discriminação com base na deficiência. Por exemplo, podemos alterar políticas, práticas ou procedimentos para proporcionar igualdade de acesso. Para garantir uma comunicação igualmente eficaz, fornecemos às pessoas com deficiência de comunicação ou aos seus acompanhantes, assistência de comunicação, como intérpretes de linguagem de sinais. Nossa ajuda é gratuita. Os Departamentos não são obrigados a fazer qualquer adaptação que resulte em uma alteração fundamental na natureza de um serviço, programa ou atividade ou em encargos financeiros e administrativos indevidos.

Como Solicitar uma Adaptação Razoável ou Assistência de Comunicação

Entre em contato com o assistente social se você tiver uma deficiência e precisa de uma adaptação razoável, assistência de comunicação ou ajuda extra. Por exemplo, ligue se precisar de um auxílio ou serviço para uma comunicação eficaz, como um intérprete de linguagem de sinais. Você pode entrar em contato com o assistente social ou ligar para a Divisão de Serviços à Família e à Criança (DFCS) no número (877) 423-4746 ou para o Departamento de Saúde Pública (DCH) Katie Beckett (KB) no número (678) 248-7449 para fazer sua solicitação. Você também pode fazer sua solicitação utilizando o Formulário de Solicitação de Adaptação Razoável da DFCS ADA, que está disponível na filial da DFCS da sua região, ou online em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> - ou você pode obter o Formulário de Solicitação de Adaptação Razoável do DCH ADA com a Equipe KB ou online em <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> - mas você não precisa usar um formulário.

Como Registrar uma Denúncia

Você tem o direito de fazer uma denúncia se os Departamentos o discriminarem por causa de sua deficiência. Por exemplo, você pode registrar uma denúncia de discriminação se tiver solicitado uma adaptação razoável ou um intérprete de linguagem de sinais que tenha sido negado ou não tenha sido acionado dentro de um prazo razoável. Você pode fazer uma denúncia de forma falada ou escrita entrando em contato com o responsável pelo caso, com o escritório local da DFCS, ou com o Coordenador de Direitos Civis da DFCS ADA/Seção 504, no endereço: 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746. Para o DCH, entre em contato com o Coordenador da Equipe KB ADA/Seção 504 no endereço: 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, ou Caixa Postal 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. O e-mail do DCH é dch.adarequests@dch.ga.gov

Você pode pedir ao assistente social uma cópia do formulário de denúncia de Direitos Civis da DFCS ADA/Seção 504. O formulário de denúncia também está disponível em <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Se precisar de ajuda para fazer uma denúncia de discriminação, entre em contato com a equipe do DFCS listada acima. Indivíduos surdos ou com deficiência auditiva, ou que possam ter deficiências de fala, podem ligar para o 711 para que um operador se conecte conosco. O e-mail para Denúncias de Direitos Civis do DCH é: dch.civilrights@dch.ga.gov. O link para o processo de Direitos Civis do DCH e o formulário de denúncia estão localizados em: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>

Você também pode registrar uma denúncia de discriminação junto à agência federal apropriada. As informações de contato do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA) e do Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos EUA (HHS) estão na "Declaração de Não Discriminação" incluída a seguir.

**A seção 504 da Lei de Reabilitação de 1973; a Lei dos Americanos com Deficiência de 1990; e a Emenda da Lei dos Americanos com Deficiência de 2008 garantem que as pessoas portadoras de deficiência estejam livres de discriminação ilegal.*

De acordo com a política do **Departamento de Saúde Pública (DCH)**, os programas de Assistência Médica não podem negar a você a elegibilidade ou benefícios com base em sua raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade ou religião.

Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS

Declaração de Não Discriminação

De acordo com a lei federal de direitos civis e os regulamentos e políticas de direitos civis do Departamento de Agricultura dos EUA (USDA), o USDA, suas agências, escritórios e funcionários e instituições que participam ou administram programas do USDA estão proibidos de discriminar com base em raça, cor, nacionalidade, sexo (incluindo identidade de gênero e orientação sexual), credo religioso, deficiência, idade, crenças políticas ou represália ou retaliação por atividade anterior de direitos civis em qualquer programa ou atividade conduzida ou financiada pelo USDA. Programas que recebem assistência financeira federal do Departamento de Saúde e Serviços Humanos (HHS) dos EUA, como Assistência Temporária para Famílias Necessitadas (TANF), e programas que o HHS opera diretamente também são proibidos de discriminação sob as leis federais de direitos civis e regulamentos do HHS.

Pessoas com deficiência que necessitam de meios alternativos de comunicação para informações sobre o programa (por exemplo, Braille, letras grandes, gravações de áudio, Língua de Sinais Americana), devem entrar em contato com a agência (estadual ou local) onde solicitaram os benefícios. Indivíduos surdos, com deficiência auditiva, ou que tenham deficiência de fala, podem entrar em contato com o USDA através do Serviço Federal de Retransmissão pelo telefone (800) 877-8339. Além disso, as informações do programa podem ser disponibilizadas em outros idiomas além do Inglês.

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO USDA

O USDA fornece assistência financeira federal para muitos programas de segurança alimentar e redução da fome, como o Programa de Assistência Nutricional Complementar (SNAP), o Programa de Distribuição de Alimentos em Reservas Indígenas (FDPIR), entre outros. Para registrar uma denúncia de discriminação, preencha o Formulário de Denúncia de Discriminação do Programa, (AD-3027) disponível online em:

https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf

- e em qualquer escritório do USDA, ou escreva uma carta endereçada ao USDA e forneça na carta todas as informações solicitadas no formulário. Para solicitar uma cópia do formulário de denúncia, ligue para (866) 632-9992. Envie seu formulário preenchido ou carta para o USDA por:

1. **correspondência:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ou
2. **fax:** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **telefone:** (833) 620-1071; ou
4. **e-mail:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para qualquer outra informação sobre problemas do SNAP, as pessoas devem entrar em contato com a linha direta SNAP do USDA em (800) 221-5689, que também está disponível em espanhol, ou ligar para os [números de informações/linha direta do estado](#) (clique no link para obter uma lista de números de linha direta por Estado); disponível online em: [Linha direta SNAP](#).

DENÚNCIAS DE DIREITOS CIVIS ENVOLVENDO PROGRAMAS DO HHS

O HHS fornece assistência financeira federal para muitos programas para melhorar a saúde e o bem-estar, incluindo TANF, Head Start, Programa de Assistência de Energia para Casas de Baixa Renda (LIHEAP), entre outros. Se você acredita que foi discriminado por causa de sua raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo (incluindo gravidez, orientação sexual e identidade de gênero) ou religião em programas ou atividades que o HHS opera diretamente ou aos quais o HHS fornece assistência financeira federal, você pode registrar uma reclamação no Escritório de Direitos Civis (OCR) por você ou por outra pessoa.

Para registrar uma denúncia de discriminação contra você ou outra pessoa em relação a um programa que recebe assistência financeira federal por meio do HHS, preencha o formulário online no Portal de Denúncias do OCR

em <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Você também pode entrar em contato com o OCR por correspondência no endereço:

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; fax: (202) 619-3818; ou e-mail: OCRmail@hhs.gov Para um processamento mais rápido, recomendamos que você utilize o portal online do OCR para registrar reclamações em vez de enviar por correspondência. As pessoas que precisarem de ajuda para registrar uma denúncia de direitos civis podem enviar um e-mail para o OCR em OCRMail@hhs.gov ou ligar gratuitamente para o OCR em 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697.

Para pessoas surdas, com deficiência auditiva ou com dificuldades de fala, disque 7-1-1 para acessar os serviços de retransmissão de telecomunicações. Também fornecemos formatos alternativos (como Braille e impressão em letras grandes), auxílios e serviços de assistência linguística gratuitos para o registro de uma denúncia.

Esta instituição é provedora de oportunidades iguais.

No Departamento de Serviços Humanos (DHS), você também pode registrar outras denúncias de discriminação entrando em contato com o escritório local do DFCS ou com o Coordenador de Direitos Civis do DFCS ADA/Seção 504 no endereço: 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746. Para denúncias alegando discriminação baseada em proficiência limitada em inglês, entre em contato com o Programa de Proficiência Limitada em Inglês e Deficiência Sensorial da DHS no endereço: 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, ou ligue 877-423-4746.

Não envie solicitações para o USDA ou para o HHS