

Департамент социального обеспечения штата Джорджия
Форма продления ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТАЛОНОВ программы дополнительной помощи по питанию (SNAP)/MEDICAID/TANF (Временная помощь малообеспеченным семьям)

Если Вам нужна помощь в прочтении или заполнении этого документа или помощь в общении с нами, обратитесь к сотрудникам или позвоните по телефону (877) 423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, предоставляются бесплатно. Если Вы страдаете нарушениями слуха, зрения или речи, Вы можете связаться с нами по номеру, указанному выше, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия (Georgia Relay)).

Только для служебного использования: Дата получения _____ Идентификационный номер клиента (ID): _____	
Дата инициации _____	Инициированные программы: TANF • Продовольственные талоны (SNAP) • Medicaid

Если вы подаете повторное заявление на получение продовольственных талонов (SNAP) или продление льгот по TANF или Medicaid, вы можете подать эту форму продления/заявление, предоставив только своё имя, адрес и подпись. Однако, мы сможем быстрее обработать ваше заявление, ресертификацию/продление, если вы заполните форму полностью и предоставите подтверждение информации, если требуется. Вы можете использовать эту форму для подачи совместного заявления/продления для программ продовольственных талонов (SNAP) /Medicaid и (или) TANF или только для программы продовольственных талонов (SNAP). Продление Ваших продовольственных талонов (SNAP) не будет прекращено только на основании того, что Ваше продление/заявление на участие в другой программе было отклонено/прекращено. Мы будем отдельно определять право на участие в возобновлении программы продовольственных талонов (SNAP).

Пожалуйста, напишите ПЕЧАТНЫМИ БУКВАМИ имя и адрес лица, подающего заявление на продление льгот ниже:

Имя клиента:	Дата рождения:	Номер социального страхования: (не обязательно для лиц, не подающих заявление*)
		*См. гражданство, иммиграционный статус и номера социального страхования ниже.
Фактический адрес:		
Почтовый адрес:		
Основной номер телефона:	Другой номер телефона:	
Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ или Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___ или Нет ___ (по желанию)	Адрес электронной почты: (по желанию)	
На каком языке Вы предпочитаете общаться?	Если потребуется собеседование, нужен ли Вам переводчик? Да _____ или Нет _____	

Закон об американцах с ограниченными возможностями: запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации (если применимо):

Имеется ли у Вас физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в коммуникации?
 Да _____ Нет _____ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые Вами разумные модификации или помощь в коммуникации):

Переводчик языка жестов _____; ТTY(телетайп) _____; Крупный шрифт _____; Электронные коммуникации (электронная почта) _____; шрифт Брайля _____; видео связь _____; Переводчик с сопровождаемой речью _____; переводчик движений губ _____; переводчик для слепо-глухонемых _____; телефонные напоминания о сроках программы _____; подпись по телефону (если применимо) _____; личное собеседование (визит на дому) _____; прочее: _____

Нуждаетесь ли Вы в разумных модификациях однократно _____ или постоянно _____? Если возможно, кратко опишите, когда и на какое время Вам требуются данные модификации и помощь?

Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно. Я понимаю и согласен с тем, что DHS-DFCS (Департамент внутренней безопасности - Отдел служб по делам семьи и детей), DCH (Департамент общественного здравоохранения) и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программы Food Stamp (SNAP)/Medicaid и (или) TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах в течение 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что, если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что меня могут привлечь к ответственности за предоставление ложной информации или её сокрытие. Я понимаю, что, если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах при подаче заявления или в процессе продления участия в программе и (или) не смогу их подтвердить, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот на продовольственные талоны (SNAP).

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

Подпись:

Дата

Подпись свидетеля, если вместо подписи Вы используете 'X'

Дата

Процедура Express Lane Eligibility:

Express Lane Eligibility (ELE) — это автоматический процесс регистрации или возобновления участия детей в возрасте до 19 лет, которые уже являются участниками программы дополнительной продовольственной поддержки (SNAP) или временной помощи для нуждающихся семей (TANF), в программу медицинской помощи. Если ваши дети имеют право на участие в программе SNAP или TANF, Отдел по делам семьи и детей (DFCS) будет использовать информацию о размере домохозяйства, месте жительства и доходе из программы SNAP или TANF, но DFCS также подтвердит гражданство или иммиграционный статус, используя правила программы медицинской помощи, чтобы принять ELE решение о регистрации или продлении участия детей в программе Medicaid или PeachCare for Kids®. Если Ваши дети имеют право на участие в программе PeachCare for Kids®, на них может распространяться страховой взнос. DFCS отправит Вам уведомление о решении, которое позволит Вам внести любые изменения и отказаться от участия в любое время.

Даете ли Вы DFCS согласие на использование вашей информации, полученной из SNAP или TANF, для принятия ELE решения о регистрации или продлении участия ваших детей в Medicaid или PeachCare for Kids®?

Да Нет

Уполномоченный представитель:

Заполните этот раздел только в том случае, если Вы желаете, чтобы другой человек или организация заполнили Ваше заявление на получение/продление, прошли собеседование для программы продовольственных талонов (SNAP) или TANF, и (или) использовали Вашу карту продовольственных талонов EBT для покупки продуктов питания, когда Вы не можете пойти в магазин. Пожалуйста, отметьте для каждого типа программы, кого Вы хотите назначить в качестве уполномоченного представителя. Пожалуйста, отметьте, какие обязанности Вы хотите возложить на человека или организацию. Если Вы подаёте заявление на получение Medicaid, Вы можете выбрать несколько человек, которые будут действовать от вашего имени.

Уполномоченный представитель 1, виды программ: Продовольственные талоны (SNAP) TANF
Медицинская помощь

Уполномоченный представитель 1, обязанности: Подпись заявления от имени заявителя Заполнение и подача формы продления Получение копий уведомлений и других сообщений Действия от имени заявителя во всех других вопросах Получение карты для выплаты пособий TANF (EPPIC)

Имя 1-го лица: _____
Название 1-й организации (в соответствующих случаях): _____ Телефон: _____
Адрес: _____ кв.: _____
город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____
Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___
Нет ___ (по желанию)
Адрес электронной почты (по желанию) _____
Предпочитаемый язык: _____ Требуется ли помощь переводчика? Да ___ или Нет ___

Уполномоченный представитель 2, виды программ: Продовольственные талоны (SNAP) TANF Медицинская помощь
Уполномоченный представитель 2, обязанности: Подпись заявления от имени заявителя Заполнение и подача формы продления Получение копий уведомлений и других сообщений Действия от имени заявителя во всех других вопросах Получение карты для выплаты пособий TANF (EPPIC)

Имя 2-го лица: _____
Название 2-й организации (в соответствующих случаях): _____ Телефон: _____
Адрес: _____ кв.: _____
город: _____ штат: _____ почтовый индекс: _____
Электронные средства связи: Электронная почта: Да ___ Нет ___ (по желанию) Текстовые сообщения: Да ___
Нет ___ (по желанию)
Адрес электронной почты (по желанию) _____
Предпочитаемый язык: _____ Требуется ли помощь переводчика? Да ___ или Нет ___

Закон об американцах с ограниченными возможностями: запрос на разумные модификации и помощь в коммуникации для уполномоченного представителя (если применимо):

Имеет ли уполномоченный представитель физическое ограничение, которое требует разумных модификаций или помощи в коммуникации? Да ___ Нет ___ (Если да, пожалуйста, опишите запрашиваемые вами разумные модификации или помощь в коммуникации):

Переводчик языка жестов ___; ТTY ___; Крупный шрифт ___; Электронные коммуникации (электронная почта) ___; шрифт Брайля ___; видео связь ___; Переводчик с сопровождаемой речью ___; переводчик движений губ ___; переводчик для слепо-глухонемых ___; телефонные напоминания о сроках программы ___; подпись по телефону (если применимо) ___; личное собеседование (визит на дому) ___; прочее: _____

Нуждается ли уполномоченный представитель в разумных модификациях или помощи в коммуникации однократно или постоянно ___? Если возможно, кратко опишите, когда и на какое время Вам требуются данные разумные модификации и помощь? _____

Только для Medicaid:

Вы планируете подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Вы можете подавать заявление на медицинскую страховку, даже если вы не подаете федеральную налоговую декларацию.)

Да Нет Если «да», ответьте на вопросы a, b и c. Если «нет», ответьте на вопрос с.

- a. Будете ли Вы подавать налоговую декларацию совместно с супругом (супругой)? Да Нет Если «да», имя супруга (супруги): _____
- b. Будете ли Вы указывать иждивенцев в налоговой декларации? Да Нет
Если да, укажите имя (имена) иждивенцев: _____
- c. Будет ли кто-нибудь указан как налоговый иждивенец в чьей-то декларации? Да Нет
Если да, укажите имена налогоплательщика и налоговых иждивенцев: _____

Кем налоговый иждивенец приходится налогоплательщику? _____

ИНФОРМАЦИОННО-РАЗЪЯСНИТЕЛЬНАЯ РАБОТА:

Для получения дополнительной информации о других услугах DHS, посетите наш веб-сайт www.dfcs.georgia.gov или позвоните по телефону (877) 423-4746.

Пожалуйста, ответьте на все вопросы и предоставьте подтверждение всех доходов и любых расходов в соответствии с требованиями.

СВЕДЕНИЯ О ГРАЖДАНСТВЕ, ИММИГРАЦИОННОМ СТАТУСЕ И НОМЕРАХ СОЦИАЛЬНОГО СТРАХОВАНИЯ:

Пожалуйста, заполните приведенную ниже таблицу о заявителе и всех членах семьи. В соответствии со следующими федеральными законами и нормативно-правовыми актами: Закон о продовольствии и питании 2008 г., 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910 и 42 C.F.R. § 435.920, DFCS вправе требовать предоставления номера (номеров) социального страхования всех членов домохозяйства. Любое лицо, проживающее в вашем домохозяйстве и не подающее заявление на получение льгот, может расцениваться как не заявитель. Не заявители не обязаны предоставлять информацию об их номере социального страхования, гражданстве или иммиграционном статусе, и они не имеют права на получение льгот. Другие члены домохозяйства могут по-прежнему получать льготы, если они имеют на это право. Если Вы хотите, чтобы мы решили, имеют ли члены домохозяйства право на получение льгот, Вам необходимо сообщить нам об их гражданстве или иммиграционном статусе и указать их номера социального страхования (SSN). Вам все равно нужно будет сообщить нам об их доходах и ресурсах, чтобы определить право на льготы и уровень пособий для домохозяйства. Мы не будем сообщать о членах семьи, не являющихся заявителями, в систему систематической проверки иностранцев для получения прав (SAVE) Службы гражданства и иммиграции США (USCIS), если они не сообщат нам о своем гражданстве или иммиграционном статусе. Однако, если в заявлении была представлена информация об иммиграционном статусе, эта информация может подлежать проверке через систему SAVE и может повлиять на право семьи на получение пособия и его уровень. Мы сопоставим Вашу информацию с данными других федеральных, государственных и местных агентств, чтобы проверить Ваш доход и право на получение льгот. Данная информация также может быть передана сотрудникам правоохранительных органов для использования в целях поимки лиц, скрывающихся от закона. Если Ваше домохозяйство имеет претензии по продовольственным талонам (SNAP), информация из этого заявления, включая SSN, может быть передана федеральным и государственным агентствам и частным агентствам по сбору претензий, чтобы они использовали ее для сбора претензий. Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, информацию о гражданстве или иммиграционном статусе. Если вы подаете заявление только на получение неотложной медицинской помощи, Вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

Имя	Средний индекс	Фамилия	Этническая принадлежность испаноязычный или латиноамериканец? (необязательно)	Раса (не обязательно)	Пол М/Ж	Дата рождения Формат (мм/дд/гг)	Кем приходится Вам	Номер социального страхования (не обязательно для лиц, не подающих заявление)	Вы гражданин США, поданный США, соответствующий критериям иммигрант или имеете достаточный иммиграционный статус? (только для заявителей) (Д/Н)	Мать этого ребенка проживает в этом доме? (Д/Н)	Отец этого ребенка проживает в этом доме? (Д/Н)	Вы хотите получить Medicaid? (Д/Н)
			Д/Н				лично		Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н
			Д/Н						Д/Н	Д/Н	Д/Н	Д/Н

Код расы (Отметьте всё, что применимо):

- AI** – Американский представитель индейцев или Коренной житель Аляски афроамериканец
AS – азиат
BL – черный или
HP – коренной житель Гавайев или других Тихоокеанских островов
WH – белый

Предоставляя данные о расе/этнической принадлежности, Вы помогаете нам осуществлять наши программы без какой-либо дискриминации. Ваше домохозяйство не обязано предоставлять нам эту информацию, а также это не будет влиять на Ваше право на получение льгот или их уровень. Однако, если Вы не предоставите эту информацию, визуальное определение расовой и этнической принадлежности будет проведено во время первого личного собеседования.

Если вы или другие заявители из числа членов семьи являетесь натурализованным гражданином или соответствующим критериям иностранцем/иммигрантом, заполните следующую таблицу:

(пожалуйста, добавьте дополнительные страницы, если необходимо)

ИМЯ Имя Средний инициал Фамилия	Тип иммиграционного документа	Идентификационный номер иностранца/сертификата/документа	Вы проживаете в США с 1996 года? (Д/Н)	Дата натурализации/дата въезда или допуска в США (в соответствующих случаях) Формат (мм/дд/гг)	Являетесь ли Вы, Ваш(-а) супруг(-а) или родитель ветераном или членом вооруженных сил США, находящимся на действительной военной службе? (Д/Н)

Только для Medicaid:

Находился ли кто-либо из Вашего домохозяйства в приёмной семье в возрасте 18 лет? Да Нет

Если у Вас есть налоговые иждивенцы, не проживающие с Вами в одном доме, пожалуйста, перечислите ниже.

Имя: _____ Номер социального страхования _____ Пол: М Ж (пожалуйста, обведите одно)

Дата рождения: _____ Гражданство: _____

Кем Вам приходится: _____ (пожалуйста, используйте дополнительные страницы, если необходимо)

Расскажите нам больше о заявителе и всех членах семьи

Нам нужна дополнительная информация о заявителе и всех членах его семьи, чтобы решить, кто имеет право на получение льгот. Пожалуйста, ответьте только на вопросы о льготах, которые Вы желаете получить, на странице ниже.

1. Получал ли кто-нибудь какие-либо льготы в другом округе или штате? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

Когда: _____

2. Был ли кто-нибудь осужден за предоставление ложной информации о месте жительства и личных данных с целью получения продовольственных талонов в более, чем одном месте после 8/22/1996 года? Только для продовольственных талонов (SNAP) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

Когда: _____

3. Уволился ли кто-либо из членов Вашего домохозяйства по собственному желанию с работы или добровольно сократил свое рабочее время ниже 30 часов в неделю в течение 30 дней с даты подачи заявления? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да», кто уволился? _____

Почему он/она уволился/-ась? _____

4. Есть ли беременные в вашем домовладении? (Этот вопрос не относится к заявителям на продовольственные талоны (SNAP)) Да Нет

Если **да**, то какова предполагаемая дата родов? _____; и сколько детей ожидается? ____

Если **нет**, рожал ли кто-нибудь в домохозяйстве или была ли прерванная беременность в течение последних 12 месяцев? Да Нет

Если «да», то когда состоялись роды/была прервана беременность? _____; и сколько детей родилось/ожидалось? _____

Имя беременной женщины: _____ Имя отца будущего ребенка: _____

Адрес отца: _____

5. Имеются ли у заявителей, претендующих на Medicaid, какие-либо неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца?? Да Нет

Если **да**, пожалуйста, отправьте неоплаченные медицинские счета, если у вас есть дело Medicaid.

6. Был ли кто-либо исключен из программы продовольственных талонов (SNAP) или программы TANF? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Где: _____

7. Кто-нибудь скрывается, чтобы избежать судебного преследования или тюрьмы за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет Если «да», кто: _____

8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения? (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) Да Нет

Если «да», кто: _____

9. Осужден ли кто-либо за уголовное преступление из-за поведения, связанного с хранением, использованием или распространением контролируемого наркотического вещества (т. е. является преступником, осужденным по статье за наркотики) после 8/22/1996 г. (Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) или тяжелое насильственное преступление (только для TANF)? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

- a. Соблюдаете ли Вы условия испытательного срока, связанные с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? Только для продовольственных талонов (SNAP) Да Нет
- b. Соблюдаете ли вы условия условно-досрочного освобождения, связанного с любым приговором, вынесенным в результате осуждения за преступление, связанное с наркотиками? Только для продовольственных талонов (SNAP) Да Нет
- c. Успешно ли Вы прошли все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения, связанные с судимостью, связанной с наркотиками? Только для продовольственных талонов (SNAP) Да Нет
10. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за обмен продовольственных талонов (SNAP) на наркотики после 8/22/1996 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

11. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за приобретение или продажу продовольственных талонов (SNAP) на сумму, превышающую \$500, после 8/22/1996 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

12. Были ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за обмен продовольственных талонов (SNAP) на оружие, боеприпасы или взрывчатые вещества после 8/22/1996г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

13. Были ли Вы или любой член вашего домохозяйства осуждены как совершеннолетний за сексуальное насилие при отягчающих обстоятельствах, убийство, сексуальную эксплуатацию и другие виды насилия над детьми, преступления федерального уровня или уровня штата, связанные с сексуальным насилием, или преступления, согласно закону штата признанные Генеральным прокурором в значительной степени схожими с такими преступлениями после 2/7/2014 г.? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Когда: _____

- a. Соблюдаете ли Вы условия испытательного срока, связанного с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

b. Соблюдаете ли вы требования условно-досрочного освобождения, связанные с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

c. Выполнили ли вы успешно **все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения**, связанные с осуждением за любое уголовное преступление? (Только для продовольственных талонов (SNAP)) Да Нет

14. Получали ли Вы или кто-либо из членов домохозяйства выигрыши в лотерею или азартные игры? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ когда: _____ полученная сумма: _____

15. Кто-либо использовал денежные средства TANF или карты EPPIC в местах, перечисленных ниже: винные магазины, казино, комнаты для игры в покер, развлекательные заведения для взрослых, залоговые, ночные клубы/салоны/таверны, залы бинго, ипподромы, магазины оружия/боеприпасов, круизные суда, гадалки, курительные салоны, салоны тату/пирсинга, спа/массажные салоны? (Только для TANF) Да Нет

Если «да»:

Кто: _____ Когда: _____

16. Кто-либо, подающий заявление на получение льгот, получает алименты в настоящее время? Да Нет

Если «да»:

Кто: _____

Ежемесячная получаемая сумма: _____

Дата заключения или последнего изменения соглашения об алиментах: _____

Только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF:

УЧАЩИЕСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ: Кто-либо в вашем домохозяйстве учится в колледже, университете, профессиональном или техническом училище хотя бы неполный день?

Да Нет Если «да», кто: _____

Наименование учебного заведения: _____ Класс/Степень _____ Дата выпуска: _____

Работает ли учащийся? Да Нет Участвует в

программе занятости во время обучения? Да Нет

Если да, сколько часов работает в неделю.(Пожалуйста, заполните также раздел о трудоустройстве ниже.)

Только для продовольственных талонов (SNAP):

Кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями имеет медицинские расходы? Да Нет

Изменились ли ваши медицинские расходы, такие как страховые взносы Medicare, стоимость

рецептурных препаратов или больничные счета? Да Нет

Если да, перечислите расходы в таблице ниже. Приложите счета, рецепты на лекарства за последний/е месяц/и.

Член домохозяйства, которому выставлен счет	Тип расхода (врач, больница, рецептурные лекарства)	Сумма задолженности	Дата счета	Оплачивается страховкой? Да/Нет

Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или с ограниченными возможностями расходы на медицинскую транспортировку? Да Нет

Если «да», пожалуйста, заполните таблицу ниже. Если вы получаете Medicaid, предоставьте подтверждение:

Цель поездки (посещение врача или больницы; получение лекарства из аптеки)	Общее количество миль на дороге:	Стоимость услуг такси, парковки или проживания:
--	----------------------------------	---

Кто-либо ещё оплачивает какие-либо из этих медицинских расходов за Вас? Да Нет

Если «да», пожалуйста, укажите информацию ниже:

Какие расходы оплачены?	Кто оплачивает расходы?
Кому данное лицо оплачивает счета?	Адрес:

Только для Medicaid:

ПРОЧИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВКИ

Кто-либо имеет медицинскую страховку из следующего списка?

- Департамент социального обеспечения штата Джорджия Medicaid _____ PeachCare for Kids® • Medicare
- Программы медицинского страхования для ветеранов (VA Healthcare Programs) • TRICARE (не отмечайте, если Вы имеете прямой уход или «Line of Duty»)
- Страхование работодателя: Наименование страхования _____ Номер страхового полиса _____
- Прочее: Наименование страховой компании _____ Номер страхового полиса _____

У Вас есть другая медицинская страховка помимо Medicaid? Да Нет

Если да, **отправьте нам копию** Вашей страховой карточки.

РЕСУРСЫ:

(Не требуется для MAGI (Модифицированный скорректированный доход до уплаты налогов) Medicaid): Владеет ли кто-либо в вашем домохозяйстве следующими ресурсами?

Да Нет (Если «да», заполните таблицу ниже. (Если Вы получаете Medicaid для пожилых, слепых или с ограниченными возможностями (отличные от сберегательных планов Medicare (Medicare Savings Plans), такие как QMB(Квалифицированный бенефициар Medicare), SLMB (Определенный бенефициар Medicare с низким доходом) или QI-1 (Программа для квалифицированных лиц)) предоставьте подтверждение.

Тип ресурса	Владелец	Номер счёта/полиса (не указывайте, если номер вашего счёта/полиса является вашим номером SSN)	Стоимость	Наименование банка, страховой компании и т. п.
Наличные				
Расчётный/сберегательный счёт				
Кредитная организация				
Аннуитеты				
Акции или облигации				
Сейф для хранения ценностей				
Пенсионный счёт (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Транспортные средства (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Конкурентные ставки/аннуитеты (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Предоплаченные похоронные планы (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Участки под захоронение (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Трастовые фонды (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Нежилые помещения (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Жилые помещения (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Страхование жизни (только для не-MAGI Medicaid/TANF)				
Прочее				

Только для Medicaid для пожилых, слепых и людей с ограниченными возможностями:

Вы, Ваш супруг/-а или лицо, за которое вы подаете заявление, продавали, обменивали или отдавали ресурсы в течение последних 60 месяцев? Да Нет

Если «да», что? _____

Когда? _____

Для SNAP, TANF и Medicaid:

ЗАНЯТОСТЬ: Кто-либо в вашем домохозяйстве работает? Да Нет

Если да, перечислите информацию о доходе работающего лица, таком как зарплата, премия, чаевые, и приложите доказательства ВСЕХ доходов перед уплатой налогов, полученных за последние 4 недели.

ЗАНЯТОЕ ЛИЦО	РАБОТОДАТЕЛЬ	ОПЛАТА В ЧАС	ЧАСОВ В НЕДЕЛ	ЧАСТОТА ВЫПЛАТ	ДАТА(-Ы) ВЫПЛАТ	ПРЕМИИ	ЧАЕВЫЕ

Только для Medicaid:

РАСХОДЫ ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ:

- Медицинское страхование \$ _____ Как часто? _____
- Офтальмологическое страхование \$ _____ Как часто? _____
- Стоматологическое страхование \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____
- Больше? Пожалуйста, приложите дополнительный лист.

Расходы до уплаты налогов — это вычеты из Вашего дохода до уплаты налогов. Не все вычеты происходят до уплаты налогов.

НАЛОГОВЫЕ ВЫЧЕТЫ:

Отметьте все, что применимо, а также укажите суммы и частоту выплат.

ПРИМЕЧАНИЕ: Вы не должны включать расходы, которые вы уже учли в своем ответе про самозанятость.

- Выплата алиментов \$ _____ Как часто? _____
- Проценты по студенческим кредитам \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____
- Иные виды вычетов \$ _____ Как часто? _____

Для SNAP, TANF и Medicaid:

Кто-нибудь прекратил работать? Да Нет **Если да, заполните ниже и предоставьте подтверждение:**

Какая работа была прекращена?	Имя члена домохозяйства, прекратившего работу:	
Место работы:		
Дата прекращения оплаты:	Дата последней выплаты:	Сумма последней выплаты (валовая):

Кто-нибудь начал работать? Да Нет **Если да, заполните ниже и предоставьте подтверждение:**

Имя начавшего работать:	Дата начала работы:	Номер телефона:
Наименование работодателя/предприятия:	Ставка оплаты: \$	Дата получения/ожидаемая дата первой выплаты:
Частота выплат (пожалуйста, отметьте одно): <input type="checkbox"/> Еженедельно <input type="checkbox"/> Раз в две недели <input type="checkbox"/> Дважды в месяц <input type="checkbox"/> Ежемесячно <input type="checkbox"/> Прочее		

САМОЗАНЯТОСТЬ:

Кто-либо является самозанятым?: Да Нет (Если «да», кто?) _____

Пожалуйста, предоставьте доказательства дохода от самозанятости в виде налоговых документов, деловой документации, квитанций, счетов или заявлений от клиентов действующего бизнеса.

Это акционерная компания? Да Нет

У этого лица есть расходы на самозанятость?? Да Нет

Если да, то какие виды расходов несет данное лицо?

Только для Medicaid и TANF: предоставьте подтверждение расходов на самозанятость.

НЕЗАРАБОТАННЫЙ ДОХОД:

Кто-либо в вашем домохозяйстве получает деньги в виде взносов, социального обеспечения, SSI (Дополнительный доход по страхованию), VA (Дела ветеранов), выплат на содержание ребенка, пособий по безработице, пенсий или любой другой доход? Да Нет

Если **да**, заполните приведенную ниже таблицу и предоставьте подтверждение всех доходов, полученных за последние 4 недели, или последнее письмо о назначении пособия.

Имя	Источник	Сумма	Как часто?

Для MAGI Medicaid: Доход от выплат на содержание ребенка, ветеранских выплат, Дополнительный доход по страхованию (SSI) или компенсационные выплаты работникам (Workman's Compensation Benefits) не учитывается.

РАСХОДЫ НА ИЖДИВЕНЦЕВ:

Вы оплачиваете уход за ребенком или нетрудоспособным взрослым членом домохозяйства? Да Нет

Если **да**, ответьте на вопросы ниже.

Лицо, нуждающееся в уходе:		Лицо, оплачивающее расходы:	
Наименование учреждения:		Как много выплачивается учреждению:	Частота выплат:
Телефон учреждения:	Причина для ухода:		

Вы оплачиваете транспортные расходы ребенка или нетрудоспособного взрослого члена домохозяйства?

Да Нет

Данные расходы включены в сумму ухода за иждивенцами? Да Нет

Если «нет», ответьте на вопрос: **Общее количество миль, проезжаемых в неделю:** _____

СТОИМОСТЬ ЖИЛЬЯ:

Вы или кто-либо из членов домохозяйства начал оплачивать расходы на жилье или расходы на жилье изменились?

Да Нет

Если да, заполните таблицу ниже.

Расходы	Сумма	Как часто?	Кто оплачивает?
Аренда/ипотека			
Налог на имущество			
Страхование имущества			
Электричество			
Газ			
Горючее масло/Дрова/Керосин			
Колодец/септический резервуар/вода/канализация			
Вывоз мусора			
Телефон			
Прочее			

Что является основным источником отопления или охлаждения дома? (электричество, газ, кондиционер)

Кто-либо еще оплачивает какие-либо из этих бытовых счетов за вас? Да Нет Если да, заполните таблицу:

Кто оплачивает счёт?	Какие счета оплачены?
Какова уплаченная сумма?	Кому данное лицо оплачивает счета?

Вы получали помощь на энергетические нужды в последние 12 месяцев? Да Нет

Если да, укажите полученную сумму \$ _____

Вы разделяете ежемесячные бытовые расходы с кем-либо в доме? Да Нет

Если «да», с кем? _____

Комментарии/документы _____

Кому выплачено _____ Выплаченная сумма \$ _____ за _____

Имя арендодателя _____ Адрес арендодателя _____

ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА:

Вы или кто-то из членов вашего домохозяйства выплачивает алименты на ребенка, живущего вне дома?

Да Нет

Если да, заполните таблицу ниже:

Кто обязан платить?	Какова сумма к уплате?
Для кого выплачиваются алименты?	Какова фактически уплаченная сумма?
Кому выплачиваются алименты?	Как часто осуществляются выплаты алиментов?

Только для продовольственных талонов (SNAP). пожалуйста, предоставьте подтверждение уплаченных сумм за последние 3 месяца и законное обязательство оплаты.

Данный раздел только ДЛЯ ПОЛУЧАТЕЛЕЙ TANF – вы должны указать следующее:

Данные иммунизации:

Имеются ли дети младше 7 лет, которые ещё не зачислены в школу? (подготовительная группа (Pre-K) не считается школой)

Да Нет

Если да, отправьте Форму 3231- Форма иммунизации для детских учреждений на каждого ребёнка младше 7 лет.

Школьные требования:

Все дети (6-18 лет) посещают школу? Да Нет

Если «да», имя (имена) ребенка (детей) _____

Наименование школы (школ) _____

Класс(-ы) _____

Имеется ли ребёнок в возрасте 16 лет и старше, который не посещает школу? Да Нет

Если да, имя (имена) ребёнка (детей)? _____

Пожалуйста, предоставьте копии квитанций, если ребенок работает по найму, или заявление от работодателя, если он занимается любой другой трудовой деятельностью.

Насилие в семье:

Являетесь ли Вы или кто-то в Вашем домохозяйстве жертвой домашнего насилия, сексуального домогательства, насильственных действий сексуального характера или навязчивого преследования?
 Да Нет

Если да, пожалуйста, сообщите нам имя жертвы насилия в семье _____

После оценки, если ваше домохозяйство будет соответствовать требованиям, мы можем отменить некоторые требования программы, такие как участие в трудовой деятельности или направление в Отделение службы по поддержке детей.

Транспортные расходы:

Являетесь ли Вы родителем или родственником ребёнка (или детей) и включены ли Вы в TANF AU (Группа по оказанию помощи) с ребёнком (или с детьми)? Да Нет

Если да, ответьте на следующие вопросы:

Вы или любой другой взрослый член AU владеет или собирается приобрести автомобиль? Да Нет

Если «да», кто? (Имя владельца) _____

Год, марка и модель транспортного средства: _____

Пожалуйста, перечислите платежи по выплате кредита за автомобиль, страхованию, техническому обслуживанию и другие сопутствующие расходы:

У Вас есть другие постоянные расходы (например, платежи по кредитным картам), которые Вы оплачиваете? Да Нет

Если да, пожалуйста, перечислите: _____

ПРАВА И ОБЯЗАННОСТИ ДЛЯ ВСЕХ ПРОГРАММ

У ВАС ЕСТЬ ПРАВО:

- попросить помощи в заполнении этой формы и бесплатных услуг языковой помощи (переводчики, переведенные материалы или услуги прямого перевода), если у Вас есть проблемы с чтением, письмом, речью или пониманием английского языка.
- запрашивать вспомогательные средства и услуги и разумные модификации, если Вы или кто-то из членов Вашего домохозяйства имеет ограниченные возможности.

УВЕДОМЛЕНИЕ О СЛУШАНИЯХ: Во всех программах у вас есть право запросить независимое слушание в письменном виде или лично. Вы можете попросить о слушании, позвонив по телефону 1-877-423-4746 или Вы можете попросить о слушании в присутствии сотрудника штата по слушаниям, если Вы не согласны с данным решением. На слушании Вас может представлять адвокат, родственник, друг или любое другое лицо по Вашему выбору. Если Вы хотите проведения слушания, Вы должны попросить об этом в письменном виде или обратиться в агентство в течение:

- **90 дней** с даты данного уведомления для программы продовольственных талонов (SNAP)
- **30 дней** с даты данного уведомления для программ Medicaid и TANF.

ВЫ НЕСЕТЕ ОТВЕТСТВЕННОСТЬ ЗА:

- предоставление работнику правильной информации и подтверждение заявлений, необходимых для получения пособий. Подписывая эту форму, Вы даете вашему работнику разрешение на получение информации от Вашего работодателя, банка, соседей или других лиц, чтобы мы могли убедиться, что Вы получаете правильную сумму пособия.
- правдивость всей предоставленной информации. Если Вы или тот, кто подает за Вас заявление, предоставляет неверную информацию, это может означать совершение преступления, и Вы можете попасть в тюрьму.
- предоставление подтверждения того, что Вы или любой член домохозяйства, претендующий на льготы, является гражданином США или отвечающим критериям иммигрантом.
- сотрудничество с сотрудниками штата и федеральными сотрудниками, работающими в Отделе по предотвращению мошенничества или в Управлении следственных служб и проводящими специальные проверки дел. Если в результате отказа от сотрудничества будет невозможно определить Ваше право на получение льгот продовольственных талонов (SNAP), Ваше дело может быть отклонено или закрыто.
- (для продовольственных талонов (SNAP)) сотрудничество с экспертами по контролю качества, когда они звонят или приходят к Вам домой, чтобы опросить Вас по поводу информации, которую Вы предоставили своему кейс-менеджеру. Если Вы не будете сотрудничать с ними, Ваше дело может быть отклонено или закрыто.
- (для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) возмещение льгот, которые Вы не должны были получать.
- (для Medicaid) сотрудничество с Отделом контроля качества соответствия требованиям Medicaid или Отделом целостности программы, когда они звонят или приходят к Вам домой, чтобы опросить Вас по поводу информации, которую Вы предоставили своему кейс-менеджеру.
- (для Medicaid) членов, находящихся в доме престарелых, учреждении временного ухода, больнице по месту жительства или зачисленных и получающих услуги по альтернативной программе, связанной с программой восстановления имущества (Estate Recovery).

Если Вы получаете **талоны на питание (SNAP)**, Вы должны сообщать, когда Ваш общий ежемесячный валовой доход превышает лимит дохода для размера Вашей семьи. Если Вы работающий взрослый человек без детей, Вы должны сообщить, если Ваше рабочее время составляет менее 20 часов в неделю или 80 часов в месяц. Вы должны сообщить об этих изменениях не позднее 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение.

Вы также должны сообщить, если Ваше домохозяйство получит значительный выигрыш в лотерею или азартные игры. Это денежный приз, выигранный в одной игре. Если Вы или член Вашего домохозяйства получили выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм), Вы должны сообщить об этом выигрыше в течение 10 дней после окончания месяца, в котором домохозяйство получило выигрыш.

Если вы получаете **TANF или Medicaid**, вы обязаны сообщать обо всех изменениях Ваших обстоятельств в течение 10 дней после того, как изменения произошли.

Я понимаю, что любая единовременная сумма или «неожиданная» выплата, которую получает любое лицо в моем деле **Medicaid**, должна быть учтена в процессе определения права на получение льгот вместе с другими суммами дохода, которые могут быть у домохозяйства.

В программе Medicaid Вы имеете право на:

- получение Medicaid даже при наличии у Вас другой медицинской страховки;
- выбор врача и учреждения, работающего с Medicaid;
- получение одобрения или отказа в заявлении на получение Medicaid в течение 10, 45 или 60 дней с момента подачи заявления, в зависимости от типа Medicaid.

В качестве условия получения мною права на программу Medicaid:

- я соглашаюсь передать штату все права на медицинскую поддержку и на оплату медицинского обслуживания, осуществляемого любой третьей стороной (больничные и медицинские льготы).
- Я согласен/согласна сотрудничать со штатом в выявлении и предоставлении информации, чтобы помочь штату в привлечении к ответственности любой третьей стороны, которая может быть обязана оплатить уход и услуги. Я понимаю, что должен/должна сообщить о любых платежах, полученных за медицинское обслуживание, в течение десяти дней. (Если Вы заполняете эту форму от имени другого лица и не имеете полномочий оформить переуступку прав за это лицо, ему необходимо будет оформить переуступку прав, описанных выше в качестве условия его/ее права на получение Medicaid).
- Я согласен/согласна предоставить штату право требовать от отсутствующего родителя предоставления медицинской страховки, если это возможно. Я понимаю, что должен/должна получать медицинскую поддержку от отсутствующего родителя, если это возможно, и должен/должна сотрудничать с Отделом службы по поддержке детей в получении этой поддержки. Если я не буду сотрудничать, я понимаю, что могу потерять свои льготы по программе Medicaid, и льготы будут получать только мои дети, если не будут установлены уважительные причины.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ШТРАФАХ ПО ПРОГРАММЕ ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫХ ТАЛОНОВ (SNAP): Вы можете потерять свои льготы или подвергнуться уголовному преследованию за предоставление заведомо ложной информации.

- Не сообщайте ложные сведения и не скрывайте информацию в целях получения льгот, которые Ваше домохозяйство не должно получать.
- Не используйте не принадлежащие вам продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT и не позволяйте кому-либо использовать ваши карты.
- Не используйте продовольственные талоны (SNAP) для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты задолженности по кредитным картам.
- Не обменивайте и не продавайте продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

Любой член домохозяйства, намеренно нарушивший любое из правил программы продовольственных талонов (SNAP), может быть исключен из программы продовольственных талонов (SNAP) на срок от одного года до бесконечности, оштрафован на сумму до 250 000 долларов США, заключен в тюрьму на срок до 20 лет или подвергнут обоим наказаниям. Она/он также может быть подвергнут(-а) судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата. По решению суда она/он также может быть отстранен(-а) от участия в программе продовольственных талонов (SNAP) еще на 18 месяцев.

Любой член домохозяйства, намеренно нарушивший правила, может потерять право на получение продовольственных талонов (SNAP) на один год за первое нарушение, на два года за второе нарушение и навсегда за третье нарушение.

Если суд признает Вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении продовольственных талонов (SNAP) в сделке по продаже контролируемого вещества, Вы или этот член домохозяйства не будете иметь права на получение льгот в течение двух лет за первое правонарушение и навсегда за второе правонарушение.

Если суд признает Вас или любого члена домохозяйства виновным в использовании или получении льгот в сделке по продаже огнестрельного оружия, боеприпасов или взрывчатых веществ, Вы или этот член домохозяйства будете навсегда лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) при первом нарушении.

Если суд признает Вас или любого члена домохозяйства виновным в незаконной торговле пособиями на общую сумму 500 долларов США или более, Вы или этот член домохозяйства будете навсегда лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) при первом нарушении.

Если будет установлено, что Вы или любой член домохозяйства дали вводящие в заблуждение сведения или представление в отношении своей личности (кто они) или места проживания (где они живут) с целью получения многочисленных льгот по программе продовольственных талонов (SNAP), Вы или этот член домохозяйства будете лишены права участвовать в программе продовольственных талонов (SNAP) на 10 лет. Я понимаю, что в случае предоставления ложной информации или сокрытия информации я могу быть привлечен к ответственности за мошенничество.

ПРЕДУПРЕЖДЕНИЯ О ШТРАФАХ ПО ПРОГРАММЕ TANF: В программе TANF умышленное действие путем предоставления ложной или вводящей в заблуждение информации для установления или поддержания права AU на получение помощи, увеличения пособий, предотвращения уменьшения пособий, сокрытия информации во избежание негативных действий или использования денежной помощи в запрещенных местах считается умышленным нарушением программы.

Вы можете быть направлены в офис Главного инспектора для определения меры наказания в зависимости от тяжести нарушения, если Вы:

- не сообщаете вовремя об изменениях или не говорите правду, а также используете средства денежной помощи или дебетовую карту TANF для снятия наличных или совершения операций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых «стрип-клубах», покер-комнатах, залогах, ночных клубах/салонах/тавернах, залах бинго, на ипподромах, в игорных заведениях, что строго запрещено, предоставляете ложную информацию о месте проживания с целью получения льгот в нескольких штатах, а также если вы были осуждены по обвинению, связанному с наркотиками или по статье о тяжком насильственном преступлении 1/1/97 или позднее.

Любой член вашего домохозяйства, нарушивший данные правила, может быть отстранен от участия в программе TANF на шесть месяцев или навсегда.

Для MEDICAID совершение мошеннических действий или злоупотреблений является противозаконным. Вас могут направить в Отдел по обеспечению целостности программ Medicaid и PeachCare for Kids®. Нарушители могут быть ограничены использованием услуг только одного поставщика, исключены из программы или получить запрос на возмещение медицинских услуг, предоставленных Департаментом общественного здравоохранения. Мошенничество определяется как обманное действие, совершенное с определенной целью. Злоупотребление определяется как незаконное использование своих прав и возможностей.

Примерами мошенничества и злоупотреблений со стороны участников являются:

- разрешение кому-то еще пользоваться вашими льготами Medicaid, PeachCare for Kids® или картой медицинского страхования СМО
- получение рецептурных лекарств с целью злоупотребления или торговли наркотиками
- использование поддельных документов для получения услуг;
- ненадлежащее использование или злоупотребление оборудованием, предоставленным Medicaid или PeachCare for Kids®
- предоставление неточной информации или позволение другим лицам сообщать ложную информацию с целью получения права на Medicaid или PeachCare for Kids®;
- отказ сообщать об изменениях в сумме дохода, обстоятельствах проживания или средствах

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

ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ

Если Вы не зарегистрированы для голосования там, где вы сейчас проживаете, хотите ли вы подать заявление о регистрации для голосования здесь сегодня?

____ Да

____ Нет

____ Я не хочу отвечать на вопросы о регистрации избирателей

Подача заявления на регистрацию или отказ от регистрации для участия в голосовании не повлияет на размер помощи, которую Вам окажет данное учреждение.

Если Вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателя, мы Вам поможем. Решение о просьбе и принятии помощи принимаете Вы. Вы можете заполнить форму заявления без присутствия посторонних.

Если Вы считаете, что кто-то нарушил Ваше право на регистрацию или отказ от регистрации избирателя, Ваше право на конфиденциальность при принятии решения о регистрации или подаче заявления о регистрации избирателя, или Ваше право выбора политической партии или других политических предпочтений, Вы можете подать жалобу Секретарю штата (Secretary of State) по адресу 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 или по телефону (404) 656-2871.

ЕСЛИ ВЫ НЕ ВЫБРАЛИ НИ ОДИН ИЗ ВАРИАНТОВ, БУДЕТ СЧИТАТЬСЯ, ЧТО ВЫ РЕШИЛИ НЕ РЕГИСТРИРОВАТЬСЯ ДЛЯ УЧАСТИЯ В ГОЛОСОВАНИИ НА ЭТОТ РАЗ.

Копия заявления о регистрации избирателя штата Джорджия прилагается к заявлениям, продлениям и формам смены адреса DFCS. Вы также можете запросить заявление о регистрации избирателя у своего социального работника. Если Вы заполнили заявление о регистрации избирателя, подайте его в офис Секретаря штата Джорджия, следуя инструкциям, приведенным в заявлении о регистрации избирателя.

ЕСЛИ ВЫ ПРОДЛЕВАЕТЕ СВОИ ЛЬГОТЫ MEDICAID И ПРОДОВОЛЬСТВЕННЫЕ ТАЛОНЫ (SNAP) ИЛИ TANF, ВАМ НУЖНО ПОДПИСАТЬ И УКАЗАТЬ ДАТУ В ЛЮБОЙ ГРАФЕ, СООТВЕТСТВУЮЩЕЙ ВАШЕМУ СЛУЧАЮ.

ПОЖАЛУЙСТА, ВЕРНИТЕ ЭТУ ФОРМУ ДО ДАТЫ ОКОНЧАНИЯ СЕРТИФИКАЦИИ, ЧТОБЫ НАЧАТЬ ПРОЦЕСС ПРОДЛЕНИЯ ДЕЙСТВИЯ.

Только для Medicaid – в случае заполнения заявителем/членом/законным опекуном подпишите здесь:
В случае подачи заявления на получение/продление Medicaid для себя, я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, что я являюсь гражданином США, подданным США и (или) соответствующим критериям иммигрантом, находящимся в США. Если я являюсь родителем или законным опекуном, я заявляю, что заявитель(-и) является(-ются) гражданином(-ами) США, подданным США и (или) соответствующим(-и) критериям иммигрантом(-ами), находящимся(-ися) в США. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является правдивой и верной, настолько, насколько мне это известно.

_____ (Подпись)

_____ (Дата)

Только для Medicaid – в случае заполнения заявителем/членом/законным опекуном подпишите здесь:
Я подтверждаю, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение/продление Medicaid, является/являются гражданином (гражданами) США, подданным (подданными) США и (или) иммигрантом (иммигрантами), соответствующим (соответствующими) критериям, или пребывают в США на законных основаниях. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является правдивой и верной, настолько, насколько мне это известно.

_____ (Подпись)

_____ (Дата)

Контактный номер телефона _____

Если заявитель/участник/родитель/законный опекун хочет, чтобы это лицо было его личным представителем, он или она должны поставить отметку здесь и подписать ниже Да Нет

_____ (Заявитель/участник/родитель/законный)

_____ (Дата)

• Для продовольственных талонов (SNAP) и/или TANF – в случае заполнения заявителем/получателем/законным опекуном: Я заявляю под страхом наказания за лжесвидетельство, по моему убеждению и в меру моей осведомленности, что лицо (лица), в отношении которых я подаю заявление на получение пособия, является (являются) гражданином (гражданами) США или не гражданином (не гражданами) США, законно пребывающим (пребывающими) в Соединенных Штатах. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является правдивой и верной, настолько, насколько мне это известно. Я понимаю и согласен с тем, что DHS-DFCS, DCH и уполномоченные федеральные агентства могут проверить информацию, указанную мной в данном заявлении. Информация может быть получена от прошлых или настоящих работодателей. Я понимаю, что мои данные будут использоваться для отслеживания информации о заработной плате и моем участии в трудовой деятельности.

Я буду сообщать о любых изменениях в моей ситуации в соответствии с требованиями программы Food Stamp (SNAP)/Medicaid и (или) TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составляет \$4250 или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах в течение 10 дней после окончания месяца, в котором мое домохозяйство получило выигрыш. Я понимаю, что, если какая-либо информация окажется неверной, мои льготы могут быть уменьшены или отменены, а за сознательное предоставление неверной информации я могу быть подвергнут уголовному преследованию или лишен права участвовать в программах DHS-DFCS. Я понимаю, что я могу быть привлечен к ответственности за предоставление ложной информации или её сокрытие. Я понимаю, что, если я не сообщу DHS-DFCS о некоторых своих расходах в процессе подачи заявления или продления участия в программе и (или) не подтверждаю их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

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

_____ (Подпись)

_____ (Дата)

(Сохраните эти документы для себя)

Данная таблица объясняет некоторые термины, которые были использованы в этой форме.

Заявитель	Лицо, подающее заявление на получение государственной помощи или пособий.
Группа содействия (AU)	Группа содействия включает лиц, имеющих право на помощь, которые проживают вместе и получают государственную помощь/льготы.
Попечитель	Родитель, родственник или законный опекун, который подает заявление и получает TANF с детьми на его (ее) попечении.
Идентификационный номер клиента (ID)	Уникальный номер, который присваивается лицу, получающему государственную помощь/льготы.
Дисквалификация	Действие, предпринятое для исключения лица из дела по продовольственным талонам (SNAP) или TANF по причине предоставления ложных сведений и получения льгот, которые ему не полагаются.
Домашнее насилие	Домашнее насилие может включать в себя удары, пинки, избивание, изнасилование, удушение, угрозы, контроль или лишение супруга, парня/девушки, партнера или "бывшего" возможности получить то, что Вам необходимо для жизни (например, еду, лекарства или жилье).
Электронный перевод льгот (EBT)	Система, используемая в Джорджии для выплаты льгот лицам, имеющим право на получение продовольственных талонов (SNAP). Лицам, получающим помощь, выдается дебетовая карта EBT, которая используется для доступа к их счетам продовольственных талонов (SNAP).
Электронные коммуникации	<p>У Вас есть возможность выбрать, как Вы хотите получать уведомления о вашей информации. Если Вы выберете получение уведомлений по электронной почте или с помощью текстовых сообщений, Вы будете получать сообщения о том, что у Вас есть уведомление в разделе «Мои уведомления», расположенном на портале для клиентов GA Gateway.</p> <p>Для связи по электронной почте Вы должны предоставить нам ваш адрес электронной почты и принять положения и условия для безбумажных уведомлений, которые можно найти на портале для клиентов GA Gateway после создания учетной записи. Пожалуйста, посетите веб-сайт портала для клиентов GA Gateway по адресу www.gateway.ga.gov, чтобы обновить настройки уведомлений.</p> <p>Для текстовых сообщений Вы должны предоставить нам номер своего телефона. Могут применяться стандартные тарифы для сообщений и данных. Тарифы разных операторов связи могут отличаться, пожалуйста, уточните эту информацию у своего провайдера.</p>
EPPICard дебетовая карта MasterCard	Штат Джорджия применяет удобный «электронный» вариант оплаты для получателей TANF под названием EPPICard дебетовая карта MasterCard. При таком варианте оплаты деньги поступают на счет получателя в первый календарный день месяца. Если первый день выпадает на выходные или праздничные дни, льготы переводятся на карту в последний рабочий день предыдущего месяца. Получатель имеет немедленный доступ к своим средствам, поскольку средства загружаются на дебетовую карту MasterCard электронным способом.
Родственник грантополучателя	Родитель, родственник или законный опекун, подающий заявление и получающий льготы TANF на свое имя от имени своих детей.
Валовый доход	Общая сумма дохода лица до учета налоговых и других вычетов.
Члены домохозяйства	Лица, проживающие в Вашем доме. Для программы продовольственных талонов (SNAP): люди, проживающие вместе и осуществляющие вместе приготовление еды.
Доход	Выплаты, такие как заработная плата, оклад, комиссионные, премии, компенсация работникам, пенсии по инвалидности, пенсия, пенсионные выплаты, банковские проценты, алименты или любая другая форма полученных денег.
Закон о налоговых льготах для среднего класса от 2012 года	Данный закон запрещает использование средств денежной помощи или дебетовых карт TANF для снятия наличных или совершения транзакций в казино, винных магазинах, развлекательных заведениях для взрослых, комнатах для покера, залоговых облигациях, ночных клубах/салонах/тавернах, залах бинго, ипподромах, игровых заведениях, магазинах оружия/боеприпасов, круизных лайнерах, для оплаты услуг экстрасенсов, магазинах для курения, салонах татуировок/пирсинга и спа/массажных салонах. Использование средств денежной помощи или дебетовой карты TANF в указанных заведениях будет представлять собой преднамеренное нарушение программы (мошенничество) со стороны получателя пособия.
Не заявитель	Лицо, которое НЕ подает заявление или не получает государственную помощь/льготы. Лица, не подающие заявление, не обязаны предоставлять номер социального страхования, сведения о гражданстве или иммиграционном статусе.
Получатель	Получатель - лицо, которое берет на себя ответственность за получение денежной помощи и расходование средств от имени AU. Получатель может быть или не быть членом AU.
Расходы до уплаты налогов	Расходы до уплаты налогов — это вычеты из вашего дохода до уплаты налогов. Не все вычеты происходят до уплаты налогов. Наиболее распространенными вычетами до уплаты налогов являются медицинское страхование, стоматологическое страхование, страхование зрения и т. д. http://www.irs.gov
Соответствующий критериям иностранец/иммигрант	Соответствующий критериям иностранец/иммигрант — это лицо, находящееся на территории США на законных основаниях и попадающее в одну из следующих категорий: <ul style="list-style-type: none"> лицо, законно принятое на постоянное жительство (LPR) в соответствии с Законом об иммиграции и гражданстве (Immigration and Nationality Act – INA);

	<ul style="list-style-type: none"> Американский иммигрант в соответствии с разделом 584 Закона об ассигнованиях на иностранные операции, экспортное финансирование и связанные программы от 1988 года; лицо, получившее <i>убежище</i> в соответствии с разделом 208 INA; <i>беженцы</i>, принятые в соответствии с разделом 207 INA; Лицо, досрочно освобожденное в качестве беженца или вынужденного переселенца в соответствии с разделом 212 (d)(5) INA; ; лицо, депортация которого отложена в соответствии с разделом 243(h) INA, действовавшим до 1 апреля 1997 года, или разделом 241(b)(3) INA с поправками; лицо, которому предоставлен условный въезд в соответствии с разделом 203(a)(7) INA, действовавшим до 1 апреля 1980 г; кубинские или гаитянские иммигранты, как определено в разделе 501(e) Закона о помощи в обучении беженцев от 1980 года; <i>Жертвы торговли</i> людьми в соответствии с разделом 107(b)(1) Закона о защите жертв торговли людьми 2000 года; подвергшиеся побоям иммигранты, соответствующие условиям, изложенным в разделе 431 (c) Закона о персональной ответственности и расширении возможностей для трудоустройства от 1996 года, с поправками; иммигранты из <i>Афганистана</i> или <i>Ирака</i>, получившие специальный иммиграционный статус в соответствии с разделом 101(a)(27) INA (при соблюдении определенных условий); Американские индейцы, рожденные в Канаде и проживающие в США в соответствии с разделом 289 INA, или неграждане федерально признанных индейских племен в соответствии с разделом 4(e) Закона о самоопределении индейцев и помощи в получении образования и члены племени хмонг или горных лаосцев, которые оказали помощь американскому персоналу, приняв участие в военной или спасательной операции во времена войны во Вьетнаме (8/05/1964 - 5/07/1975). <p>для лиц, подающих заявление только на получение медицинской помощи, Договор о свободной ассоциации (Compact of Free Association - COFA) — это граждане Федеративных Штатов Микронезии, Республики Маршалловы острова и Республики Палау. Мигранты COFA не должны соответствовать 5-летнему критерию.</p>
Ресурсы	Денежные средства, имущество или активы, такие как банковские счета, транспортные средства, акции, долговые обязательства и страхование жизни.
Насильственные действия сексуального характера	Половой акт без согласия, запрещенный федеральным законодательством, законодательством племени или штата, в том числе, когда жертва не способна дать согласие.
Сексуальное домогательство	Враждебное, запугивающее или угнетающее поведение на сексуальной почве, создающее оскорбительную рабочую атмосферу.
Навязчивое преследование	Действие или преступление, заключающееся в умышленном и неоднократном преследовании или преследовании другого лица в обстоятельствах, которые заставили бы разумного человека опасаться травмы или смерти, особенно из-за явных или подразумеваемых угроз.
Налогооблагаемый доход	Выплаты, такие как заработная плата, оклад, комиссионные, премии, пенсии по инвалидности, пенсия, пенсионные выплаты, банковские проценты, алименты или любая другая форма полученных денег.
Налоговый иждивенец	Лицо, которое заявлено в налоговой декларации налогоплательщика. http://www.irs.gov
Налогоплательщик	Лицо, подающее налоговую декларацию. http://www.irs.gov
Налоговые вычеты	Налоговые вычеты — это допустимые вычеты IRS (Налоговой службы), указанные в Вашей налоговой декларации (форма 1040), начиная со строки 23 и заканчивая строкой 35. Налоговые вычеты включают: Расходы на обучение; Форма 2106; Форма 8889 «Медицинские сбережения»; Форма 3909 «Расходы на переезд»; Штраф/досрочное изъятие сбережений; Выплаченные алименты; Вычеты из IRA (Индивидуальные пенсионные планы) ; Проценты по студенческим займам; Форма 8917 «Плата и сборы за обучение»; Форма 8903 «Внутреннее производство». http://www.irs.gov
Торговля в программе продовольственных талонов (SNAP)	<i>Торговля</i> льготами SNAP означает: (1) покупку, продажу, кражу или иной обмен льгот SNAP, выданных и доступных через карты EBT, номеров карт и PIN-кодов или рукописных ваучеров с подписью на наличные деньги или иное вознаграждение, кроме соответствующих требованиям продуктов питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, а также действуя самостоятельно; (2) обмен на огнестрельное оружие, боеприпасы, взрывчатые или контролируемые вещества; (3) покупка на льготы SNAP продукта, имеющего контейнер, требующий возврата залога, с целью получения наличных денег путем выбрасывания продукта и возврата контейнера за сумму залога, намеренное выбрасывание продукта и намеренное возвращение контейнера за сумму залога; (4) покупка продукта на льготы SNAP с намерением получить наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания, путем перепродажи продукта, и последующая намеренная перепродажа продукта, купленного на пособия SNAP, в обмен на наличные деньги или вознаграждение, отличное от соответствующих продуктов питания; (5) намеренное приобретение продуктов, первоначально купленных на льготы SNAP, в обмен на наличные деньги или иное вознаграждение, не относящееся к продуктам питания. (6) попытка купить, продать, украсть или иным образом повлиять на обмен льгот SNAP, выданных и доступных через электронные карты перечисления льгот (EBT), номера карт и персональные идентификационные номера (PIN), или через ручной ваучер и подписи, на наличные деньги или вознаграждение, отличное от продуктов соответствующих питания, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими, или действуя в одиночку.

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

Поддержка лиц с ограниченными возможностями

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

Департаменты обеспечивают разумные модификации в случаях, когда модификации необходимы во избежание дискриминации лиц с ограниченными возможностями. Например, мы можем изменить протоколы, практики или процедуры для обеспечения предоставления равного доступа. С целью обеспечения равной степени эффективной коммуникации мы предоставляем людям с ограниченными возможностями или сопровождающим их лицам услуги коммуникационной помощи, такие как услуги переводчиков языка жестов. Наша помощь предоставляется бесплатно. Департаменты не обязаны осуществлять модификации, приводящие к фундаментальному изменению природы услуги, программы или мероприятия или к чрезмерным финансовым или административным обременениям.

Как запросить разумные модификации или коммуникационную помощь

Пожалуйста, свяжитесь с сотрудником, занимающимся вашим делом, если у Вас ограниченные возможности и Вы нуждаетесь в разумных модификациях, коммуникационной поддержке или дополнительной помощи. Так, звоните в случае, если Вам нужна помощь или поддержка для эффективной коммуникации, такая, как переводчик языка жестов. Вы можете связаться со своим работником или позвонить в DFCS по телефону (877) 423-4746 или в DCH Кейти Бекетт (KB) группу по телефону (678) 248-7449 для того, чтобы сделать запрос. Вы также можете сделать запрос, используя форму заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций (Reasonable Modification Request Form), которая доступна в местном офисе DFCS или онлайн по ссылке <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, также вы можете получить бланк заявления DFCS ADA на предоставление разумных модификаций от группы KB или онлайн <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, но использование этой формы не обязательно.

Как подать жалобу

Вы имеете право подать жалобу, если Департаменты дискриминировали Вас по причине Ваших ограниченных возможностей. Например, Вы можете подать жалобу о дискриминации в случае отклонения или несвоевременного ответа на запрос разумных модификаций или услуг переводчика языка жестов. Вы можете подать жалобу в устном или в письменном виде, связавшись с Вашим работником, местным офисом DFCS, или с координатором DFCS по гражданским правам, ADA/Разделу 504 по адресу 2 Peachtree St, NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Для DCH, свяжитесь с координатором группы KB ADA/Раздел 504 по адресу 2211 Beaver Run Road, Ste. 150, Norcross, GA 30071, или PO Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Электронная почта DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov.

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

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

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

Согласно правилам и положениям **Департамента общественного здравоохранения (DCH)**, программа медицинской поддержки не может отказать вам в праве на получение льгот в связи с расой, возрастом, полом, ограниченными возможностями, этническим происхождением или религиозными верованиями.

Не отправляйте заявления USDA или HHS

Положение о недискриминации

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

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

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA

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

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

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

ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS

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

Чтобы подать жалобу о дискриминации для себя или другого лица в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму в режиме онлайн на портале жалоб OCR по адресу: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: OCRmail@hhs.gov. Для ускорения рассмотрения мы рекомендуем вам использовать онлайн-портал OCR для подачи жалоб, а не отправлять их по почте. Лица, которым нужна помощь в подаче жалобы на нарушение гражданских прав, могут написать в OCR по адресу OCRMail@hhs.gov или позвонить в OCR по бесплатному телефону 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Глухим, слабослышащим или имеющим проблемы с речью людям предлагается набрать номер 7-1-1, чтобы получить доступ к услугам телекоммуникационной ретрансляции. Мы также бесплатно предоставляем альтернативные форматы (например, шрифт Брайля и крупный шрифт), вспомогательные средства и услуги языковой помощи при подаче жалобы.

Это учреждение предоставляет равные возможности.

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

Не отправляйте заявления USDA или HHS