

**Департамент социального обеспечения штата Джорджия  
Форма продления SNAP/MEDICAID/TANF**

**Если вам требуется помощь в прочтении или заполнении этого документа или помощь в общении с нами, вы можете задать нам вопрос или позвонить по телефону (877) 423-4746. Наши услуги, включая услуги переводчика, бесплатны. Если вы являетесь глухим, слабослышащим, слепоглухим или имеете трудности с речью, вы можете позвонить нам по указанному выше номеру, набрав 711 (служба текстовых сообщений штата Джорджия).**

<b>Только для служебного использования:</b> Дата получения _____ Идентификатор клиента № _____	
_____ Дата инициации: _____	Инициированные программы: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> 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 свое 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 продления/заявления на участие в программе SNAP/Medicaid и/или TANF или только для SNAP. Ваше продление программы SNAP не будет прекращено только на основании того, что ваше продление/заявка на участие в другой программе была отклонена/прекращена. Мы будем отдельно определять право на продление 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*)
Являетесь ли вы бездомным? Да ___ Нет ___		*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 ___ _____ (необязательно) Текстовые сообщения: Да _____ или Нет _____ (необязательно)	Адрес электронной почты: (по желанию)	
На каком языке вы предпочитаете общаться?	Если потребуется собеседование, _____ Да _____или Нет _____ нужен ли вам переводчик?	

**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):**

Сурдопереводчик \_\_\_\_\_; ТTY \_\_\_\_\_; Крупный шрифт \_\_\_\_\_; Электронные средства связи (электронная почта) \_\_\_\_\_; Шрифт Брайля \_\_\_\_\_;

Видео связь\_\_\_\_; Переводчик с сопровождаемой речью\_\_\_\_; Устный переводчик\_\_\_\_; Тактильный переводчик\_\_\_\_; Напоминание по телефону о крайних сроках подачи заявок\_\_\_\_; Телефонная подпись (если применимо)\_\_\_\_; Очное интервью (посещение на дому)\_\_\_\_; Прочее:\_\_\_\_\_

**Нужна ли вам данная разумная модификация или помощь в коммуникации однократно \_\_\_\_\_или постоянно \_\_\_\_\_? Если возможно, кратко опишите когда и на какое время вам требуются данные разумные 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 соглашаюсь 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 программ SNAP и/или TANF. Я также сообщу, если кто-либо в моем домохозяйстве получит выигрыш в лотерею или азартные игры, общая сумма которого составит 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу о выигранных суммах не позже чем через 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 ее 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 подтвержу их, DHS-DFCS не будет учитывать эти расходы при расчете размера моих льгот SNAP.

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

Подпись:

Дата

---

Подпись свидетеля, если вместо подписи вы используете 'X'

Дата

### **Pathways Medical Assistance:**

Pathways Medical Assistance - это программа, предоставляющая бесплатную или льготную страховку по программе Medicaid лицам в возрасте от 19 до 64 лет с доходом семьи до 100% от федерального уровня бедности (Federal Poverty Level, FPL), не имеющим иного права на получение Medicaid и отвечающим установленным требованиям. Если вы желаете быть рассмотренными для участия в программе Pathways, пожалуйста, заполните также приложение D.

## 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 самостоятельно 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 подаете заявление на получение Medicaid, вы можете выбрать несколько человек, которые будут действовать от вашего имени.

Уполномоченный представитель 1, виды программ: 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 (Way2Go)

Имя 1-го лица: \_\_\_\_\_  
Название организации 1 (если применимо): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ кв.: \_\_\_\_\_  
Город: \_\_\_\_\_ Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Электронные средства связи: Электронная почта: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ (необязательно) Текстовые сообщения: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ (необязательно)  
Адрес электронной почты (по желанию) \_\_\_\_\_  
Предпочтительный язык: \_\_\_\_\_ Нужен ли переводчик? Да \_\_\_\_\_ или Нет \_\_\_\_\_

Уполномоченный представитель 2, виды программ: 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 (Way2Go)

Имя 2-го лица: \_\_\_\_\_  
Название организации 2 (если применимо): \_\_\_\_\_ Телефон: \_\_\_\_\_  
Адрес: \_\_\_\_\_ кв.: \_\_\_\_\_ Город: \_\_\_\_\_  
Штат: \_\_\_\_\_ Почтовый индекс: \_\_\_\_\_  
Электронные средства связи: Электронная почта: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ (необязательно) Текстовые сообщения: Да \_\_\_\_\_ Нет \_\_\_\_\_ (необязательно)  
Адрес электронной почты (по желанию) \_\_\_\_\_  
Предпочтительный язык: \_\_\_\_\_ Нужен ли переводчик? 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):**

Сурдопереводчик \_\_\_\_\_; ТTY; Крупный шрифт \_\_\_\_\_; Электронные средства связи (электронная почта) \_\_\_\_\_; Шрифт Брайля \_\_\_\_\_; Видео связь \_\_\_\_\_; Переводчик с сопровождаемой речью \_\_\_\_\_; Устный переводчик \_\_\_\_\_; Тактильный переводчик \_\_\_\_\_; Напоминание по телефону о крайних сроках подачи заявок \_\_\_\_\_; Телефонная подпись (если применимо) \_\_\_\_\_; Очное интервью (посещение 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 программы Medicaid:**

**Вы планируете подавать федеральную налоговую декларацию в СЛЕДУЮЩЕМ ГОДУ? (Вы можете подать заявление на медицинское страхование, даже если не подаете декларацию о доходах.)**

Да  Нет Если да, ответьте на вопросы а, b и с. Если нет, ответьте на вопрос с.

- a. Будете ли вы подавать совместные документы с супругом?  Да  Нет Если **да**, то имя супруга: \_\_\_\_\_
- 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-либо декларации?  Да  Нет  
Если **да**, укажите имена налогоплательщика и налоговых иждивенцев: \_\_\_\_\_

Кем налоговый иждивенец приходится налогоплательщику? \_\_\_\_\_

#### УСЛУГИ ПО РАБОТЕ С НАСЕЛЕНИЕМ:

Для получения дополнительной информации о других услугах DHS, посетите наш веб-сайт [www.dfcs.georgia.gov](http://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 его семьи**. Следующие федеральные законы и нормативные акты: Закон о продовольствии и питании 2008, 7 года, 2011-2036, 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, разрешают DFCS запрашивать номер(а) социального страхования у вас и членов вашего домохозяйства. Любое лицо, проживающее в вашем домохозяйстве и не подающее заявление на получение льгот, может рассматриваться как **незаявитель**. Незаявители не обязаны предоставлять нам информацию о номере социального страхования, гражданстве или иммиграционном статусе и **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 нужно будет сообщить нам об их гражданстве или иммиграционном статусе и указать их номера социального страхования (SSN). Вам также нужно будет сообщить об их доходах и ресурсах, чтобы определить право на льготы и объем льгот для домохозяйства. Мы не будем сообщать о членах домохозяйства, не являющихся заявителями, в систему систематической проверки иностранцев для получения прав (Systematic Alien Verification for Entitlements, SAVE) Службы гражданства и иммиграции США (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS), если они не сообщат нам о своем гражданстве или иммиграционном статусе. Однако, если в вашем заявлении была представлена информация об иммиграционном статусе, эта информация может подлежать проверке через систему SAVE и может повлиять на право домохозяйства получать льготы и их объем. 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 при поимке 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 в процессе рассмотрения претензий. Мы не будем отказывать в пособиях членам домохозяйства, подавшим заявление, из-за того, что другие члены домохозяйства не предоставили свой SSN, гражданство или иммиграционный статус. Если вы подаете заявление только на получение экстренной медицинской помощи, вам не нужно указывать свой SSN или информацию о своем иммиграционном статусе.

Имя	Средний инициал	Фамилия	Этническая принадлежность испаноязычный или латиноамериканец? (необязательно)	Раса (необязательно)	Пол М/Ж	Дата рождения Формат (мм/дд/гг)	Кем приходится вам	Номер социального страхования (необязательно для лиц, не являющихся заявителями)	Вы являетесь гражданином США, поданным США или удовлетворяющим критериям иностранцем/иммигрантом? (только для заявителей) (Д/Н)	Проживает ли мать этого ребенка в этом доме? (Д/Н)	Проживает ли отец этого ребенка в этом доме? (Д/Н)	Желаете ли вы 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

**Коды расы** (отметьте все, что применимо):

**AI** – Американский представитель индейцев или коренной житель Аляски  
**AS** – Азиат  
**BL** – Черный или афроамериканец  
**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 натурализованными гражданами или соответствующим критериям иностранцами/иммигрантами, заполните следующую таблицу:**  
(пожалуйста, добавьте дополнительные страницы, если необходимо)

ПОЛНОЕ ИМЯ		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 (если применимо) 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)
Имя	Средний инициал Фамилия					

**Только для Medicaid:**

**Находился ли кто-нибудь из членов вашей семьи в приемной 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 приходится вам: \_\_\_\_\_ (пожалуйста, добавьте 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 пособия в другом округе или штате? (Только для 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 22.8.1996 года? (Только для 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 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 кандидатам на получение SNAP)  Да  Нет

Если **да**, то имя беременной женщины: \_\_\_\_\_

Какова предполагаемая дата родов? \_\_\_\_\_; и сколько младенцев ожидается? \_\_\_\_\_

Если нет, то были ли у кого-либо в домохозяйстве роды или прерывание беременности в течение последних 12 месяцев?  Да  Нет

Если **да**, то имя беременной женщины: \_\_\_\_\_

Какова дата родов/прекращения беременности? \_\_\_\_\_; и сколько младенцев было рождено/ожидалось? \_\_\_\_\_

\*Только для кандидатов на получение пособия TANF, пожалуйста, укажите следующее:

Имя отца будущего ребенка: \_\_\_\_\_ Адрес отца: \_\_\_\_\_

5. Для претендентов на Medicaid: есть ли у кого-нибудь неоплаченные медицинские счета за последние 3 месяца?  Да  Нет  
Если **да**, пожалуйста, отправьте неоплаченные медицинские счета, если у вас есть дело Medicaid.
6. Кто-нибудь лишен права участвовать в программе SNAP или TANF? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет  
Если **да**:  
Кто: \_\_\_\_\_  
Где: \_\_\_\_\_
7. Скрывается ли кто-либо от правосудия, чтобы избежать уголовного преследования или тюрьмы за совершение преступления? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет  
Если **да**, то кто: \_\_\_\_\_
8. Нарушает ли кто-либо условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения? (Только для SNAP и TANF)  Да  Нет  
Если **да**, то кто: \_\_\_\_\_
9. Имеет ли кто-либо судимость за преступление, связанное с хранением, употреблением или распространением контролируемого наркотического вещества (т.е. преступник-наркоман) после 22.8.1996 г. (только для продовольственных талонов (SNAP) и TANF) или за преступление с применением насилия (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 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 SNAP)  Да  Нет
- c. Успешно ли вы прошли **все условия испытательного срока или условно-досрочного освобождения**, связанные с осуждением за наркотики? (Только для SNAP)  Да  Нет
10. Были ли вы или кто-либо из членов домохозяйства осуждены за обмен продовольственных талонов (SNAP) на наркотики после 22.8.1996 г.? (Только для SNAP)  Да  Нет  
Если **да**:  
Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_
11. Были ли вы или кто-либо из членов семьи осуждены за покупку или продажу пособий SNAP на сумму более 500 долларов США после 22 августа 1996 года? (Только для 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 22.8.1996 г.? (Только для 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 7.2.2014 г.? (Только для 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 SNAP)  Да  Нет
- b. Соблюдаете ли вы требования условно-досрочного освобождения, связанные с любым приговором, полученным в результате осуждения за уголовное преступление? (Только для 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 SNAP)  Да  Нет

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

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_ Полученная сумма: \_\_\_\_\_

15. Пользовался ли кто-либо средствами TANF или картой Way2Go в таких заведениях, как: винные магазины, казино, покер-румы, развлекательный бизнес для взрослых, поручительства, ночные клубы, салоны/таверны, залы бинго, ипподромы, магазины оружия/боеприпасов, круизные суда, салоны экстрасенсов, курительные салоны, салоны татуировок/пирсинга, спа/массажные салоны? (Только для TANF)  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_ Когда: \_\_\_\_\_

16. Получает ли кто-нибудь из тех, кто обращается за пособием, алименты в настоящее время?  Да  Нет

Если да:

Кто: \_\_\_\_\_

Ежемесячная получаемая сумма: \_\_\_\_\_

Дата заключения или последнего изменения соглашения об алиментах: \_\_\_\_\_

**Только для SNAP и TANF:**

**УЧАЩИЕСЯ УЧРЕЖДЕНИЙ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ:** Кто-нибудь из членов вашей семьи учится в колледже, университете, профессиональном или техническом училище хотя бы в течение половины учебного дня?  Да  Нет Если да, то кто: \_\_\_\_\_

Наименование учебного заведения: \_\_\_\_\_ Класс/Статус: \_\_\_\_\_

Дата окончания: \_\_\_\_\_

Работает ли студент?  Да  Нет Работает и учится одновременно?  Да  Нет

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

**Только для SNAP:**

**Имеет ли кто-либо в возрасте 60 лет и старше или кто-либо с ограниченными возможностями 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 и приложите счета за последний месяц (месяцы).

Член домохозяйства, которому выставлен счет	Тип расходов (врач, больница, рецепт)	Сумма к уплате	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:	Стоимость услуг такси, парковки или проживания:
--	------------------------	---

Кто-нибудь еще оплачивает ваши медицинские расходы?  Да  Нет

**Если да, пожалуйста, укажите информацию ниже:**

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

**Только для программы Medicaid:**

### ПРОЧИЕ МЕДИЦИНСКИЕ СТРАХОВКИ

**Кто-либо имеет медицинскую страховку из следующего списка?**

- Департамент социального обеспечения штата Джорджия Medicaid (Georgia Department of Human Services Medicaid) • PeachCare for Kids® • Medicare
- Программы медицинского страхования для ветеранов (VA Healthcare Programs) • TRICARE (не отмечайте, если вы имеете непосредственное обслуживание или Line of Duty)
- Страхование работодателя: Наименование страховой компании \_\_\_\_\_  
Номер страхового полиса \_\_\_\_\_
- Прочее: Наименование страховой компании \_\_\_\_\_ Номер страхового полиса \_\_\_\_\_

Имеете ли вы другую медицинскую страховку **помимо** Medicaid?  Да  Нет

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

### РЕСУРСЫ:

**(Не требуется для модифицированного скорректированного дохода до уплаты налогов (Modified Adjusted Gross Income, MAGI) 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 квалифицированный бенефициар Medicare (Qualified Medicare Beneficiary, QMB), определенный бенефициар Medicare с низким доходом (Specified Low-Income Medicare Beneficiary, SLMB) или QI-1 (программа для квалифицированных лиц), предоставьте подтверждение.

Тип ресурса	Владелец	Счет/полис № (не заполняйте, если ваш счет/полис № такой же, как ваш SSN)	Стоимость	Наименование банка, страховой компании и т. п.
Наличные				
Расчетный/сберегательный счет				
Кредитная организация				
Аннуитеты				
Акции или облигации				
Сейф для хранения ценностей				
Пенсионный счет (Для не-MAGI)				
Транспортные средства (Для не-MAGI)				
Конкурентные ставки/аннуитеты (Для не-MAGI)				
Предоплаченные похоронные планы				
Участки под захоронение (Для не-MAGI)				
Трастовые фонды (Для не-MAGI)				
Нежилые помещения				
Жилые помещения (Для не-MAGI)				
Страхование жизни (Для не-MAGI)				
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:** Работает ли кто-нибудь из членов вашей семьи?  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.

РАБОТАЮЩЕЕ ЛИЦО	РАБОТОДАТЕЛЬ	ОПЛАТА ЗА ЧАС	ЧАСЫ В НЕДЕЛЮ	КАК ЧАСТО ПРОИЗВОДИТСЯ ОПЛАТА	ДАТА(-Ы) ВЫПЛАТ	ВЫПЛАТА БОНУСОВ	ЧАЕВЫЕ

Бастует ли кто-нибудь в настоящее время?  Да  Нет**Только для Medicaid:****РАСХОДЫ ДО УПЛАТЫ НАЛОГОВ:**

- Медицинское страхование \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Стomatологическое страхование \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Другой вид вычета \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Другой вид вычета \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Страхование зрения \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Другие виды вычетов \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Другие виды вычетов \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
  - Другие виды вычетов \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Еще? Пожалуйста, приложите дополнительный лист.

**Расходы до уплаты налогов — это вычеты из вашего дохода до уплаты налогов. Не все вычеты являются доналоговыми.****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? \_\_\_\_\_
- Другой тип вычета \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Проценты по студенческим кредитам \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_
- Другой тип вычета \$ \_\_\_\_\_ Как часто? \_\_\_\_\_

**Для SNAP, TANF и Medicaid:****Кто-нибудь из членов семьи прекратил работу?**  Да  Нет **Если да, заполните следующие поля и предоставьте доказательства:**

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

**Кто-нибудь из членов семьи приступил к работе?**  Да  Нет **Если да, заполните следующие поля и предоставьте доказательства:**

Имя лица, начавшего работать:	Дата начала работы:	Номер телефона:
Наименование работодателя/предприятия:	Ставка оплаты: \$	Дата получения/ожидаемая дата первой выплаты:
Частота выплат (пожалуйста, отметьте одно): • Еженедельно    • Два раза в неделю    • Два раза в месяц    • Ежемесячно    • Другое		

**САМОЗАНЯТОСТЬ:**

Является ли кто-нибудь из членов семьи самозанятым:

Да  Нет (Если да, то кто?) \_\_\_\_\_

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

Зарегистрировано ли это предприятие?  Да  Нет

Есть ли у этого человека 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:**

Оплачиваете ли вы уход за несовершеннолетним ребенком или за нетрудоспособным взрослым?  Да  Нет Если да, ответьте на вопросы ниже.

Лицо, нуждающееся в уходе:		Лицо, оплачивающее уход:	
Наименование учреждения:		Сумма, выплачиваемая учреждению:	Как часто оплачивается уход:
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:**

Начали ли вы или кто-то из членов семьи оплачивать жилье или ваши 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			
Скважина/септик Резервуар/вода/канализация			
Вывоз мусора			
Телефон			
Прочее			

Каков основной источник отопления или охлаждения дома? (электричество, газ или оба)

Кто-то еще оплачивает какие-либо из этих расходов домохозяйства за вас?  Да  Нет  
**Если да, заполните таблицу ниже:**

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

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

Если **да**, укажите полученную сумму \$ \_\_\_\_\_

Вы разделяете ежемесячные бытовые расходы с кем-либо из членов семьи?

Да  Нет

Если **да**, то кто? \_\_\_\_\_

Комментарии/документы \_\_\_\_\_

Кому выплачено \_\_\_\_\_ Выплаченная сумма \$ \_\_\_\_\_ за \_\_\_\_\_

Имя арендодателя \_\_\_\_\_ Адрес арендодателя \_\_\_\_\_

**ВЫПЛАТЫ НА СОДЕРЖАНИЕ РЕБЕНКА:**

Платите ли вы или кто-то из членов вашей семьи алименты на ребенка, живущего вне дома?  Да  Нет

**Если да, заполните таблицу ниже:**

Кто обязан платить?	Какова сумма обязательств?
На кого выплачиваются алименты?	Какова фактическая сумма выплат?
Кому выплачиваются алименты?	Как часто осуществляются выплаты алиментов?

**Только для SNAP:** Пожалуйста, предоставьте доказательства на сумму, выплаченную за последние 3 месяца, и сумму, которую вы обязаны выплатить по закону.

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

**Данные иммунизации:**

Имеются ли дети младше 7 лет, которые еще не зачислены в школу? (Pre-K не считается «школой».)

Да  Нет

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

**Школьные требования:**

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

Если **да**, имя (имена) ребенка (детей) \_\_\_\_\_

Наименование школы (школ) \_\_\_\_\_

Класс(-ы) \_\_\_\_\_

Имеется ли ребенок в возрасте 16 лет и старше, который **не** посещает школу  Да  Нет

Если **да**, имя (имена) ребенка (детей)? \_\_\_\_\_

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

**Насилие в семье:**

Являетесь ли вы или кто-либо из членов вашей семьи 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 ваша семья соответствует требованиям, мы можем отменить некоторые требования программы, такие как, участие в трудовой деятельности или получение направления в Отдел служб поддержки детей.

**Транспортные расходы:**

Являетесь ли вы родителем или родственником ребенка (или детей) и включены ли вы в поддерживаемую единицу (Assistance Unit, AU) TANF вместе с ребенком (или 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**, то 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: \_\_\_\_\_

**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 (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), временной помощи для нуждающихся семей (Temporary Assistance for Needy Families, TANF), денежной помощи беженцам (Refugee Cash Assistance, RCA), услуг по уходу за детьми и родителями (Child Care and Parent Services, CAPS), или женщин, младенцев и детей (Women, Infants and Children, WIC) в программу медицинской помощи.

Отдел обслуживания семьи и детей (Division of Family and Children Services, DFCS) будет использовать информацию о размере семьи, месте жительства и доходах, полученную в рамках SNAP, TANF, RCA, CAPS или WIC, но DFCS будет проверять гражданство или иммиграционный статус, используя правила оказания медицинской помощи, чтобы вынести решение об ELE для автоматического зачисления или продления регистрации детей в Medicaid или PeachCare for Kids®. По завершении DFCS отправит уведомление об определении, позволит участникам внести любые изменения и даст им возможность отказаться от процесса ELE или прекратить дело о медицинской помощи в любое время.

## 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 вы имеете право запросить справедливое слушание в письменном виде или лично. Вы можете попросить о слушании, позвонив по телефону 1-877-423-4746, или попросить о слушании у специалиста по слушаниям штата, если вы не согласны с этим решением. На слушании вас может представлять адвокат, родственник, друг или любой другой человек по вашему выбору. Если вы хотите проведения слушания, вы должны попросить об этом в письменном виде или обратившись в агентство:

- **90 дней** с даты данного уведомления для **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 лицо, подающее заявление, предоставите неверную информацию, вы можете совершить преступление и 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 вы не будете сотрудничать и мы не сможем определить, что вы все еще имеете право на получение SNAP, ваше дело может быть отклонено или закрыто.
- (для SNAP) сотрудничать с контролерами 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 SNAP и TANF) возврат пособий, 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 **SNAP**, вы должны отчитываться, если общий ежемесячный валовой доход вашей семьи превышает 130% от федерального уровня бедности для размера вашей семьи. Вы должны сообщить об изменении дохода не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором произошло изменение.

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 сообщать, если ваше домохозяйство получает значительные выигрыши в лотереи и азартные игры. Это денежный приз, выигранный за одну игру. Если вы или член вашей семьи получили выигрыш в лотерею или азартные игры на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм), вы должны сообщить об этом выигрыше не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором семья получила этот выигрыш.

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 90 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:** За предоставление заведомо ложной информации вы можете лишиться своих льгот или подвергнуться уголовному преследованию.

- Не сообщайте ложные сведения и не скрывайте информацию в целях получения льгот, которые ваше домохозяйство не должно получать.
- Не пользуйтесь чужими картами SNAP или электронным переводом льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT) и не позволяйте другим пользоваться вашими.
- Не используйте продовольственные талоны (SNAP) для покупки непродовольственных товаров, таких как алкоголь или сигареты, или для оплаты задолженности по кредитным картам.
- Не продавайте и не обмениваете продовольственные талоны (SNAP) или карты EBT на запрещенные предметы, такие как огнестрельное оружие, боеприпасы или контролируемые вещества (запрещенные наркотики).

**Любой член вашей семьи, намеренно нарушивший любое из этих правил, может быть лишен права на получение SNAP на срок от одного года до конца жизни, оштрафован на сумму до 250 000 долларов США, заключен в тюрьму на 20 лет или лишен и того, и другого. Она/он может быть подвергнут(а) судебному преследованию в соответствии с другими применимыми федеральными законами и законами штата, а также может быть лишена права на получение SNAP в течение дополнительных 18 месяцев по решению суда.**

**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 семьи виновным в незаконной торговле пособиями на общую сумму 500 долларов США или более, вы или этот член семьи будете навсегда лишены права участвовать в программе SNAP при первом нарушении этого правила.**

**Если будет установлено, что вы или любой член домохозяйства дали вводящие в заблуждение сведения или представление в отношении личности (кто он) или места проживания (где он живет) 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



АУ 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 1.1.1997 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 - это нечестные действия, совершенные умышленно. Злоупотребление - это действие, не соответствующее надлежащей практике.

**Примерами мошенничества и злоупотреблений со стороны участников являются:**

- разрешение кому-то еще пользоваться вашими льготами Medicaid, PeachCare for Kids® или картой медицинского страхования 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

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

## **ИНФОРМАЦИЯ О РЕГИСТРАЦИИ ИЗБИРАТЕЛЕЙ**

Если вы не зарегистрировались для голосования по месту жительства, хотели ли бы вы подать заявление о регистрации избирателей сейчас?

Да

Нет

Я не хочу отвечать на вопрос о регистрации избирателей

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

Если вам нужна помощь в заполнении заявления о регистрации избирателя, мы можем вам помочь. Решение о том, обращаться ли за помощью или принимать ее, остается за вами. 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 В 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 ПРОГРАММУ MEDICAID И SNAP ИЛИ TANF, ВЫ ДОЛЖНЫ ПОСТАВИТЬ ПОДПИСЬ И ДАТУ В ПОЛЕ, КОТОРОЕ НАИБОЛЕЕ СООТВЕТСТВУЕТ ВАШЕЙ СИТУАЦИИ.**

**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, подданными 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, подданными США и (или) соответствующим(-и) критериям иммигрантом(-ами), находящимся(-имися) в США. Я также подтверждаю, что вся информация, предоставленная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне известно.

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Дата)

**• Только для Medicaid - подпишите здесь, если форму заполняет лицо, отличное от заявителя/члена семьи/родителя/законного опекуна:**

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 достоверной и правильной, насколько мне известно.

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Дата)

**Телефон, по которому с вами можно связаться** \_\_\_\_\_

**Если заявитель/член /родитель/законный опекун хочет, чтобы этот человек был личным представителем, он должен поставить отметку здесь и подписать ниже**  Да  Нет

\_\_\_\_\_ (Заявитель/участник/родитель/законный опекун)

\_\_\_\_\_ (Дата)

**• Для 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, указанная в данном заявлении, является достоверной и правильной, насколько мне 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 программ SNAP и/или TANF. Я также сообщу, если кто-либо из членов моей семьи получит выигрыш в лотерею или азартные игры на общую сумму 4500 долларов США или более (до удержания налогов или других сумм). Я сообщу об этих выигрышах не позднее чем через 10 дней после окончания месяца, в котором моя семья получила 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 ее 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 (Department of Human Services, DHS) собирает информацию, позволяющую установить личность (Personally Identifiable Information, PII), такую как имена, адреса, номера телефонов, адреса электронной почты, даты рождения и т. д., во время подачи вашего заявления на пособие. Предоставляя нам любую личную информацию, вы соглашаетесь с тем, что мы можем собирать, использовать и раскрывать любую такую личную информацию в соответствии с правилами, процедурами DHS, а также в соответствии с требованиями или разрешениями закона и (или) нормативных актов.

\_\_\_\_\_ (Подпись)

\_\_\_\_\_ (Дата)

## (Сохраните эти документы для себя)

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

<b>Заявитель</b>	Лицо, желающее подать заявление или получать социальную помощь или льготы.
<b>Поддерживаемая единица (Assistance Unit, AU)</b>	Единица помощи включает совместно проживающих лиц, имеющих право на получение помощи, включая беременную женщину и будущего ребенка, и получающих государственную помощь/льготы.
<b>Попечитель</b>	Родитель, беременная женщина, родственник или законный опекун, подающий заявление на участие в программе TANF и получающий ее, имеющий на своем попечении детей, включая будущего ребенка.
<b>ID клиента</b>	Уникальный номер, который присваивается лицу, получающему государственную помощь/льготы.
<b>Дисквалификация</b>	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.
<b>Насилие в семье</b>	Домашнее насилие может включать в себя удары, пинки, избиение, изнасилование, удушение, угрозы, контроль или лишение вас возможности получить то, что вам необходимо для жизни (например, еду, лекарства или жилье), вашим супругом, парнем/девушкой, партнером или «бывшим».
<b>Электронный перевод льгот (Electronic Benefit Transfer, EBT)</b>	Система, используемая в штате Джорджия 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 SNAP.
<b>Электронные средства коммуникации</b>	<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 <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a>, чтобы обновить настройки уведомлений.</p> <p>Для текстовых сообщений вы должны предоставить нам номер своего телефона. Могут применяться стандартные тарифы на сообщения и данные. Тарифы разных операторов связи могут отличаться, пожалуйста, уточните эту информацию у своего провайдера.</p>
<b>Родственник грантополучателя</b>	Родитель, беременная женщина, родственник или законный опекун, который подает заявление и получает TANF на свое имя от имени детей, включая еще не родившегося ребенка.
<b>Валовый доход</b>	Совокупный доход человека до учета налогов и других вычетов.
<b>Бездомное лицо</b>	<p>Лицо, не имеющее постоянного и регулярного места жительства в ночное время, или лицо, основным местом жительства которого в ночное время является:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• контролируемое убежище, предназначенное для временного проживания (например, гостиница для малоимущих или приют для семейных людей);</li> <li>• полустационарный дом или аналогичное учреждение, обеспечивающее временное проживание лиц, предназначенных для помещения в стационар;</li> <li>• временное размещение на срок не более 90 дней в жилище другого лица; или место, не предназначенное и не используемое обычно в качестве обычного спального места для людей (коридор, автобусная остановка, вестибюль и подобные места).</li> </ul>
<b>Члены домохозяйства</b>	Лица, проживающие в вашем доме. Для программы (SNAP): люди, проживающие вместе и осуществляющие вместе покупку продуктов и приготовление еды.
<b>Доход</b>	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.
<b>Закон о налоговых льготах для среднего класса от 2012 года</b>	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.
<b>Незаявитель</b>	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.

<b>Получатель</b>	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.
<b>Расходы до уплаты налогов</b>	Расходы до уплаты налогов — это вычеты из вашего дохода до уплаты налогов. Не все вычеты являются доналоговыми. Наиболее распространенными вычетами до уплаты налогов являются медицинское страхование, стоматологическое страхование, страхование зрения и т. д. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<b>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант</b>	<p><i>Соответствующий критериям иностранец/иммигрант</i> - это лицо, находящееся на территории США на законных основаниях и подпадающее в одну из следующих категорий:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <i>лицо, законно принятое на постоянное жительство</i> (Lawfully Admitted for Permanent Residence, LPR) в соответствии с Законом об иммиграции и гражданстве (Immigration and Nationality Act - INA);</li> <li>• <i>американский иммигрант</i> в соответствии с разделом 584 Закона об ассигнованиях на иностранные операции, экспортное финансирование и смежные программы от 1988 года;</li> <li>• <i>лицо, получившее убежище</i> в соответствии с разделом 208 INA;</li> <li>• <i>беженцы</i>, принятые в соответствии с разделом 207 INA;</li> <li>• <i>лицо, досрочно освобожденное</i> в качестве беженца или вынужденного переселенца в соответствии с разделом 212 (d)(5) INA;</li> <li>• <i>лицо, депортация</i> которого отложена в соответствии с разделом 243(h) INA, действовавшим до 1 апреля 1997 года, или разделом 241(b)(3) INA с поправками;</li> <li>• <i>лицо, которому предоставлен условный въезд</i> в соответствии с разделом 203(a)(7) INA, действовавшим до 1 апреля 1980 г.;</li> <li>• <i>кубинские или гаитянские иммигранты</i>, как определено в разделе 501(e) Закона о помощи в обучении беженцев от 1980 года;</li> <li>• <i>жертвы торговли людьми</i> в соответствии с разделом 107(b)(1) Закона о защите жертв торговли людьми 2000 года;</li> <li>• <i>подвергшиеся побоям иммигранты</i>, соответствующие условиям, изложенным в разделе 431 (c) Закона о персональной ответственности и расширении возможностей для трудоустройства от 1996 года, с поправками;</li> <li>• <i>иммигранты из Афганистана или Ирака</i>, получившие специальный иммиграционный статус в соответствии с разделом 101(a)(27) INA (при соблюдении определенных условий);</li> <li>• <i>американские индейцы</i>, 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</li> <li>• <i>члены племени хмонг или горных лаосцев</i>, которые оказали помощь американскому персоналу, приняв участие в военной или спасательной операции во времена войны во Вьетнаме (5.8.1964 - 7.5.1975).</li> </ul> <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>
<b>Ресурсы</b>	Денежные средства, имущество или активы, такие как банковские счета, транспортные средства, акции, облигации и страхование жизни.
<b>Насильственные действия сексуального характера</b>	Половой акт без согласия, запрещенный федеральным законодательством, законодательством племени или штата, в том числе когда жертва не способна дать согласие.
<b>Сексуальное домогательство</b>	Враждебное, запугивающее или угнетающее поведение на сексуальной почве, создающее оскорбительную рабочую атмосферу.
<b>Навязчивое преследование</b>	Действие или преступление, заключающееся в умышленном и неоднократном преследовании или преследовании другого лица в обстоятельствах, которые заставили бы разумного человека опасаться травмы или смерти, в особенности из-за явных или подразумеваемых угроз.
<b>Налогооблагаемый доход</b>	Выплаты, такие как заработная плата, оклад, комиссионные, премии, пенсии по инвалидности, пенсия, пенсионные выплаты, банковские проценты, алименты или любая другая форма полученных денег.
<b>Налоговая зависимость</b>	Физическое лицо, которое рассчитывает быть заявленным в налоговой декларации налогоплательщика. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Налогоплательщик</b>	Физическое лицо, которое намеревается подать налоговую декларацию. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Налоговые вычеты</b>	Налоговые вычеты — это допустимые вычеты IRS (Налогового управления США), указанные в вашей налоговой декларации (форма 1040), начиная со строки 23 и заканчивая строкой 35. Налоговые вычеты включают: Расходы на преподавательскую деятельность; 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». <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<p><b>Торговля льготами в SNAP</b></p>	<p><i>Торговля</i> льготами SNAP означает:</p> <p>(1) покупка, продажа, кража или иной обмен пособий SNAP, выданных и доступных через карты EBT, номера карт и PIN-коды или через ручной ваучер и подпись, на НАЛИЧНЫЕ или вознаграждение, отличное от пригодных для питания продуктов, прямо, косвенно, в соучастии или сговоре с другими или действуя в одиночку;</p> <p>(2) обмен огнестрельным оружием, боеприпасами, взрывчатыми или контролируруемыми веществами; (3) покупка продукта на пособия SNAP, контейнер которого требует возврата залога, с целью получения наличных денег путем выбрасывания продукта и возврата контейнера за сумму залога, намеренного выбрасывания продукта и намеренного возврата контейнера за сумму залога; (4) покупка продукта на пособия SNAP с намерением получить наличные или вознаграждение, отличное от приемлемого питания, путем перепродажи продукта, а затем намеренная перепродажа продукта, купленного на пособия SNAP, в обмен на наличные или вознаграждение, отличное от приемлемого питания; (5) намеренное приобретение продуктов, первоначально купленных на пособия SNAP, в обмен на наличные или вознаграждение, отличное от приемлемого 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.</p>
<p><b>Way2Go Debit Mastercard</b></p>	<p>Штат Джорджия внедрил удобный вариант «электронных» платежей для получателей TANF под названием Way2Go Debit 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 мгновенный доступ к своим средствам, поскольку они загружаются на карту Debit MasterCard в электронном виде.</p>

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

### **Поддержка лиц с ограниченными возможностями**

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

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

### **Как запросить разумную модификацию или помощь в общении**

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

### **Как подать жалобу**

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

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

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

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

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

## Не отправляйте заявления в USDA или HHS

### Положение о недискриминации

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

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

### **ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ USDA**

USDA предоставляет федеральную финансовую помощь для многих программ продовольственной безопасности и борьбы с голодом, таких как программа дополнительной помощи в питании (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), программа распределения продовольствия в индейских резервациях (Food Distribution Program on Indian Reservations, FDIPIR) и другие. Чтобы подать жалобу на дискриминацию в рамках программы, заполните форму жалобы на дискриминацию в рамках программы (AD-3027), которую можно найти в Интернете по адресу <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, а также в любом офисе USDA или напишите письмо на имя USDA и предоставьте в письме всю информацию, указанную в форме. Чтобы запросить копию бланка жалобы, позвоните по телефону (866) 632-9992. Вы можете отправить заполненную форму или письмо в USDA:

1. **По почте:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314;
2. **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](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

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

### **ЖАЛОБЫ НА ГРАЖДАНСКИЕ ПРАВА, СВЯЗАННЫЕ С ПРОГРАММАМИ HHS**

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

Чтобы подать жалобу на дискриминацию за себя или другого человека в отношении программы, получающей федеральную финансовую помощь через HHS, заполните форму онлайн на портале жалоб OCR по адресу <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Вы также можете связаться с OCR по почте по адресу: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; по факсу: (202) 619-3818; или по электронной почте: [OCRmail@hhs.gov](mailto: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](mailto: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 социального обеспечения (DHS) вы можете подать и другие жалобы на дискриминацию, обратившись в местный офис DFCS или к координатору по гражданским правам DFCS, ADA/Section 504 в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, Офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. С жалобами на дискриминацию по причине ограниченного владения английским языком обращайтесь в программу DHS Limited English Proficiency и Sensory Impairment Program в Департамент социального обеспечения штата Джорджия, офис главного юрисконсульта, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**Не отправляйте заявления в USDA или HHS.**