Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de renovación de SNAP/MEDICAID/TANF

Si necesita ayuda para leer o completar este documento, o para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los de interpretación, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente y marcar 711 (retransmisión de Georgia).

Solo para uso de la oficina: Fecha de recepción: _____Nro. de identificación del cliente: _____
Fecha de inicio: _____ Programas iniciados: ☐ TANF ☐ SNAP ☐ Medicaid

Si está volviendo a presentar una solicitud para el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) o renovando sus beneficios de la Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) o Medicaid, puede presentar este formulario de renovación/solicitud solamente con su nombre, dirección y firma. **Sin embargo, si completa el formulario en su totalidad y proporciona verificación de la información si se le solicita nos ayudará a procesar su solicitud o recertificación/renovación más rápido.** Puede utilizar este formulario para presentar una renovación/solicitud conjunta para el programa SNAP/Medicaid o TANF o solo para el SNAP. Su renovación del SNAP no se cancelará únicamente porque su renovación/solicitud para otro programa ha sido denegada/cancelada. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su renovación del SNAP.

ESCRIBA el nombre y la dirección de la persona que está volviendo a solicitar beneficios en el espacio a continuación:

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social: (Opcional para las personas no solicitantes*)
¿Usted es una persona sin hogar? Sí _No _		*Consulte la sección de ciudadanía, estado migratorio y números de Seguro Social a continuación.
Dirección:		
Dirección postal:		
Número de teléfono principal:	Otro teléfono de contacto:	
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___o No _____(opcional) Mensajes de texto: Sí _____o No ___(opcional)	Dirección de correo electrónico: (opcional)	
¿Cuál es su idioma de preferencia? _____	Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí_____o No _____	

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: solicitud de modificación razonable y asistencia para comunicarse (si corresponde):

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para comunicarse? Sí_No_
(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que solicita):

Intérprete de lengua de señas___; TTY___; letra grande___; comunicación electrónica (correo electrónico)___; braille__; servicio de retransmisión_____; intérprete de habla asistida___; intérprete oral___; intérprete táctil_____; recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ; firma telefónica (si corresponde) ; entrevista presencial (visita a domicilio)___; Otra:_____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una sola vez_o permanentemente___?
Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, en inglés) del Departamento de Servicios Humanos (DHS, en inglés), el Departamento de Salud Comunitaria (DCH, en inglés) y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de $4500 o superior (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que, si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos en mi proceso de solicitud o renovación o no verifico la información, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Firma: Fecha

Firma del testigo si se firmó con X Fecha

Asistencia Médica de Pathways:

La Asistencia Médica de Pathways es un programa que proporciona cobertura de Medicaid gratuita o a costo reducido a personas de 19 a 64 años, con ingresos familiares de hasta el 100% del nivel de pobreza federal (FPL, en inglés), que no reúnan los requisitos para Medicaid y que cumplan los requisitos de elegibilidad. Si desea que se lo tenga en cuenta para Pathways, complete el Anexo D.

Representante autorizado:
Complete esta sección solo si desea que una persona o una organización complete su solicitud/renovación, realice su entrevista para los programas SNAP o TANF o use su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT, en inglés) del SNAP para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque cada tipo de programa para el que quiera designar a un representante autorizado. Marque las tareas que desea que la persona u organización realice. Si está realizando una solicitud para Medicaid, puede elegir a más de una persona para solicitar asistencia médica en su nombre.

Tipos de programas del representante autorizado 1: SNAP ❑ TANF ❑ Asistencia Médica ❑
Tareas del representante autorizado 1: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ❑ Completar y enviar el formulario de renovación ❑ Recibir copias de avisos y otras comunicaciones ❑ Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos ❑ Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (Way2Go) ❑

Nombre de la persona 1: _____
Nombre de la organización 1 (si corresponde): _____Teléfono: _____
Dirección: _____Apto.: _____
Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ____No _____(opcional) Mensajes de texto: Sí _____
_____No _____(opcional)
Dirección de correo electrónico (opcional) _____
Idioma preferido: _____¿Se necesita un intérprete? Sí ___o No _____

Tipos de programas del representante autorizado 2: SNAP ❑ TANF ❑ Asistencia Médica ❑
Tareas del representante autorizado 2: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ❑ Completar y enviar el formulario de renovación ❑ Recibir copias de avisos y otras comunicaciones ❑ Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos ❑ Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (Way2Go) ❑
Nombre de la persona 2: _____
Nombre de la organización 2 (si corresponde): _____Teléfono: _____
Dirección: _____Apto.: _____
Ciudad: _____Estado: _____Código postal: _____
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ____No _____(opcional)
Mensajes de texto: Sí _____No _____(opcional)
Dirección de correo electrónico (opcional) _____
Idioma preferido: _____¿Se necesita un intérprete? Sí ___o No _____

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para comunicarse para los representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para comunicarse? Sí_No___
(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para comunicarse que solicita):
Intérprete de lengua de señas_____; TTY_____; letra grande_____; comunicación electrónica (correo electrónico)_____; braille_____; retransmisión de video_____; intérprete de habla asistida_; intérprete oral_____; intérprete táctil_____; recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa_____; firma telefónica (si corresponde)_____; entrevista presencial (visita a domicilio)_____;
Otra:_____

¿El representante autorizado necesita esta modificación razonable o asistencia para comunicarse una sola vez o_permanentemente ? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. _____

Solo para Medicaid:
¿Planea presentar una declaración de impuestos federales sobre los ingresos el PRÓXIMO AÑO? (Aún puede presentar una solicitud para obtener un seguro médico incluso si no presenta una declaración de impuestos federales sobre los ingresos).
❑ Sí ❑ No Si la respuesta es sí, responda las preguntas a, b, y c. Si la respuesta es no, responda la pregunta c.

a. ¿Va a presentar una declaración conjunta con su cónyuge? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del cónyuge: _____
b. ¿Reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, indique los nombres de los dependientes: _____
c. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributario en la declaración de impuestos de otra persona? ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del contribuyente y de los dependientes tributarios: _____
   ¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y el contribuyente? _____

SERVICIOS DE DIVULGACIÓN COMUNITARIA:
Para obtener más información sobre otros servicios del DHS, visite nuestro sitio web en www.dfcs.georgia.gov o llame al (877) 423-4746.
Responda todas las preguntas y proporcione prueba de todos los ingresos y gastos según lo solicitado.

CIUDADANÍA, ESTADO MIGRATORIO Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:

Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales: Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, el título 7 del Código de los Estados Unidos (USC, en inglés), sección 2011-2036, el título 7 del Código de Regulaciones Federales (CFR, en inglés), sección 273.2, el título 45 del CFR, sección 205.52, el título 42 del CFR, sección 435.910 y el título 42 del CFR, sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitar a usted y a los miembros de su unidad familiar sus números del Seguro Social (SSN, en inglés). Es posible que a toda persona que viva en su unidad familiar y no esté solicitando beneficios se la trate como un no solicitante. Los no solicitantes no tienen que proporcionarnos información acerca de su número del Seguro Social, ciudadanía o estado migratorio, y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir beneficios, si son elegibles. Si desea que decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir los beneficios, aún deberá informarnos sobre la ciudadanía o el estado migratorio y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos los ingresos de esa persona para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No se reportará a las personas al sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporcionan la información sobre la ciudadanía o el estado migratorio. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado migratorio en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede entregar a los oficiales de cuerpos policiales para que la utilicen para atrapar a las personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo del SNAP, es posible que la información en esta solicitud, incluidos los SSN, se proporcione a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que la utilicen al cobrar el reclamo. No denegaremos beneficios a otros miembros de la unidad familiar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía o estado migratorio. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado migratorio.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	¿De etnia hispana o latina? (Opcional)	Raza (opcional)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento Formato (mm/dd/aa)	Vínculo con usted	Número de Seguro Social (opcional para no solicitantes)	¿Usted es ciudadano de los EE. UU., tiene nacionalidad estadounidense, es un inmigrante calificado o cuenta con un estado migratorio adecuado? (Solo solicitantes) (Sí/No)	¿La madre de este niño vive en el hogar? (Sí/No)	¿El padre de este niño vive en el hogar? (Sí/No)	¿Desea recibir Medicaid? (Sí/No)
			Sí/No				USTED		Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No
			Sí/No						Sí/No	Sí/No	Sí/No	Sí/No

Códigos de raza (Marque todos los que correspondan):
AI – Indio americano o nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro o afroamericano
HP – Nativo de Hawái u otra isla del Pacífico **WH** – Blanco

Al proporcionar la información sobre la raza o el origen étnico, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligado a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios. Sin embargo, si no proporciona esta información, se realizará una identificación visual de la raza y el origen étnico durante la primera entrevista presencial.

Si usted u otros solicitantes de la unidad familiar son personas ciudadanas naturalizadas o extranjeras/inmigrantes calificadas, complete el siguiente cuadro:
(Adjunte tantas hojas como sea necesario)

NOMBRE Nombre Inicial del segundo nombre Apellido	Tipo de documento de inmigración	Número de identificación de extranjero/certificado/documento	¿Ha vivido en EE. UU. desde 1996? (Sí/No)	Fecha de naturalización/Fecha de entrada o admisión a EE. UU. (si corresponde) Formato (mm/dd/aa)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? (Sí/No)

Solo para Medicaid:

¿Alguien en su unidad familiar estuvo bajo el cuidado de acogida a los 18 años? ☐ Sí ☐ No
Si tiene dependientes tributarios que no viven en el hogar con usted, indíquelos a continuación.

Nombre: _____Número de Seguro Social _____Sexo: M F (marque con un círculo)
Fecha de nacimiento: _____Ciudadanía: _____
Relación con usted: _____(Adjunte tantas hojas como sea necesario).

Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Necesitamos más información acerca del solicitante y **todos los miembros de la unidad familiar** para decidir quién es elegible para recibir los beneficios. Solo responda preguntas acerca de los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguien ha recibido alguna prestación en otro condado o estado? (Solo para SNAP y TANF) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**:
   Quién: _____
   Dónde: _____
   Cuándo: _____

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde vive y quién es para obtener múltiples beneficios del SNAP en más de un área después del 8/22/1996? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**:
   Quién: _____
   Dónde: _____
   Cuándo: _____

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a su trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 por semana en un plazo de 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para SNAP y TANF) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, especifique quién: _____
   ¿Por qué renunció?_____

4. ¿Hay alguien embarazada? (Esta pregunta no se aplica a los solicitantes del SNAP) ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, nombre de la mujer embarazada: _____
   ¿Cuál es la fecha estimada de parto? _____¿Cuántos bebés se esperan? _____

   Si la respuesta es no, ¿alguien en la unidad familiar dio a luz o algún embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses? ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**, nombre de la mujer embarazada: _____
   ¿Cuál fue la fecha de parto o interrupción del embarazo?
   _____¿Cuántos bebés nacieron/se esperaban? _____

   *Solo para solicitantes de TANF, proporcione lo siguiente:
   Nombre del padre del bebé por nacer: _____Dirección del padre:_____

5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguna persona tiene facturas médicas impagas de los últimos 3 meses? ❑Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

6. ¿Se descalificó a alguna persona del programa SNAP o TANF? (Solo para SNAP y TANF) ❑Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**:
   Quién: _____
   Dónde: _____

7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para SNAP y TANF)
   ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

8. ¿Alguien está incumpliendo las condiciones de la libertad condicional o libertad bajo palabra? (Solo para SNAP y TANF) ❑ Sí ❑ No
   Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____

9. ¿Alguien tiene una condena por delito grave por comportamiento relacionado con la posesión, el consumo o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un crimen de droga) después del 8/22/1996 (solo para SNAP y TANF) o un delito violento (solo para TANF)? ❑ Sí ❑ No

   Si la respuesta es **sí**:
   Quién: _____Cuándo: _____

   a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

   b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

   c. ¿Ha cumplido con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

10. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios del SNAP por drogas después del 8/22/1996? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____Cuándo: _____

11. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por comprar o vender beneficios del SNAP por más de $500 después del 8/22/1996? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____
    Cuándo: _____

12. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha sido condenado por canjear beneficios del SNAP por armas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____
    Cuándo: _____

13. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha tenido una condena por delito grave como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de niños, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o un delito según la ley estatal que el fiscal general determine que es sustancialmente similar a tal delito después del 2/7/2014? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

    Si la respuesta es **sí**:
    Quién: _____
    Cuándo: _____

    a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

c. ¿Ha cumplido con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para SNAP) ❑ Sí ❑ No

14. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**:
Quién: _____Cuándo: _____Monto recibido: _____

15. ¿Alguna persona ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta Way2Go en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes? (Solo para TANF) ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**:
Quién: _____Cuándo: _____

16. ¿Alguna persona que solicita beneficios está recibiendo actualmente una pensión alimentaria? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**:
Quién: _____
Monto mensual recibido: _____
Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimentaria: _____

Solo para SNAP y TANF:

ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: ¿Alguna persona en su unidad familiar está matriculada al menos a tiempo parcial en una facultad, universidad, o escuela vocacional o técnica? ❑ Sí ❑ No Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____
Nombre de la escuela:_____Grado/estado:_____Fecha de graduación:_____
¿El estudiante está empleado? ❑Sí ❑ No ¿Está inscrito en un programa de trabajo y estudio? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es **sí**, indique las horas trabajadas por semana:_____(También debe complete la sección de empleo a continuación).

Solo para SNAP:

¿Alguna persona de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos? ❑ Sí ❑ No
¿Cambiaron sus gastos médicos, como las primas de Medicare, el costo de los medicamentos recetados o las facturas del hospital? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, mencione los gastos en la tabla a continuación y adjunte las facturas de los meses más recientes.

Miembro de la unidad familiar al que se le factura	Tipo de gasto (médico, hospital, receta)	Monto adeudado	Fecha de factura	¿La pagará el seguro? Sí/No

¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos de traslado? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación. Si usted recibe Medicaid, proporcione pruebas:

Motivo del traslado (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:

¿Otra persona paga alguno de estos gastos médicos por usted? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación:

¿Qué gastos le paga?	¿Quién paga los gastos?
¿A quién le paga las facturas esta persona?	Dirección:

Solo para Medicaid:

OTRA COBERTURA DE SALUD

¿Alguien está inscrito en uno de los siguientes seguros médicos en la actualidad?

☐ Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Georgia · PeachCare for Kids®

· Medicare

☐ Programas de asistencia médica de Asuntos de Veteranos· TRICARE (No marque nada si tiene atención directa o en cumplimiento de servicio)

☐ Seguro del empleador: Nombre del seguro_____Número de póliza_____

☐ Otro: Nombre del seguro_____Número de póliza_____

¿Tiene algún seguro médico **además de** Medicaid? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es sí, envíenos una copia de su tarjeta del seguro.

RECURSOS:

(No es necesario para MAGI Medicaid): ¿Alguna persona de su unidad familiar tiene alguno de los siguientes recursos?

❑ Sí ❑ No (Si la respuesta es sí, proporcione la información a continuación). Si está recibiendo Medicaid para personas mayores, ciegas o con discapacidades (que no sean planes de ahorro de Medicare, como el Programa para Beneficiarios Calificados de Medicare [QMB, en inglés], el Programa para Beneficiarios de Medicare de Bajos Ingresos [SLMB, en inglés] o el Programa para Personas Calificadas [QI-1, en inglés] únicamente), proporcione pruebas.

Tipo de recurso	Titular	Número de cuenta/póliza (no complete si su número de cuenta/póliza es el mismo que su SSN)	Valor	Nombre del banco, de la aseguradora, etc.
Efectivo				
Cta. corriente/Caja ahorro				
Cooperativa de crédito				
Anualidades				
Acciones o bonos				
Caja de seguridad				
Cuenta de jubilación (no para MAGI)				
Vehículos (no para MAGI)				
Certificados de depósito/Anualidades (no para MAGI)				
Planes funerarios prepagos				
Parcelas de cementerio (no para MAGI)				
Fondos fiduciarios (no para MAGI)				
Propiedad no apta como vivienda				
Propiedad apta como vivienda (no para MAGI)				
Seguro de vida (no para MAGI)				
Otro				

Solo para Medicaid para personas mayores, ciegas o con discapacidades:

¿Usted, su cónyuge o alguien por quien está presentando la solicitud vendió, intercambió o regaló un recurso en los últimos 60 meses? ❑Sí ❑No

Si la respuesta es sí, ¿qué? _____¿Cuándo? _____

Para SNAP, TANF y Medicaid:

EMPLEO: ¿Alguien en su unidad familiar trabaja? ❑ **Sí** ❑ **No**

Si la respuesta es sí, enumere la información del pago por empleo de la persona empleada, como salarios, bonos y propinas, y adjunte prueba de TODOS los ingresos brutos recibidos en las últimas 4 semanas.

PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	PAGA POR HORA	HORAS POR SEMANA	¿CON QUÉ FRECUENCIA SE LE PAGA?	FECHA(S) DE PAGO	PAGO DE BONOS	PROPINAS

¿Hay alguien en huelga en la actualidad? ❑ Sí ❑ No

Solo para Medicaid:

GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:

- Seguro médico $_____¿Con qué frecuencia? _____ · Seguro oftalmológico $ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro dental $_____¿Con qué frecuencia?_____ · Otro tipo de deducción $_____ ¿Con qué frecuencia?_____
- Otro tipo de deducción $_____¿Con qué frecuencia?_____ · Otro tipo de deducción $_____ ¿Con qué frecuencia?_____
- Otro tipo de deducción $_____¿Con qué frecuencia?_____ ¿Más? Adjúntelo en una hoja separada.

Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos.

DEDUCCIONES DE LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:

Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia con que paga.

NOTA: No debe incluir un gasto que ya consideró en su respuesta al trabajo por cuenta propia.

- Pensión pagada $_____¿Con qué frecuencia? _____ ❑ Interés del préstamo estudiantil $_____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción $_____¿Con qué frecuencia? _____ ❑ Otro tipo de deducción $_____ ¿Con qué frecuencia?_____

Para SNAP, TANF y Medicaid:

¿Alguien ha dejado de trabajar? ❑**Sí** ❑ **No** **Si la respuesta es sí, cumplimente lo siguiente y brinde una prueba:**

¿Cuál es el trabajo que dejó de hacer?	Nombre del miembro de la unidad familiar que dejó de trabajar:	
Lugar del empleo:		
Fecha en la que cesó el pago:	Fecha del cheque final:	Importe del pago final (bruto):

¿Alguien ha empezado a trabajar? ❑Sí ❑ No **Si la respuesta es sí, cumplimente lo siguiente y brinde una prueba:**

Nombre de la persona que comenzó a trabajar:	Fecha en que comenzó:	Número de teléfono:
Nombre del empleador/negocio:	Tasa de pago: $	Fecha en que se recibió/se recibirá el primer cheque:
Con qué frecuencia recibe el pago (marque una opción): ▪ Semanal ▪ Quincenal ▪ Dos veces al mes ▪ Mensual ▪ Otra		

TRABAJO POR CUENTA PROPIA:

¿Alguien trabaja por cuenta propia?:
❑Sí ❑ No (Si la respuesta es **sí**, ¿quién?) _____

Proporcione prueba de los ingresos del trabajo por cuenta propia a través de expedientes tributarios, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes o de un negocio establecido.
¿Este negocio está incorporado? ❑Sí ❑ No
¿Esta persona tiene algún gasto del trabajo por cuenta propia? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es **sí**, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona? _____

Solo para Medicaid y TANF: Proporcione pruebas de los gastos del trabajo por cuenta propia.

INGRESOS NO DEVENGADOS:

Algún miembro de su unidad familiar recibe dinero procedente de contribuciones, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), Asuntos de Veteranos, manutención infantil, desempleo, jubilación o cualquier otro ingreso? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, complete la información a continuación y proporcione pruebas de todos los ingresos recibidos en las últimas 4 semanas o la carta de adjudicación más reciente.

Nombre	Fuente	Monto	¿Con qué frecuencia?

Para MAGI Medicaid: No se contabilizarán los ingresos procedentes de la manutención infantil, el pago a los veteranos, la Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI) o los beneficios de compensación a los trabajadores.

COSTOS DEL CUIDADO DE LAS PERSONAS DEPENDIENTES:

¿Usted paga por la atención de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es sí, complete las preguntas a continuación.

Persona que requiere la atención:	Persona que paga la atención:	
Nombre del proveedor:	Cuánto se le paga al proveedor:	Frecuencia con la que se paga:
Número de teléfono del proveedor:	Motivo de la atención:	

¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar? ❑ Sí ❑ No
¿Estos gastos están incluidos en los gastos de cuidado de dependientes? ❑Sí ❑ No
Si la respuesta es **no**, responda esta pregunta: **Total de millas recorridas por semana:** _____

COSTOS DE VIVIENDA:
¿Usted o algún miembro de la unidad familiar comenzó a pagar los costos de vivienda o cambiaron sus costos de vivienda? ❑Sí ❑No
Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién lo paga?
Renta/Hipoteca			
Impuestos sobre la propiedad			
Seguro de propiedad			
Electricidad			
Gas			
Aceite combustible/madera/queroseno			
Pozo/Fosa séptica/ Agua/Alcantarillado			
Residuos			
Teléfono			
Otro			

¿Cuál es la fuente principal de calefacción o refrigeración de la vivienda? (electricidad, gas o ambos)
¿Alguien más paga alguna de las facturas de la unidad familiar por usted? ❑Sí ❑No **Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación***:*

¿Quién paga las facturas?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién le paga las facturas esta persona?

¿Ha recibido asistencia energética (Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos [LIHEAP, en inglés]) en los últimos 12 meses? ❑Sí ❑No
Si la respuesta es **sí**, indique el monto recibido $ _____
¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguien en el hogar?
❑Sí ❑No
Si la respuesta es **sí**, ¿quién? _____
Comentarios/Documentación_____
A quién se le paga_____Monto pagado $_____en concepto de _____
Nombre del arrendador_____Dirección del arrendador _____

PAGO DE LA PENSIÓN ALIMENTARIA:
¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? ❑Sí ❑No
Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación:

¿Quién está obligado a pagar?	¿Cuánto es el monto adeudado?
¿Para quién se paga manutención infantil?	¿Cuánto es el monto real que se paga?
¿A quién se le paga manutención infantil?	¿Con qué frecuencia se paga manutención infantil?

Solo para SNAP: Proporcione una prueba del monto pagado en los últimos 3 meses y el monto que se adeuda legalmente.

Esta sección es SOLO PARA BENEFICIARIOS DE TANF. Debe completar lo siguiente:

Registros de vacunación:
¿Hay algún niño menor de 7 años que aún no esté inscrito en la escuela? (El preescolar **no** se considera "escuela"). ❑Sí ❑No

Si la respuesta es **sí**, envíe el Formulario 3231: Formulario de vacunación para el cuidado infantil para cada niño menor de 7 años.

Requisitos escolares:

¿Todos los niños (de 6 a 18 años) asisten a la escuela? ❑Sí ❑No

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de los niños. _____

Nombre de la(s) escuela(s) _____

Grado(s) _____

¿Hay algún niño de 16 años o más que **no** asista a la escuela? ❑Sí ❑No

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de los niños: _____

_____

Proporcione una copia de los talones de cheques actuales si este niño está **empleado** o una declaración del proveedor si participa **en cualquier otra actividad relacionada con el trabajo.**

Violencia doméstica:

¿Usted o alguien en su unidad familiar es víctima de violencia doméstica, acoso sexual, agresión sexual u hostigamiento? ❑Sí ❑ No

Si la respuesta es **sí**, le solicitamos que nos indique el nombre de la víctima. _____

Después de la evaluación, si su unidad familiar califica, podemos eximir ciertos requisitos del programa, tales como la participación en actividades laborales o la derivación a la División de Servicios de Manutención Infantil.

Gastos de automóviles:

¿Usted es el padre o es pariente del niño (o niños) y está incluido en la Unidad de Asistencia (UA) de la TANF con el niño (o los niños)? ❑Sí ❑No

En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas:

¿Usted o algún otro miembro adulto de la Unidad de Asistencia posee o comprará un automóvil? ❑Sí ❑No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Nombre del dueño) _____

_____

Año, marca y modelo del vehículo: _____

Mencione los pagos de cuotas del automóvil, seguro, mantenimiento y otros gastos relacionados:

_____ _____ _____ _____

¿Tiene otros gastos recurrentes (por ejemplo, facturas de tarjetas de crédito) que está pagando? ❑Sí ❑No

Si la respuesta es **sí**, enumérelos: _____

Elegibilidad rápida:

La elegibilidad rápida (ELE, en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción en el programa de Asistencia Médica para niños menores de 19 años elegibles que reciben los beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF), la Asistencia en Efectivo para Refugiados (RCA, en inglés), los Servicios para Padres y Niños (CAPS, en inglés) y el Programa de Asistencia Nutricional Especial para Mujeres, Bebés y Niños (WIC, en inglés).

La División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información sobre el tamaño de la unidad familiar, la residencia y los ingresos de los programas SNAP, TANF, RCA, CAPS o WIC, pero verificará la ciudadanía o el estado migratorio utilizando las reglas de Asistencia Médica para tomar una determinación de ELE con el fin de inscribir o renovar de forma automática la inscripción de los niños en Medicaid o PeachCare for Kids®. La DFCS enviará un aviso de determinación una vez finalizado el proceso, dejará que los miembros realicen cambios y les permitirá retirarse del proceso de ELE o finalizar el caso de Asistencia Médica en cualquier momento.

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TODOS LOS PROGRAMAS

USTED TIENE DERECHO A:

- **Solicitar asistencia para completar este formulario y recibir servicios gratuitos de asistencia con el idioma** (intérpretes, materiales traducidos o servicios directos en el idioma) si tiene problemas para leer, escribir, hablar o comprender el idioma inglés.
- **Solicitar ayudas y servicios auxiliares y modificaciones razonables** si usted o alguien en su unidad familiar tiene una discapacidad.

AVISO DE AUDIENCIA: En todos los programas tiene derecho a solicitar una audiencia imparcial por escrito o en persona. Puede solicitar una audiencia llamando al 1-877-423-4746 o ante un funcionario de audiencias del estado si no está de acuerdo con esta decisión. Un abogado, familiar, amigo o cualquier persona que elija puede representarlo en la audiencia. Si desea tener una audiencia, debe solicitarla por escrito o comunicarse con la agencia en un plazo de

- **90 días** a partir de la fecha de esta notificación en el caso del **SNAP**
- **30 días** a partir de la fecha de este aviso en el caso de **Medicaid y TANF**

USTED ES RESPONSABLE DE LO SIGUIENTE:

- Dar al administrador de su caso la información correcta y proporcionar prueba de las declaraciones necesarias para recibir los beneficios. Al firmar este formulario, está dando al administrador de su caso permiso para obtener información de su empleador, banco, vecino u otras personas para que podamos asegurarnos de que está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- Decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está realizando una solicitud para usted proporciona información incorrecta, puede estar cometiendo un delito y puede ir a la cárcel.
- Proporcionar pruebas de que usted o cualquier persona de su unidad familiar que solicita los beneficios es ciudadano estadounidense o un inmigrante elegible.
- Cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para la Prevención del Fraude o la Oficina de Servicios de Investigación y que está realizando revisiones de casos especiales. Si no coopera y no podemos determinar que aún es elegible para el SNAP, su caso puede ser denegado o cerrado.
- (Para el SNAP) Cooperar con los revisores de control de calidad cuando lo llamen o vayan a su hogar para entrevistarlo sobre la información que le ha proporcionado a su administrador de casos. Si no coopera con ellos, su caso puede ser denegado o cerrado.
- (Para el SNAP y la TANF) Reembolsar beneficios que no debería haber recibido.
- (Para Medicaid) Cooperar con los revisores de control de calidad de elegibilidad de Medicaid o el Programa de Integridad cuando lo llamen o vayan a su hogar para entrevistarlo sobre la información que le ha proporcionado a su administrador de casos.
- (Para Medicaid) Los miembros que se encuentran en un hogar de ancianos o un centro de cuidados intermedios, reciben un servicio basado en la comunidad, o están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención, cooperar con el programa de Recuperación Patrimonial.

Si recibe EL **SNAP**, debe informar cuando el ingreso bruto mensual total de su unidad familiar sea superior al 130% del nivel de pobreza federal para el tamaño de su unidad familiar. Debe informar el cambio en los ingresos a más tardar 10 días después del final del mes en el que ocurrió el cambio.

Si es un adulto que trabaja sin hijos, debe informar cuando sus horas de trabajo disminuyan a menos de 20 horas por semana u 80 horas por mes. Debe informar estos cambios a más tardar 10 días después del final del mes en el que ocurrió el cambio.

También debe informar cuando su unidad familiar reciba ganancias sustanciales de lotería y juegos de azar. Esto se refiere a un premio de dinero en efectivo ganado en un solo juego. Si usted o un miembro de la unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, un monto bruto de $4500 o más (antes de que se retengan los impuestos u otros montos), debe informar estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que la unidad familiar recibió las ganancias.

Si recibe **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación en un plazo de 10 días a partir de que ocurre el cambio.

Entiendo que cualquier pago único o pago “inesperado” que reciba cualquier persona en mi caso de Medicaid debe presupuestarse, junto con cualquier otro ingreso que podamos tener, para determinar la elegibilidad.

En el programa **Medicaid**, tiene derecho a lo siguiente:

- Recibir Medicaid incluso si tiene otro seguro médico.
- Elegir su médico o proveedor de Medicaid.
- tener su solicitud de Medicaid aprobada o denegada en un plazo de 10, 45 o 90 días a partir de la fecha de su solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid.

Como condición para mi elegibilidad para recibir los beneficios de Medicaid:

- Acepto ceder al estado todos los derechos de manutención médica y pago de la atención médica por parte de terceros (hospital y beneficios médicos).
- Acepto cooperar con el estado para identificar y proporcionar información para ayudar al estado en la búsqueda de cualquier tercero que pueda ser responsable de pagar por la atención y los servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por atención médica en un plazo de diez días. (Si está completando este formulario en nombre de otra persona y no tiene el poder para ejecutar una asignación para esa persona, la persona deberá ejecutar una asignación de los derechos descritos anteriormente como condición de su elegibilidad para Medicaid).
- Acepto dar al estado el derecho a requerir que un padre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que debo obtener apoyo médico del padre ausente si está disponible y debo cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solamente mis hijos recibirán beneficios, a menos que se establezca una razón justificada.

ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL PROGRAMA SNAP: Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice tarjetas del SNAP ni de EBT que no sean de usted y no permita que otra persona use su tarjeta.
- No utilice los beneficios del SNAP para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos, o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda tarjetas del SNAP o de EBT por artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier persona en su unidad familiar que incumpla cualquiera de estas reglas a propósito puede ser excluida del SNAP por un año o de forma permanente, multada con hasta $250,000, encarcelada por 20 años o ambas. Esta persona puede estar sujeta a un proceso legal en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables y también puede ser excluida del SNAP por 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.

Cualquier miembro de la unidad familiar que incumpla intencionalmente las reglas no podrá recibir la asistencia del SNAP durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de su unidad familiar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su unidad familiar serán inelegibles de forma permanente para participar en el SNAP a partir de la primera infracción.

Si un tribunal de justicia determina que usted o cualquier miembro de su unidad familiar es culpable de haber traficado beneficios por un monto total de $500 o superior, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles de forma permanente para participar en el SNAP a partir de la primera infracción.

Si se determina que usted o cualquier miembro de la unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios del SNAP, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el SNAP por un período de 10 años.

Entiendo que, si doy información falsa o retengo información, puedo ser procesado por fraude.

ADVERTENCIAS DE PENALIDADES DEL PROGRAMA TANF: En el programa TANF, una acción intencional al proporcionar información falsa o engañosa para establecer o mantener la elegibilidad de una Unidad de Asistencia, aumentar los beneficios, evitar una disminución en los beneficios, retener información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo en lugares prohibidos se considera una infracción intencional del programa.

Es posible que lo deriven a la Oficina del Inspector General para determinar su sanción en función de la gravedad del delito si usted:

- no informa los cambios a tiempo, no dice la verdad o utiliza los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de la TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, instalaciones de entretenimiento para adultos, clubes de estriptis, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas,

salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas para fumadores, tiendas de tatuajes/perforaciones y salones de spa/masajes que están estrictamente prohibidos, brinda información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado, y se lo condenó por un cargo relacionado con drogas o un delito grave violento el 1/1/97 o después de esa fecha.

Cualquier miembro de su unidad familiar que incumpla estas reglas a propósito puede ser excluido del programa de TANF de seis meses a de manera permanente.

En el caso de MEDICAID, cometer fraude o abuso va contra la ley. Es posible que lo deriven a la Unidad de Integridad del programa de Medicaid y PeachCare for Kids®. A los infractores se les puede limitar el uso de un proveedor, expulsarlos del programa o pedirles que reembolsen al Departamento de Salud Comunitaria los servicios médicos prestados.
El fraude es un acto deshonesto cometido a propósito. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

Ejemplos de fraude y abuso de los participantes:

- Permitir que otra persona utilice su tarjeta de seguro médico de Medicaid, PeachCare for Kids® o de una organización de gestión de la atención (CMO, en inglés).
- Obtener recetas con la intención de abusar o vender drogas.
- Usar documentos falsificados para obtener servicios.
- Usar indebidamente o abusar del equipo provisto por Medicaid o PeachCare for Kids®.
- Proporcionar información incorrecta o permitir a otros que lo hagan para obtener elegibilidad para Medicaid o PeachCare for Kids®.
- No informar cambios que ocurren en ingresos, acuerdos de vida o recursos.

Para denunciar sospechas de fraude a Medicaid por parte de beneficiarios o proveedores, comuníquese con el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General por teléfono llamando al número local (404) 463-7590 o al número gratuito (800) 533-0686), por correo electrónico a oiganonymous@dch.ga.gov, por correo postal a la siguiente dirección: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334 o ingresando en https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud.

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

___Sí

___No

___No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes.

Realizar una solicitud para registrarse o decidir no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una queja ante el secretario de Estado en
2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de la DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede pedir una solicitud de registro de votantes a su administrador del caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.

SI VA A RENOVAR SUS BENEFICIOS DE MEDICAID Y SNAP O TANF, DEBE FIRMAR E INDICAR LA FECHA EN LA CASILLA QUE MEJOR SE AJUSTE A SU SITUACIÓN.

DEVUELVA ESTE FORMULARIO ANTES DE LA FECHA DE FINALIZACIÓN DE LA CERTIFICACIÓN PARA COMENZAR EL PROCESO DE RENOVACIÓN.

- **Solo para Medicaid: Firme aquí cuando el solicitante, miembro o tutor legal esté completando el documento:**

Si solicito o renuevo servicios de Medicaid para mí, declaro, bajo pena de perjurio, que soy ciudadano de los EE. UU., tenga nacionalidad estadounidense o soy un inmigrante calificado presente en los Estados Unidos. Si soy padre o tutor legal, declaro que los solicitantes son ciudadanos de los EE. UU., tienen nacionalidad estadounidense o son inmigrantes calificados presentes en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____

(Firma) (Fecha)

- **Solo para Medicaid: Firme aquí cuando una persona que no sea el solicitante, miembro, padre o tutor legal esté completando el documento:**

Certifico, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito o renuevo Medicaid son ciudadanos de los EE. UU., tienen nacionalidad estadounidense o se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

_____ _____

(Firma) (Fecha)

Teléfono donde se lo puede localizar _____

Si el solicitante, miembro, padre o tutor legal desea que esta persona sea su representante personal, debe marcar aquí y firmar a continuación ☐ Sí ☐ No

_____ _____

(Solicitante/miembro/padre/tutor legal) (Fecha)

- **Para SNAP o TANF: Cuando el solicitante, beneficiario o tutor legal esté completando el documento:**

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la DFCS del DHS, el DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa SNAP o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de $4500 o superior (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que, si no informo a la DFCS del DHS sobre algunos de mis gastos en mi proceso de solicitud o renovación o no verifico la información, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios del SNAP.

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

_____ _____

(Firma) (Fecha)

(Conserve estos documentos para su información)

Este cuadro explica algunos de los términos utilizados en este formulario.

Solicitante	Una persona que realiza una solicitud para recibir asistencia o beneficios públicos.
Unidad de Asistencia (UA)	Una Unidad de Asistencia incluye a las personas elegibles que viven juntas, incluidas una persona embarazada y un nonato, y reciben asistencia o beneficios públicos.
Cuidador	Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.
Identificación del cliente	Un número único asignado a una persona que recibe asistencia/beneficios públicos.
Descalificado	La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de los programas SNAP o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.
Violencia doméstica	La violencia doméstica puede incluir que un cónyuge, novio, pareja o "ex" te pegue, te dé patadas, te golpee, te viole, te asfixie, te amenace, te controle o te impida obtener lo que se necesita para vivir (como comida, medicamentos o una vivienda).
Transferencia electrónica de beneficios (EBT)	El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para el SNAP. A las personas que reciben asistencia se les emite una tarjeta de débito de EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas del SNAP.
Comunicaciones electrónicas	Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos, ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway. Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en www.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones. Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes y datos. Esto puede variar según la compañía. Consulte con su proveedor.
Familiar beneficiario	Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF en su nombre en nombre de los hijos, incluido un nonato.
Ingresos brutos	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones.
Personas sin hogar	Una persona que carece de residencia nocturna fija y regular o una persona cuya residencia nocturna principal es: • un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo); • un centro de reinserción social o institución similar que proporciona residencia temporal a personas destinadas a ser internadas; • un alojamiento temporal de no más de 90 días en la residencia de otra persona; o un lugar que no esté diseñado o no se utilice habitualmente como alojamiento habitual para seres humanos (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).
Miembros de la unidad familiar	Personas que viven en su hogar. En el caso del SNAP, se refiere a las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.
Ingresos	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otra forma de dinero recibido.
Ley de Alivio Tributario para la Clase Media de 2012	Esta ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El usode los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF en estos negocios constituirá una infracción intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.
No solicitante	Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a facilitar su número de Seguro Social, ciudadanía o condición migratoria.
Beneficiario	Un beneficiario es una persona que acepta la responsabilidad de recibir asistencia en efectivo y gastar los fondos en nombre de la Unidad de Asistencia. El beneficiario puede o no ser un miembro de la Unidad de Asistencia.
Gastos antes de impuestos	**Los gastos antes de impuestos son deducciones que se eliminan de sus ingresos antes de que se apliquen los impuestos.** No todas las deducciones son antes de impuestos. Las deducciones antes de impuestos más comunes son el seguro médico, el seguro dental, el seguro de la vista, etc. http://www.irs.gov

Extranjero/inmigrante calificado	Un *extranjero/inmigrante calificado* es una persona que reside legalmente en Estados Unidos y se encuentra dentro de una de las siguientes categorías: • una persona *admitida de manera legal para la residencia permanente* (LPR, en inglés) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, en inglés); • una persona inmigrante *amerasiática* conforme a la sección 584 de la Ley de Asignaciones de Programas Relacionados, Financiamiento de Exportaciones y Operaciones Extranjeras de 1988; • una persona a la que se le concede *asilo* conforme a la sección 208 de la INA; • una persona *refugiada*, admitida conforme a la sección 207 de la INA; • una persona con *libertad bajo palabra* como refugiada o asilada conforme a la sección 212 (d)(5) de la INA; • una persona cuya *deportación* está siendo retenida conforme a la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la sección 241(b)(3) de la INA, según enmendada; • una persona a la que se le *otorga entrada condicional* conforme a la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980; • una persona inmigrante *cubana o haitiana* como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980; • *una persona víctima de la trata de personas* conforme la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de Trata de 2000; • *una persona inmigrante maltratada* que cumpla con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, según enmendada; • una persona inmigrante *afgana o iraquí* a la que se le otorgó estado de inmigrante especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas); • *una persona nativa de América del Norte* nacida en Canadá que vive en EE. UU. conforme a la sección 289 de la INA, o no ciudadana de una tribu india reconocida federalmente conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Asistencia Educativa y Autodeterminación Indígena; y • una persona miembro de la tribu *hmong o laosiana de las tierras altas* que brindó asistencia al personal de EE. UU. al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975). Solo para los solicitantes de Asistencia Médica, al Pacto de Libre Asociación (COFA, en inglés) lo conforman personas ciudadanas de los Estados Federados de Micronesia, la República de las Islas Marshall y la República de Palaos. Las personas inmigrantes del COFA no tienen que cumplir con la prohibición de 5 años.
Recursos	Efectivo, bienes, o activos como cuentas de banco, vehículos, acciones, bonificaciones y seguro de vida.
Agresión sexual	Acto sexual no consentido proscrito por la legislación federal, tribal o estatal, incluso cuando la víctima carece de capacidad para dar su consentimiento.
Acoso sexual	Comportamiento hostil, intimidatorio u opresivo basado en el sexo que cree un entorno de trabajo ofensivo.
Hostigamiento	El acto o delito de seguir o acosar de manera intencionada y repetida a otra persona en circunstancias que harían temer a una persona razonable de que se produjeran lesiones o la muerte, en especial debido a amenazas expresas o implícitas.
Ingresos tributables	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otra forma de dinero recibido.
Dependiente tributario	Una persona que se espera que sea reclamada en una declaración de impuestos de un contribuyente. http://www.irs.gov
Contribuyente	Una persona que se espera que presente una declaración de impuestos. http://www.irs.gov
Deducciones de la declaración de impuestos	Las deducciones de la declaración de impuestos son las deducciones permitidas por el IRS que se encuentran en su Formulario 1040 de declaración de impuestos, que comienzan con la línea 23 hasta la 35. Incluyen lo siguiente: gastos de educadores; Formulario 2106; Formulario 8889 de ahorros médicos; Formulario 3909 de gastos de mudanza; multa/retiro anticipado de ahorros; pensión alimentaria pagada; deducción de cuenta personal de jubilación (IRA, en inglés); interés de préstamos estudiantiles; Formulario 8917 de matrícula y cuotas; Formulario 8903 de actividades de producción nacional. http://www.irs.gov

Tráfico en el SNAP	El tráfico de los beneficios del SNAP significa: (1) comprar, vender, robar o de cualquier otra manera intercambiar beneficios del SNAP emitidos y a los que se accede a través de tarjetas de EBT, números de tarjeta y números de identificación personal (PIN, en inglés) o mediante comprobante manual y firma, por EFECTIVO o una contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, en complicidad o confabulación con otra persona, o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar un producto con beneficios del SNAP que tiene un envase que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo al descartar el producto y devolver el envase por el monto del depósito, al descartar de forma intencional el producto y devolver solo el envase por el monto del depósito a propósito; (4) comprar un producto con beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles al revender el producto y, luego, revender de manera intencional el producto comprado con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (5) vender intencionalmente productos comprados con beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles; (6) intentar comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios del SNAP emitidos y a los que se accede mediante tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o mediante un vale manual y firmas, a cambio de dinero en efectivo o a cambio de una contraprestación distinta de los alimentos elegibles, ya sea de forma directa o indirecta, en complicidad o confabulación con otras personas, o actuando solo.
Tarjeta de débito MasterCard Way2Go	El Estado de Georgia ha implementado una opción de pago “electrónico” conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito MasterCard Way2Go. Con esta opción de pago, se deposita el dinero en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en un fin de semana o feriado, los beneficios se ponen a disponibilidad el último día hábil del mes anterior. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos porque se cargan de manera electrónica a la tarjeta de débito MasterCard.

Aviso de derechos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, en inglés)/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

La ley federal* exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad asistencia para comunicarse, como intérpretes de lengua de señas. La ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para comunicarse

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para comunicarse o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para establecer una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con su administrador del caso, o bien, llamar a la DFCS al (877) 423-4746 o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para presentar su solicitud. También puede presentar una solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de la ADA de la DFCS, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights, o bien, puede obtener el formulario en la oficina del equipo de KB o en línea en https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett, o bien, puede enviar su solicitud de modificación por correo electrónico a DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Cómo presentar una queja

Tiene derecho a presentar una queja si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una queja por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas y se le ha denegado o no se ha actuado en un plazo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el administrador de su caso, con la oficina local de la DFCS o con el coordinador de Derechos Civiles, ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334 o llamando al (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091 o llamando al (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Puede pedirle al administrador de su caso una copia del formulario de quejas de derechos civiles de la DFCS. El formulario de quejas también está disponible en https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights. Si necesita ayuda para presentar una queja por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con dificultades auditivas o que puedan tener discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo comunique con nosotros. El correo electrónico para las quejas de derechos civiles del DCH es el siguiente: dch.civilrights@dch.ga.gov. El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de quejas del DCH se encuentra en https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights.

También puede presentar una queja por discriminación ante la agencia federal competente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de los Estados Unidos se encuentra dentro de la "Declaración de no discriminación" incluida en este documento.

**La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.*

Según la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, nacionalidad o creencias religiosas.

No envíe solicitudes al USDA o al HHS

Declaración de no discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Los programas que reciben ayuda económica por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y los programas que el HHS opera directamente, también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información acerca del programa se encuentre disponible en otro idioma que no sea el inglés.

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL USDA
El USDA brinda ayuda económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y de reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar una queja por discriminación del programa, complete el formulario de queja por discriminación del programa del USDA (AD-3027) que puede encontrar en línea en el siguiente enlace: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA de las siguientes maneras:

1. **Por correo postal:** Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. **Por fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442
3. **Por teléfono:** (833) 620-1071
4. **Por correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas del SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa del SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los números de información/línea directa del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado), que se encuentran en línea en: línea directa del SNAP.

QUEJAS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN PROGRAMAS DEL HHS
El HHS brinda ayuda económica federal para muchos programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar, lo que incluye los programas como TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a los que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en nombre de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en nombre de otra persona con respecto a un programa que recibe ayuda económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del Portal de Quejas de la OCR en https://ocrportal.hhs.gov/ocr/. También puede comunicarse con la OCR por correo postal: 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; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar quejas, en lugar de enviarlas por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. En el caso de las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma sin cargo para presentar una queja.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otras quejas por discriminación ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en la siguiente dirección: Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, o llamando al (877) 423-4746. En el caso de las quejas en las que se alega discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa para Personas con Dominio Limitado del Inglés y con Discapacidad Sensorial en la siguiente dirección: Georgia Department of Human Services, Office of General Counsel, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, o llamando al (877) 423-4746.
No envíe solicitudes al USDA o al HHS