Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de informe periódico del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) de la División de Servicios para Familias y Niños

Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llámenos al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los de intérpretes, son gratuitos. Si es sordo, tiene problemas de audición, sordociego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que aparece arriba marcando 711 (servicio de retransmisión de Georgia).

Para continuar recibiendo sus beneficios de SNAP, necesitamos saber si hubo algún cambio en los ingresos o gastos de su unidad familiar. Complete **todo el** formulario, fírmelo y envíelo por correo a la oficina de la División de Servicios Infantiles y para la Familia (DFCS, en inglés) de su condado **a más tardar el día 5 del mes.** Puede ubicar su oficina local en **http://dfcs.georgia.gov/locations.** Puede enviar este informe periódico a la oficina de su condado por correo, entregarlo de manera personal o presentarlo en línea en https://www.gateway.ga.gov. Si envía este informe **después** del día 5 de cada mes, podría haber un retraso en sus beneficios. Si no completa **todo el formulario** ni lo firma y devuelve, su caso de SNAP se cerrará.

Nombre y apellido del cliente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Dirección en la que vive		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Se encuentra sin hogar? Sí _____ o No _____		
Dirección postal (si es diferente)		
Podemos usar sus números para llamarlo o enviarle mensajes de texto sobre su caso. Número de teléfono principal	Otro número 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 es necesaria una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí_____ o No _____	

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia para la comunicación (si corresponde):

¿Usted tiene una discapacidad que requiera una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí____ No____ (En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):
Intérprete de lenguaje de señas_____; Teléfono de texto_____; Letra grande ; Comunicación electrónica (correo electrónico) _____; Braille ;_____Retransmisión por video_____; Intérprete de habla con señas____; Intérprete oral_____; Intérprete táctil_; Recordatorio telefónico de las fechas límite del programa____ _____; Firma telefónica (si corresponde);_____ Entrevista personal (visita a domicilio); Otro: _____
¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación por única vez_____o de manera continua _____? Si es posible, explique brevemente cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia

_____

Representante autorizado:

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su informe periódico o use su tarjeta de transferencia de beneficios electrónica (EBT, en inglés) para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque la casilla junto a SNAP si desea designar a alguien como su representante autorizado. Marque qué funciones desea que tenga la persona u organización.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de informe periódico del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) de la División de Servicios para Familias y Niños

Tipo de programa de representante autorizado: SNAP ❑
Deberes del representante autorizado: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ❑
Completar y enviar el formulario de informe periódico ❑
Recibir copias de avisos y otras comunicaciones ❑ Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos ❑

Nombre de la persona: _____

Nombre de la organización (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apartamento: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ No (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma de preferencia: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ___o No ____

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y asistencia para la comunicación para representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requiera una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí_ No___ (En caso afirmativo, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de lenguaje de señas____; Teléfono de texto____; Letra grande_____; Comunicación electrónica (correo electrónico)_; Braille_____;Retransmisión por video_; Intérprete de habla con señas_; Intérprete oral_; Intérprete táctil_; Recordatorio telefónico de las fechas límite del programa_; Firma telefónica (si corresponde)_; Entrevista personal (visita a domicilio)_; Otro: _____

¿El representante autorizado necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación por única vez _____o de manera continua_____? Si es posible, explique brevemente cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia_____

Las siguientes leyes y reglamentos federales: la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008; el título 7 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., en inglés), sección 2011-2036; el título 7 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., en inglés), sección 273.2; el título 45 del C.F.R., sección 205.52; el título 42 del C.F.R., sección 435.910; y el título 42 del C.F.R., sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar número(s) de Seguro Social. Cualquier persona que viva en su unidad familiar y no solicite beneficios puede considerarse **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que darnos información sobre su número de Seguro Social, ciudadanía o estado migratorio y no son elegibles para recibir beneficios. Es posible que otros miembros de la unidad familiar aún puedan recibir beneficios si son elegibles de otra manera. Si desea que determinemos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir beneficios, aún deberá informarnos sobre su ciudadanía o estado migratorio y darnos su número de Seguro Social (SSN, en inglés). Aún será necesario que nos informe sobre **sus** ingresos y recursos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No informaremos sobre ningún miembro de la unidad familiar que no sea solicitante al sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Derechos (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporciona su condición de ciudadanía o inmigración.
Sin embargo, si se envió información sobre la condición migratoria en su solicitud, dicha 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.
Compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también puede entregarse a funcionarios encargados de hacer cumplir la ley para que la utilicen para atrapar a personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo de SNAP, la información en esta solicitud, incluido el número de Seguro Social, puede entregarse a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que la utilicen en el cobro del reclamo. No negaremos beneficios a los miembros de la unidad familiar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su número de Seguro Social, ciudadanía o condición migratoria.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de informe periódico del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) de la División de Servicios para Familias y Niños

COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

¿Alguien se mudó a su casa o se fue de ella permanentemente desde su última renovación o informe periódico? Sí____ No_____ En caso afirmativo, indique el nombre de la persona y su relación con usted:

Nombre	Fecha en la que ingresó/se fue	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

DIRECCIÓN

¿Se mudó recientemente y hubo un cambio en sus gastos de vivienda? Sí _No _____ En caso afirmativo, complete la información a continuación:

¿Su nueva dirección es la misma que la dirección escrita anteriormente en la página 1? Sí _ No _

Nuevo monto de alquiler o hipoteca $ _____ Si se trata de una hipoteca, el impuesto anual sobre la propiedad es de $_____ , y el monto del seguro anual para propietarios de vivienda es de $ _____.

Para alquiler, incluya el nombre y la información de contacto de su propietario: _____

¿Alguien le ayuda a pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos? Sí ____ No____En caso afirmativo, responda las siguientes preguntas

¿Quién paga las facturas? _____ ¿Qué facturas se pagan? _____

¿Qué monto se paga por cada factura? (Enumere cada monto por separado) _____

_____ ¿A quién le pagan las facturas? _____

En su nueva dirección, ¿qué servicios públicos paga? _____

¿Paga gastos de calefacción o refrigeración? Sí____ No_____ Marque una opción: electricidad, gas o ambos

¿Está recibiendo asistencia energética (LIHEAP)? Sí _____ No_____

ADULTO FÍSICAMENTE CAPACITADO SIN DEPENDIENTES (ABAWD, en inglés)

¿En su hogar familiar hay un adulto físicamente capacitado sin dependientes (ABAWD) cuyas horas de trabajo sean inferiores a 20 horas por semana u 80 horas por mes? Sí ____No ____ En caso afirmativo, complete la siguiente información:

¿Cuál es el nombre del adulto capacitado sin dependientes que trabajaba 20-29 horas por semana u 80 horas por mes? _____

¿Cuánto disminuyeron sus horas de trabajo? _____

¿Los miembros de la unidad familiar dejaron su empleo? Sí ____ No ____

¿Cuál fue el motivo por el cual dejaron el trabajo? _____

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de informe periódico del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) de la División de Servicios para Familias y Niños

INGRESO

¿Alguien tuvo algún cambio en la tasa salarial, sueldo, posición de tiempo completo o tiempo parcial o fuente de ingresos recibidos cada mes? Sí _____No ____ En caso afirmativo, incluya información sobre su salario, como sueldos, bonificaciones y propinas, y proporcione prueba de TODOS los ingresos recibidos en los últimos treinta (30) días.

¿Quién tuvo un cambio en sus ingresos o empleo? _____

¿De dónde proviene el ingreso o el empleo? _____

_____

¿Con qué frecuencia se reciben los ingresos? (semanal, quincenal, dos veces al mes, mensual) _____

¿Alguien ha dejado de trabajar? Sí _____No _____ En caso afirmativo, complete lo siguiente y proporcione pruebas:

¿Cuándo finalizaron los ingresos o el empleo? _____

¿Cuál es el último monto de pago recibido? _____

¿Alguien comenzó a trabajar? Sí _____No _____ En caso afirmativo, complete lo siguiente y proporcione pruebas:

¿Cuándo inició el ingreso o el empleo? _____

¿Cuál es el nuevo monto de ingresos? _____

TRABAJO POR CUENTA PROPIA: ¿Alguien trabaja por cuenta propia?: Sí_____No_____
(En caso **afirmativo**, ¿quién?) _____

Proporcione una prueba de ingresos por cuenta propia a través de <u>presentaciones de impuestos</u>, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes de una empresa establecida.
¿Esta empresa está incorporada? ❑ Sí ❑ No
¿Esta persona tiene gastos de empleo por cuenta propia? ❑ Sí ❑No
En caso **afirmativo**, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona? _____

_____

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO:
¿Algún miembro de su unidad familiar tuvo un cambio en los ingresos no derivados del trabajo de más de $100? Los ingresos no derivados del trabajo incluyen, entre otros, contribuciones, Seguro Social, Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, en inglés), Asuntos de Veteranos, manutención infantil, desempleo, jubilación o cualquier otro ingreso.
❑Sí ❑ No
En caso **afirmativo**, complete la información a continuación y <u>proporcione una prueba de todos los ingresos recibidos en los últimos 30 días.</u>

Nombre	Fuente	Cantidad	¿Con qué frecuencia?

GANANCIAS DE LOTERÍA Y JUEGOS DE AZAR
¿Alguien ganó premios sustanciales de lotería o juegos de azar de al menos $4,500 o más? Sí ____No _____
Si es así ¿quién? _____¿Cuándo? _____¿Cantidad?_____

PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL
¿Usted o alguien en su unidad familiar está obligado a pagar la manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? Sí ____No _____
¿Quién está obligado a pagar? _____ ¿De cuánto es el monto obligado? _____ ¿Para quién se paga la manutención infantil? _____ ¿A quién se paga la manutención infantil? _____ ¿Con qué frecuencia se paga la manutención infantil? _____ ¿De cuánto es el monto real pagado? _____

RECURSOS

¿Algún miembro de su unidad familiar tuvo un cambio en los recursos? Sí____ No _____

En caso afirmativo, complete el cuadro a continuación.

Tipo de recurso	Dueño	Cantidad/Valor	Nombre del banco
Efectivo			
Cuenta corriente/ahorros			
Cooperativa de crédito			
Acciones o bonos			
Caja de seguridad			

Sanciones del SNAP

Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un proceso penal por proporcionar deliberadamente información falsa.

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

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente <u>cualquiera</u> de las reglas de SNAP puede ser excluido de SNAP por un período de un año o de forma permanente, multado hasta $250,000, encarcelado hasta por 20 años o ambas cosas. También podrá estar sujeto a un procesamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede prohibir participar en SNAP durante 18 meses adicionales si así lo ordena el tribunal.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de informe periódico del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés) de la División de Servicios para Familias y Niños

Declaro bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) para quienes estoy solicitando beneficios es/son ciudadano(s) estadounidense(s) o se encuentra(n) legalmente presente(s) 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 y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. La información se puede obtener de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información salarial y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos de SNAP. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un monto bruto de $4,500 o más (antes de retener impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias a más tardar 10 días después del final del mes en el que mi unidad familiar reciba las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden reducirse o denegarse y puedo estar sujeto a un proceso penal o ser descalificado de los programas de la DFCS por proporcionar deliberadamente información incorrecta. 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 durante mi informe periódico o no los verifico, la DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de SNAP.

Firma_____ Fecha_____

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES

Si no está registrado para votar en el lugar donde vive actualmente, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

_____Sí

_____No

_____No quiero responder la pregunta sobre el registro de votantes

Solicitar registrarse para votar o negarse a hacerlo no afectará la cantidad de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votantes, 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 a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o al 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, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA DE LAS CASILLAS, 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, renovaciones y formularios de cambio de dirección de la DFCS. También puede solicitar una solicitud de registro de votante a su asistente social. Si completa una solicitud de registro de votante, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votante.

(Conserve este documento para su registro)

Aviso de derechos de la ADA/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidad

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("el Departamento") está obligado por la ley federal* a brindar a las personas con discapacidades igualdad de oportunidades para participar y calificar para los programas, servicios o actividades del Departamento. Esto incluye programas como el SNAP, el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, en inglés) y Asistencia Médica.

El Departamento proporciona modificaciones razonables cuando estas son necesarias para evitar la discriminación basada en discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar acceso igualitario. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, ofrecemos asistencia para la comunicación, como intérpretes de lenguaje de señas, a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad. Nuestra ayuda es gratuita. El Departamento no está obligado a realizar ninguna modificación que resulte en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o en cargas financieras y administrativas indebidas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia para la comunicación

Comuníquese con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación efectiva, como un intérprete de lenguaje de señas. Puede comunicarse con su asistente social o llamar a la División de Servicios Infantiles y para la Familia (DFCS, en inglés) al (877) 423-4746 para hacer su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el *Formulario de solicitud de modificación razonable de 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, pero no es necesario utilizar un formulario para realizar una solicitud.

Cómo presentar una queja

Usted tiene derecho a presentar una queja si el Departamento lo discriminó debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una queja por discriminación si solicitó una modificación razonable o intérprete de lenguaje de señas y se le negó o no se le dio respuesta dentro de un tiempo razonable. Puede presentar una queja oralmente o por escrito comunicándose con su asistente social, su oficina local de la DFCS o el coordinador de derechos civiles y ADA/Sección 504 de la DFCS al 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

Puede pedirle a su asistente social una copia del formulario de queja de derechos civiles de la DFCS. El formulario de queja 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 cualquier miembro del personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con problemas de audición, o que puedan tener discapacidades del habla, pueden llamar al 711 para que un operador lo comunique con nosotros.

También puede presentar una queja por discriminación ante la agencia federal correspondiente. Información de contacto para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA, en inglés). El Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) se rige conforme a la "Declaración de no discriminación".

**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 estén libres de discriminación ilegal.*

No envíe solicitudes al USDA

Las agencias estatales o locales del Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) y del Programa de Distribución de Alimentos en Reservaciones Indígenas (FDPIR), y sus subreceptores deben publicar la siguiente Declaración de No Discriminación:

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés. Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877- 8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf, en cualquier oficina del USDA, llamando al (866) 632-9992, o escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1) correo:
Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314; o

(2) fax:
(833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

(3) correo electrónico:
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta institución es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades

No envíe solicitudes al USDA