



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



Si necesita ayuda para leer o completar este documento o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, solicítenos asistencia o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los servicios de interpretación, son gratuitos. Si usted es sordo o sordo-ciego, tiene problemas de audición o dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (servicio de retransmisión de Georgia).

Para seguir recibiendo sus beneficios del SNAP, necesitamos saber si ha habido algún cambio en los ingresos o gastos de su unidad familiar. Complete este formulario, fírmelo y envíelo por correo a la oficina de la DFCS de su condado **antes del día 5 de cada mes**. Puede encontrar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>. Puede presentar este informe periódico en la oficina de su condado por correo, al entregarlo en mano o en línea en <https://www.gateway.ga.gov>. Si presenta este informe **después** del día 5 del mes, puede haber un retraso en sus beneficios. Si no devuelve el formulario completado, su caso del SNAP se cerrará.

Nombre del cliente	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social
Domicilio donde vive		
Ciudad	Estado	Código postal
¿Es una persona sin hogar? Sí ____ o No ____		
Dirección postal (si es diferente)		
Es posible que utilicemos sus números para llamar o enviar mensajes de texto sobre su caso. Número de teléfono principal Otro número de contacto		
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ____ o No ____ (opcional) Texto: Sí ____ o No ____ (opcional)		Dirección de correo electrónico (opcional):
¿Cuál es la lengua de su preferencia?		Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí ____ o No ____

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

¿Tiene usted alguna 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 lengua de señas ____; TTY ____; Letra grande ____; Comunicación electrónica (correo electrónico) ____;
Braille ____; Retransmisión de video ____; Intérprete de habla con ayuda de claves ____; Intérprete oral ____; Intérprete táctil ____; Llamada telefónica para recordar los plazos del programa ____; Firma telefónica (si procede) ____; Entrevista cara a cara (visita a domicilio) ____; Otros: ____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ____ o de forma continua ____?

Si es posible, explique de forma breve cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Representante autorizado:

Complete esta sección solo si desea que una persona o una organización complete su revisión periódica, realice su entrevista, o utilice su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque para cada tipo de programa a quién desea designar como representante autorizado. Marque las funciones que desea que desempeñe la persona u organización.



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



Tipos de programa para los que se asigna un representante autorizado: SNAP ☐

Funciones del representante autorizado: Firmar la solicitud en nombre del solicitante ☐ Completar y enviar el formulario de renovación ☐ Recibir copias de notificaciones 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: _____ Dpto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma preferido: _____ ¿Necesita un intérprete? Sí ☐ o No ☐

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

¿Tiene su representante autorizado alguna 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 lengua de señas _____; TTY _____; Letra grande _____; Comunicación electrónica (correo electrónico) _____; Braille _____; Retransmisión de video _____; Intérprete de palabra complementada _____; Intérprete de lengua hablada _____; Intérprete táctil _____; Llamada telefónica para recordar los plazos del programa _____; Firma telefónica (si corresponde) _____; Entrevista presencial (visita a domicilio) _____; Otros: _____

¿El representante autorizado necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ☐ o de forma continua ☐? Si es posible, explique de forma breve cuándo y durante cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. _____

Las leyes y regulaciones federales a continuación: Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, título 7 del Código de los Estados Unidos, sección 2011-2036, 7. El Código Federal de Regulaciones, sección 273.2, 45. Código Federal de Regulaciones, sección 205.52, 42. Código Federal de Regulaciones, sección 435.910, y título 42 del Código Federal de Regulaciones, sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar sus números del Seguro Social. Cualquier persona que viva en su unidad familiar y no esté solicitando los beneficios podrá considerarse como una persona no solicitante. Las personas no solicitantes no deben brindarnos información sobre su seguro social, ciudadanía, o condición migratoria y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar pueden seguir recibiendo beneficios si son elegibles. Si quiere que decidamos si algunos de los miembros de la unidad familiar es elegible para recibir beneficios, tendrá que informarnos sobre la ciudadanía o condición migratoria de esa persona y tendrá que facilitarnos su número del Seguro Social (SSN, en inglés). Aún así, tendrá que informarnos 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 la Otorgación de Beneficios (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos comunican su ciudadanía o su condición migratoria. Sin embargo, si se ha presentado información sobre la condición migratoria en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad de la unidad familiar y el nivel de beneficios. Cotejaremos su información con otros organismos federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y su elegibilidad. Esta información también puede facilitarse a las fuerzas de seguridad para que la utilicen para detener a personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo del SNAP, la información en esta solicitud, incluido el SSN, puede ser compartida con organismos federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que ellos la usen en el cobro del reclamo. No denegaremos los beneficios a los miembros de la unidad familiar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no faciliten su número del Seguro Social, su ciudadanía o su condición migratoria.



COMPOSICIÓN DE LA UNIDAD FAMILIAR

¿Ha entrado o salido alguien de su hogar desde la última revisión? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, indique la persona y su relación con usted:

Nombre	Fecha de entrada/salida	Relación con usted	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social

DIRECCIÓN

¿Se ha mudado recientemente o ha habido algún cambio en sus gastos de alojamiento? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, complete la información que figura a continuación:

¿Es su nueva dirección la misma que la indicada en la página 1? Sí ____ No ____

Nuevo importe de alquiler o hipoteca \$ ____ Si se trata de una hipoteca, el impuesto anual sobre la propiedad es de \$ ____ y el importe del seguro de hogar es de \$ ____.

¿Alguien le ayuda a pagar el alquiler, la hipoteca o los servicios públicos? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, ¿quién?

¿Qué servicios públicos paga en su nuevo domicilio? _____

¿Tiene que pagar por la calefacción o el aire acondicionado? Sí ____ No ____

ADULTO SANO SIN DEPENDIENTES (ABAWD)

¿Había en su unidad familiar un adulto sano sin dependientes (ABAWD, en inglés) cuyas horas de trabajo fueran inferiores a 20 horas semanales u 80 horas mensuales? Sí ____ No ____ En caso afirmativo, complete la información que figura a continuación:

¿Cuál es el nombre del ABAWD que trabajaba entre 20 y 29 horas a la semana u 80 horas al mes?

¿En cuánto disminuyeron sus horas de trabajo? _____

¿Han dejado su trabajo los miembros de la unidad familiar? Sí ____ No ____

¿Cuál fue el motivo para dejar el trabajo? _____



INGRESOS

¿Alguna persona ha tenido algún cambio en el monto de los ingresos/el dinero que recibe por mes? **Sí** _____ **No** _____ En caso afirmativo, indique la información sobre la paga de su empleo, como salarios, bonificaciones y propinas. Adjunte los talones de cheques de TODOS los ingresos recibidos en los últimos treinta (30) días.

¿Quién ha cambiado de ingresos o de empleo? _____

¿De dónde proceden los ingresos o el empleo? _____

¿Con qué frecuencia se perciben los ingresos? _____

¿Alguien ha dejado de trabajar? **Sí** _____ **No** _____ En caso afirmativo, complete lo siguiente y proporcione una prueba:

¿Cuándo cesaron los ingresos o el trabajo? _____

¿Cuál es el importe del último pago recibido? _____

¿Alguien ha empezado a trabajar? **Sí** _____ **No** _____ En caso afirmativo, complete lo siguiente y proporcione una prueba:

¿Cuándo empezaron los ingresos o el trabajo? _____

¿Cuál es el nuevo importe de los ingresos? _____

TRABAJO POR CUENTA PROPIA: ¿Alguien trabaja por cuenta propia? **Sí** _____ **No** (En caso **afirmativo**, ¿quién?) _____

Proporcione pruebas de ingresos por trabajo por cuenta propia a través de archivos de impuestos, registros de negocios, recibos, facturas o declaraciones de los clientes de un negocio establecido.

¿Está constituida esta empresa? ☐ Sí ☐ No

¿Tiene esta persona gastos de trabajo 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 ha tenido un cambio en sus ingresos no derivados del trabajo de más de \$100? Los ingresos no derivados del trabajo incluyen, entre otros, contribuciones, Seguro Social, SSI, VA, manutención infantil, desempleo, jubilación o cualquier otro ingreso. ☐ Sí ☐ No

En caso afirmativo, complete la información que figura a continuación y facilite pruebas de todos los ingresos percibidos en las últimas 4 semanas o la carta de concesión más reciente.

Nombre	Fuente	Importe	¿Con qué frecuencia?



GANANCIAS DE LOTERÍAS Y APUESTAS

¿Alguien ha obtenido ganancias considerables de lotería o apuestas de al menos \$4,250 o más? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, ¿quién? _____ ¿Cuándo? _____ ¿Monto? _____

PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL

¿Está usted o algún miembro de su unidad familiar obligado a pagar una manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar?

Sí ___ No ___

¿Quién está obligado a pagar? _____

¿Cuánto es el importe que debe pagar? _____

¿Para quién se paga la manutención infantil? _____

¿A quién se paga la manutención infantil? _____

¿Con qué frecuencia se paga la manutención infantil? _____

¿Cuál es el importe real pagado? _____

RECURSOS

¿Algún miembro de su unidad familiar ha cambiado de recursos? Sí ___ No ___

En caso afirmativo, complete el cuadro siguiente.

Tipo de recurso	Propietario	Importe/Valor	Nombre del banco
Efectivo			
Cuenta corriente/Caja de ahorro			
Cooperativa de crédito			
Acciones o bonos			
Caja fuerte			

Sanciones del SNAP

Puede perder sus beneficios o ser objeto de acciones penales por facilitar información falsa a sabiendas .

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



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



Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja alguna de las normas del SNAP a propósito puede ser excluido del SNAP durante un año o de forma permanente, multado con hasta \$250,000, encarcelado hasta 20 años o ambas cosas. También puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También puede quedar excluido del SNAP durante 18 meses más por orden judicial.

Declaro bajo pena de perjurio que, a mi leal saber y entender, la(s) persona(s) para la(s) que solicito beneficios es(son) ciudadana(s) estadounidense(s) o se encuentra(n) legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico bajo pena de perjurio que toda la información facilitada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que la DFCS del DHS, el DCH y los organismos federales autorizados pueden verificar la información que doy en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Entiendo que mis datos se utilizarán para hacer un seguimiento de la información salarial y de mi participación en actividades laborales.

Informaré de cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del SNAP. También declararé si alguien de mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar por un importe bruto igual o superior a \$4250 (antes de la retención de impuestos u otros importes). Informaré de estas ganancias en un plazo de 10 días a partir del final del mes en que mi unidad familiar reciba las ganancias. Entiendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o negados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o descalificado de los programas de la DFCS del DHS por proporcionar información incorrecta a sabiendas. 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 entrevista de solicitud o renovación o no los verifico, la DFCS del DHS no presupuestará ese gasto al calcular el importe de mis beneficios de cupones para alimentos.

Firma _____ Fecha _____

INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES

Si no está registrado para votar en su lugar de residencia, ¿desea registrarse hoy?

_____ Sí

_____ No

_____ No quiero responder a la pregunta sobre el registro de votantes

El hecho de solicitar o rechazar el registro para votar no afectará al importe de la asistencia que le prestará este organismo.

Si desea ayuda para rellenar el formulario de solicitud de registro para votar, 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 en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, en su derecho a la intimidad a la hora de decidir si se registra o solicita registrarse para votar, o en su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en la dirección: 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 DOS CASILLAS, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud del Registro de Votantes de Georgia con las solicitudes, renovaciones y formularios de cambio de domicilio de la DFCS. También puede pedir a su asistente social una solicitud de registro de votantes. Si completa una solicitud de registro de votantes, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de Registro de votantes.



Aviso de derechos ADA/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("el Departamento") está obligado por ley federal* a proporcionar 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, la TANF y Asistencia Médica.

El Departamento proporciona modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación por motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para ofrecer igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igual de eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad asistencia en la comunicación, como intérpretes de lengua de señas. Nuestra ayuda es gratuita. El Departamento no está obligado 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 la comunicación

Póngase en contacto con su asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia para la comunicación o una ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o servicio para poder comunicarse de manera eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede ponerse en contacto con su asistente social o llamar a la DFCS al (877) 423-4746 para hacer su solicitud. También puede hacer su solicitud a través del formulario de solicitud de modificación razonable conforme a 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>, pero no es necesario que utilice un formulario para hacer una solicitud.

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si el Departamento lo ha discriminado por su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas y se lo han denegado o no han actuado dentro de un plazo razonable. Puede presentar un reclamo oral o por escrito si se pone en contacto con su asistente social, con la oficina local de la DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles y de la ley ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue, SW, 1st Floor, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

Le puede pedir a su asistente social una copia del formulario de reclamos sobre derechos civiles de la DFCS. El formulario de reclamos también se encuentra disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede ponerse en contacto con cualquier miembro del personal de la DFCS mencionado más arriba. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador lo conecte con nosotros.

También puede presentar su reclamo por discriminación ante el organismo federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura (USDA, en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la "Declaración de discriminación".

**La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sean objeto de discriminación ilegal.*



Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normativas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), esta institución tiene prohibido realizar actos de discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluidas la identidad de género y la orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, creencias políticas o represalias por actividades previas relacionadas con los derechos civiles.

La información del programa puede estar disponible en otros idiomas, aparte del inglés. Las personas con discapacidades que necesiten medios de comunicación alternativos para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, grabación de audio, lengua de señas estadounidense) deben comunicarse con el organismo (estatal o local) en la que hayan solicitado los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con el USDA mediante el Servicio de Retransmisión Federal al (800) 877-8339.

Para presentar un reclamo por discriminación en un programa, el reclamante debe completar un formulario AD-3027, Formulario de reclamo por discriminación en un programa del USDA, que puede obtenerse en línea en: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071 o por carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre, la dirección y el número de teléfono del reclamante, así como una descripción escrita de la presunta acción discriminatoria con detalles suficientes para informar al subsecretario de derechos civiles (ASCR, en inglés) sobre la naturaleza y la fecha de una presunta violación de los derechos civiles. El formulario AD-3027 completo o la carta deben enviarse a través de los siguientes medios:

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 ofrece igualdad de oportunidades.

En el marco del Departamento de Servicios Humanos (DHS), también puede presentar otro tipo de reclamos por discriminación si se pone en contacto con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles y de la ley ADA/Sección 504 de la DFCS, en 47 Trinity Ave. SW, Atlanta, GA 30334, 877-423-4746. Para presentar reclamos por supuestos actos de discriminación por dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa de Dominio Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 47 Trinity Ave. SW, Atlanta, GA 30334, o llame al 877-423-4746 (voz).