



# Solicitud de beneficios

**ENTREGUE PERSONALMENTE POR FAX O POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A LA OFICINA LOCAL DE SU CONDADO.**

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si es sordo(a) o tiene dificultades para oír, llame al Servicio de Transmisión de Información de Georgia (GA Relay) al 711. Nuestros servicios son gratis.

## ¿Qué servicios ofrecemos en el Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS)?

DFCS ofrece los siguientes servicios:



### Asistencia alimentaria

Los cupones de alimentos son un beneficio que usted puede usar para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el cartel de EBT/Quest. El precio de su compra de alimentos se restará de su cuenta de cupones de alimentos.



### Asistencia en efectivo/Servicios de ayuda para el empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) provee asistencia en efectivo, por un tiempo limitado, a las familias que tienen niños dependientes. Los padres o cuidadores que reciben este subsidio están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia en Efectivo también provee asistencia financiera a los hogares de refugiados que no califican para el programa de TANF.



### Asistencia médica

Medicaid, para quienes califiquen, podría ayudarle a pagar las facturas médicas, las visitas al médico y las primas de Medicare.

## Preguntas frecuentes

### ¿Cuánto tiempo tarda recibir los beneficios?

Cupones de alimentos:	hasta 30 días
TANF:	hasta 45 días
Medicaid:	entre 10 y 60 días

Usted podría recibir los cupones de alimentos en un plazo de 7 días, si califica. Vea la página 5.

### ¿Cuánto voy a recibir?

Sus ingresos, recursos y tamaño familiar determinarán la cantidad de los beneficios que vaya a recibir. Podremos darle información más específica una vez determinemos si califica.

### ¿Cómo recibiré mis beneficios?

Para acceder a sus beneficios de cupones de alimentos, usted recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT). Para TANF, recibirá una tarjeta de débito EPPIC MasterCard para acceder a sus beneficios.



# Solicitud de beneficios

## Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información acerca de otros servicios de DHS, visite nuestro sitio web en <http://dfcs.dhs.georgia.gov> o llame al 1-877-423-4746.

## ¿Cómo solicito los beneficios?

### 1<sup>er</sup> Paso. Llene la solicitud.

Lea con cuidado las preguntas y dé información precisa. Firme y feche la solicitud. **2<sup>do</sup> Paso. Entregue la solicitud a su oficina local.** Necesitará desprender las páginas 1-2, 13-15 y conservarlas.

**Envíe por correo, por fax, o entregue personalmente las páginas 3-12 de esta solicitud en su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). Puede encontrar su oficina local en <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>.**

Si usted o la persona por quien está haciendo la solicitud califican para recibir los beneficios, los beneficios de cupones de alimentos o de TANF serán otorgados desde la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si usted solicita cupones de alimentos o Medicaid, puede enviar una solicitud de beneficios con tan solo su nombre, dirección y firma. Sin embargo, si llenara totalmente el formulario, nos ayudaría a tramitar su solicitud más rápido. Puede usar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o el Programa de cupones de alimentos solamente. No se denegará su solicitud de cupones de alimentos solo debido al hecho de que su solicitud para otro programa haya sido denegada. Haremos una determinación sobre su solicitud de cupones de alimentos por separado. Si usted está en una institución y está solicitando cupones de alimentos e Ingresos de Seguro Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo, la fecha de envío será la fecha en que le dan el alta de la institución.

### 3<sup>er</sup> Paso. Hable con nosotros.

Podría ser necesario que tenga una entrevista con un administrador de casos. De ser así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede llevar a cabo por teléfono.

Para Medicaid, recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid para cada miembro que califique.

## ¿Qué información tendré que proporcionar?

Es una buena idea proporcionar lo siguiente:

- Prueba de identidad del solicitante si solicita cupones para alimentos o TANF. Prueba de identidad de todos los que soliciten asistencia médica. Una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL).
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio aceptable de cada persona que solicita beneficios. **Si usted está solicitando servicios de cuidado médico de emergencia solamente, no tiene que proporcionar su número de seguro social o información sobre su estatus migratorio.**
- Número de seguro social de cada persona que solicita asistencia.
- Prueba de ingresos, *tales como*: talones de cheque, pagos de manutención infantil y cartas de concesión de beneficios.
- Prueba de gastos, *tales como*: recibos de cuidado de niños, facturas médicas, costos de transporte médico y pagos de manutención infantil.

Se le dará tiempo para que envíe cualquier información a nuestra oficina. Díganos si necesita ayuda para conseguir esta información.

## ¿Cómo usamos la información personal del solicitante?

Usted solo tiene que proporcionar números de seguro social (SSN) y ciudadanía o estatus migratorio de aquellas personas que desean solicitar beneficios. Esta información será usada para consultar el sistema de verificación de ingresos y calificación (IEVS). Compararemos también su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y si califica, para rastrear información de salarios y su participación en actividades de trabajo Si algún miembro del hogar no desea darnos información acerca de su SSN, ciudadanía o estatus migratorio, los otros miembros de la familia aún podrían recibir beneficios. **Si usted está solicitando servicios de cuidado médico de emergencia solamente, no tiene que proporcionar su número de seguro social o información sobre su estatus migratorio.**

## ¿Puede otra persona hacer la solicitud en mi nombre?

Para los cupones de alimentos y para Medicaid, usted puede pedir a alguien que haga la solicitud en su nombre. Para TANF, cualquier persona puede hacer la solicitud, pero el padre, la madre o el cuidador tienen que ser entrevistados.





# Solicitud de beneficios

**Llene esta solicitud y envíela a su oficina local de DFCS del condado.)**

**¿Qué estoy solicitando? Marque lo que corresponda:**

**Cupones de alimentos**

El programa de cupones de alimentos ofrece beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos para ayudarlos a sufragar los gastos de alimentos. El programa también ofrece educación sobre la nutrición y ayuda a los hogares que califican a satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales.

**Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)**

El programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ofrece pagos mensuales temporales de dinero en efectivo, pagos únicos de dinero en efectivo u otros servicios de apoyo, para fortalecer a las familias que califican que tienen niños. Si usted es el padre o la madre del menor o el cuidador que quisiera estar incluido en el subsidio, le exigiremos que participe en un programa de trabajo.

**Asistencia en efectivo para refugiados**

El programa de asistencia en efectivo para refugiados ofrece asistencia financiera a los hogares de refugiados que no califican para el programa de TANF. El término refugiado incluye a los refugiados, los recién llegados cubanos/haitianos, las víctimas de tráfico humano, los amerasiáticos y los menores refugiados no acompañados por un adulto.

**Medicaid**

Medicaid ofrece cobertura médica a las personas de la tercera edad, los adultos ciegos o discapacitados, las mujeres embarazadas, los niños y las familias. Cuando usted haga su solicitud, buscaremos entre todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles podría calificar.

**Información acerca del solicitante**

¿Necesita el solicitante o la persona que hace la solicitud en nombre del solicitante asistencia para comunicarse con nosotros? De ser así, marque todas las que correspondan.

( ) Teletipo o TTY ( ) Braille ( ) Letra grande ( ) Correo electrónico

( ) Transmisión de video ( ) Intérprete del lenguaje de señas \_\_\_\_\_

( ) Intérprete de un idioma extranjero (especifique el idioma) \_\_\_\_\_ ( ) Otro \_\_\_\_\_

**Llene la siguiente tabla acerca del solicitante.**

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección del lugar donde vive			Apartamento
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono principal	Otro número de contacto	Dirección de correo electrónico (opcional)	



Division of Family and  
Children Services

# Solicitud de beneficios

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. La información puede ser obtenida de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se usará para rastrear información de salarios y mi participación en actividades de trabajo. Voy a informar cualquier cambio en mi situación según los requisitos de los programas de cupones de alimentos/Medicaid y TANF. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o denegados y puedo ser sometido a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa u oculto información. Entiendo que si no le digo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS-DFCS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

\_\_\_\_\_

**Firma**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

\_\_\_\_\_

**Firma del testigo, si el solicitante firmó con una 'X'**

\_\_\_\_\_

**Fecha**

## ¿Puedo escoger a alguien para que solicite los cupones de alimentos o Medicaid en mi nombre?

Complete esta sección solo si desea que alguien llene su solicitud, complete su entrevista o use su tarjeta de EBT para comprar alimentos cuando usted no pueda ir a la tienda. Si está solicitando Medicaid, usted puede escoger a más de una persona para que solicite asistencia médica en representación suya.

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Nombre: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apartamento: \_\_\_\_\_

Ciudad: \_\_\_\_\_

Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_

Para Medicaid, ¿desea que esta persona tenga una copia de su tarjeta de Medicaid?  Sí  No

**For Office Use Only (Solo para uso oficial)**

Date Received: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

## ¿Califico para recibir los cupones de alimentos más rápido?

Responda a estas preguntas acerca del solicitante y todos los miembros del hogar para ver si puede obtener los cupones de alimentos en un plazo de 7 días.

1. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un inmigrante o un trabajador agrícola de temporada?  Sí  No

Si responde sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

2. Cantidad total de **ingresos brutos derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_

Nombre del empleador \_\_\_\_\_

Fecha de inicio del empleo \_\_\_\_\_ Fecha de finalización del empleo \_\_\_\_\_

Sueldo \_\_\_\_\_ Horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ semanal/cada 2 semanas/ quincenal/  
mensual (encierre una opción en un círculo)

3. Cantidad total de **ingresos brutos no derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_

Tipo de ingreso no derivado del trabajo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ semanal/cada 2 semanas/ quincenal/  
mensual (encierre una opción en un círculo)

Tipo de ingreso no derivado del trabajo \_\_\_\_\_ Cantidad \_\_\_\_\_ semanal/cada 2 semanas/ quincenal/  
mensual (encierre una opción en un círculo)

4. Cantidad total de ingresos derivados del trabajo y no derivados del trabajo que recibirá este mes:

\$ \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto dinero, en efectivo o en el banco, tienen usted y todos los otros miembros del hogar? \$ \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es la cantidad mensual de su alquiler, hipoteca, impuestos sobre la propiedad o seguro inmobiliario?

\$ \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es la cantidad total de las facturas por electricidad, agua, gas u otros servicios públicos este mes?

\$ \_\_\_\_\_ (Excluya del total las cantidades vencidas y los cargos por atraso en el pago)



# Solicitud de beneficios

## Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Llene la siguiente tabla acerca del **solicitante y todos los miembros del hogar**. Las siguientes leyes y reglamentos federales: **La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 C.F.R. § 435.920, autorizan a DFCS a solicitar los números de seguro social de usted y de los miembros de su hogar.**

Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser designada **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que darnos información acerca de su número de seguro social, ciudadanía o estatus migratorio y **no califican** para recibir beneficios. Los otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios, si calificaran. Si desea que determinemos si algún miembro del hogar califica o no para recibir beneficios, será necesario que nos diga su estatus de ciudadanía o estatus migratorio y nos dé el número de seguro social de esa persona. Además, todavía será necesario que nos informe acerca de los ingresos y recursos **de dicha persona** para determinar si califica y el nivel de beneficios de su hogar. Ningún miembro del hogar que sea no solicitante será denunciado ante el sistema del Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) por no dar su estatus de ciudadanía o estatus migratorio. Sin embargo, si su solicitud contiene información sobre su estatus migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación mediante el sistema SAVE y podría afectar la calificación y el nivel de beneficios de su hogar. Corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y calificación. También se podría compartir esta información con los oficiales encargados de hacer cumplir las leyes, con el fin de ayudarles a atrapar a los prófugos de la justicia. Si hay alguna reclamación relacionada con los cupones de alimentos contra algún miembro de su hogar, se podría entregar la información de esta solicitud, incluidos los números de seguro social, a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para asistirles en la cobranza de la reclamación. No les denegaremos beneficios a solicitantes miembros del hogar porque otros miembros del hogar no hayan proporcionado su número de seguro social, estatus de ciudadanía o estatus migratorio.

NOMBRE			Relación con usted	¿Está esta persona solicitando beneficios?  (S/N)	Fecha de nacimiento  Formato (- / - / - -)	Número de seguro social  (Solo los solicitantes)	Sexo  (M/F)	¿Hispano/Latino?  (Opcional)  (S/N)	Código de Raza  (Opcional)  (Vea los códigos abajo)	¿Es usted un ciudadano estadounidense, un extranjero o inmigrante calificado?  (Solo los solicitantes) (S/N)
Nombre	Inicial 2.º nom.	Apellido								
			USTED MISMO							

**Códigos de raza** (escoja todos los que correspondan):

**AI** – Indio estadounidense/Nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro/Afroamericano

**HP** – Nativo de Hawái/islas del Pacífico **WH** – Blanco

Al proveer información acerca de su raza o etnia, nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará si califica ni su nivel de los beneficios.



# Solicitud de beneficios

## Más información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar para poder decidir quiénes califican para los beneficios. Responda en la página siguiente solo las preguntas acerca de los beneficios que usted desea recibir.

1. ¿Ha recibido alguien algún beneficio en otro condado o estado?  Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

2. ¿Ha sido alguien condenado por dar información falsa sobre su domicilio y su identidad, con el fin de obtener múltiples beneficios de cupones de alimentos en más de un área, después del 8/22/96? (Solo para cupones de alimentos)  Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Dónde?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

3. ¿Ha renunciado alguien en su hogar voluntariamente a un trabajo o reducido voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales dentro de los 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para cupones de alimentos y TANF)  Sí  No

Si responde sí, ¿quién renunció al trabajo? \_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_

4. ¿Está alguien embarazada? \*Proporcione comprobante de embarazo, si lo tiene.  Sí  No

¿Quién?: \_\_\_\_\_

Fecha estimada del parto: \_\_\_\_\_

(Esta pregunta no se aplica a las personas que solo solicitan cupones de alimentos)

5. En el caso de Medicaid, ¿tiene alguien alguna factura médica por servicios recibidos en los últimos 3 meses, que no haya sido pagada?  Sí  No

(Esta pregunta no se aplica a las personas que solo solicitan cupones de alimentos o TANF)

6. ¿Ha sido alguien descalificado del programa de cupones de alimentos o TANF?  Sí  No

Si responde sí:

a. ¿Quién?: \_\_\_\_\_

b. ¿Dónde?: \_\_\_\_\_

c. \_\_\_\_\_

7. ¿Alguna de las personas del hogar está tratando de evitar un enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para cupones de alimentos y TANF)  Sí  No

Si responde sí, ¿quién? \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

8. ¿Alguna de las personas del hogar infringió las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? (Solo para cupones de alimentos y TANF)  Sí  No

Si responde sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

9. ¿Tiene alguien alguna condena por un delito grave de comportamiento relacionado con posesión, uso o distribución de una droga controlada (es decir, convicto por delito grave relacionado con las drogas), después del 8/22/96 (Solo para cupones de alimentos y TANF) o un delito grave relacionado con violencia? (Solo para TANF)  Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

- a) ¿Está usted cumpliendo con cualquier término de libertad provisional relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con las drogas? (Solo para cupones para alimentos y TANF)  Sí  No

- b) ¿Está usted cumpliendo con cualquier término de libertad bajo palabra relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con las drogas? (Solo para cupones para alimentos y TANF)  Sí  No

- c) ¿Ha cumplido satisfactoriamente **todos los términos de libertad provisional o bajo palabra relacionados con alguna condena relacionada con drogas?**

(Solo para **cupones de alimentos y TANF**)  Sí  No

10. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de cupones de alimentos a cambio de drogas, después del 8/22/96? (Solo para Cupones de alimentos)  Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

11. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de cupones de alimentos por una cantidad superior a \$500 después del 8/22/96? (Solo para cupones de alimentos)

Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

12. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de cupones de alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos, después del 8/22/96? (Solo para cupones de alimentos)

Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_

13. ¿Ha usado alguien los fondos de TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: tiendas de licores, casinos, salas de póquer, establecimientos de entretenimiento para adultos, pago de fianza, discotecas, salones y bares, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa? (Solo para TANF)

Sí  No

Si responde sí:

¿Quién?: \_\_\_\_\_

¿Cuándo?: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

## Información acerca del solicitante y los ingresos de todos los miembros del hogar

¿Recibe usted o algún miembro de su hogar por el que esté solicitando beneficios algún tipo de ingreso como salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, seguro social / jubilación ferroviaria, otra discapacidad, ingresos VA, pensiones, desempleo, manutención de hijos, pensión alimentaria, dinero de otras personas, compensación de trabajadores o cualquier otro ingreso?

Nombre del miembro del hogar con ingresos	Tipo de ingresos	Nombre del empleador / Fuente de ingresos	Cantidad mensual (antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia la recibe (mensual, cada 2 semanas, semanal)?	Cantidad pagada por hora	Horas semanales	FECHA(S) DE PAGO

## Información acerca del solicitante y los gastos de todos los miembros del hogar

¿Paga usted por el cuidado de un hijo dependiente o de un miembro adulto del hogar con discapacidad? Sí  No

Si responde sí, complete la tabla a continuación. (Para cupones para alimentos, proporcione prueba si la cantidad mensual es mayor de \$200)

Persona que requiere cuidado	Persona que paga por el cuidado	Razón para el cuidado	Nombre / Número del proveedor de cuidado	Cantidad que se le paga al proveedor	Frecuencia de pago

¿Paga gastos de transporte para un menor dependiente o miembro de su hogar adulto discapacitado? Sí  No

¿Se incluyen esos gastos en los gastos del cuidado del dependiente? Sí  No

Si responde no, conteste esta pregunta: **total de millas que maneja semanalmente:** \_\_\_\_\_

¿Algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años tiene gastos médicos? Sí  No

Si responde sí, complete la tabla a continuación.

Miembro del hogar que tiene gastos	Tipo de gasto (visitas médicas, visitas al hospital, recetas médicas, primas de Medicare o de seguros de salud, anteojos)	Cantidad adeudada	¿Aún se adeuda? Sí/No	Fecha de pago	¿Pagará la aseguradora? Sí/No

¿Algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años tiene gastos médicos de transporte? Sí  No

Si responde sí, complete la tabla a continuación.

Propósito del viaje (visita médica o de hospital; recoger recetas en la farmacia)	Total de millas que manejó:	Costo del taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:



# Solicitud de beneficios

## Más información acerca del solicitante y los gastos de todos los miembros del hogar

¿Alguien en su hogar le paga manutención infantil a alguien que viva fuera del hogar? Sí  No   
Si responde sí, complete la tabla a continuación.

Nombre del miembro de la familia que está obligado a pagar	Nombre del menor por quien se paga manutención infantil	¿Cuánto está obligado a pagar?	Cantidad que realmente paga	¿A quién se le paga la manutención infantil?

¿Tiene usted o algún miembro de su hogar gastos de vivienda? Sí  No

Si responde sí, complete la tabla a continuación.

Gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién hizo el pago?
Alquiler o hipoteca			
Impuestos a la propiedad			
Seguro inmobiliario			
Electricidad			
Gas			
Basura			
Teléfono			
Otro			

¿Comparte usted los gastos mensuales del hogar con otra persona en el hogar? Sí  No

Si responde sí, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios y documentación \_\_\_\_\_

¿Pagado a quién? \_\_\_\_\_ Cantidad pagada \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador: \_\_\_\_\_

Dirección del arrendador: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

¿Ha recibido ayuda para gastos de energía en los últimos 12 meses? Sí  No

Si responde sí, cantidad recibida \$ \_\_\_\_\_

¿Alguien más paga estas facturas del hogar por usted? Sí  No

**Si responde sí, complete la tabla a continuación:**

¿Quién paga la factura?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué cantidad paga?	¿A quién le paga las facturas esta persona?

## Sanciones del programa de cupones de alimentos



# Solicitud de beneficios

Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use los beneficios de cupones de alimentos o la tarjeta de EBT de otra persona ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de cupones de alimentos para comprar artículos no alimentarios como alcohol o cigarrillos, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones de alimentos o tarjetas de EBT por objetos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

**Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente cualquiera de las reglas de los cupones de alimentos, podría ser excluido del programa de cupones de alimentos por un periodo de un año o permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser enjuiciado conforme a otras leyes federales y estatales correspondientes y podría ser excluido del programa de cupones de alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.**

**Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir cupones de alimentos por un periodo de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o un miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro del hogar no podrán recibir los beneficios por un periodo de dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o un miembro de su hogar es culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el programa de cupones de alimentos, a partir de la primera infracción de este tipo.**

**Si un tribunal de justicia determina que usted o un miembro de su hogar es culpable de haber traficado beneficios por una cantidad igual o superior a \$500 en total, usted o ese miembro del hogar no podrán participar nunca más en el programa de cupones de alimentos, a partir de la primera infracción de este tipo.**

**Si usted o cualquier miembro del hogar da una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o de su domicilio (dónde viven) para recibir múltiples beneficios de cupones de alimentos, usted o ese miembro del hogar no calificarán para participar en el programa de cupones de alimentos por un periodo de 10 años.**

## Sanciones del programa de TANF

En el programa de TANF, una infracción intencional al programa (IPV, por sus siglas en inglés) es una acción intencional por parte de una persona para establecer o mantener la calificación para una unidad de asistencia (AU), o para aumentar o prevenir la disminución de los beneficios de una AU, al proporcionar información falsa o engañosa o retener información.

Todo miembro del hogar que oculte información y no informe cambios puntualmente o no diga la verdad perderá beneficios TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción. El uso indebido de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, tiendas de licores, lugares de entretenimiento para adultos como los clubes de *striptease*, salas de póquer, pago de fianzas, clubes nocturnos/cantinas/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juegos de azar, tiendas de armas o municiones, cruceros, videntes, tabaquerías, talleres de tatuajes o perforación corporal y salones de spa o masajes está estrictamente prohibido y causará pérdida de beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.

- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de su hogar ha ocultado información o no informó cambios a tiempo o no dijo la verdad, y es condenado, podría no recibir beneficios de TANF durante 12 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de su hogar ha dado información falsa sobre el lugar de su residencia para recibir beneficios en más de un estado, será excluido de los beneficios por 10 años.
- Si un tribunal de justicia lo condena por un cargo relacionado con drogas o un delito violento grave el 1/1/97 o en una fecha posterior, usted o el miembro de su hogar no podrán recibir beneficios o serán descalificados permanentemente.



# Solicitud de beneficios

**Para todos los solicitantes de Medicaid, cupones de alimentos y TANF:**

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. La información puede ser obtenida de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se usará para rastrear información de salarios y mi participación en actividades de trabajo.

Voy a informar cualquier cambio en mi situación según los requisitos de los programas de DHS-DFCS. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o denegados y puedo ser sometido a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa u oculto información. Entiendo que, si no le digo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS-DFCS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

\_\_\_\_\_  
Firma del solicitante

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del representante autorizado

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Case Manager's Name and Signature  
(Nombre y firma del administrador de casos)

\_\_\_\_\_  
Date  
(Fecha)



# Solicitud de beneficios

## (Conserve estos documentos para su información)

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA), también prohíbe discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o tomar represalias por haber participado en actividades de derechos civiles anteriormente en cualquier programa o actividad que realice o esté financiado por USDA.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.) deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, que tengan dificultad para oír, o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión de Información (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339. Además, puede ponerse a su disposición información sobre los programas en idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja por discriminación en un programa, llene el [Formulario de Queja por Discriminación en un Programa de USDA](#), (AD-3027), que se encuentra por Internet en: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta a USDA por medio de: 1) correo: U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 o 2) fax: (202) 690-7442; o 3) correo electrónico: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Para cualquier otra información relacionada con problemas con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual tiene disponibilidad en español, o llamar a [los números de información/líneas directas de ayuda del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de líneas directas de ayuda por estado); que se encuentra por Internet en: [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa que reciba asistencia financiera del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE.UU. escriba a: HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) u (800) 537-7697 (TTY).

Esta institución es un proveedor de igualdad de oportunidades.

También puede presentar una queja por discriminación ante el Programa de Derechos Civiles de DFCS en la siguiente dirección: DFCS Civil Rights Program, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 o puede llamar al (404) 657-3735 o enviar un fax al (404) 463-3978. Para servicios para personas con conocimiento limitado del inglés y dificultades sensoriales, comuníquese con el Programa para Personas con Conocimiento Limitado del Inglés y Dificultades Sensoriales de DHS al: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al (404)-657-5244 o envíe un fax al (404)-651-6815.

Según la **política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, el programa de Medicaid no puede denegarles su derecho o los beneficios por motivo de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre su derecho a recibir Medicaid o discriminación por parte de un proveedor, llame a la Oficina de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).

## ¿Qué significan las palabras que se usaron en esta solicitud?

Esta tabla explica las palabras que usamos en esta solicitud.

<b>Cuidador</b>	Padre, madre, pariente o tutor que solicita y recibe TANF y tiene niños bajo su cuidado.
<b>Pariente beneficiario</b>	Padre, madre, pariente o tutor que solicita y recibe TANF a su nombre, en representación de los niños.
<b>Descalificado</b>	Paso que se toma para retirar a una persona de un caso de cupones de alimentos o TANF, por no decir la verdad y recibir beneficios que no debió haber recibido.
<b>Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)</b>	Sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que califican para cupones de alimentos. A las personas que reciben asistencia se les da una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a sus cuentas de cupones de alimentos.



# Solicitud de beneficios

<b>Tarjeta de débito EPPICard MasterCard</b>	Nueva tarjeta de débito, emitida por Xerox, para personas que reciben asistencia financiera en Georgia. La tarjeta de débito EPPICard MasterCard será aceptada para compras y retiro de dinero en efectivo en cualquier lugar donde se acepte MasterCard.
<b>Miembros del hogar</b>	Personas que viven con usted en su casa. Para cupones de alimentos, las personas que viven juntas y compran y preparan sus alimentos juntas.
<b>Ingresos</b>	Pagos como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, compensación de trabajadores, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
<b>Ingresos brutos</b>	Ingreso total de una persona antes de tener en cuenta los impuestos o alguna otra deducción.
<b>Trabajadores agrícolas migrantes</b>	Personas que son trabajadoras agrícolas por temporadas y se mudan de una residencia a otra para trabajar o para buscar trabajo agrícola.
<b>Recursos</b>	Dinero en efectivo, propiedades o activos como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida.
<b>Trabajadores agrícolas de temporada</b>	Personas que trabajan durante cierto tiempo del año sembrando, cosechando o empaquetando productos agrícolas. Son contratados de manera temporal cuando un trabajo requiere de más trabajadores de los que la granja emplea de manera regular.
<b>Ley de Asistencia de Impuestos para la Clase Media de 2012</b>	Esta ley prohíbe el uso de la ayuda en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar fondos o hacer transacciones en casinos, tiendas de licor, salas de jugar póquer, instalaciones de entretenimiento para adultos, pago de fianzas, clubes, salones, discotecas y bares nocturnos, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa. El uso de los fondos de asistencia de la tarjeta de débito de TANF y las transacciones realizadas en este tipo de negocio se considerará una infracción intencional (fraude) del programa por parte del beneficiario.
<b>Solicitante</b>	Una persona que decide solicitar o recibir asistencia o beneficios públicos.
<b>No solicitante</b>	Una persona que NO solicita o recibe asistencia o beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de seguro social (SSN), estatus de ciudadanía o estatus migratorio.
<b>Unidad de Asistencia</b>	Una unidad de asistencia incluye personas que <i>califican</i> , que viven juntas y que reciben asistencia/beneficios públicos juntas.



# Solicitud de beneficios

<p><b>Tráfico en el Programa de cupones de alimentos o SNAP</b></p>	<p><i>Traficar</i> beneficios de SNAP significa: (1) comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas de EBT, números de tarjetas y números de identificación personal (PIN) o a través de cupones manuales y firma, a cambio de DINERO EN EFECTIVO o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican, ya sea de manera directa, indirecta, en complicidad o colusión con otros o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar con los beneficios de SNAP un producto en un envase que requiere depósito de devolución, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y devolver el envase de manera intencional para obtener el dinero del depósito; (4) comprar un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener, por medio de la reventa, dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican y luego revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican; (5) comprar intencionalmente productos originalmente adquiridos a través de los beneficios de SNAP, a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican; (6) tratar de comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar los beneficios de SNAP emitidos y accedidos por medio de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o a través de cupones manuales y firmas a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos que califican, ya sea de manera directa, indirecta en complicidad o colusión con otros o actuando solo.</p>
<p><b>Extranjero o inmigrante calificado</b></p>	<p>Un <i>extranjero o inmigrante calificado</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y califica para alguna de las siguientes categorías: una persona que es legalmente admitida como residente permanente (LPR, por sus siglas en inglés) según la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); los inmigrantes <i>amerasiáticos</i> según la sección 584 de la Ley de Asignación de Operaciones Extranjeras, Financiamiento de Exportación y Programas Relacionados de 1988; una persona a quien se otorga asilo según la sección 208 de la INA; los <i>refugiados</i>, admitidos según la sección 207 de la INA; una persona admitida en los Estados Unidos bajo libertad condicional por un período mínimo de un año, según la sección 212(d)(5) de la INA; una persona cuya <i>deportación</i> ha sido suspendida de conformidad con la sección 243(h) de la INA, según estaban en vigor antes del 1 de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> de conformidad con la sección 203(a)(7) de la INA, según estaba en vigor antes del 1 de abril de 1980; los inmigrantes <i>cubanos o haitianos</i> tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; las <i>víctimas de tráfico humano</i> según la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico Ilegal de 2000; los <i>inmigrantes maltratados</i> que reúnen las condiciones establecidas en la sección 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996, enmendada; los inmigrantes <i>afganos o iraquíes</i> a quienes se ha otorgado un estatus especial de inmigrante según la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a las condiciones especificadas); los <i>indios americanos</i> nacidos en Canadá que viven en los Estados Unidos, según la sección 289 de la INA o los no ciudadanos pertenecientes a una tribu indígena reconocida por el gobierno federal según la sección 4(e) de la Ley de Asistencia para la Autodeterminación y Educación del Indígena y los <i>miembros de la tribu laosiana de Hmong o Tierras Altas</i> que prestaron asistencia al personal estadounidense al tomar parte en operaciones militares o de rescate durante la Era de Vietnam (8/5/1964 – 5/7/1975).</p>