



## Solicitud de beneficios

**DEBE ENTREGAR PERSONALMENTE, ENVIAR POR FAX o POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A LA OFICINA LOCAL DE SU CONDADO.**

**Si necesita ayuda para leer o completar este documento, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si usted es sordo, tiene problemas de audición, es sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior y marcar el 711 (retransmisión de Georgia).**

**¿Qué servicios ofrece la División de Servicios para la Familia y la Infancia (DFCS)?**



## Solicitud de beneficios

**El DFCS ofrece los siguientes servicios:**

### **Asistencia alimentaria**

Se pueden utilizar los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el cartel de EBT/Quest. Descontamos el precio de las compras de alimentos de su cuenta de Cupones de Alimentos (SNAP).

### **Asistencia en efectivo/Servicios de apoyo al empleo**

La Asistencia en Efectivo/los Servicios de Apoyo de Empleo de la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) le brinda asistencia en efectivo a familias con niños dependientes y mujeres embarazadas durante un tiempo limitado. Los padres o cuidadores, o las personas embarazadas que estén incluidos en la



## Solicitud de beneficios

subvención están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia en Efectivo también brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF.

- El programa Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG) proporcionará el apoyo necesario para que los niños puedan recibir cuidado en sus hogares por parte de sus abuelos.

### **Asistencia Médica**

Medicaid, para quienes son elegibles, puede ayudar a pagar las facturas médicas, las visitas al médico y las primas de Medicare.

- Esto incluye 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



## Solicitud de beneficios

64 años, con ingresos familiares de hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas 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.

### **Servicios de extensión comunitaria**

Para obtener más información sobre otros servicios del DHS, visite nuestro sitio web en <http://dfcs.georgia.gov> o llame al (877) 423-4746.

### **¿Cómo se solicitan los beneficios?**

#### **Paso 1. Complete la solicitud.**

Lea detenidamente las preguntas y proporcione la información correcta. y feche la solicitud.



## Solicitud de beneficios

### **Paso 2. Entregue la solicitud en su oficina local.**

Necesitará arrancar las páginas 1 y 2, y desde la 17 hasta la 20, y guardárselas para usted.

### **Preguntas frecuentes**

#### **¿Cuánto tiempo se tarda en obtener los beneficios?**

Cupones de alimentos (SNAP): hasta 30 días

TANF: hasta 45 días

Medicaid: entre 10 y 60 días

Es posible que pueda obtener Cupones de Alimentos (SNAP) en un plazo de 7 días si cumple con los requisitos. Consulte la página 6.



## Solicitud de beneficios

### **¿Cuánto recibiré?**

Sus ingresos, recursos y tamaño familiar determinan el monto de los beneficios. Podremos darle información específica una vez que determinemos su elegibilidad.

### **¿Cómo recibiré mis prestaciones?**

Para recibir los Cupones de Alimentos (SNAP), obtendrá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) para acceder a sus beneficios. Para recibir TANF, obtendrá una tarjeta de débito EPPIC Master Card para acceder a sus beneficios. Para recibir Medicaid, obtendrá una tarjeta de Medicaid por cada miembro elegible.

**Es posible que le pidan que proporcione la siguiente información:**



## Solicitud de beneficios

- Comprobante de identidad del solicitante si solicita Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. Se acepta como forma de verificación una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL). No se requiere comprobante de identidad para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Comprobante de ciudadanía estadounidense o estado de inmigración calificado para todas las personas que soliciten beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA), no es necesario que proporcione su número de Seguro Social (SSN) o información acerca de su estado de inmigración.
- Los números de Seguro Social de todas las personas que solicitan la asistencia.
- Comprobantes de ingresos, por ejemplo, recibos de sueldo, pagos de manutención infantil, cartas de concesión de ingresos. No se necesitan



## Solicitud de beneficios

comprobantes de pagos de manutención infantil para los solicitantes de Asistencia Médica.

- Comprobantes de gastos, como recibos de cuidado infantil, facturas médicas, costos de traslados médicos, costo de renta/hipoteca y pagos de manutención infantil. No se requiere esta información para los solicitantes de Asistencia Médica.

Primero, intentaremos verificar el estado de la ciudadanía o de inmigración y la información sobre los ingresos a través de fuentes de datos electrónicos. No se requieren documentos de verificación en papel para presentar una solicitud; sin embargo, puede proporcionar los documentos junto con la solicitud. Si no logramos verificar a través de fuentes de datos electrónicos y necesita ayuda para obtener esta información, infórmenos.



## Solicitud de beneficios

**Envíe las páginas 3 a 16 de esta solicitud por correo o fax o entréguelas personalmente en la oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). Usted puede localizar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>.**

Si usted o la persona para la cual está realizando la solicitud cumple con los requisitos para recibir los beneficios, se le entregarán los beneficios de los Cupones de Alimentos (SNAP) a partir de la fecha en la que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma. Los beneficios de TANF se proporcionarán a partir de la fecha en la que se aprueba la solicitud.



## Solicitud de beneficios

Si está solicitando los Cupones de Alimentos (SNAP), TANF o Medicaid, puede presentar una solicitud de beneficios solamente con su nombre, dirección y firma. Sin embargo, nos puede ayudar a procesar su solicitud de forma más rápida si completa todo el formulario. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o solo para el programa de Cupones de Alimentos (SNAP). Su solicitud (SNAP) no será rechazada únicamente por el hecho de que se le haya denegado la solicitud a otro programa. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su solicitud de Cupones de Alimentos (SNAP). Si usted vive en una institución y está solicitando el programa de Cupones de Alimentos (SNAP) y SSI al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en la que se retira de la institución.



## Solicitud de beneficios

### **Paso 3. Hable con nosotros.**

Es posible que tenga que realizar una entrevista con un trabajador. Si es así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede realizar por teléfono.

### **¿Cómo utilizamos la información personal del solicitante?**

Solo debe brindarnos los números de Seguro Social (SSN) y la ciudadanía o el estado de inmigración de las personas que desean solicitar los beneficios. Utilizaremos esta información para verificar el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS). También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad, información salarial y participación en actividades laborales. Si un miembro de la



## Solicitud de beneficios

unidad familiar no desea brindarnos información acerca de su número de Seguro Social, ciudadanía o estado de inmigración, puede que otros miembros de la unidad familiar sigan recibiendo beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado de inmigración.

### **¿Es posible que otra persona presente la solicitud por mí?**

Para los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) y Medicaid, puede pedirle a alguien que presente la solicitud en su nombre.

En el caso del TANF, cualquiera puede solicitarlo , pero el padre, la madre, el cuidador o la mujer embarazada deben ser entrevistados.



## Solicitud de beneficios

**(Complete esta solicitud y devuélvala en la oficina LOCAL DEL CONDADO de la DFCS).**

**¿Qué estoy solicitando? (Marque todo lo que corresponda)**

**Cupones de Alimentos (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP)**

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), previamente conocido como Cupones de Alimentos, es un programa financiado por el gobierno federal que brinda beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos con el fin de ayudar a pagar el costo de los alimentos. El programa también brinda educación nutricional a las familias para que satisfagan sus necesidades alimentarias y nutricionales y les brinda oportunidades de empleo y capacitación con el fin de ayudar a las



## Solicitud de beneficios

familias a obtener empleo que genere menos dependencia del SNAP.

### **Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF)**

La Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) brinda temporalmente pagos mensuales en efectivo, pagos únicos en efectivo u otro tipo de servicios de apoyo para fortalecer a familias con niños o personas embarazadas elegibles. Si usted es el padre o la madre del niño, o la persona que lo cuida o una persona embarazada y le gustaría que lo incluyan en el subsidio, le solicitaremos que participe en un programa de trabajo.



## Solicitud de beneficios

### **Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG)**

El programa Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG) proporcionará pagos en efectivo adicionales para que los niños puedan estar bajo el cuidado y en el hogar de sus abuelos.

**Los solicitantes deben solicitar TANF para ser elegibles para GRG**

### **Asistencia en efectivo para refugiados**

El programa de Asistencia en Efectivo brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF. El término refugiado incluye a refugiados, inmigrantes de Cuba/Haití, víctimas de la trata de personas, norteamericanos de origen asiático, asilados, afganos o iraquíes con Visa de Inmigrante Especial (SIV) o afganos con libertad bajo palabra elegible.



# Solicitud de beneficios

## Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a adultos mayores, personas ciegas o con discapacidades, mujeres embarazadas, niños y familias. Cuando realice la solicitud, observaremos todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles cumple los requisitos.

### **Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante.**

Primer nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Sufijo \_\_\_\_\_

Dirección donde vive \_\_\_\_\_

Apt \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Ciudad \_\_\_\_\_

Estado \_\_\_\_\_

Código postal \_\_\_\_\_

¿Es usted una persona sin hogar?  Sí  No

Dirección postal (si es distinta) \_\_\_\_\_

Número de teléfono principal \_\_\_\_\_

Otro número de contacto \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica: \_\_\_\_\_

Dirección de correo electrónico

(opcional): \_\_\_\_\_

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

¿Cuál es su idioma de preferencia? \_\_\_\_\_

Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un

intérprete?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

### **Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificación razonable y ayuda a la comunicación (si corresponde):**

**¿Tiene alguna discapacidad que requiera  
una Modificación Razonable o Asistencia  
de Comunicación?  Sí  No (En caso  
afirmativo, describa la Modificación  
Razonable o Asistencia de Comunicación  
que solicita):**

Intérprete de lengua de signos\_\_\_\_\_;

TTY\_\_\_\_\_;

Letra grande\_\_\_\_\_;

Comunicación electrónica (correo  
electrónico)\_\_\_\_\_; Braille\_\_\_\_\_;

Servicio de retransmisión\_\_\_\_\_;

Intérprete de habla asistida\_\_\_\_\_;

Intérprete oral\_\_\_\_\_;



# Solicitud de beneficios

Intérprete táctil\_\_\_\_\_;

Llamada telefónica para recordar los plazos del programa\_\_\_\_\_;

Firma telefónica (si corresponde)\_\_\_\_\_;

Entrevista presencial (visita a domicilio)\_\_\_\_\_;

Otros:\_\_\_\_\_

**¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez \_\_\_\_\_o permanentemente \_\_\_\_\_?**

**Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**

---

---



## Solicitud de beneficios

### **Para todos los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP), TANF y Medicaid:**

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por 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 DHS-DFCS, DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que doy 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.



## Solicitud de beneficios

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4250 o más (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 del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de forma intencional.

Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no



## Solicitud de beneficios

presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (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



# Solicitud de beneficios

---

Firma del testigo (si se firmó con X)

---

Fecha

## **Representante autorizado:**

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud, realice la entrevista o utilice su tarjeta EBT 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 solicitando los beneficios de Medicaid, puede



## Solicitud de beneficios

elegir a más de una persona u organización para que actúe en su nombre.

Tipos de programas del representante autorizado 1:

Cupones de Alimentos (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 las notificaciones y otras comunicaciones

Actuar en nombre del solicitante en todos los demás asuntos

Recibir una tarjeta de beneficios de TANF (EPPIC)



# Solicitud de beneficios

Nombre de la persona 1: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización 1 (si corresponde):

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apt: \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica:

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional)

\_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Idioma preferido: \_\_\_\_\_

¿Se necesita un intérprete?  Sí  No

Tipos de programas del representante autorizado 2:

Cupones de Alimentos (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 las notificaciones y otras  
comunicaciones

Actuar en nombre del solicitante en todos los  
demás asuntos

Recibir una tarjeta de beneficios de TANF  
(EPPIC)



# Solicitud de beneficios

Nombre de la persona 2: \_\_\_\_\_

Nombre de la organización 2 (si corresponde):

\_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Apt: \_\_\_\_\_

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

Estado: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_

Comunicación electrónica:

Correo electrónico:  Sí  No (opcional)

Mensajes de texto:  Sí  No (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional)

\_\_\_\_\_

Idioma preferido: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

¿Se necesita un intérprete?  Sí  No

## **Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los representantes autorizados (si corresponde):**

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación?

Sí  No (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de lengua de signos\_\_\_\_\_;

TTY\_\_\_\_\_;

Letra grande\_\_\_\_\_;

Comunicación electrónica (correo electrónico)\_\_\_\_\_; Braille\_\_\_\_\_;



# Solicitud de beneficios

Servicio de retransmisión\_\_\_\_\_;

Intérprete de habla asistida\_\_\_\_\_;

Intérprete oral\_\_\_\_\_;

Intérprete táctil\_\_\_\_\_;

Llamada telefónica para recordar los plazos del programa\_\_\_\_\_;

Firma telefónica (si corresponde) \_\_\_\_\_;

Entrevista presencial (visita a domicilio) \_\_\_\_\_;

Otro:\_\_\_\_\_

**¿Necesita el representante autorizado esta Modificación Razonable o Asistencia para la Comunicación una sola vez\_\_\_\_\_ o de forma continuada\_\_\_\_\_? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**\_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Solo para uso de la oficina:

Fecha de recepción: \_\_\_\_\_

### **Elegibilidad Rápida:**

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica. Si su hijo es elegible para recibir el SNAP o la TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia, los ingresos del SNAP o la TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el



## Solicitud de beneficios

estado de inmigración con las reglas de Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al niño o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

¿Acepta que la DFCS utilice su información de SNAP o TANF para realizar una determinación de ELE para inscribir a su hijo o renovar su inscripción en Medicaid o PeachCare for Kids®?

Sí  No



## Solicitud de beneficios

### **¿Califico para recibir los Cupones de Alimentos (SNAP) de forma más rápida? (Se requiere esta información solo a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP))**

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para ver si puede obtener los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) dentro de los 7 días.

1. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar es inmigrante o trabajador agrícola estacional?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién?

---



## Solicitud de beneficios

2. **Ingreso del trabajo bruto** total que

recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_

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

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

Fecha de fin del empleo \_\_\_\_\_

Salario \_\_\_\_\_

Horas trabajadas semanalmente \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se le paga:

Semanal

quincenal

bimensual

mensualmente (marque uno)

3. **Ingreso bruto total no derivado del**

**trabajo** que recibirá este mes: \$ \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Tipo de ingresos no derivados del  
trabajo \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se recibe:

- Semanal
- quincenal
- bimensual
- mensualmente (marque uno)

Tipo de ingresos no derivados del  
trabajo \_\_\_\_\_

Monto \_\_\_\_\_

Con qué frecuencia se recibe:

- Semanal
- quincenal
- bimensual
- mensualmente (marque uno)



## Solicitud de beneficios

4. Total de ingresos del trabajo y no derivados del trabajo para este mes: \$ \_\_\_\_\_

5. ¿Cuánto dinero tiene usted y todos los miembros de la unidad familiar en efectivo o en el banco? \$ \_\_\_\_\_

6. ¿Cuál es el monto mensual de su renta, hipoteca, impuestos a la propiedad o seguro del propietario? \$ \_\_\_\_\_

¿Seguro? \_\_\_\_\_

7. ¿Cuál es el importe total de sus gastos de electricidad, agua, gas y/u otros servicios públicos este mes? \$ \_\_\_\_\_

**(Excluya en el total los importes vencidos y los recargos por demora)**



## Solicitud de beneficios

a. ¿Cuál es la fuente principal de calefacción o enfriamiento de su unidad familiar? Marque todo lo que corresponda.

Eléctrico

Gas

Ventana o aire acondicionado central.

Aceite de queroseno

Madera

b. ¿Ha recibido asistencia energética en los últimos 12 meses?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, monto recibido \$\_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

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

**Para los solicitantes de Asistencia Médica:**

Inclúyase a usted mismo, a su cónyuge, a sus hijos (incluidos los hijastros) menores de 21 años que vivan con usted, a su pareja de hecho que necesite cobertura de salud, a cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted, y a cualquier otra persona menor de 21 años a la que cuide y viva con usted. No tiene que incluir a su pareja de hecho que no necesita cobertura sanitaria, a los hijos de su pareja de hecho, a sus padres que viven con usted pero presentan su propia declaración de impuestos (si tiene más de 21 años), ni a otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA), no es necesario que



## Solicitud de beneficios

proporcione su número de Seguro Social (SSN) o información acerca de su estado de inmigración.

**Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales:**

**La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008 7-2036, 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45, 205.52, 42 C.F.R. § 435.910., 42 C.F.R.y 42**

**del C.F.R., sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar los números de**

**seguridad social.** 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 de seguridad social, ciudadanía o estado



## Solicitud de beneficios

de inmigración, 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 de inmigración y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos sobre **sus** ingresos 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 de inmigración. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del



## Solicitud de beneficios

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 dar 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 de Cupones de Alimentos (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 del hogar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía, o estado de inmigración.



# Solicitud de beneficios

NOMBRE

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Vínculo \_\_\_\_\_

¿Esta persona está solicitando beneficios?

Sí  No

¿Necesita esta persona cobertura sanitaria?

Sí  No

Fecha de nacimiento \_\_\_\_\_

Formato (mm/dd/aa)

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

## **(Opcional para los no solicitantes)**

Sexo:  Masculino  Femenino

Hispano o latino (Opcional) \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Código de raza (opcional) \_\_\_\_\_

(Ver códigos más abajo)

¿Es usted ciudadano de EE. nacional  
estadounidense, inmigrante calificado o cuenta  
con un estado de inmigración adecuado? (Sólo  
solicitantes)  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/origen étnico, nos ayudará a administrar



# Solicitud de beneficios

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.

**Si usted u otro solicitante de la unidad familiar no es ciudadano estadounidense o nacional estadounidense, complete el siguiente cuadro:** (añada páginas adicionales si es necesario)

NOMBRE

Nombre \_\_\_\_\_

Inicial del segundo nombre \_\_\_\_\_

Apellido \_\_\_\_\_

Tipo de documento de inmigración \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

Número de identificación de  
extranjero/certificado/documento\_\_\_\_\_

¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?  Sí  No

Fecha de naturalización/Fecha de entrada o  
admisión en 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

### **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



# Solicitud de beneficios

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 Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

En caso **afirmativo**:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en más de un área



# Solicitud de beneficios

después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

En caso **afirmativo**:

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 Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, especifique quién

\_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

4. ¿Hay alguien embarazada? (Esta pregunta no corresponde a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿cuál es la fecha de parto estimada? \_\_\_\_\_; ¿y cuántos bebés se esperan? \_\_\_\_\_.

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

¿Cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? \_\_\_\_\_; ¿y cuántos bebés nacieron/se esperaban? \_\_\_\_\_

Nombre de la embarazada: \_\_\_\_\_

\*Sólo para solicitantes de TANF, proporcione lo siguiente:



# Solicitud de beneficios

Nombre del padre del bebé por nacer:

---

Dirección del padre: \_\_\_\_\_

5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguien tiene facturas médicas sin pagar en los últimos 3 meses?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

6. ¿Se inhabilitó a alguien del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o del Programa TANF? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Dónde: \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (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 Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

9. ¿Alguien tiene una condena 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 Cupones de



# Solicitud de beneficios

Alimentos (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 Cupones de Alimentos (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 Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No



## Solicitud de beneficios

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

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

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

11. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Cupones para Alimentos (SNAP) por más de



## Solicitud de beneficios

\$500 después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

12. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado por canjear beneficios de cupones para alimentos (SNAP) por armas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (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



## Solicitud de beneficios

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 ofensa después del 2/7/2014? (Solo para Cupones de Alimentos (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 Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No



## Solicitud de beneficios

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 Cupones de Alimentos (SNAP))  Sí  No

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

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

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

Monto recibido: \_\_\_\_\_

15. ¿Alguien ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubs 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? (Sólo para TANF)  Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Cuándo: \_\_\_\_\_

16. ¿Alguien que está solicitando beneficios recibe actualmente pensión alimenticia?



# Solicitud de beneficios

Sí  No

Si la respuesta es **sí**:

Quién: \_\_\_\_\_

Monto mensual recibido: \_\_\_\_\_

Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimenticia: \_\_\_\_\_

## **Cuéntenos sobre los ingresos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar**

**¿Usted o alguna de las personas en su unidad familiar recibe algún tipo de ingreso, como** salario, propina, bonificaciones, empleo por cuenta propia, seguro social/jubilación ferroviaria, otra discapacidad, pensiones, desempleo o algún otro ingreso? Para los Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF, también enuncie los ingresos tales como el ingreso de Asuntos de Veteranos, manutención infantil,



## Solicitud de beneficios

dinero de otras personas o compensación laboral.

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con ingresos \_\_\_\_\_

Tipo de ingresos \_\_\_\_\_

Nombre del empleador/fuente de ingresos \_\_\_\_\_

Importe mensual (antes de deducciones) \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia lo recibe? (mensual, cada dos semanas, semanal) \_\_\_\_\_

Pago por hora \_\_\_\_\_

Horas por semana \_\_\_\_\_

FECHA(S) EN LA(S) QUE RECIBIÓ

PAGO(S) \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

¿Hay alguien actualmente en huelga?  Sí  No

Si trabaja por cuenta propia, ingrese el monto de gastos mensuales de su negocio: \$\_\_\_\_\_

**Cuéntenos acerca de los recursos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar - Para los solicitantes de TANF, enuncie todos los recursos de todos los miembros de la unidad familiar y los solicitantes de Medicaid que sean de edad (65 años o más), ciegos o discapacitados (trastorno permanente que no le permite trabajar)**

¿Usted o alguien de la unidad familiar está solicitando recursos propios?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

Si la respuesta es **sí**, complete la información a continuación (indique todos los recursos (activos) que poseen usted, su cónyuge y sus dependientes, así como todos los recursos que posee en conjunto con otra persona. Si es necesario, adjunte páginas adicionales).

Cuentas corrientes  Sí  No

Planes exequiales/Funeral prepago  Sí  No

Cuentas de ahorro  Sí  No

Panteones o contratos exequiales  Sí  No

Bonos del Estado  Sí  No

Acciones y obligaciones  Sí  No

Fondos fiduciarios  Sí  No

Otros (IRA, CD, etc.)  Sí  No

Bienes inmuebles/patrimonio?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

¿Usted o su cónyuge ha entregado o vendido algún activo por una cantidad menor que su valor?  Sí  No

En caso de que su respuesta a alguna de estas preguntas haya sido **afirmativa**, brinde los detalles a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con recursos \_\_\_\_\_

Tipo de recurso \_\_\_\_\_

Número de cuenta/póliza \_\_\_\_\_

Valor \_\_\_\_\_

Nombre del banco, de la aseguradora, etc. \_\_\_\_\_

¿Usted o su cónyuge son propietarios de un vehículo?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, brinde los detalles a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con recursos \_\_\_\_\_

Marca del vehículo \_\_\_\_\_

Número de cuenta/póliza \_\_\_\_\_

Modelo \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Monto adeudado \_\_\_\_\_

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete la siguiente información.

Propietario de la póliza \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

Compañía de seguro \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_

Valor nominal \_\_\_\_\_

Valor monetario \_\_\_\_\_

**Cuéntenos acerca de los gastos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar (opcional para los solicitantes de Medicaid)**

**¿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 el cuadro a continuación.

Persona que requiere la atención \_\_\_\_\_

Persona que paga la atención \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

Motivo para la atención \_\_\_\_\_

Nombre/Número del proveedor \_\_\_\_\_

Monto pagado al proveedor \_\_\_\_\_

Frecuencia con la que se paga \_\_\_\_\_

**¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?  Sí  No**

¿Están incluidos estos gastos en los gastos de cuidado de dependientes?  Sí  No

Si la respuesta es **no**, responda esta pregunta:

**Total de millas recorridas por semana:** \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

**¿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.

Miembro de la unidad familiar obligado a pagar \_\_\_\_\_

Nombre del niño por el que paga la manutención infantil \_\_\_\_\_

Monto obligatorio a pagar \_\_\_\_\_

Monto real pagado \_\_\_\_\_

¿A quién se le paga manutención infantil? \_\_\_\_\_

**Cuéntenos más acerca de los gastos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar (opcional para los solicitantes de Medicaid)**



## Solicitud de beneficios

**¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos?**

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

Miembro de la unidad familiar que tiene gastos\_\_\_\_\_

Tipo de gastos (visitas médicas, visitas hospitalarias, recetas, Medicare o primas de seguro médico, anteojos)\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Monto adeudado\_\_\_\_\_

¿Todavía se debe?  Sí  No

Fecha que pagó\_\_\_\_\_

¿Pagará el seguro?  Sí  No



# Solicitud de beneficios

**¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos de traslado?**    Sí    No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

Objetivo del viaje (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia) \_\_\_\_\_

Total de millas recorridas: \_\_\_\_\_

Costo de taxi, colectivo, estacionamiento o alojamiento \_\_\_\_\_

**¿Usted o algún miembro de la unidad familiar tiene gastos de refugio o servicios públicos?**

Sí    No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.



## Solicitud de beneficios

- Gastos
- Renta/Hipoteca
- Impuestos sobre la propiedad
- Seguro de propiedad
- Electricidad
- Gas
- Basura
- Teléfono
- Otro

Monto \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

¿Quién lo paga? \_\_\_\_\_

**¿Comparte los gastos mensuales de la  
unidad familiar con alguien en el hogar?**



# Solicitud de beneficios

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/Documentación \_\_\_\_\_

A quién se le paga \_\_\_\_\_

Importe pagado \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre del propietario \_\_\_\_\_

Dirección del propietario: \_\_\_\_\_

**¿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 cantidad se paga? \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

¿A quién paga esta persona las facturas?

---

**Complete la siguiente información si solicita Medicaid.**

### Información del contribuyente

1. ¿Alguna persona en la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO?

Sí  No

Si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Enumere a cada persona que planea declarar).

2. ¿Algunas de las personas que declaran impuestos indicadas presentará de manera conjunta con un cónyuge?  Sí  No



# Solicitud de beneficios

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de el cónyuge: \_\_\_\_\_

3. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios:

(Contribuyente) \_\_\_\_\_

(Dependiente) \_\_\_\_\_



# Solicitud de beneficios

¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y el contribuyente? \_\_\_\_\_

**Deducciones:** Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia de pago.

Pensión alimenticia pagada \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Interés del préstamo estudiantil \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

Otras deducciones \$ \_\_\_\_\_

¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_ Tipo: \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

### Otra cobertura sanitaria

1. ¿Alguien tiene otro seguro de salud que cubre a algún miembro de su unidad familiar?

Sí  No

Si respondió afirmativamente a la pregunta 4, complete la siguiente información y el Anexo A:

Nombre del titular de la póliza \_\_\_\_\_

Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico \_\_\_\_\_

Tipo de cobertura (hospitalaria, complemento de Medicare, medicamentos, médica importante) \_\_\_\_\_

Nombre de las personas cubiertas \_\_\_\_\_

Fecha de entrada en vigor \_\_\_\_\_

Número de póliza \_\_\_\_\_



## Solicitud de beneficios

2. ¿A alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque **sí** incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre/una madre o cónyuge.  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, deberá completar el Anexo A.

¿Es un plan de beneficio de empleado estatal?

Sí  No

3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud perdió alguna cobertura de salud en los últimos 2 meses?

a.  Sí

Si la respuesta es **sí**, explique el motivo por el cual la perdió \_\_\_\_\_

b.  No



## Solicitud de beneficios

4. ¿Alguien estuvo en cuidado de acogida a los 18 años solicitando los beneficios de Medicaid?

Sí  No

5. ¿Alguien en su unidad familiar es estadounidense o nativo de Alaska?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, complete el Anexo B.

**Si existe alguien de 65 años o más, ciego o con discapacidades (trastorno permanente que no le permite trabajar), responda las preguntas. (Opcional)**

1. ¿Alguna de las personas de esta solicitud de cobertura de salud es ciega o tiene discapacidades?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

Si la respuesta es **sí**, indique el nombre:

---

2. ¿Usted o su cónyuge cuentan con cobertura de Medicaid actualmente?  Sí  No

Si la respuesta es sí, indique el nombre:

---

3. ¿Está solicitando Medicaid para cubrir el gasto de facturas médicas sin pagar de los tres meses previos a la solicitud de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?  Sí  No

Si la respuesta es **sí**, indique la fecha de la solicitud de SSI: \_\_\_\_\_

4. ¿Está realizando la solicitud para alguien que ya falleció y tiene facturas médicas sin pagar en los últimos tres (3) meses?  Sí  No



## Solicitud de beneficios

5. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar la atención de una persona que se encuentra en una residencia de ancianos?  Sí  No

6. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid para una persona mayor de 18 años cuyos cheques de SSI se han interrumpido?

Sí  No

7. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar servicios de exención basados en la comunidad, tales como Servicios de Atención Comunitaria, NOW/COMP, Cuidado de Hospicio, exención de cuidado independiente o la exención Deeming (Katie Beckett)?

Sí  No



## Solicitud de beneficios

### **Penalidades del Programa de Cupones de Alimentos (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 Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona utilice su tarjeta.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT para comprar



## Solicitud de beneficios

artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

**Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja cualquiera de las reglas de Cupones de Alimentos (SNAP) a propósito puede ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) por un año o de forma permanente, con una multa de hasta \$250,000, puede ser encarcelado por hasta 20 años o ambas. También puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables. También se le puede excluir del Programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales si la corte lo ordena.**



## Solicitud de beneficios

**Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir Cupones de Alimentos durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de usar o recibir beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) 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.**



## Solicitud de beneficios

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar 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 hogar serán inelegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) desde el primer delito de esta infracción.**

**Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de la unidad familiar culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted o ese miembro de la unidad familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones**



## **Solicitud de beneficios**

**de Alimentos desde el primer delito de esta infracción.**

**Si se descubre 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 (donde vive) para recibir múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.**

### **Penalidades del Programa TANF**

En el programa TANF, una infracción intencional del programa (IPV) es una acción intencional por



## Solicitud de beneficios

parte de una persona para establecer o mantener una elegibilidad de unidad de asistencia (UA), o para incrementar o prevenir una reducción en los beneficios de la UA por proveer información falsa o engañosa u ocultar información.

- Todo miembro de la unidad familiar que oculte información y no informe cambios a tiempo o no diga la verdad perderá los beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. El uso indebido 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, clubs nudistas, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos



## Solicitud de beneficios

de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes está terminantemente prohibido y resultará en una pérdida de los beneficios TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.

- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar está ocultando información, o no informa cambios a tiempo o no dice la verdad y está condenado, es posible que no reciba los beneficios de TANF durante 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.



## Solicitud de beneficios

- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar es culpable de brindar información falsa acerca de donde vive para que pueda recibir los beneficios en más de un estado, se lo excluirá por 10 años.
- Si un tribunal lo condenó con un cargo relacionado a drogas, sustancias controladas o un delito violento serio el 1/1/1997 o después, usted o el miembro de la unidad familiar no será elegible o se lo descalificará de manera permanente.

### **Para todos los solicitantes de Medicaid:**

Para denunciar sospechas de fraude a Medicaid por parte de beneficiarios o proveedores, llame al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia, Oficina del Inspector General al número (local)



## Solicitud de beneficios

(404) 463-7590 o al número (llamadas gratuitas) (800) 533-0686), por correo electrónico a [oiganonymous@dch.ga.gov](mailto:oiganonymous@dch.ga.gov), por correo al Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 30334th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; o visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

### **Para todos los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP), TANF y Medicaid:**

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por 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



## Solicitud de beneficios

correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las Agencias Federales autorizadas pueden verificar la información que doy 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 de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4250 o más (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



## Solicitud de beneficios

información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de forma intencional.

Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (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



# Solicitud de beneficios

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 del solicitante

---

Fecha

---

Firma del representante autorizado

---

Fecha



## Solicitud de beneficios

### **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.



## Solicitud de beneficios

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 un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

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



## Solicitud de beneficios

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar 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.**



# Solicitud de beneficios

**(Conserve estos documentos para su información)**

## **¿Qué significan las palabras utilizadas en esta solicitud?**

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.



## Solicitud de beneficios

### **Cuidador**

Un progenitor, mujer embarazada, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.

### **Descalificado**

La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.

### **Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)**

El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para los Cupones de Alimentos (SNAP). Las personas que reciben asistencia reciben una tarjeta de débito EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas de Cupones de Alimentos (SNAP).



## Solicitud de beneficios

### 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](http://www.gateway.ga.gov) para actualizar la configuración de las notificaciones.



## Solicitud de beneficios

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.

### **Tarjeta de débito EPPICard MasterCard**

El estado de Georgia ha implementado una opción de pago "electrónico" conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito EPPICard MasterCard. 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 electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.



## Solicitud de beneficios

### **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**

Individuo que carece de residencia nocturna fija y regular o individuo cuya residencia nocturna principal es:

- un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo);



## Solicitud de beneficios

- 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).
- un lugar no concebido ni utilizado habitualmente como alojamiento habitual para personas (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).

### **Miembros de la unidad familiar**

Personas que viven en su hogar. Para los Cupones de Alimentos (SNAP), son las personas



## Solicitud de beneficios

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 del 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, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas



## Solicitud de beneficios

de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El uso de 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.

### **Trabajadores agrícolas migrantes**

Personas que son trabajadores agrícolas estacionales y que se desplazan de una base a otra para trabajar o buscar trabajo agrícola.

### **No solicitante**

Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a facilitar su número de la seguridad social, nacionalidad o estatus migratorio.

### **Inmigrante/extranjero calificado**



## Solicitud de beneficios

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) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas 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;



## Solicitud de beneficios

- 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 la Trata del 2000;



## Solicitud de beneficios

- 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



## Solicitud de beneficios

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 Palau. 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.

### **Trabajadores agrícolas estacionales**

Personas que trabajan en determinadas épocas del año plantando, recogiendo o envasando productos agrícolas. Se les contrata



## Solicitud de beneficios

temporalmente cuando un trabajo requiere más trabajadores de los que la explotación emplea regularmente.

### **Tráfico del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP)**

El tráfico de los beneficios del SNAP significa:

(1) La compra, venta, el robo o intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accesibles a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, para cobrarlos en efectivo o comprar productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta; (2) el intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) la compra de un producto con los beneficios del SNAP que tiene un contenedor que requiere un depósito de devolución con la intención de



## Solicitud de beneficios

obtener efectivo al deshacerse del producto y devolver el contenedor por el monto del depósito, deshacerse del producto intencionalmente, y devolver el contenedor intencionalmente por el monto del depósito; (4) la compra de un producto con los beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles por la reventa del producto, y luego volver a vender intencionalmente el producto comprado con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (5) la compra intencional de productos originalmente comprados con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (6) el intento de comprar, vender, robar o realizar un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y accesibles a través de las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de



## Solicitud de beneficios

tarjetas, y números de identificación personal (PIN), o con cupones manuales y firmas, por efectivo o productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta. (6) Intentar comprar, vender, robar o afectar de otro modo un intercambio de beneficios de 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 connivencia con otras personas, o actuando solo.



## Solicitud de beneficios

### **Aviso de los derechos de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA, por sus siglas 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



## Solicitud de beneficios

motivos de discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para brindar acceso equitativo. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz , proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad ayudas a la comunicación , como intérpretes de lengua de signos. 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 en la comunicación**

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una



## Solicitud de beneficios

modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el administrador del caso o llamar a la DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede realizar su solicitud utilizando el Formulario de solicitud de modificación razonable ADA de 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 puede obtener el Formulario de solicitud de modificación razonable de ADA del DCH por parte del equipo de KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no es necesario que utilice un formulario.



## Solicitud de beneficios

### Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lenguaje 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 trabajador de su caso , con la oficina local del DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles , ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172,



## Solicitud de beneficios

Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente:

[dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Puede pedirle a su trabajador social una copia del formulario de reclamos de derechos civiles de la DFCS. El formulario de reclamo también está disponible en

[https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-](https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights)

[civil-rights](https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights). Si necesita ayuda para presentar un reclamo 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 comuniqué con nosotros.

El correo electrónico para los reclamos de

derechos civiles del DCH es el siguiente:

[dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). El enlace para



## Solicitud de beneficios

acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar una denuncia por discriminación ante el organismo federal competente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la "Declaración conjunta de no discriminación USDA-HHS" 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



## Solicitud de beneficios

de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.

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



## Solicitud de beneficios

**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



## Solicitud de beneficios

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.



## Solicitud de beneficios

### **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A 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 un reclamo de discriminación del programa, complete el formulario de reclamo de 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



## Solicitud de beneficios

de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA antes de:

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

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas de SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa de 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



## Solicitud de beneficios

de línea directa por estado); que se encuentran en línea en: línea directa de SNAP.

### **RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A 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 la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) 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 las que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar un reclamo ante la



## Solicitud de beneficios

Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) en su nombre o por otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o para 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 reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo a la siguiente dirección: 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](mailto:OCRmail@hhs.gov). Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las



## Solicitud de beneficios

personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697.

1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para 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 un reclamo.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otros reclamos por discriminación ante el Departamento de Servicios



## Solicitud de beneficios

Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en el Departamento de Servicios Humanos de Georgia, Oficina del Asesor General, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para 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 del DHS a la Oficina del Asesor General del Departamento de Servicios Humanos, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**No envíe solicitudes al USDA o HHS**