Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

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 a GA Relay al 1-800-255-0135. 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 muestre el cartel de EBT/*Quest.* El precio de su compra de alimentos será sustraído de su cuenta de cupones de alimentos.

Asistencia financiera/Servicios de ayuda para encontrar empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) provee asistencia financiera, 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 Financiera 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.

Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información acerca de otros servicios de DHS, visite nuestro sitio web en www.dfcs.dhr.georgia.gov o llame al 1-877-423-4746.

¿Cómo solicito los beneficios?

1er Paso. Llene el formulario de solicitud.

Lea con cuidado las preguntas y dé información precisa. Firme y feche la solicitud.

2do Paso. Entregue la solicitud. Deberá arrancar las páginas de la 1 a la 3 y quedarse con ellas.

Envíe por correo, por fax o entregue en persona a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS) las páginas 4 a la 13 de esta solicitud. 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 sólo 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 sólo 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.

3er 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.

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 6

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

¿Qué información deberé proporcionar?
Es una buena idea proporcionar lo siguiente:

- Prueba de identidad del solicitante, si está solicitando cupones de alimentos o TANF. Prueba de identidad de cada persona que desea recibir Medicaid, si está solicitando Medicaid. Una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL).
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio aceptable de cada persona que desea 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.**
- Número de Seguro Social de cada persona que desea recibir 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 devuelva cualquier información a nuestra oficina. Díganos si necesita ayuda para conseguir esta información.

¿Cómo usamos la información personal del solicitante?
Usted sólo debe proporcionar números de Seguro Social (SSN) y ciudadanía o estatus migratorio de aquellas personas que desean recibir beneficios. Esta información será usada para consultar el sistema de verificación de ingresos y calificación (IEVS). Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales, para verificar sus ingresos y si califica. 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 deben ser entrevistados.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

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 el 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 el 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 de 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, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al 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 completado o una carta al USDA por:

(1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax: (202) 690-7442; o

(3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información que tenga que ver 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.

Para presentar una queja de 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) o (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 la 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 negarle 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 del Programa de Integridad del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).

¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud?

Este cuadro explica las palabras que hemos usado en esta solicitud.

Cuidador	Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF y tiene niños bajo su cuidado.
Pariente beneficiario	Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF a su nombre, de parte de los niños.
Descalificado	Paso que se toma para retirar a un individuo de un caso de Cupones de Alimentos o TANF, por no decir la verdad y recibir beneficios que no debió haber recibido.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	Sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que califican para recibir 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.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud?

Tarjeta de débito EPPICard MasterCard	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.
Miembros del hogar	Individuos que viven con usted en su casa. Para cupones de alimentos, los individuos que viven juntos y compran y preparan sus alimentos juntos.
Ingresos	Pagos como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, compensación de trabajadores, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Ingresos brutos	Ingreso total de una persona antes de tener en cuenta los impuestos o alguna otra deducción.
Trabajadores agrícolas migrantes	Individuos que son trabajadores agrícolas por temporadas y se mudan de una residencia a otra para trabajar o para buscar trabajo agrícola.
Recursos	Dinero en efectivo, propiedades o activos como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida.
Trabajadores agrícolas de temporada	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.
Tráfico en el Programa de Cupones de Alimentos o SNAP	*Traficar* beneficios de SNAP significa: (1) Comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de 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 retorno, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y retornar el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y retornar 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 firma a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos autorizados, ya sea de manera directa, indirecta en complicidad o colusión con otros o actuando solo.
Extranjero o inmigrante calificado	Un *extranjero o inmigrante calificado* 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 *amerasiáticos* 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 *refugiados*, 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 *deportación* 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 *entrada condicional* de conformidad con la sección 203(a)(7) de la INA, según estaba en vigor antes del 1 de abril de 1980; los inmigrantes *cubanos o haitianos* tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; las *víctimas de tráfico humano* según la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico Ilegal de 2000; los *inmigrantes maltratados* 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 *afganos o iraquíes* 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 *indios americanos* 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 *miembros de la tribu laosiana de Hmong o Tierras Altas* que prestaron asistencia al personal estadounidense al tomar parte en operaciones militares o de rescate durante la Era de Vietnam (8/05/1964 – 5/07/1975).

Solicitud de Beneficios

¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud?

Ley de Asistencia de Impuestos para la Clase Media de 2012	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 póker, 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 hechas en este tipo de negocio se considerará una violación intencional (fraude) del programa por parte del beneficiario.
Solicitante	Un individuo que decide solicitar o recibir beneficios o asistencia pública.
No solicitante	Un individuo que NO solicita o recibe beneficios o asistencia pública. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de Seguro Social (SSN), ciudadanía o estatus migratorio.
Unidad de Asistencia	Una unidad de asistencia incluye individuos que *califican*, que viven juntos y que reciben asistencia/beneficios públicos juntos.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

¿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 Financiera para Refugiados**
  El Programa de Asistencia Financiera 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 una lengua extranjera (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)	

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

Declaro bajo pena de perjurio, según mi mejor 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 mejor saber y entender. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) 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. 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 sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS 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 sólo 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: _____

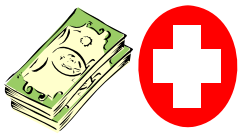
Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

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

For Office Use Only (**Sólo para uso oficial)** Date Received: _____

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

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/ bimensual/ 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/ bimensual/ mensual (encierre una opción en un círculo)
   Tipo de ingreso no derivado del trabajo _____ Cantidad _____ semanal/cada 2 semanas/ bimensual/ 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 renta, 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 de pago)

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

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 designado **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 por que otros miembros del hogar no hayan proporcionado su número de seguro social, estatus de ciudadanía o estatus migratorio.

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

Códigos de raza (escoja todos los que correspondan):

AI – Indio Americano/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.

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

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 sólo 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? (Sólo 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? (Sólo 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 es para quienes solicitan sólo cupones de alimentos)

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

   (Esta pregunta no es para quienes solicitan sólo 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?: _____

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

   Si responde Sí, ¿quién? _____

8. ¿Alguna de las personas del hogar está en violación de las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? (Sólo 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 sustancia controlada, después del 8/22/96 (Sólo para cupones de alimentos y TANF) o un delito grave relacionado con violencia? (Sólo para TANF) ❑ Sí ❑ No

   Si responde Sí:

   ¿Quién?: _____

   ¿Cuándo?: _____

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? (Sólo 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? (Sólo 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? (Sólo 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? (Sólo para TANF)

    ❑ Sí ❑ No

    Si responde Sí:

    ¿Quién?: _____

    ¿Cuándo?: _____

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios

Díganos acerca del solicitante y los ingresos de todos los miembros del hogar

¿Usted o algún miembro de su hogar por el que esté solicitando beneficios recibe algún tipo de ingreso como salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, Seguro Social / Retiro Ferroviario, 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

Díganos acerca del solicitante y todos los gastos de 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 abajo.

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

¿Algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años tiene gastos médicos? Sí ☐ No ☐
Si responde sí, complete la tabla abajo.

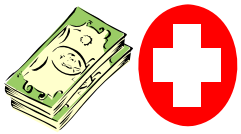
Miembro del hogar que tiene gastos	Tipo de gasto (visitas médicas, visitas al hospital, recetas médicas, primas de Medicare o de seguros de salud, anteojos)	Cantidad adeudada	¿Aún se adeuda? Sí/No	Fecha de pago	¿La aseguradora pagará? Sí/No

¿Algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años tiene gastos médicos de transporte? Sí ☐ No ☐
Si responde Sí, complete la tabla de abajo.

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

Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios



Díganos más acerca del solicitante y todos los gastos de los miembros del hogar

¿Alguien en su hogar le paga manutención infantil a alguien que viva <u>fuera</u> del hogar? Sí ☐ No ☐
Si responde sí, complete la tabla abajo.

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?

Complete la tabla de abajo si usted o cualquier miembro del hogar tiene gastos de vivienda. Sí☐ No ☐

Si responde Sí, complete la tabla de abajo.

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?_____ Monto pagado $_____ 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 abajo*:*

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

Solicitud de Beneficios

Sanciones del Programa de Cupones de Alimentos

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

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice 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 alimenticios 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 viole intencionalmente cualquiera de las reglas de los cupones de alimentos, podría ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos por un período 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 bajo 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 de forma permanente 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 de forma permanente 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

Para el Programa de TANF, se considera una violación intencional del programa toda acción intencional de proveer información falsa o engañosa con el fin de establecer o mantener la calificación de una AU, aumentar los beneficios, evitar una reducción de beneficios, ocultar información para evitar una acción negativa o usar la asistencia financiera en lugares prohibidos.

- Cualquier miembro del hogar que oculte información, no informe cambios a tiempo o no diga la verdad sobre los fondos de asistencia financiera o una tarjeta de DÉBITO de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, negocios de licores, establecimientos de entretenimiento para adultos como “strip clubs”, salas de póquer, pago de fianza, discotecas, salones y bares, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos para juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa está estrictamente prohibido, que oculte información o no informe cambios perderá los beneficios de TANF por un período de 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 y/o serán descalificados permanentemente.

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 mejor saber y entender. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Agencias Federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. La información puede ser obtenida de empleadores pasados o actuales. 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 ocultó información. Entiendo que si no le digo a DHS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS 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)