



Georgia Department of Human Services
Division of Family & Children Services

Formulario de solicitud de modificaciones razonables y asistencia de comunicación del DFCS para personas con discapacidad

¿Tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable o asistencia de comunicación para acceder a los servicios del Departamento de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS)?

Para solicitar una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional, complete el formulario a continuación. No es necesario que complete este formulario o nos diga su discapacidad para recibir modificaciones razonables, asistencia de comunicación o ayuda adicional.

Si necesita ayuda para completarlo, consulte a un miembro de nuestro personal o llame al 877-423-4746. Hay formatos alternativos de este formulario disponibles a pedido. La información que nos proporciona es confidencial.

El DFCS brinda:

- Modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para proporcionar acceso equitativo.
- Asistencia de comunicación para personas con

discapacidad o sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lengua de señas, para una comunicación efectiva.

El DFCS no está obligado a realizar ninguna modificación que resulte en una alteración fundamental en la naturaleza de un servicio, un programa o una actividad, o en cargas financieras y administrativas indebidas.

El DFCS tiene prohibido divulgar información personal identificable (PII) o información de salud protegida (PHI) a personas no autorizadas. Por lo tanto, el DFCS no revelará ni discutirá la PII o la PHI de una persona con discapacidad, ni permitirá el acceso a esta, sin la autorización correspondiente.

En situaciones en las que un acompañante u otra persona solicite una modificación razonable o asistencia de comunicación en nombre de una persona con discapacidad, el DFCS se comunicará con el solicitante/destinatario con una discapacidad o con un representante autorizado para verificar la solicitud.

For Agency Use Only / Para uso de la agencia únicamente

Head of Household/Jefe de familia: _____ Client ID/Identificación del cliente: _____

Fecha: _____

Nombre de la persona con discapacidad que necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional:

*** Nombre del solicitante (si es diferente del nombre mencionado anteriormente):**

Relación del solicitante con la persona con discapacidad:

Número de teléfono: _____

Correo electrónico: _____

Fecha de nacimiento de la persona con discapacidad:

___ / ___ / _____ o ID de cliente: _____

Dirección: Calle: _____

Ciudad: _____

Código postal: _____ Condado: _____

Teléfono: _____

Correo electrónico (si tiene):

Marque los programas del DFCS que correspondan:

_____ SNAP

_____ TANF

_____ Asistencia médica (por ejemplo, Medicaid y PeachCare for Kids[®])

_____ Bienestar infantil (CPS, cuidado de acoyo, adopción, reunificación familiar)

_____ Otro: _____

1. ¿Necesita una modificación razonable debido a una discapacidad?

_____ Sí _____ No

En caso afirmativo, describa la modificación razonable que está solicitando.

2. ¿Usted o su acompañante necesitan asistencia de comunicación debido a una discapacidad? En caso afirmativo, díganos para que podamos ayudarlo. (Marque todas las que correspondan).

- Intérprete de lengua de señas
- Intérprete de habla con clave
- Intérprete oral (No relacionado con la asistencia lingüística.)
- Intérprete táctil
- TTY
- Braille
- Letra grande
- Comunicación electrónica (correo electrónico)
- Retransmisión de video
- Entrevista en persona
- Llamada telefónica para recordar los plazos del programa
- Firma telefónica (si corresponde)
- otro: _____

3. ¿Cómo le ayudará esta modificación razonable o asistencia de comunicación (o ayuda adicional)?

-
-
-
4. 4. ¿Necesita esta modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional:

___ una vez

___ continuamente

Si es posible, explique cuándo y cuánto tiempo necesita esta asistencia (ayuda adicional).

DEVUELVA ESTE FORMULARIO A LAS SIGUIENTES

PERSONAS:

su asistente social, la persona en la recepción o envíe un correo electrónico a la siguiente dirección:

CustomerServiceDHS@dhs.ga.gov y escriba “ADA” en la línea de asunto.

*La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973, la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 1990 y la Ley de Enmiendas de la Ley para Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidad no sufran discriminación ilegal.

Declaración de no discriminación

Con arreglo a lo dispuesto en las leyes federales sobre derechos civiles y en las normativas y políticas en materia de derechos civiles del Departamento de Agricultura de Estados Unidos, se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas y empleados, así como las instituciones involucradas o que gestionan los programas del USDA, cometan discriminación por razones de raza, color, país de origen, sexo (incluidas identidad de género y orientación sexual), creencia religiosa, discapacidad, edad, ideología política, y la retaliación o represalias por acciones previas relacionadas con los derechos civiles en cualquier programa o actividad llevada a cabo o financiada por el USDA. También se prohíbe la discriminación en los programas que perciben ayudas económicas federales por parte del Departamento de Salud y Servicios Sociales (HHS), como el programa de Asistencia temporal para familias necesitadas (TANF), y programas que lleva a cabo directamente el HHS en virtud de la legislación federal en materia de derechos civiles y las normativas del HHS.

Las personas con discapacidad que necesiten medios de comunicación alternativos para conocer la información del programa (p. ej., Braille, fuente aumentada, grabación en audio, lengua de signos estadounidense), deben ponerse en contacto con la agencia (del estado o local) en la que solicitaron las ayudas. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidad del habla pueden ponerse en contacto con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión en el número de teléfono (800) 877-8339. Además, la información del programa puede estar disponible en otros idiomas además del inglés.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL USDA

El USDA ofrece ayuda financiera federal para muchos programas de seguridad alimentaria y 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 una queja por discriminación en el programa, rellene el formulario de queja por discriminación en el programa, (AD3027) que se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027s.pdf> y en cualquier oficina del USDA o escriba una carta dirigida al USDA e incluya en la carta toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamación, llame al (866)632-9992. Envíe su formulario o carta cumplimentada al USDA a través de los siguientes cauces:

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

Para cualquier otra información relacionada con el SNAP, las personas deben ponerse en contacto con el número de la línea directa del SNAP del USDA en el número de teléfono (800) 221-5689, que también ofrece servicio en español, o llamar a los números de la línea directa/de información del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de la línea directa por estado); se encuentra en línea en el siguiente enlace: <https://www.fns.usda.gov/snap/state-directory>.

QUEJAS SOBRE DERECHOS CIVILES RELACIONADAS CON LOS PROGRAMAS DEL HHS

El HHS ofrece ayuda financiera federal a muchos programas para mejorar la salud y el bienestar, como el TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP) y otros. Si cree que ha sido discriminado por razones de raza, color, país de origen, discapacidad, edad, sexo (incluidos el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS gestiona directamente o a los que el HHS brinda asistencia financiera federal, puede presentar una queja ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR) en su nombre o en el de otra persona.

Para presentar una queja por discriminación en su nombre o en el de otra persona en relación con un programa que recibe ayuda financiera federal a través del HHS, rellene el formulario en línea a en el portal de quejas de la OCR que encontrará en el siguiente enlace: <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede ponerse en contacto con la OCR por correo: 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; Fax: (202) 619-3818; o correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para una tramitación más rápida, le animamos a que utilice el portal en línea de la OCR para presentar las quejas en lugar de hacerlo por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar una queja sobre derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR: OCRMail@hhs.gov o ponerse en contacto con la OCR a través del número de teléfono gratuito 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con problemas de audición o con dificultades para hablar, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También

proporcionamos gratuitamente formatos alternativos (como Braille y fuente aumentada), ayudas auxiliares y servicios de asistencia lingüística para presentar una queja.

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.