



Solicitud de Beneficios

DEBE ENTREGAR ESTA SOLICITUD COMPLETA PERSONALMENTE, POR FAX o CORREO POSTAL A LA OFICINA DE SU CONDADO.

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si es sordo o tiene discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 711. Nuestros servicios son gratuitos.

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

El DFCS ofrece los siguientes servicios:



Asistencia alimentaria

Los Cupones de alimentos es uno de los beneficios que puede usar para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el letrero de EBT/Quest. El precio costo de su compra se descontará de su cuenta de Cupones de alimentos.



Asistencia monetaria / Servicios de ayuda para encontrar empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) proporciona ayuda monetaria 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 monetaria también proporciona ayuda financiera para familias de refugiados que no son calificados para el programa TANF.

- **Abuelos cuidando nietos (GRG)** proporcionará la ayuda necesaria para que los niños puedan recibir el cuidado en el hogar de sus abuelos.



Asistencia médica

Medicaid, para quienes califican, podría ayudarles a pagar las facturas médicas, las visitas al doctor y las primas de Medicare.

Preguntas frecuentes

¿Cuánto tiempo tarda para recibir los beneficios?

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

Podría recibir los Cupones de alimentos en un plazo de 7 días si califica. Vea la página 5.

¿Cuánto recibiré?

Sus ingresos, recursos, y tamaño de la familia determinan la cantidad del beneficio. Podremos darle información más específica una vez que determinemos su elegibilidad.

¿Cómo recibiré mis beneficios?

Para los Cupones de alimentos, recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para que pueda acceder a sus beneficios. Para TANF, recibirá una tarjeta MasterCard de EPPIC para acceder a sus beneficios. Para Medicaid, recibirá una tarjeta de Medicaid para cada miembro elegible.



Solicitud de Beneficios

Servicios de alcance comunitario

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

¿Cómo solicito los beneficios?



Primero. Llene el formulario de solicitud.

Lea con cuidado las preguntas y dé la información precisa. Firme y ponga la fecha en la solicitud.

Segundo. Entregue la solicitud en la oficina de su localidad.

Deberá arrancar las páginas de 1 a 3 y quedarse con ellas.



Envíe por correo, por fax o traiga las páginas de 2-11 de esta solicitud a su oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños. Puede localizar su oficina local en la página <http://dfcs.dhs.georgia.gov/county-offices>.

Si usted o la persona para quién está llenando la solicitud son elegibles para recibir los beneficios, los Cupones de alimentos o TANF serán otorgados desde la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si solicita Cupones de Alimentos o Medicaid, puede presentar una solicitud de beneficios con tan sólo su nombre, dirección y firma. Sin embargo, si completara totalmente el formulario, nos ayudaría a procesar 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 basado en el hecho de que su solicitud para otro programa haya sido denegada. Haremos una determinación sobre su solicitud de Cupones de Alimentos por separado. Si se encuentra en una institución y está solicitando Cupones de alimentos y SSI a la vez, la fecha de presentación de su solicitud será la fecha en que salga de la institución.

Tercer paso. Hable con nosotros.

Podría ser necesario que realice una entrevista con un administrador de casos. De ser así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede realizar por teléfono.

¿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. Ej.: 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 está solicitando para recibir servicios de emergencia médica solamente, no tiene que proporcionar su número de Seguro Social o la información acerca de su estado migratorio.
- Número de Seguro Social de cada persona que desea recibir asistencia.
- Prueba de ingresos *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 entregue cualquier información a nuestra oficina. Por favor díganos si necesita ayuda para conseguir esta información.

¿Cómo utilizamos 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 elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales, para verificar sus ingresos y su elegibilidad. Si algún miembro del hogar no desea darnos información acerca de su SSN, ciudadanía o estatus migratorio, otros miembros de la familia aún podrían recibir beneficios. **Si esta solicitando para recibir servicios de emergencia médica solamente, no tiene que proporcionar su número de Seguro Social o la información acerca de su estado 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, madre o cuidador deben ser entrevistados.



Solicitud de Beneficios

(Llene esta solicitud y entréguela a la oficina LOCAL DE LA DFCS DEL CONDADO.)

Qué estoy solicitando: (Marque todos los que correspondan)

Cupones de alimentos

El programa de Cupones de alimentos proporciona beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos para ayudarles a sufragar los gastos de alimentos. El programa también ofrece educación sobre nutrición y ayuda a los hogares que son elegibles 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 monetarios únicos, u otros servicios de apoyo para fortalecer a las familias elegibles que tienen niños. Si usted es el padre o la madre del menor, o el cuidador quien quisiera estar incluido en el subsidio, le exigiremos que participe en un programa de trabajo.

Abuelos criando nietos (GRG por sus siglas en inglés)

El programa Abuelos criando nietos (GRG) proporcionará pagos en efectivo para que los niños puedan ser cuidados en las casas de sus abuelos. **Los solicitantes deben solicitar TANF para calificar en el programa GRG.**

Asistencia financiera para refugiados

El programa de Asistencia Financiera para Refugiados ofrece asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles 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 sin acompañantes.

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 ser elegible.

Información sobre el solicitante

¿El solicitante o la persona que llena la solicitud a nombre del solicitante necesita ayuda para comunicarse con nosotros? De ser así, marque lo que corresponda.

() Teletipo o TTY, por sus siglas en inglés () Braille () Letra grande () Correo electrónico () Transmisión de video () Intérprete del lenguaje de señas _____

() Intérprete de una lengua extranjera (especifique el idioma) _____ () Otro _____

Please fill out the chart below about the applicant.

Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección de su domicilio		Apartamento	
Ciudad	Estado	Código postal	
Dirección postal (si es diferente)			
Ciudad	Estado	Código postal	
Teléfono principal	Otro número de contacto	Correo electrónico (opcional)	



Solicitud de Beneficios

Declaro bajo pena de perjurio, según mi conocimiento y entendimiento, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando beneficios es(son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) viviendo 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 estar sujeto a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa o retengo información. Entiendo que si no le digo a DHS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS no presupuestará dichos gastos cuando se calcule la cantidad de mis beneficios de Cupones de Alimentos.

_____ Firma

_____ Fecha

_____ Firma del testigo, si el solicitante firma con "X"

_____ Fecha

¿Puedo escoger a alguien para que solicite Cupones de Alimentos o beneficios de Medicaid en mi nombre?

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

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

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

For Office Use Only

Date Received: _____



Solicitud de Beneficios

¿Califico para recibir los Cupones de alimentos más rápido?

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

- ¿Es usted o algún miembro de su hogar un trabajador agrícola migrante o temporal? Sí No

Si respondió sí indique quién _____

- Cantidad total de **ingresos brutos** que recibirá este mes: \$ _____

Nombre del empleador _____

Fecha que inició el empleo _____ Fecha que terminó el empleo _____

Sueldo _____ Horas de trabajo por semana _____ semanal/bisemanal/quincenal mensual (marque con un círculo)

- Cantidad total **ingresos brutos no obtenidos por trabajo** que recibirá este mes: \$ _____

Tipo de ingreso no obtenido por trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal mensual (marque con un círculo)

Tipo de ingreso no obtenido por trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal mensual (marque con un círculo)

- Total de ingresos brutos y no obtenidos por trabajo: \$ _____

- ¿Cuánto dinero en efectivo o en el banco tiene usted y los demás miembros del hogar? \$ _____

- ¿Cuál es la cantidad mensual de su renta, hipoteca, impuestos a la propiedad o seguro inmobiliario? \$ _____

- ¿Cuál es la cantidad total de la factura por electricidad, agua, gas u otros servicios públicos este mes? \$ _____
(Excluya los cargos impuestos por retrasos)



Solicitud de Beneficios

Información acerca del solicitante y los demás miembros del hogar

Por favor llene la siguiente tabla acerca del **solicitante y todos los miembros del hogar**. Las siguientes **leSí 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 son elegibles** para recibir beneficios. Otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios, si fueran elegibles. Si desea que determinemos si algún miembro del hogar es elegible o no para recibir beneficios, será necesario que nos dé información acerca del estatus de ciudadanía o estatus migratorio y 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 la elegibilidad 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 estado migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y derecho a recibir beneficios. También se podría compartir esta información con los funcionarios encargados de hacer cumplir las leSí, con el fin de ayudarles a atrapar a los prófugos de la justicia. Si algún miembro de su hogar tiene una reclamación de Cupones de Alimentos, se podría entregar la información en esta solicitud, incluidos los SSN, a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para asistirles en la cobranza de la reclamación. No les denegaremos beneficios a solicitantes miembros del hogar porque otros miembros del hogar no hayan proporcionado su SSN, estatus de ciudadanía o estatus migratorio.

NOMBRE			Parentesco con usted	¿Esta persona está solicitando beneficios? (Y/N)	Fecha de nacimiento Formato (-- / -- / --)	Número de Seguro Social (Solamente los solicitantes)	Sexo (M/F)	Hispano/Latino? (Opcional) (S/N)	Código de raza (Opcional) (Vea los códigos abajo)	Es ciudadano estadounidense o un extranjero/inmigrante legal? (Solamente los solicitantes)
Nombre	Inicial del segundo.	Apellido								
			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/Islands 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 su elegibilidad ni el nivel de beneficios.										



Solicitud de Beneficios

Díganos más 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 son elegibles para los beneficios. Por favor responda en la página siguiente sólo a 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 9/22/96? (Solo para Cupones de alientos) Sí No

Si responde Sí:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

3. ¿Alguien en su hogar ha renunciado voluntariamente de su trabajo o reducido sus horas de trabajo a menos de 30 horas por semana en los últimos 30 días a partir de la fecha de esta solicitud? (para Cupones de alimentos y TANF solamente) Sí No

Si responde Sí, ¿quién renunció? _____

¿Por qué renunció? _____

4. ¿Alguien está embarazada? *Proporcione pruebas si las tiene. Sí No

¿Quién?: _____

¿Fecha del parto?: _____

(Esta pregunta no es requerida para los que solicitan solamente Cupones de alimentos)

5. Para Medicaid, ¿tiene alguien alguna factura médica por servicios recibidos en los últimos tres meses? Sí No

(Esta pregunta no es requerida para los que solicitan solamente Cupones de alimentos y TANF)

6. ¿Ha sido alguien descalificado del Programa de Cupones de alimentos o TANF? Sí No

Si es así:

a. ¿Quien?: _____

b. ¿Dónde?: _____

7. ¿Está alguien intentando evitar un juicio o la prisión debido a un delito grave? Sí No

(Para Cupones de alimentos o TANF solamente)

Si es así, ¿quién?: _____

8. ¿Está alguien violando las condiciones de libertad condicional? Sí No

(Para Cupones de alimentos y TANF solamente)

Si es así, ¿Quién?: _____



Solicitud de Beneficios

9. ¿Tiene alguien alguna condena por un delito grave de comportamiento relacionado con Sí No or 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)?

Si es así:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

a) ¿Está cumpliendo los términos de probatoria con relación a alguna sentencia impuesta por un delito grave de drogas? (Cupones de alimentos y TANF solamente) Sí No

b) ¿Está cumpliendo los términos de libertad condicional con relación a alguna sentencia impuesta por un delito grave de drogas? (Cupones de alimentos y TANF solamente) Sí No

c) ¿Ha logrado completar satisfactoriamente **Todos los términos de la probatoria o libertad condicional con relación a una sentencia impuesta por drogas? (Cupones de alimentos y TANF solamente)** Sí No

10. Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de Cupones de alimentos por drogas después de 8/22/96? (para Cupones de alimentos solamente) Sí No

Si es así:

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____

11. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios 8/22/96? de Cupones de Alimentos por una cantidad superior a \$500 después del 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No

Si es así:

¿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 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No

Si es así:

¿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, negocios de entretenimiento para adultos, pago de fianza, discotecas, salones, discotecas 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 es así;

¿Quién?: _____

¿Cuándo?: _____



Solicitud de Beneficios

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

¿Usted o algún miembro de su hogar que esté solicitando 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 alimenticia, dinero de otras personas, compensación de trabajadores o cualquier otro ingreso?

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

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

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

Si contesta sí, complete la tabla abajo. (Para los Cupones de alimentos, proporcione prueba si la cantidad es mayor de \$200)

Nombre del miembro del hogar que requiere cuidado	Nombre de la persona paga por el cuidado	Razón por la que requiere cuidado	Nombre / Número del proveedor de cuidado	Cantidad que se le paga al proveedor	Frecuencia de pago

¿Paga gastos de transporte por algún hijo dependiente o un miembro del hogar adulto con discapacidad? Sí No

¿Estos gastos incluyen gastos de cuidado dependiente? Sí No

Si no es así, conteste la siguiente pregunta: **Total de millas recorridas semanalmente:** _____

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

Si contesta sí, complete la siguiente tabla.

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

¿Algún miembro del hogar mayor de 60 años o con discapacidad tiene gastos de transporte médico? Sí No

Si contesta sí, complete la tabla abajo.

Propósito del viaje (visita al doctor u hospital; recoger receta en la farmacia)	Total de millas recorridas	Costo del taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento



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 fuera del hogar? Sí No Si es así, complete la tabla a continuación.

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

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

Si es así, complete la tabla a continuación.

Gasto	Cantidad	Frecuencia	¿Quién hizo el pago?
Alquiler/hipoteca			
Impuestos a la propiedad			
Seguro inmobiliario			
Electricidad			
Gas			
Basura			
Teléfono			
Otros			

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

Si es así, ¿quién? _____

Comentarios y documentación _____

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

Nombre del arrendador _____

Dirección del arrendador: _____

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

Si es así, cantidad recibida \$ _____

¿Alguien más paga alguno de estos gastos del hogar para usted? Sí No

Si es así, llene la tabla a continuación:

¿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 un enjuiciamiento penal si proporciona información falsa a sabiendas.

- 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 licor 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 hasta 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 viole intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir Cupones de Alimentos por un período 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 lo considera a usted o a algún miembro de su hogar 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 familiar no serán elegibles para los beneficios por un período de dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber traficado beneficios por una cantidad igual o superior a \$500 en conjunto, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si se descubre que usted o algún miembro de su hogar ha hecho declaraciones o representaciones fraudulentas acerca de su identidad (quiénes son) o su domicilio (dónde viven), con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

Sanciones del Programa de TANF

Para el programa 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 elegibilidad de una AU, aumentar los beneficios, evitar una reducción de beneficios, ocultar información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo 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 en efectivo o una tarjeta de DÉBITO de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, negocios de licores, negocios de entretenimiento para adultos como "strip clubs", salas de póquer, 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 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 a 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 a algún miembro de su hogar ha dado información falsa sobre el lugar de su residencia para recibir beneficios en más de un estado, podría quedar excluido de recibir beneficios durante 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 serán descalificados permanentemente.



Solicitud de Beneficios

Para todos los solicitantes de Cupones de alimentos, TANF y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi conocimiento y entendimiento, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando beneficios es(son) ciudadano(s) estadounidense (s) o está(n) viviendo en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi conocimiento y entendimiento. 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. Entiendo que mi información será utilizada para verificar información de mi salario y mi participación en actividades laborales. 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 estar sujeto a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa o retengo información. Entiendo que si no le digo a DHS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS no presupuestará dichos gastos cuando se calcule la cantidad de mis beneficios de Cupones de Alimentos.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre y firma del administrador del caso

Fecha



Solicitud de Beneficios

(Conserve estos documentos para su información)

Se prohíbe a esta institución discriminar sobre la base de raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, creencias religiosas o políticas.

El Departamento de Agricultura de los EE. UU. también prohíbe la discriminación por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo, 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.

Las personas con discapacidades que necesiten medios alternativos para la comunicación de la información del programa (por ejemplo, sistema Braille, letras grandes, cintas de audio, lenguaje de señas americano, etc.), deben ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) en la que solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades de audición o discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA por medio del Federal Relay Service [Servicio Federal de Retransmisión] al (800) 877-8339. Además, la información del programa se puede proporcionar en otros idiomas.

Para presentar una denuncia de discriminación, complete el [Formulario de Denuncia de Discriminación del Programa del USDA](#), (AD-3027) que está disponible en línea en: http://www.ocio.usda.gov/sites/default/files/docs/2012/Spanish_Form_508_Compliant_6_8_12_0.pdf. y en cualquier oficina del USDA, o bien 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 denuncia, llame al (866) 632-9992. Haga llegar su formulario lleno o 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 obtener información adicional relacionada con problemas con el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés), las personas deben comunicarse con el número de línea directa USDA SNAP Hotline al (800) 221-5689, que también está disponible en español, o llame a los números de [información/líneas directas de los estados](#) (haga clic en el vínculo para ver una lista de los números de las líneas directas de cada estado) que se encuentran en línea en: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm

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

Esta institución es un proveedor que ofrece 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 utilizadas en esta solicitud?

La siguiente tabla explica las palabras que hemos utilizado 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 remover 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 los individuos que son elegibles para recibir Cupones de Alimentos. A los individuos que reciben asistencia se les da una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a sus cuentas de cupones de alimentos.
Tarjeta de débito EPPICard MasterCard	Nueva tarjeta de débito, emitida por Xerox, para individuos 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, tales como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, indemnización por accidente laboral, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Ingresos brutos	El 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 tales como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida.
Trabajadores agrícolas de temporada	Individuos 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 con periodicidad.
Ley de Alivio Tributario de 2012 para la clase media	Esta ley prohíbe el uso de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito de TANF para retirar fondos o hacer transacciones en casinos, tiendas de licores, negocios de entretenimiento para adultos, 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/cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa. El uso de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito de TANF en este tipo de negocios se considerará una violación intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.
Solicitante	Un individuo que decide solicitar o recibir beneficios o asistencia pública.
No solicitante	Un individuo que decide NO solicitar o recibir 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 son <i>elegibles</i> , que viven juntos y que reciben asistencia o beneficios públicos juntos.
Tráfico en el programa de Cupones de Alimentos o SNAP	<i>Traficar</i> beneficios de SNAP significa: (1) Comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas 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 elegibles, 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 elegibles y luego revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles; (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 elegibles. (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 por sí solo.
Extranjero o inmigrante calificado	Un <i>extranjero o inmigrante calificado</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y califica para alguna de las siguientes categorías: una persona que es legalmente admitida como residente permanente (LPR, por sus siglas en inglés) según la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); los inmigrantes <i>amerasiáticos</i> según la sección 584 de la Ley de Asignación de Operaciones Extranjeras, Financiamiento de Exportación y Programas Relacionados de 1988; una persona a quien se otorga asilo según la sección 208 de la INA; los <i>refugiados</i> , admitidos según la sección 207 de la INA; una persona admitida en los Estados Unidos bajo libertad condicional por un período mínimo de un año, según la sección 212(d)(5) de la INA; una persona cuya <i>deportación</i> ha sido suspendida según la sección 243(h) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> según la sección 203(a)(7) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1980; los inmigrantes <i>cubanos o haitianos</i> tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; las <i>víctimas de tráfico humano</i> según la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico Ilegal de 2000; los <i>inmigrantes maltratados</i> que reúnen las condiciones establecidas en la sección 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996, enmendada; los inmigrantes <i>afganos o iraqués</i> a quienes se ha otorgado un estatus especial de inmigrante según la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a las condiciones especificadas); los <i>indios americanos</i> nacidos en Canadá que viven en los Estados Unidos, según la sección 289 de la INA o los no ciudadanos pertenecientes a una tribu indígena reconocida por el gobierno federal según la sección 4(e) de la Ley de Asistencia para la Autodeterminación y Educación del Indígena y los <i>miembros de la tribu laosiana de Hmong o Tierras Altas</i> que prestaron asistencia al personal estadounidense al tomar parte en operaciones militares o de rescate durante la Era de Vietnam (8/05/1964 – 5/07/1975).