

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia**  
**Formulario de renovación para CUPONES PARA ALIMENTOS/MEDICAID/TANF**

**Si necesita ayuda para leer o llenar este documento, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, solicítela o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia).**

<b>Solo para uso de la oficina:</b> Fecha de recepción _____ Carga nro. _____ Nro. de id. de cliente _____				
Fecha iniciada _____	Programas iniciados:	<input type="checkbox"/> TANF	<input type="checkbox"/> Cupones para alimentos	<input type="checkbox"/> Medicaid

Si vuelve a solicitar cupones para alimentos o renueva sus beneficios de TANF o Medicaid, puede presentar este formulario de renovación/solicitud con solo su nombre, domicilio y firma. **Sin embargo, nos ayudará a procesar su solicitud, recertificación/renovación más rápidamente si llena el formulario y provee verificación de la información, si se solicita.** Puede usar este formulario para presentar una renovación/solicitud conjunta para el Programa de Cupones para Alimentos/Medicaid/TANF o para el Programa de Cupones (FS) para Alimentos solamente. La renovación de sus cupones para alimentos no terminará únicamente porque la renovación/solicitud de otro programa haya sido negada/terminada. Haremos una determinación separada de elegibilidad para la renovación de sus cupones para alimentos.

**ESCRIBIR EN LETRA DE IMPRENTA el nombre y el domicilio de la persona que vuelve a solicitar beneficios en el siguiente espacio:**

Nombre del cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Domicilio:		
Domicilio postal:		
Número de teléfono principal:	Otro número de contacto:	Dirección de correo electrónico: (Opcional)
Comunicación por correo electrónico Sí___ o No___ (opcional)	Mensajes de texto: Sí___ o No___ (opcional)	
¿Cuál es su idioma preferido?	Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un intérprete? Sí ___ o No ___	

**Ley de Estadounidenses con Discapacidades: solicitud de modificación razonable y asistencia de comunicación (si procede):**

**¿Tiene una discapacidad que requiere una modificación razonable o asistencia de comunicación? Sí\_\_\_ No \_\_\_ (En caso afirmativo, describir la modificación razonable o asistencia de comunicación que se solicita):**

Intérprete de lengua de señas \_\_\_; Teletipo (TTY) \_\_\_; Letra grande \_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_; Braille \_\_\_; Retransmisión de video \_\_\_; Intérprete de voz con señales \_\_\_; Intérprete oral \_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_; Recordatorio de llamadas telefónicas de fechas límite del programa \_\_\_; Firma telefónica (si procede) \_\_\_; Entrevista personal (visita a domicilio) \_\_\_; Otros: \_\_\_\_\_

**¿Necesita esta modificación razonable o asistencia de comunicación una sola vez \_\_\_ o de manera continua\_\_\_? Si es posible, explicar brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.**

Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos que viven legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) del Departamento de Servicios Humanos (DHS), el Departamento de Salud Comunitaria (DCH) y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proveo en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información será utilizada para rastrear la información salarial y mi participación en las actividades laborales.

Informaré de cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del Programa de Cupones para Alimentos, Medicaid o TANF. También informaré si un miembro de mi familia recibe ganancias de lotería o apuestas por una cantidad bruta de \$ 3500 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Notificaré estas ganancias en un plazo de 10 días desde el final del mes en que mi familia recibió las ganancias. Comprendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o invalidación de los programas de DHS-DFCS por dar información incorrecta a sabiendas. Comprendo que puedo ser procesado si proveo información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación, o no puedo verificarlos, DHS-DFCS no presupuestará ese gasto en el cálculo de la cantidad de mis beneficios de cupones para alimentos.

Firma:

Fecha

---

Firma del testigo si está firmado por «X»

Fecha

---

## Representante autorizado:

Llenar esta sección solo si se desea que alguien complete la solicitud/renovación, realice la entrevista para cupones para alimentos o TANF, o use su tarjeta de transferencia electrónica de beneficios (EBT) de cupones para alimentos para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Si usted está presentando una solicitud para Medicaid, puede elegir a más de una persona para solicitar asistencia médica en su nombre.

**Nombre 1:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_\_ o No \_\_\_\_

**Nombre 2:** \_\_\_\_\_ Teléfono: \_\_\_\_\_  
Domicilio: \_\_\_\_\_ Apt.: \_\_\_\_\_  
Ciudad: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_\_ Código postal: \_\_\_\_\_  
Idioma preferido: \_\_\_\_\_ ¿Se necesita un intérprete? Sí \_\_\_\_ o No \_\_\_\_

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

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

**¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requiere una modificación razonable o asistencia de comunicación? Sí\_\_ No \_\_ (En caso afirmativo, describir la modificación razonable o asistencia de comunicación que está solicitando):**

Intérprete de lengua de señas \_\_\_\_; Teletipo (TTY) \_\_\_\_; Letra grande \_\_\_\_; Comunicación electrónica (correo electrónico) \_\_\_\_; Braille \_\_\_\_; Retransmisión de video \_\_\_\_; Intérprete de voz con señales \_\_\_\_; Intérprete oral \_\_\_\_; Intérprete táctil \_\_\_\_; Recordatorio de llamadas telefónicas de fechas límite del programa \_\_\_\_; Firma telefónica (si procede) \_\_\_\_; Entrevista personal (visita a domicilio) \_\_\_\_; Otros: \_\_\_\_\_

**¿Necesita el representante autorizado esta modificación razonable o asistencia de comunicación una sola vez \_\_\_\_ o de manera continua \_\_\_\_? Si es posible, explicar brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.** \_\_\_\_\_

### **SOLO PARA MEDICAID:**

**¿Espera presentar una declaración federal de impuesto sobre la renta el PRÓXIMO AÑO?** (Todavía puede solicitar un seguro de salud incluso si no presenta una declaración federal de impuestos sobre la renta).

**SÍ** En caso afirmativo, responder las preguntas a, b y c  **NO** En caso negativo, responder la pregunta c.

a. ¿Va a presentar la declaración conjuntamente con su cónyuge?  Sí  No

En caso afirmativo, nombre del cónyuge: \_\_\_\_\_

b. ¿Incluirá a algún dependiente en su declaración de impuestos?  Sí  No

En caso afirmativo, enumerar los nombres de los dependientes: \_\_\_\_\_

c. ¿Será incluido como dependiente de la declaración de impuestos de alguien?  Sí  No

En caso afirmativo, indicar el nombre del declarante de impuestos: \_\_\_\_\_

**Si necesita ayuda para leer o llenar este documento, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, solicítela o llame al 1-877-423-4746. Nuestros servicios, incluidos los intérpretes, son gratuitos. Si usted es sordo, tiene dificultades auditivas, es sordo-ciego o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número anterior marcando 711 (retransmisión de Georgia).**

**SERVICIOS DE ALCANCE COMUNITARIO:**

Para obtener más información sobre otros servicios de DHS, visite nuestro sitio web en [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) o llame al 1-877-423-4746.

**Responder todas las preguntas y dar prueba de todos los ingresos y gastos según lo solicitado.**

**CIUDADANÍA, CONDICIÓN DE INMIGRACIÓN Y NÚMEROS DE SEGURO SOCIAL:**

Llenar la tabla a continuación sobre el **solicitante y todos los miembros de la familia**. Las siguientes leyes y reglamentos federales: **Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, Código de los Estados Unidos (U.S.C.) 7 § 2011-2036, 7. Código de Regulaciones Federales (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 solicitarle a usted y a los miembros de su familia números de Seguro Social**. Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser tratada como **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que darnos información sobre el número de Seguro Social, ciudadanía o condición de inmigración y **no son elegibles** para recibir beneficios. Otros miembros de la familia pueden seguir recibiendo beneficios, si son elegibles. Si desea que nosotros decidamos si algún miembro de su familia es elegible para recibir beneficios, todavía tendrá que informarnos sobre su ciudadanía o condición de inmigración y darnos su número de Seguro Social (SSN). Todavía tendrá que informarnos sobre **sus** ingresos y recursos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la familia. No informaremos a ningún miembro de la familia no solicitante al sistema de Verificación Sistemática de Extranjeros para Derechos (SAVE) de los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) si no nos dan su ciudadanía o condición de inmigración. Sin embargo, si se ha enviado información sobre la condición de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la familia. Confrontaremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede dar a los funcionarios de las fuerzas del orden para que la utilicen para capturar a las personas que están huyendo de la ley. Si su familia tiene un reclamo por cupones para alimentos, la información de esta solicitud, incluido el número de Seguro Social (SSN), se puede dar a las agencias federales y estatales, y a las agencias privadas de cobro de reclamos para que la usen en el cobro de reclamos. No negaremos beneficios a los miembros solicitantes de la familia porque otros miembros de la familia no proveen el SSN, la ciudadanía o la condición de inmigración. Si usted está solicitando servicios médicos de emergencia solamente, no tiene que proporcionar su SSN o información sobre su condición de inmigración.

Nombre	Inicial segundo nombre	Apellido	¿Etnia hispana o latina? (Opcional)	Raza (Opcional)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Relación con usted	Número de Seguro Social (solo solicitantes)	¿Es ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante calificado, o su condición de inmigración es satisfactoria? (solo solicitantes) (S/N)	¿La madre de este niño vive en la casa? (S/N)	¿El padre de este niño vive en la casa? (S/N)	¿Quiere Medicaid? (S/N)
			(S/N)				YO MISMO		(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)
			(S/N)						(S/N)	(S/N)	(S/N)	(S/N)

**Códigos de razas** (marcar todas las opciones que correspondan):

**AI:** indio estadounidense o nativo de Alaska

**HP:** nativo hawaiano u otro originario de las islas del Pacífico

**AS:** asiático

**WH:** blanco

**BL:** de color o afroestadounidense

Al brindar información sobre la raza/etnia, usted nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su familia no está obligada a darnos esta información, y no afectará su elegibilidad o nivel de beneficios. Sin embargo, si usted no provee esta información, la identificación visual de raza y etnia se realizará durante la primera entrevista personal.

**Solo para Medicaid:**

¿Alguien de su familia estaba en cuidado de acogida a los 18 años?  Sí  No

Si tiene dependientes fiscales que no viven en la casa con usted, enumerar a continuación.

Nombre: \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social: \_\_\_\_\_ Sexo: M F (marcar con un círculo)  
Fecha de nacimiento: \_\_\_\_\_ Ciudadanía: \_\_\_\_\_

Relación con usted: \_\_\_\_\_ (Añadir páginas adicionales según sea necesario)

**Solo para el programa de cupones para alimentos. INVALIDACIONES:**

(1) ¿Ha sido condenado usted o algún miembro de su familia por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de servicios sociales en más de un área después del 8/22/96?  Sí  No

En caso afirmativo: \_\_\_\_\_ quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

(2) ¿Tiene usted o algún miembro de su familia una condena por delito grave debido a un comportamiento relacionado con la posesión, el uso o la distribución de una sustancia controlada después del 8/22/96?  Sí  No

En caso afirmativo, quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

Fecha del delito: \_\_\_\_\_ Fecha de la condena: \_\_\_\_\_

¿Esta persona tiene la condición de primer delito?  Sí  No

a) ¿Cumple con los términos de una condena condicional por un delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones para alimentos)  Sí  No

b) ¿Cumple con los términos de libertad condicional por un delito grave relacionado con drogas? (Solo para cupones para alimentos)  Sí  No

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de una condena condicional o libertad condicional por drogas? (Solo para cupones para alimentos)  Sí  No

(3) ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

(4) ¿Alguien está violando las condiciones de condena condicional o libertad condicional?  Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

(5) ¿Ha sido condenado usted o algún miembro de su familia por intercambiar beneficios del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP) por drogas después del 8/22/96?  Sí  No

En caso afirmativo, quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

(6) ¿Ha sido condenado usted o algún miembro de su familia por comprar o vender beneficios SNAP superiores a \$ 500 después del 8/22/96?  Sí  No

En caso afirmativo, quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

(7) ¿Ha sido condenado usted o algún miembro de su familia por intercambiar beneficios SNAP por armas de fuego, municiones o explosivos después del 8/22/96?  Sí  No

En caso afirmativo, quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

(8) ¿Ha recibido usted o algún miembro de su familia ganancias de lotería o apuestas?  Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

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

## Solo para el Programa TANF: INVALIDACIONES

(1) ¿Alguien ha sido condenado por un delito grave violento? Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

(2) ¿Alguien ha sido condenado a partir de enero de 1997 por tergiversar la residencia para recibir beneficios TANF en varios estados? Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

(3) ¿Alguien ha sido condenado por utilizar la asistencia en dinero en efectivo de TANF o la tarjeta de débito MasterCard de TANF en los lugares prohibidos que se enumeran a continuación: licorerías, casinos, salas de póquer, establecimientos de entretenimiento para adultos, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y municiones, cruceros, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes. Sí  No

En caso afirmativo, quién; \_\_\_\_\_ cuándo: \_\_\_\_\_

## Solo cupones para alimentos y TANF:

**ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR:** ¿Alguien de su hogar está matriculado al menos medio tiempo en una universidad, un instituto superior o una escuela de formación profesional o técnica? Sí  No

En caso afirmativo, quién: \_\_\_\_\_

Nombre de la escuela: \_\_\_\_\_ Grado/condición: \_\_\_\_\_ Fecha de graduación: \_\_\_\_\_

¿Está empleado el estudiante? Sí  No  ¿Matriculado en estudio de trabajo? Sí  No

En caso afirmativo, horas trabajadas por semana \_\_\_\_\_ (Llenar también la sección de empleo a continuación)

## Solo para Medicaid y TANF:

**¿Alguien en su hogar está embarazada?**

Sí  No  Cantidad de nacimientos esperados: \_\_\_\_\_ Nombre de la mujer embarazada: \_\_\_\_\_

Fecha de nacimiento del bebé: \_\_\_\_\_ Nombre del padre del bebé por nacer: \_\_\_\_\_

Domicilio del empleador: \_\_\_\_\_

## SERVICIOS MÉDICOS:

### Solo para Medicaid:

¿Alguien en la familia tiene alguna factura médica impaga? Sí  No

**En caso afirmativo, enviar las facturas impagas si tiene un caso de Medicaid.**

### Solo para cupones para alimentos:

**¿Alguien mayor de 60 años o mayor, o discapacitado tiene gastos médicos? Sí  No**

¿Cambiaron sus gastos médicos, como las primas de Medicare, el costo de medicamentos recetados o las facturas del hospital? Sí  No

**En caso afirmativo, indicar los gastos en el cuadro a continuación. Adjuntar facturas, medicamentos recetados para los meses más recientes.**

Miembro de la familia a quien se facturó	Tipo de gasto (médico, hospital, receta)	Monto que se debe	Fecha de la factura	¿Pagará el seguro? Sí/No

¿Alguien mayor de 60 años, o discapacitado tiene gastos médicos para el transporte? Sí  No

**En caso afirmativo, dar la información a continuación: Si está recibiendo Medicaid, dar pruebas:**

Motivo del viaje (visita al médico o al hospital, recolección en farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento:
--	-----------------------------	--

¿Alguien más paga alguno de estos gastos médicos por usted? Sí  No

**En caso afirmativo, dar información a continuación:**

¿Qué gasto se paga?	¿Quién paga el gasto?
¿A quién paga esta persona las cuentas?	Domicilio:

**Solo para Medicaid:**

**OTRAS COBERTURAS DE SALUD**

**¿Alguien, en este momento, tiene un seguro de salud de los siguientes?**

- Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Georgia       PeachCare for Kids       Medicare  
 Programas de atención médica de la Administración de Veteranos (VA)     TRICARE (no marcar si tiene atención directa o está en cumplimiento del deber)  
 Seguro del empleador: Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_  
 Otro: Nombre del seguro \_\_\_\_\_ Número de póliza \_\_\_\_\_

¿Tiene algún otro seguro de salud aparte de Medicaid? Sí  No  **En caso afirmativo, enviar una copia de la tarjeta de seguro**

**RECURSOS:**

**(No es necesario para MAGI Medicaid): ¿Alguien en su familia tiene alguno de los siguientes recursos? Sí  No  En caso afirmativo, dar la información a continuación. Si usted está recibiendo Medicaid para personas mayores, ciegos o discapacitados (que no sean planes de ahorro de Medicare como QMB, SLMB o QI-1 solamente), dar pruebas.**

Tipo de recurso	Propietario	Número de cuenta/póliza (no llenar si su número de cuenta/póliza es el mismo que su SSN)	Valor	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.
Dinero en efectivo				
Cuenta de cheques/de ahorro				
Cooperativa de ahorro y crédito				
Anualidades				
Acciones y bonos				
Caja fuerte				
Cuenta de jubilación (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Vehículos (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Plazos fijos/anualidades (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Planes funerarios prepagos (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Parcelas de cementerio (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Fondos fiduciarios (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Propiedad no residencial (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Propiedad residencial (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Seguro de vida (solo para no MAGI Medicaid/TANF)				
Otros				

**Solo para personas mayores, ciegos o discapacitados de Medicaid:**

¿Usted, su cónyuge o alguien en nombre de quien está presentando la solicitud han vendido, intercambiado o regalado un recurso en los últimos 60 meses? Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué? \_\_\_\_\_

¿Cuándo? \_\_\_\_\_

**EMPLEO: ¿Alguien en su familia trabaja? Sí  No  En caso afirmativo, especificar la información del pago del empleado, como salarios, bonificaciones y propinas, y adjuntar la prueba de TODOS los ingresos brutos recibidos en las últimas 4 semanas.**

PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	PAGO POR HORA	HORAS POR SEMANA	FRECUENCIA DE PAGO	FECHAS DE PAGO	PAGO DE BONO	CONSEJOS

**Solo para Medicaid:**

**GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:**

- Seguro de salud \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Seguro de la visión \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Seguro dental \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otros tipos de deducción: \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otros tipos de deducción: \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otros tipos de deducción: \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otros tipos de deducción: \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- ¿Más? Adjuntar en una hoja de papel separada.

**Los gastos antes de impuestos son deducciones deducidas de sus ingresos antes de aplicar los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos.**

**DEDUCCIONES DE DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:**

Marcar todas las opciones que correspondan y especificar el monto y la frecuencia con la que se paga

**NOTA:** No debe incluir un costo que ya haya considerado en su respuesta al autoempleo.

- Pensión alimentaria pagada \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Interés de préstamo estudiantil \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_
- Otros tipos de deducción: \_\_\_\_\_ \$\_\_\_\_\_ ¿Con qué frecuencia? \_\_\_\_\_

**¿Alguien en su familia renunció voluntariamente a un trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales en los últimos 30 días de la fecha de esta renovación? Sí  No**

En caso afirmativo, ¿quién renunció? \_\_\_\_\_ Fecha de renuncia: \_\_\_\_\_

¿A qué trabajo se renunció? \_\_\_\_\_

¿Por qué renunció? \_\_\_\_\_

**¿Alguien ha dejado de trabajar? Sí  No  En caso afirmativo, llenar lo siguiente y dar pruebas:**

¿Qué trabajo se dejó?	Nombre del miembro de la familia que dejó de trabajar:	
Lugar de empleo:		
Fecha de suspensión de pago:	Fecha de último cheque:	Monto del último pago (bruto):



**¿Alguien ha comenzado a trabajar? Sí  No  En caso afirmativo, llenar lo siguiente y dar pruebas:**

Nombre de la persona que comenzó a trabajar:	Fecha de inicio:	Número de teléfono:
Nombre del empleador/de la empresa:	Tasa de pago: \$	Fecha en que se recibió/se recibirá el primer cheque:
Frecuencia de pago (seleccionar una): <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Bisemanal <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		

**AUTOEMPLEO:**

**Alguien tiene un autoempleo:** Sí  No  (En caso afirmativo, ¿quién?) \_\_\_\_\_

**Dar una prueba de ingresos por autoempleo a través de presentaciones fiscales, registros comerciales, recibos, facturas o declaraciones de clientes de una empresa establecida.**

¿Esta empresa está constituida? Sí  No

¿Tiene esta persona algún gasto por autoempleo? Sí  No

En caso afirmativo, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona?

**Solo para Medicaid y TANF: dar pruebas de gastos de autoempleo**

**INGRESOS NO REMUNERADOS:**

**¿Alguien de su hogar recibe dinero de contribuciones, Seguro Social, ingreso de seguro complementario (SSI), VA, cuota de manutención, desempleo, jubilación o cualquier otro ingreso? Sí  No**

En caso afirmativo, llenar la siguiente información y dar una prueba de todos los ingresos recibidos en las últimas 4 semanas o de la carta de asignación más reciente.

Nombre	Fuente	Monto	¿Con qué frecuencia?

**Para MAGI Medicaid:** no se contarán los ingresos de cuota de manutención, el pago de veteranos, el ingreso de seguro complementario (SSI) o los beneficios de compensación del trabajador.

**COSTOS DE CUIDADO DE DEPENDIENTES:**

**¿Usted paga por el cuidado de un menor dependiente o de un miembro adulto discapacitado de la familia?**

Sí  No  En caso afirmativo, responder las preguntas que se indican a continuación; **dar prueba de cupones para alimentos** (si el monto mensual supera los \$ 200).

Persona que requiere cuidado:	Persona que paga por el cuidado:		
Nombre del proveedor:	Cuánto se paga al proveedor:	Frecuencia de pago:	
Nro. de teléfono del proveedor:	Motivo de la atención:		

**¿Usted paga los gastos de transporte de un menor dependiente o un miembro adulto discapacitado de la familia?**

Sí  No

¿Estos gastos están incluidos en los gastos de cuidado de dependientes? Sí  No

En caso negativo, contestar esta pregunta: **Total de millas conducidas semanalmente:** \_\_\_\_\_

**COSTOS DE VIVIENDA:**

¿Usted o algún miembro de su familia comenzaron a pagar los costos de la vivienda o cambiaron los costos de la vivienda? Sí  No  **En caso afirmativo, llenar la tabla a continuación:**

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién pagó?
Renta/hipoteca			
Impuestos inmuebles			
Seguro de bienes			
Electricidad			
Gas			
Combustible/leña/queroseno			
Pozo/tanque séptico/agua/aguas			
Residuos			
Teléfono			
Otros			

¿Cuál es la fuente principal de calefacción o refrigeración de la casa? (electricidad, gas, aire acondicionado)

¿Alguien más paga alguna de estas facturas domésticas por usted? Sí  No  **En caso afirmativo, llenar el cuadro a continuación:**

¿Quién paga la factura?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién paga esta persona las cuentas?

¿Ha recibido asistencia para la energía en los últimos 12 meses? Sí  No

En caso afirmativo, monto recibido \$ \_\_\_\_\_

¿Comparte los gastos mensuales del hogar con alguien de la familia? Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? \_\_\_\_\_

Comentarios/documentación \_\_\_\_\_

Pagado a quién \_\_\_\_\_ Monto pagado \$ \_\_\_\_\_ por \_\_\_\_\_

Nombre del arrendador \_\_\_\_\_ Domicilio del arrendador \_\_\_\_\_

**PAGO DE CUOTA DE MANUTENCIÓN:**

¿Usted o alguien de su familia paga cuotas alimentarias a alguien que vive fuera del hogar? Sí  No  En caso afirmativo, llenar el cuadro a continuación:

¿Quién está obligado a pagar?	¿Cuánto es el monto obligado?
¿Para quién se paga la cuota de manutención?	¿Cuánto es el monto real que se paga?
¿A quién se paga la cuota de manutención?	¿Con qué frecuencia se paga la cuota de manutención?

**Solo para cupones para alimentos, dar una prueba del monto pagado en los últimos 3 meses y de la obligación legal de pagar.**

**[Esta sección es SOLO PARA RECEPTORES DE TANF. Debe responder lo siguiente:](#)**

**Registros de vacunas:**

¿Hay algún niño menor de 7 años que aún no esté matriculado en la escuela? (El prejardín infantil **no** se considera «escuela»). Sí  No

En caso afirmativo, enviar el formulario 3231, Inmunización de atención infantil, para cada niño menor de 7 años.

**Requisitos escolares:**

¿Todos los niños (6-18 años) asisten a la escuela? Sí  No

En caso afirmativo, nombres del(la) niño(a) o los niños \_\_\_\_\_

Nombre(s) de la(s) escuela(s) \_\_\_\_\_

Grado(s) \_\_\_\_\_

¿Hay algún niño de 16 años o más que **no** esté en la escuela? Sí  No

En caso afirmativo, nombre del(la) niño(a) o los niños \_\_\_\_\_

Dar una copia de los talones de cheques actuales si este niño está **empleado** o una declaración del proveedor si participa **en cualquier otra actividad relacionada con el trabajo**.

**Violencia doméstica:**

¿Es usted o alguien de su familia víctima de violencia doméstica? Sí  No

En caso afirmativo, brindar el nombre de la víctima de violencia doméstica \_\_\_\_\_

Después de la evaluación, si su familia reúne los requisitos, podemos renunciar a ciertos requisitos del programa, como la participación en actividades laborales o la remisión a la División de Servicios de Apoyo a la Infancia.

**Autogasto:**

¿Es usted el progenitor o un familiar del niño (o los niños) y está incluido en la Unidad de Asistencia (AU) de TANF con el niño (o con los niños)? Sí  No

En caso afirmativo, responder las siguientes preguntas:

¿Usted o cualquier otro miembro adulto de la AU tiene o comprará un automóvil? Sí  No

En caso afirmativo, ¿quién? (Nombre del propietario): \_\_\_\_\_

Año, marca y modelo del vehículo: \_\_\_\_\_

Indicar los pagos del automóvil, el seguro, el mantenimiento y otros gastos relacionados:

¿Tiene algún otro gasto recurrente (por ejemplo, facturas de tarjetas de crédito) que esté pagando? Sí  No

En caso afirmativo, enumerar: \_\_\_\_\_

**DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TODOS LOS PROGRAMAS**

**TIENE DERECHO A:**

- **solicitar asistencia llenando este formulario y servicios gratuitos de asistencia lingüística** (intérpretes, materiales traducidos o servicios directos en el idioma) si tiene problemas para leer, escribir, hablar o entender el idioma inglés
- **solicitar ayudas y servicios auxiliares y modificaciones razonables** si usted o alguien de su familia tiene una discapacidad

**AVISO DE AUDIENCIA:** en todos los programas, tiene derecho a solicitar una audiencia justa por escrito o en persona. Usted puede solicitar una audiencia llamando al 1-877-423-4746 o puede solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias estatales si no está de acuerdo con esta decisión. Puede estar representado en la audiencia por un abogado, un familiar, un amigo o cualquier persona que usted elija. Si desea una audiencia, debe solicitarla por escrito o poniéndose en contacto con la agencia dentro de:

- **90 días** a partir de la fecha de este aviso para **cupones para alimentos (SNAP)**
- **30 días** a partir de la fecha de este aviso **para Medicaid y TANF**

**El programa de Medicaid no puede negarle la elegibilidad o los beneficios basados en su raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar la elegibilidad o la discriminación de un proveedor, llame a la Oficina de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (local) 404-463-7590 o (gratuito) 800-533-0686.**

**USTED ES RESPONSABLE DE:**

- Dar al trabajador la información correcta y dar pruebas de las declaraciones necesarias para recibir beneficios. Cuando usted firma este formulario, está dando al trabajador permiso para obtener información de su empleador, banco, vecino u otros para que podamos asegurarnos de que usted está recibiendo la cantidad correcta de beneficios.
- Decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está presentando la solicitud por usted provee información incorrecta, puede estar cometiendo un delito y puede ir a la cárcel.
- Dar pruebas de que usted o cualquier persona de su familia que solicite beneficios es un ciudadano estadounidense o inmigrante elegible.
- Cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para la prevención del fraude o la Oficina de Servicios de Investigación y que está realizando revisiones especiales de casos. Si no coopera y no podemos determinar si sigue siendo elegible para cupones para alimentos, su caso se puede denegar o cerrar.
- (Para cupones para alimentos) Cooperar con los revisores de control de calidad cuando llaman o van a su casa para entrevistarle acerca de la información que le ha brindado al gestor de caso. Si no coopera con ellos, su caso se puede denegar o cerrar.
- (Para cupones para alimentos y TANF) Reembolsar los beneficios que no debería haber recibido.
- (Para Medicaid) Cooperar con el control de calidad de elegibilidad o Integridad del Programa de Medicaid cuando llaman o van a su casa para entrevistarle acerca de la información que le ha brindado al gestor de caso.
- (Para miembros de Medicaid) que tienen 55 años o más, y están en un hogar de ancianos, centro de atención intermedia, servicio comunitario, o están inscritos y reciben servicios a través de un programa de exención, cooperar con la recuperación del patrimonio.

Si recibe **cupones para alimentos**, debe informar cuando los ingresos brutos mensuales totales superan el límite de ingresos para el tamaño de su hogar. Si es un adulto que trabaja y no tiene hijos, debe informar cuando sus horas de trabajo son inferiores a las 20 horas por semana o un promedio de 80 horas por mes. Debe informar estos cambios a más tardar 10 días después del final del mes en que se produjo el cambio.

También debe informar cuando su familia recibe ganancias sustanciales de lotería y apuestas. Este es un premio en dinero en efectivo ganado en un solo juego. Si usted o un miembro de su familia recibe ganancias de lotería o apuestas en una cantidad bruta de \$ 3500 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos), debe informar estas ganancias dentro de los 10 días siguientes al final del mes en que el hogar recibió las ganancias.

Si usted recibe **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación dentro de los 10 días siguientes a ocurrido el cambio.

Comprendo que cualquier suma global o pago «inesperado» que cualquier persona en mi caso de Medicaid reciba debe ser presupuestado, junto con cualquier otro ingreso que podamos tener, para determinar la elegibilidad.

En el programa **Medicaid**, tiene derecho a

- recibir Medicaid incluso si tiene otro seguro de salud
- seleccionar a su médico o proveedor de Medicaid
- que su solicitud de Medicaid se apruebe o deniegue en un plazo de 10, 45 o 60 días a partir de la fecha de solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid

**Como condición para mi elegibilidad de Medicaid:**

- Acepto ceder al estado todos los derechos a la asistencia médica y al pago de la atención médica de cualquier tercero (hospital y beneficios médicos).
- Acepto cooperar con el estado en la identificación y el suministro de información para ayudar al estado a buscar a un tercero que pueda estar obligado a pagar la atención y los servicios. Comprendo que debo informar todo pago recibido por atención médica dentro de los diez días. (Si usted está llenando este formulario en nombre de otro individuo y no tiene el poder de realizar una cesión para ese individuo, el individuo tendrá que realizar una cesión de los derechos descritos anteriormente como una condición de su elegibilidad para Medicaid).
- Acepto otorgar al estado el derecho de exigir a un progenitor ausente que provea seguro médico, si está disponible. Comprendo que debo obtener apoyo médico del progenitor ausente si está disponible y debo cooperar con la División de Servicios de Apoyo a la Infancia para obtener este apoyo. Si **no** coopero, comprendo que puedo perder mis

beneficios de Medicaid y solo mis hijos recibirán beneficios a menos que se establezca una causa justificada.

**ADVERTENCIAS DE PENAS DEL PROGRAMA DE CUPONES PARA ALIMENTOS (SNAP):** puede perder sus beneficios o ser objeto de un proceso penal por brindar información falsa a sabiendas.

- No brinde información falsa u oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No utilice cupones para alimentos o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona use las suyas.
- No utilice los beneficios de alimentos para comprar artículos no alimentarios como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones para alimentos o tarjetas EBT por artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

**Cualquier persona en su familia que incumpla cualquiera de estas reglas intencionalmente puede ser excluida del Programa de Cupones para Alimentos desde un año hasta de forma permanente, multada por hasta \$ 250 000, encarcelada por 20 años o ambas cosas. Puede ser objeto de enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales aplicables, y también puede ser excluido del Programa de Cupones para Alimentos/SNAP durante 18 meses adicionales si el tribunal lo ordena.**

**Cualquier persona en su familia que incumpla intencionalmente las reglas puede no recibir cupones para alimentos durante un año por el primer delito, dos años por el segundo delito y permanentemente por el tercer delito.**

**Si un tribunal declara a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles para recibir beneficios durante dos años por el primer delito y permanentemente por el segundo delito.**

**Si un tribunal encuentra a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de haber utilizado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles permanentemente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos en el primer delito de esta violación.**

**Si un tribunal encuentra a usted o a cualquier miembro de su familia culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$ 500 o más, usted o ese miembro de la familia no serán elegibles permanentemente para participar en el Programa de Cupones para Alimentos tras el primer delito de esta violación.**

**Si se descubre que usted o un miembro de su familia han hecho una declaración o manifestación fraudulenta respecto de la identidad (quiénes son) o el lugar de residencia (dónde viven) para recibir múltiples beneficios por cupones para alimentos, usted o ese miembro de su familia no serán elegibles para participar en el Programa de Cupones para Alimentos por un período de 10 años.**

Comprendo que si doy información falsa o retengo información, puedo ser procesado por fraude.

**ADVERTENCIAS DE PENAS DEL PROGRAMA TANF:** en el Programa TANF, una acción intencional de dar información falsa o engañosa para establecer o mantener la elegibilidad de una AU, aumentar los beneficios, evitar una disminución de los beneficios, retener información para evitar una acción negativa o utilizar la asistencia en dinero en efectivo en lugares prohibidos se considera un infracción del programa.

Puede ser remitido a la Oficina del Inspector General para determinar su pena basada en la gravedad del delito si usted:

- no informa cambios a tiempo o no dice la verdad o utiliza los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de DÉBITO TANF para retirar dinero en efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, instalaciones de entretenimiento para adultos («clubes de striptease»), salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes, que está estrictamente prohibido; da información falsa sobre dónde vive para que pueda recibir beneficios en más de un estado y ha sido condenado por una acusación relacionada con drogas o un delito grave violento a partir del 1/1/97

Cualquier persona en su familia que incumpla estas reglas intencionalmente puede ser excluida del Programa TANF desde seis meses hasta de forma permanente.

**Para MEDICAID,** cometer fraude o abuso va contra la ley. Es posible que se le remita a la Unidad de Control de Fraude de Medicaid y PeachCare for Kids®. Los infractores pueden limitarse a utilizar un proveedor, ser retirados del programa o pedir que reembolsen al Departamento de Salud Comunitaria los servicios médicos prestados.

El fraude es un acto deshonesto cometido intencionalmente. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

**Entre los ejemplos de fraude y abuso de los participantes se encuentran los siguientes:**

- permitir que otra persona use su tarjeta de seguro de salud Medicaid, PeachCare for Kids® o de las Organizaciones de Gestión de la Atención médica (CMO)
- obtener recetas con la intención de abusar o vender medicamentos
- usar documentos falsificados para obtener servicios
- usar indebidamente o abusar del equipo provisto por Medicaid o PeachCare for Kids®
- dar información incorrecta o permitir que otros lo hagan para obtener la elegibilidad de Medicaid o PeachCare for Kids®
- no notificar los cambios que se producen en los ingresos, los acuerdos de residencia o los recursos

Debe informar los casos de fraude y abuso a:

Línea de atención telefónica de abuso y fraude para Medicaid/PeachCare for Kids® (404) 463-7590 o sin costo (800) 533-0686 o por correo de los Estados Unidos a:

Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street, NW 5th Floor, Atlanta, GA 30303.

**INFORMACIÓN SOBRE EL REGISTRO DE VOTANTES**

Si no está inscrito para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar la inscripción aquí hoy?

\_\_\_\_\_ Sí

\_\_\_\_\_ No

\_\_\_\_\_ No quiero contestar la pregunta sobre el registro para votar.

La solicitud o negación de inscripción para votar no afectará al monto de asistencia que puede recibir de esta agencia.

Si desea ayuda para llenar el formulario de solicitud de inscripción de votantes, le ayudaremos. La decisión de pedir o aceptar ayuda es suya. Usted puede llenar el formulario de solicitud en privado.

Si usted cree que alguien ha interferido en su derecho a registrarse o a negarse a registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si desea registrarse o solicitar el registro para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar una reclamación ante el secretario de estado en: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, CONCLUIREMOS QUE HA DECIDIDO NO INSCRIBIRSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

**Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con los formularios de solicitudes, renovaciones y cambios de domicilio de DFCS. También puede pedir una solicitud de registro de votantes al asistente social. Si llena una solicitud de registro de votantes, envíela a la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones provistas en la solicitud de registro de votantes.**

**FIRMAR Y FECHAR A CONTINUACIÓN EN LA CASILLA QUE MEJOR SE ADAPTE A SU SITUACIÓN.  
SI ESTÁ RENOVANDO MEDICAID Y LOS CUPONES PARA ALIMENTOS O TANF, FIRMAR Y FECHAR LAS DOS  
CASILLAS① O LA CASILLA② Y LA CASILLA③.**

**ENVIAR ESTE FORMULARIO ANTES DEL 10 DEL MES SIGUIENTE O AL MENOS DOS DÍAS ANTES DE SU CITA  
PARA LOS CUPONES DE COMIDA.**

**① Solo para Medicaid: firmar aquí cuando el solicitante/miembro/tutor legal está completando:**

Si solicito o renuevo Medicaid por mí mismo, declaro bajo pena de perjurio que soy ciudadano de los Estados Unidos o inmigrante que vive en los Estados Unidos que reúne los requisitos. Si soy progenitor o tutor legal, declaro que los solicitantes son ciudadanos de los Estados Unidos o inmigrantes que viven en los Estados Unidos que reúnen los requisitos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

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

**② Solo para Medicaid: firmar aquí cuando una persona distinta del solicitante/miembro/progenitor/tutor legal está completando:**

Certifico, a mi leal saber y entender, que las personas para las que presento la solicitud/renovación de Medicaid son ciudadanos estadounidenses o viven legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

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

**Teléfono al que lo podemos contactar** \_\_\_\_\_

**Si el solicitante/miembro/progenitor/tutor legal desea que esta persona sea representante personal,  
deberá marcar aquí y firmar a continuación.**  Sí  No

\_\_\_\_\_  
(solicitante/miembro/progenitor/tutor legal)

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

**③ Para cupones para alimentos o TANF: cuando el solicitante/receptor/tutor legal está respondiendo:** Declaro, bajo pena de perjurio, a mi leal saber y entender, que las personas para las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o no ciudadanos que viven legalmente en los Estados Unidos. Asimismo, certifico que toda la información brindada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Comprendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proveo en esta solicitud. La información puede obtenerse de empleadores anteriores o actuales. Comprendo que mi información será utilizada para rastrear la información salarial y mi participación en las actividades laborales.

Informaré de cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del Programa de Cupones para Alimentos, Medicaid o TANF. También informaré si un miembro de mi familia recibe ganancias de lotería o apuestas en una cantidad bruta de \$ 3500 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Notificaré estas ganancias en un plazo de 10 días desde el final del mes en que mi familia recibió las ganancias. Comprendo que si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o invalidación de los programas de DHS-DFCS por dar información incorrecta a sabiendas. Comprendo que puedo ser procesado si proveo información falsa u oculto información. Comprendo que, si no informo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no puedo verificarlos, DHS-DFCS no presupuestará ese gasto en el cálculo de la cantidad de mis beneficios de cupones para alimentos.

\_\_\_\_\_  
(Firma)

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

## (Guardar estos documentos para su información)

Esta tabla explica algunos de los términos utilizados en este formulario.

<b>Solicitante</b>	Una persona que opta por solicitar o recibir asistencia/beneficios públicos
<b>Unidad de Asistencia (AU)</b>	Una unidad de asistencia incluye a las personas <i>elegibles</i> y que viven juntas y reciben asistencia/beneficios públicos
<b>Cuidador</b>	Un progenitor, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con hijos a su cargo
<b>Identificación del cliente</b>	Número único asignado a una persona que recibe asistencia/beneficios públicos
<b>Invalidad</b>	Las medidas adoptadas para retirar a una persona de un caso de cupones para alimentos o TANF porque no dijeron la verdad y recibieron beneficios que no deberían haber recibido
<b>Transferencia electrónica de beneficios (EBT)</b>	El sistema utilizado en Georgia para pagar beneficios a las personas que son elegibles para recibir cupones para alimentos. Las personas que reciben asistencia obtienen una tarjeta de débito EBT, que se utiliza para acceder a las cuentas de cupones para alimentos.
<b>Tarjeta de débito EPPICard-MasterCard</b>	El estado de Georgia ha puesto en práctica una opción de pago «electrónico» conveniente para los beneficiarios de TANF denominada tarjeta de débito EPPICard-MasterCard. En esta opción de pago, el dinero se deposita en la cuenta del receptor el primer día calendario del mes. El receptor tiene acceso inmediato a sus fondos, ya que los fondos se cargan electrónicamente en la tarjeta de débito MasterCard.
<b>Beneficiario familiar</b>	Un progenitor, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF a su nombre por parte de los hijos
<b>Ingresos brutos</b>	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones
<b>Miembros del hogar</b>	Personas que viven en su hogar. Para cupones para alimentos, las personas que viven juntas y compran y preparan las comidas juntas.
<b>Ingreso</b>	Pagos tales como salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones, compensación del trabajador, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, cuota de manutención o cualquier otra forma de dinero recibido
<b>Ley de Exención Fiscal para la Clase Media de 2012</b>	Esta ley prohíbe el uso de fondos de asistencia en dinero en efectivo o tarjetas de débito TANF para retirar efectivo o realizar transacciones en casinos, licorerías, establecimientos de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubes nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas y municiones, cruceros barcos, psíquicos, tiendas para fumar, tiendas de tatuajes/pírsines y salones de spa/masajes. El uso de fondos de asistencia en dinero en efectivo o de la tarjeta de débito TANF en estos establecimientos constituirá una violación intencional del programa (fraude) por parte del receptor.
<b>No solicitante</b>	Una persona que NO solicita o recibe asistencia/beneficios públicos; los no solicitantes no están obligados a brindar un SSN, la ciudadanía o condición de inmigración.
<b>Beneficiario</b>	Un beneficiario es una persona que acepta la responsabilidad de recibir asistencia en dinero en efectivo y de gastar los fondos en nombre de la AU. Un beneficiario puede o no ser miembro de la AU.
<b>Gastos antes de impuestos</b>	Los gastos antes de impuestos son deducciones deducidas de sus ingresos antes de aplicar los impuestos. No todas las deducciones son antes de impuestos. Las deducciones antes de impuestos más comunes son el seguro de salud, el seguro dental, el seguro de visión, etc. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Extranjero/inmigrante que reúne los requisitos</b>	Un <i>extranjero/inmigrante que reúne los requisitos</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y pertenece a una de las siguientes categorías: una persona legalmente admitida para la residencia permanente (LPR) en virtud de la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA); un inmigrante <i>amerasiático</i> en virtud del artículo 584 de la Ley de Operaciones Extranjeras, Financiación de Exportaciones y Asignaciones de Programas Relacionados de 1988; una persona a la que se concede asilo en virtud del artículo 208 de INA; <i>refugiados</i> , admitidos en virtud del artículo 207 de INA; una persona <i>en libertad condicional</i> en los Estados Unidos en virtud del artículo 212 (d)(5) de INA por al menos un año; una persona cuya <i>deportación</i> se haya suspendido en virtud del artículo 243(h) de INA, vigente antes del 1.º de abril de 1997, o del artículo 241(b) (3) de INA, en su forma enmendada; una persona a la que se haya concedido la <i>entrada condicional</i> en virtud del artículo 203 (a)(7) de INA, en vigor antes del 1.º de abril de 1980; los inmigrantes <i>cubanos o haitianos</i> según se definen en el artículo 501(e) de la Ley de Asistencia para la Educación de Refugiados de 1980; las <i>víctimas de la trata de personas</i> en virtud del artículo 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas de la Trata de 2000; los inmigrantes maltratados que cumplen las condiciones establecidas en el artículo 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades de Trabajo de 1996, en su forma enmendada. Inmigrantes <i>afganos o iraquíes</i> a los que se les concedió la condición de inmigrante especial en virtud del artículo 101(a)(27) de INA (con sujeción a determinadas condiciones); los indio estadounidenses nacidos en Canadá que viven en los Estados Unidos en virtud del artículo 289 de INA o los no ciudadanos de la tribu india reconocida federalmente en virtud del artículo 4(e) de la Ley de Autodeterminación y Asistencia a la Educación de los Indios, y <i>los miembros de las tribus laosianas hmong o de las tierras altas</i> que prestaron asistencia al personal de los Estados Unidos participando en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 – 5/07/1975).



<b>Recursos</b>	Dinero en efectivo, propiedades o bienes como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida
<b>Ingresos imposables</b>	Pagos tales como salarios, sueldos, comisiones, bonificaciones, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otra forma de dinero recibido
<b>Dependiente fiscal</b>	Una persona que espera ser incluida en la declaración de impuestos de un declarante de impuestos <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Declarante de impuestos</b>	Una persona que espera presentar una declaración de impuestos <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Deducciones de declaraciones de impuestos</b>	Las deducciones de declaración de impuestos son las deducciones permitidas del Servicio de Impuestos Internos (IRS) que se encuentran en el formulario de declaración de impuestos 1040, desde el renglón 23 al 35. Entre ellos cabe mencionar: Gastos de educador; Formulario 2106; Formulario de ahorros de salud 8889; Formulario de gastos de mudanza 3909; Pena/retiro anticipado de ahorros; Pensión alimentaria pagada; Deducción de cuenta de jubilación individual (IRA); Interés de préstamo estudiantil; Formulario de matrícula y tasas 8917; Formulario de actividades de producción doméstica 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>
<b>Tráfico en el Programa de Cupones para Alimentos/SNAP</b>	<p>El tráfico de los beneficios SNAP significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, robar o intercambiar de otro modo beneficios SNAP emitidos y obtenidos a través de tarjetas EBT, números de tarjeta y números PIN o mediante comprobante manual y firma, por DINERO EN EFECTIVO o contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o connivencia con otros, o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar un producto con beneficios SNAP que tenga un contenedor que requiera un depósito de devolución con la intención de obtener dinero en efectivo descartando el producto y devolviendo el contenedor por la cantidad depositada, desechando intencionalmente el producto, y devolviendo intencionalmente el contenedor por el monto del depósito; (4) comprar un producto con beneficios SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o una contraprestación que no sean alimentos elegibles mediante la reventa del producto, y posteriormente revendiendo intencionalmente el producto adquirido con beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegibles; (5) comprar intencionalmente productos adquiridos originalmente con beneficios SNAP a cambio de dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegibles. (6) Intentar comprar, vender, robar o de otro modo afectar un intercambio de beneficios SNAP emitidos y obtenidos a través de tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o mediante comprobantes y firmas manuales, por dinero en efectivo o contraprestación que no sean alimentos elegibles, ya sea directa o indirectamente, en complicidad o connivencia con otros, o actuando solo.</p>

## **Aviso de derechos según la Ley de Estadounidenses con Discapacidades (ADA)/sección 504**

### **Ayuda para personas con discapacidad**

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia («los Departamentos») están obligados por ley federal\* a brindar a las personas con discapacidad igualdad de oportunidades para participar en los programas, los servicios o las actividades de los Departamentos o reunir los requisitos para ellos. Esto incluye programas como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) y Asistencia Médica.

Los Departamentos ofrecen modificaciones razonables cuando sean necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar las políticas, las prácticas o los procedimientos para brindar igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente efectiva, ofrecemos asistencia de comunicación a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad, como intérpretes de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que dé lugar a una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad, o a una carga financiera y administrativa indebida.

### **Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación**

Póngase en contacto con el asistente social si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia de comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o servicio para una comunicación efectiva, como un intérprete de lengua de señas. Puede ponerse en contacto con el asistente social o llamar a DFCS al 404-657-3433 o a DHC al 678-248-7449 para hacer su solicitud. También puede realizar la solicitud utilizando el formulario de solicitud de modificación razonable de ADA de DFCS, que se encuentra disponible en la oficina de DFCS local o en línea en <https://dhs.georgia.gov/forms-notice>, o puede obtener el formulario de solicitud de modificación razonable de ADA de DFCS en la oficina de DCH del equipo de Katie Becket o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no tiene que utilizar el formulario.

### **Cómo presentar una reclamación**

Tiene derecho a presentar una reclamación si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar una reclamación por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que haya sido denegado o que no haya actuado en un plazo razonable. Puede presentar una reclamación oralmente o por escrito poniéndose en contacto con el trabajador social, la oficina local de DFCS, o el Coordinador de Derechos Civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Para DCH, póngase en contacto con el coordinador del EQUIPO DE KB de ADA/Sección 504 en 5815 Live Oak Pkwy Suite 2-F, Norcross, GA, 30093, 678-248-7449.

Puede pedirle al trabajador social una copia del formulario de reclamación de derechos civiles de DFCS. El formulario de reclamación también está disponible en <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0>. Si necesita ayuda para presentar una reclamación por discriminación, puede ponerse en contacto con el personal de DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas o con dificultades auditivas, o que pueden tener discapacidades del habla, pueden llamar al 711 para que un operador se conecte con nosotros.

También puede presentar una reclamación por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto para el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (HHS) se encuentra dentro de la «Declaración conjunta de no discriminación de USDA-HHS» incluida en el interior.

*\* La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas de la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 aseguran que las personas con discapacidad estén libres de discriminación ilegal.*

En virtud del **Departamento de Servicios Humanos (DHS)**, también puede presentar otras reclamaciones de discriminación poniéndose en contacto con su oficina local de DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Para reclamaciones que aleguen discriminación basada en el conocimiento limitado de inglés, póngase en contacto con el Programa de Conocimientos Limitados de Inglés y Deterioro Sensorial de DHS en: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al 404-657-5244 (voz), 404-463-7591 (teletipo [TTY]), 404-651-6815 (fax).

**Según la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de asistencia médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios por su raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Para denunciar la elegibilidad de Medicaid o la discriminación de un proveedor, llame a la Oficina de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (**local 404-463-7590**) o (**gratuito**) **800-533-0686**.

También puede denunciar sospechas de fraude por parte de Medicaid llamando (gratuito) al 1-800-533-0686.

## **Declaración conjunta de no discriminación del USDA-HHS**

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](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](mailto: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](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 (800) 368-1019 (voz) o al (800) 537-7697 (sistema TTY).

Esta institución es un proveedor que ofrece igualdad de oportunidades.