

**Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Formulario de Renovación de CUPONES DE ALIMENTOS/MEDICAID/TANF**

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o si necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si es sordo o tiene dificultad para oír, llame al Servicio de Transmisión de Información de Georgia (GA Relay al 711). Nuestros servicios son gratuitos.

<i>For Office Use only: (Solo para uso oficial)</i>	Date Received _____	Load # _____	Client ID # _____
Date Initiated: _____	Programs Initiated: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> Food Stamps <input type="checkbox"/> Medicaid		

¿Necesita el solicitante o la persona que está haciendo la renovación/solicitud de beneficios en nombre del solicitante asistencia para comunicarse con nosotros? De ser así, marque todas las que correspondan:

- () Teletipo o TTY () Braille () Letra grande () Correo electrónico
- () Transmisión de video () Intérprete del lenguaje de señas _____
- () Intérprete de un idioma extranjero (especifique el idioma) _____ () Otro _____

Si está solicitando cupones de alimentos de nuevo, o renovando sus beneficios de TANF o Medicaid, puede presentar este formulario de renovación/solicitud con tan solo su nombre, dirección y firma. **Sin embargo, si usted llena todo el formulario y provee la verificación de información que se le pida, nos ayudará a tramitar más rápidamente su solicitud, recertificación o renovación.** Puede usar este formulario para presentar una renovación/solicitud conjunta para el programa de cupones de alimentos/Medicaid o TANF o para el programa de cupones de alimentos (FS) solamente. No se terminará su renovación de cupones de alimentos solo porque se haya denegado/terminado su renovación/solicitud en otro programa. Determinaremos si cumple con los requisitos de manera separada para la renovación de sus cupones de alimentos.

A continuación, ESCRIBA EN LETRA DE MOLDE el nombre y la dirección de la persona que va a solicitar de nuevo los beneficios:

Nombre del (de la) cliente:	Fecha de nacimiento:	Número de Seguro Social:
Dirección residencial:		
Dirección postal:		
Número de teléfono principal:	Otro número de contacto:	Correo electrónico (opcional)

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidenses o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. La información puede ser obtenida de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se usará para rastrear información de salarios y mi participación en actividades de trabajo. Voy a informar cualquier cambio en mi situación según los requisitos de los programas de cupones de alimentos/Medicaid o TANF. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o denegados y puedo ser sometido a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa u oculto información. Entiendo que si no le digo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación o si no los verifico, DHS-DFCS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

Firma _____ Fecha _____

Firma del testigo, si el solicitante firmó con una 'X' _____ Fecha _____

Representante autorizado:

Complete esta sección solamente si desea que alguien llene su solicitud/renovación, complete su solicitud para cupones de alimentos o TANF o use su tarjeta de EBT de cupones de alimentos para comprar alimentos cuando usted no pueda ir a la tienda. Si está solicitando Medicaid, puede escoger a más de una persona para que solicite asistencia médica en representación suya.

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código Postal: _____

Nombre: _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto.: _____

Ciudad: _____ **Estado:** _____ **Código Postal:** _____

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

SOLO PARA MEDICAID

¿Espera presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Puede solicitar seguro médico aunque no presente una declaración de impuestos federales).

SÍ Si responde *sí*, conteste las preguntas a, b y c. **NO** Si responde *no*, conteste la pregunta c.

a. ¿Presentará una declaración conjunta con su esposo(a)? Sí No Si responde *sí*, nombre de su esposo(a): _____

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

Si responde *sí*, escriba el nombre de su(s)

dependiente(s): _____

c. ¿Lo reclamará alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No

Si responde *sí*, escriba el nombre del declarante de impuestos: _____

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o si necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si es sordo o tiene dificultad para oír, llame al Servicio de Transmisión de Información de Georgia (GA Relay) al 711. Nuestros servicios son gratuitos.

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

Conteste todas las preguntas y proporcione pruebas de ingresos y gastos conforme a lo solicitado.

TAMAÑO DEL HOGAR: Llene la siguiente tabla acerca del solicitante y todos los miembros del hogar. Las siguientes leyes y reglamentos federales: la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 C.F.R. § 435.920, autorizan a DFCS a solicitar los números de seguro social de usted y de los miembros de su hogar. Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser designada **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que darnos información acerca de su número de seguro social, ciudadanía o estatus migratorio y no califican para recibir beneficios. Los otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios, si califican. Si desea que determinemos si algún miembro del hogar califica o no para recibir beneficios, será necesario que nos diga su estatus de ciudadanía o estatus migratorio y nos dé el número de seguro social de esa persona. Además, todavía será necesario que nos informe acerca de los ingresos y recursos de **dicha persona** para determinar si califica y el nivel de beneficios de su hogar. Ningún miembro del hogar que no sea solicitante será denunciado ante el sistema del Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) por no dar su estatus de ciudadanía o estatus migratorio. Sin embargo, si su solicitud contiene información sobre su estatus migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación mediante el sistema SAVE y podría afectar la calificación y el nivel de beneficios de su hogar. Corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y calificación. También se podría compartir esta información con los oficiales encargados de hacer cumplir las leyes, con el fin de ayudarles a atrapar a los prófugos de la justicia. Si hay alguna reclamación relacionada con los cupones de alimentos contra algún miembro de su hogar, se podría entregar la información de esta solicitud, incluidos los números de seguro social, a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para asistirles en la cobranza de la reclamación. No les denegaremos beneficios a solicitantes miembros del hogar porque otros miembros del hogar no hayan proporcionado su número de seguro social, estatus de ciudadanía o estatus migratorio. Si está solicitando servicios médicos de emergencia solamente, no tiene que proporcionar su número de seguro social ni información sobre su estatus migratorio.

Nombre	Inicial del sdo. nombre	Apellido(s)	Origen étnico ¿Hispano o latino? (Opcional)	Raza (Opcional)	Sexo M/F	Fecha de nacimiento	Parentesco con usted	Número de seguro social (Solo los solicitantes)	¿Es usted ciudadano de los EE.UU., inmigrante calificado o residente legal con estatus migratorio satisfactorio? (Solo los solicitantes) (S/N)	¿Vive en el hogar la madre de este menor? (S/N)	¿Vive en el hogar el padre de este menor? (S/N)	¿Quiere usted Medicare? (S/N)
			S/N				USTED 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
			S/N						S/N	S/N	S/N	S/N

Códigos de raza (escoja todos los que correspondan): **AI** – indio estadounidense/nativo de Alaska **AS** – asiático **BL** – negro/afroamericano
HP – hawaiano/de las islas del Pacífico **WH** – blanco

Al proporcionar 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 calificación ni el nivel de los beneficios.

Solo para Medicaid - ¿Estuvo alguien en su hogar bajo cuidado tutelar a los 18 años? Sí No

Solo para Medicaid: Si tiene dependientes en su declaración de impuestos que no viven en su hogar, enumérelos a continuación.

Nombre: _____ Número de seguro social _____ Sexo: M F (marque con un círculo)
Fecha de nacimiento: _____ Ciudadanía: _____

Parentesco con usted: _____ (añada páginas adicionales según sea necesario)

Solo para cupones de alimentos y TANF - ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: ¿Está alguien en su hogar inscrito, por lo menos a tiempo parcial, en un instituto universitario, universidad o escuela vocacional o técnica? Sí No Si responde sí, ¿quién?: _____

Nombre del instituto: _____ Grado/Estatus _____ Fecha de graduación: _____

¿Está el estudiante empleado? Sí No

¿Está inscrito en un programa de empleo para estudiantes? Sí No Si responde sí, horas trabajadas por semana _____ (Llene la sección de empleo a continuación también).

(Solo para el Programa de cupones de alimentos) - DESCALIFICACIONES:

(1) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar 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 de 8/22/96? Sí No Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Dónde?: _____
¿Cuándo?: _____

(2) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por un delito grave de comportamiento relacionado con posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, después de 8/22/96? Sí No Si responde sí, ¿quién? _____ ¿Cuándo?: _____
Fecha del delito: _____ Fecha de la condena: _____

¿Tiene esta persona condición de infractor sin antecedentes? Sí No

a) ¿Está usted cumpliendo con cualquier término de libertad condicional relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con drogas? (Solamente para cupones de alimentos) Sí No

b) ¿Está usted cumpliendo con cualquier término de libertad bajo palabra relacionada con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave relacionado con drogas? (Solamente para cupones de alimentos) Sí No

c) ¿Ha cumplido satisfactoriamente todos los términos de libertad condicional o bajo palabra relacionados con alguna condena relacionada con drogas?
(Solamente para cupones de alimentos) Sí No

(3) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de SNAP a cambio de drogas, después de 8/22/96? Sí No

Si responde sí, ¿Quién? _____ ¿Cuándo?: _____

(4) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de SNAP por una cantidad superior a \$500, después de 8/22/96? Sí No

Si responde sí, ¿Quién? _____ ¿Cuándo?: _____

(5) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de SNAP a cambio de armas, municiones o explosivos, después de 8/22/96? Sí No

Si responde sí, ¿Quién? _____ ¿Cuándo?: _____

(6) ¿Está alguien tratando de evitar un procesamiento o la cárcel por un delito grave? Sí No
Si responde sí, ¿quién? _____

(7) ¿Está alguien violando las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? Sí No
Si responde sí, ¿quién? _____

(Solo para el Programa de TANF) - DESCALIFICACIONES:

(1) ¿Ha sido alguien condenado por un delito grave relacionado con violencia? Sí No

Si responde *sí*, ¿quién? _____

(2) ¿Ha sido alguien condenado en enero de 1997 o en una fecha posterior, por dar información falsa sobre su domicilio con el fin de obtener beneficios de TANF en más de un estado? Sí No

Si responde *sí*, ¿quién? _____

(3) ¿Ha sido alguien condenado por usar la asistencia en efectivo de TANF o la tarjeta de débito MasterCard de TANF en los lugares prohibidos que se nombran a continuación?: tiendas de licores, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, pago de fianza, clubes nocturnos, salones, discotecas y bares, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas de tabaco/cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spas. Sí No

Si responde *sí*, ¿quién? _____ ¿cuándo?: _____

Solo para Medicaid y TANF - ¿Está embarazada alguna persona en su hogar?

Sí No Número de nacimientos esperados _____ Nombre de la mujer embarazada: _____

Fecha estimada de nacimiento _____ Nombre del padre del bebé por nacer: _____

Dirección del padre: _____

MÉDICO: Solo para Medicaid, ¿hay alguien en su hogar que tenga gastos médicos por pagar? Sí No

Si responde *sí*, envíe las facturas por pagar si tiene un caso de Medicaid.

Solo para cupones de alimentos, ¿hay alguien de 60 años o mayor o discapacitado que tenga gastos médicos? Sí No

¿Han cambiado sus gastos médicos, tales como la prima de Medicare, costo de medicamentos recetados o facturas de hospitales? Sí No

Si responde *sí*, haga una lista de los gastos a continuación. Adjunte facturas y recetas de medicamentos de los meses más recientes.

Miembro del hogar que tiene la factura	Tipo de gasto (médico, hospital o receta)	Cantidad adeudada	Fecha de la factura	¿Lo cubrirá el seguro? Sí/No

¿Hay alguien de 60 años o mayor o discapacitado que tenga gastos de transporte por razones médicas? Sí No

Si responde *sí*, proporcione la información a continuación. Si recibe Medicaid, proporcione comprobantes:

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

¿Paga alguien alguno de estos gastos médicos por usted? Sí No

Si responde *sí*, proporcione la información a continuación:

¿Cuál gasto se paga?	¿Quién paga el gasto?
¿A quién le paga las facturas esta persona?	Dirección:

Solo para Medicaid

OTRO TIPO DE COBERTURA DE SALUD

¿Hay alguien inscrito en alguna de las siguientes coberturas de salud?

Medicaid del Departamento de Servicios Humanos de Georgia PeachCare for Kids Medicare

- Programas de Salud de Veteranos (VA) TRICARE (No marque si tiene cuidado directo o *Line of Duty*)
 Seguro del empleador: Nombre de la cobertura de salud _____ Número de la póliza _____
 Otro: Nombre de la cobertura de salud _____ Número de la póliza _____

¿Tiene usted un seguro médico **queno sea Medicaid**? Sí No **Si responde sí, envíenos una copia de su tarjeta de seguro.**

RECURSOS: (No es necesario para Medicaid basado en MAGI) ¿Tiene alguien en su hogar alguno de los siguientes recursos? Sí No (Si responde sí, proporcione la información a continuación). Si recibe Medicaid para personas mayores, ciegas o discapacitadas (excepto un Plan de Ahorros de Medicare, como QMB, SLMB o QI-1 solamente) proporcione comprobantes.

Tipo de recurso	Dueño	Número de cuenta o póliza (No lo llene si su núm. de cuenta o póliza es igual que su núm. de seguro social)	Cantidad	Nombre del banco, compañía de seguros, etc.
Dinero en efectivo				
Cuenta corriente y de ahorros				
Cooperativa de ahorro				
Anualidades				
Acciones o bonos				
Caja de seguridad				
Cuenta de jubilación (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Vehículos (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Certificados de depósito (CD)/Anualidades (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Planes funerarios pre pagados (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Parcela en cementerio (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Fondos de fideicomiso (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Propiedad no de hogar (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Propiedad de hogar (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Seguro de vida (Solo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Otro				

Solo para Medicaid de personas mayores, ciegas o discapacitadas, ¿Ha transferido, vendido o regalado usted, su cónyuge o alguien por quien usted esté solicitando, algún recurso en los pasados 60 meses? Sí No Si responde sí, ¿qué?: _____

¿Cuándo? _____

EMPLEO: ¿Hay alguien en su hogar que trabaje? Sí No Si responde sí, indique la información de los pagos de la persona empleada, tales como sueldos, bonos y propinas. Adjunte los comprobantes de TODOS los ingresos brutos de las últimas 4 semanas.

PERSONA QUE TRABAJA	EMPLEADOR	SALARIO POR HORA	HORAS A LA SEMANA	FRECUENCIA DEL PAGO	FECHA(S) DE PAGO	BONOS	PROPINA(S)

Solo para Medicaid

GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:

- Seguro médico \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro de visión \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Seguro dental \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción: _____ \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- ¿Más? Adjunte en una hoja de papel aparte.

Los gastos antes de impuestos son deducciones que se restan de su ingreso antes de retener los impuestos. No todas las deducciones se restan antes de los impuestos.

DEDUCCIONES EN LA DECLARACIÓN DE IMPUESTOS:

Marque todas las que correspondan e indique la cantidad y frecuencia de pago.

NOTA: No debe incluir los costos que ya declaró en su respuesta de trabajo por cuenta propia.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿con qué frecuencia? _____
- Intereses de préstamos estudiantiles \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otro tipo de deducción _____ \$ _____
¿Con qué frecuencia? _____

¿Ha renunciado alguien en su hogar voluntariamente a un trabajo o reducido voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales, dentro de los 30 días anteriores a la fecha de esta renovación? Sí No Si responde sí, ¿quién renunció al trabajo? _____

Fecha de renuncia: _____ ¿A cuál trabajo se renunció? _____

¿Por qué renunció? _____

¿Ha dejado alguien de trabajar? Sí No Si responde sí, complete la información a continuación y proporcione los comprobantes:

¿Cuál trabajo dejó?	Nombre del miembro del hogar que dejó de trabajar:	
Lugar de empleo:		
Fecha en que dejó de recibir pagos:	Fecha del pago final:	Cantidad (bruta) del pago final :

¿Ha empezado alguien a trabajar? Sí No **Si responde sí, complete la información a continuación y proporcione los comprobantes:**

Nombre de la persona que empezó a trabajar:	Fecha de inicio:	Número de teléfono:
Nombre del empleador o de la empresa:	Salario: \$	Fecha en que recibió o recibirá el primer cheque:
¿Cuál es la frecuencia del pago (marque una): <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Quincenal <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		

EMPLEO POR CUENTA PROPIA: ¿Trabaja alguien por cuenta propia? Sí No
 (Si responde sí, ¿quién?) _____

Proporcione comprobantes de ingresos de trabajo por cuenta propia con expedientes de impuestos, registros del negocio, recibos, facturas o declaraciones de parte de clientes de un negocio establecido.

¿Está incorporado este negocio? Sí No
 ¿Tiene esta persona gastos por su trabajo por cuenta propia? Sí No
 Si responde sí, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona?

Solo para Medicaid y TANF: Proporcione los comprobantes de gastos de su trabajo por cuenta propia.

INGRESOS NO DERIVADOS DEL TRABAJO: ¿Recibe alguien en su hogar dinero de contribuciones, beneficios del seguro social, SSI, VA, manutención infantil, desempleo, jubilación u otro tipo de ingresos? Sí No Si responde sí, complete la información a continuación y proporcione los comprobantes de todos los ingresos de las últimas 4 semanas o la carta de concesión de beneficios más reciente.

Nombre	Fuente	Cantidad	¿Con qué frecuencia?

Para Medicaid basado en MAGI: No se contarán los ingresos de manutención infantil, pagos de veteranos, ingresos del seguro suplementario (SSI) o beneficios de indemnización laboral.

COSTO DEL CUIDADO DE DEPENDIENTES: ¿Paga usted por el cuidado de un niño dependiente o un miembro del hogar que es un adulto discapacitado? Sí No Si responde sí, complete las preguntas a continuación; **proporcione comprobantes para cupones de alimentos** (si la cantidad mensual es superior a \$200).

Persona que requiere el cuidado:	Persona que paga por el cuidado:
Nombre del proveedor:	Cantidad que le paga al proveedor: Frecuencia del pago:
Número de teléfono del proveedor:	Razón por el cuidado:

¿Paga gastos de transporte para un menor dependiente o miembro de su hogar adulto discapacitado? Sí No

¿Se incluyen esos gastos en los gastos del cuidado del dependiente? Sí No

Si responde no, conteste esta pregunta: total de millas que se manejan semanalmente:

COSTOS DE VIVIENDA: ¿Comenzó usted u otro miembro de su hogar a pagar costos de vivienda o cambiaron sus costos de vivienda? Sí No

Si responde sí, complete la tabla a continuación:

Gasto	Cantidad	¿Con qué frecuencia?	¿Quién hizo el pago?
Alquiler o hipoteca			
Impuestos a la propiedad			
Seguro inmobiliario			
Electricidad			
Gas			
Combustible, madera o queroseno			
Pozo, fosa séptica, agua o alcantarillado			
Basura			
Teléfono			
Otro			

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

¿Paga otra persona estos gastos del hogar por usted? Sí No **Si responde sí, complete la siguiente tabla:**

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

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

Si responde sí, cantidad recibida \$ _____

¿Comparte usted los gastos mensuales del hogar con alguien en el hogar? Sí No

Si responde sí, ¿quién? _____

Comentarios y documentación _____

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

Nombre del arrendador _____ Dirección del arrendador: _____

PAGOS DE MANUTENCIÓN INFANTIL: ¿Paga usted o alguien en su hogar manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? Sí No Si responde sí, complete la tabla a continuación.

¿Quién está obligado a pagar?	¿Qué cantidad está obligado a pagar?
¿Para quién se paga la manutención infantil?	¿Qué cantidad se paga realmente?
¿A quién se le paga la manutención infantil?	¿Con qué frecuencia se paga la manutención infantil?

Solo para cupones de alimentos, proporcione comprobantes de la cantidad pagada en los últimos 3 meses y de la obligación legal de pagar.

Esta sección es SOLO PARA LOS BENEFICIARIOS DE TANF - Usted tiene que completar lo siguiente:

Registros de vacunas:

¿Hay algún niño menor de 7 años que no esté inscrito en la escuela todavía? (El preescolar [Pre-K] no se considera "escuela"). Sí No

Si responde sí, envíe el Formulario 3231, Formulario de Cuidado Infantil, por cada niño menor de 7 años.

Requisitos de la escuela:

¿Están todos los niños (6-18 años) asistiendo a la escuela? Sí No

Si responde sí, nombre(s) del (de los) menor(es) _____

Nombre de la(s) escuela(s) _____

Grado(s) _____

¿Hay algún niño de 16 años de edad o mayor que **no** esté asistiendo a la escuela? Sí No

Si responde *sí*, nombre(s) del (de los) menor(es) _____

Proporcione copia de talones de cheque actuales si este menor está **empleado** o una declaración del proveedor si se dedica **a alguna otra actividad de tipo laboral**.

Requisitos de la Ley de Derechos Civiles y de la Ley para Personas con Discapacidades:

El Título II de la Ley para Personas con Discapacidades (ADA) y la Sección 504 de la Ley de Rehabilitación prohíben la discriminación contra una persona discapacitada. Si usted tiene una afección física o mental que le dificulta llevar a cabo las cosas que requerimos de usted, podríamos ayudarlo. Las afecciones físicas o mentales incluyen, por ejemplo, la diabetes, la epilepsia, la enfermedad cardíaca, una discapacidad de aprendizaje, el retraso mental, antecedentes de adicción a las drogas y al alcohol, la depresión, la movilidad reducida, la incapacidad auditiva o de la visión. Si usted necesita ayuda, háganoslo saber y trabajaremos con usted para ver qué necesita.

Si se determina que usted tiene una discapacidad que limita sustancialmente una o más de las actividades cotidianas esenciales, usted podría tener derechos conforme a la ADA y la sección 504.

Si usted responde "sí" a la pregunta a continuación, no se le van a denegar los beneficios o servicios debido a su discapacidad.

¿Tiene usted u otra persona en su hogar alguna afección física o mental que le dificulte hacer las cosas que le pedimos realizar? Sí No

(Las afecciones físicas o mentales incluyen, entre otras, la diabetes, la epilepsia, la enfermedad cardíaca, una discapacidad de aprendizaje, el retraso mental, antecedentes de adicción a las drogas y al alcohol, la depresión, la movilidad reducida, la incapacidad auditiva o de la visión).

Si responde *sí*, escriba el nombre de la persona discapacitada: _____

Tipo de discapacidad: _____

Cómo podemos ayudar:

- podemos explicarle las cartas que le enviamos.
- podemos corregir o revisar sus planes.
- podemos ayudarlo a pedir una audiencia si lo solicita.
- podemos eximirle del cumplimiento de ciertos requisitos.

Violencia doméstica

¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar víctima de violencia doméstica? Sí No

Si responde *sí*, escriba el nombre de la víctima de violencia doméstica _____

Después de la evaluación, si su hogar califica, podemos eximirle del cumplimiento de ciertos requisitos del programa, tales como la participación en actividades de trabajo o las remisiones a la División de Servicios de Manutención Infantil.

Gastos de automóvil:

¿Es usted el padre, la madre o pariente del (de los) menor(es) y está incluido en los beneficios de la AU de TANF con el (los) menor(es)? Sí No Si responde *sí*, conteste las preguntas siguientes:

¿Es usted o algún otro adulto miembro de la AU dueño de un automóvil o va a comprar uno? Sí No

Si responde *sí*, ¿quién? (Nombre del dueño) _____

Año, marca y modelo del vehículo: _____

Indique los pagos del automóvil, de seguro, de mantenimiento y otros gastos relacionados:

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

Si responde *sí*, enumérelos: _____

DERECHOS Y RESPONSABILIDADES PARA TODOS LOS PROGRAMAS

AVISO DE AUDIENCIA: En todos los programas, usted tiene el derecho de pedir una audiencia justa por escrito o en persona. Usted puede solicitar una audiencia por teléfono si llama al 1-877-423-4746 o usted puede solicitar una audiencia ante un funcionario de audiencias del estado si no está de acuerdo con esta decisión. Puede ser representado en la audiencia por un abogado, un familiar, un amigo o cualquier persona que usted elija. Si usted desea una audiencia, tiene que solicitarla por escrito o comunicándose con la agencia en un plazo de:

- **90 días** a partir de la fecha de esta notificación **para cupones de alimentos**
- **30 días** a partir de la fecha de esta notificación **para Medicaid y TANF**

El programa de Medicaid no puede denegarle 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 de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).

USTED ES RESPONSABLE DE:

- Darle a su trabajador social información correcta y proporcionar los comprobantes necesarios de sus declaraciones para recibir beneficios. Al firmar este formulario, usted está autorizando a su trabajador social a obtener información de su empleador, banco, vecinos u otros, para asegurarnos de que usted reciba la cantidad correcta de beneficios.
- Decir siempre la verdad. Si usted, o quien hace la solicitud en su nombre, da información incorrecta, usted podría estar cometiendo un delito y podría ir a la cárcel.
- Proporcionar comprobantes de que usted o una persona en su hogar que está solicitando beneficios es ciudadano estadounidense o inmigrante calificado.
- Cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para Prevención de Fraude o para la Oficina de Servicios de Investigación, quienes hacen revisiones especiales de casos. Si usted no coopera, y no podemos determinar si califica para cupones de alimentos, su caso podría ser denegado o cerrado.
- (para cupones de alimentos) Cooperar con los revisores de control de calidad cuando llamen o vayan a su casa para entrevistarle acerca de la información que usted proporcionó al administrador de su caso. Si usted no coopera con ellos, su caso podría ser denegado o cerrado.
- (para cupones de alimentos y TANF) Devolver los beneficios que no debió haber recibido.
- (para Medicaid) Cooperar con control de calidad de calificación de Medicaid o Integridad de Programas, cuando llamen o vayan a su casa a entrevistarle acerca de la información que usted proporcionó al administrador de su caso.
- (para Medicaid) Cooperar con recuperación patrimonial, para miembros de Medicaid que tengan 55 años o más y que estén en un asilo de ancianos, centro de atención intermedia o servicios comunitarios, o estén inscritos en un programa de exención y reciban servicios a través de dicho programa.

Si recibe **cupones de alimentos**, usted tiene que informar en cuanto el total de los ingresos brutos mensuales superen el límite de ingresos para el número de personas en su hogar. Se tiene que informar este cambio dentro de 10 días a partir del fin del mes en el cual ocurrió. Si usted es un(a) trabajador(a) adulto(a), soltero(a) y sin hijos, también tiene que informar si sus horas de trabajo se reducen a menos de 20 horas semanales u 80 horas mensuales.

Si recibe **TANF o Medicaid**, tiene que informar **todos los cambios** en su situación en un plazo de 10 días a partir del cambio.

Entiendo que cualquier suma global recibida o “pago inesperado” que cualquier persona cubierta por mi caso de Medicaid reciba tiene que ser considerada junto con cualquier otro ingreso que tengamos, para determinar si califico.

En el programa de **Medicaid**, usted tiene derecho a:

- Recibir Medicaid aunque tenga otro seguro médico.
- Escoger su médico o proveedor de Medicaid.

- Que su solicitud de Medicaid sea aprobada o denegada dentro de un plazo 10, 45 o 60 días a partir de la fecha en que usted hizo la solicitud, según el tipo de Medicaid.

Como condición de calificación para Medicaid:

- Estoy de acuerdo en asignar al estado todos los derechos para la asistencia médica y al pago por el cuidado médico de parte de terceros (los beneficios de hospital y médicos). Acepto cooperar con el estado en identificar y proporcionar información para ayudar al estado a buscar a terceros que puedan ser legalmente responsables del pago por cuidados y servicios. Entiendo que tengo que informar todo pago recibido por cuidados médicos dentro del plazo de 10 días. (Si está llenando este formulario en nombre de otra persona y no tiene el poder para firmar una cesión en nombre de esa persona, dicha persona tendrá que firmar una cesión de los derechos antes mencionados como condición de su calificación para Medicaid).
- Estoy de acuerdo en otorgarle al estado el derecho de requerirle al padre/la madre ausente que proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que tengo que conseguir manutención médica del padre/la madre ausente si está disponible, y que tengo que cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener esta manutención. Si **no** coopero, comprendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y solo mis hijos recibirán beneficios, a menos que se establezca una justificación.

ADVERTENCIA DE SANCIONES DEL PROGRAMA DE CUPONES DE ALIMENTOS: Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su hogar no debería recibir.
- No use 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 alimentarios como alcohol y tabaco, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda cupones de alimentos o tarjetas de EBT por objetos ilegales, tales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente cualquiera de estas reglas podría ser excluido del programa de cupones de alimentos por un período de un año o permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta \$250,000, encarcelado por un periodo de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser enjuiciado conforme a otras leyes federales y estatales correspondientes y podría ser excluido del programa de cupones de alimentos/SNAP por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Cualquier miembro del hogar que infrinja intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir cupones de alimentos por un periodo de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia determina que usted o un miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, no podrá recibir los beneficios por un periodo de dos años por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia determina que usted o un miembro de su hogar es culpable de usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, no podrá participar nunca más en el programa de cupones de alimentos por la primera infracción.

Si usted o cualquier miembro de su hogar es declarado culpable ante un tribunal de justicia de traficar beneficios por una cantidad que sume \$500 o más, no calificará permanentemente para participar en el programa de cupones de alimentos, a partir de la primera infracción de este tipo.

Si se comprueba que usted o cualquier miembro de su hogar da una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quién es) o de su domicilio (dónde vive) para recibir múltiples beneficios de cupones de alimentos, no calificará para participar en el programa de cupones de alimentos por un periodo de 10 años.

Comprendo que podría ser enjuiciado por fraude si doy información falsa o retengo información.

ADVERTENCIAS DE SANCIONES DEL PROGRAMA DE TANF: En el programa de TANF, una infracción intencional del programa (IPV, por sus siglas en inglés) es una acción intencional de proporcionar información falsa

o engañosa con el fin de establecer o mantener la calificación para una unidad de asistencia (AU), aumentar los beneficios o prevenir una disminución de beneficios, ocultar información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo en lugares prohibidos.

Usted podría ser remitido a la Oficina del Inspector General para que determine su sanción según la gravedad de la infracción, si usted:

- no declara cambios a tiempo, no dice la verdad o usa los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, tiendas de licores, clubes de *striptease* o locales de entretenimiento para adultos, salas de póquer, pago de fianza, clubes nocturnos/bares/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, lecturas psíquicas, tiendas de tabaco/cigarrillos, locales de tatuajes y perforaciones corporales y spas o salas de masajes, da información falsa acerca de su lugar de residencia para recibir beneficios en más de un estado o ha sido condenado por cualquier delito relacionado con drogas o un delito grave el 1/1/97 o después de esa fecha.

Se le podrá restringir el acceso al programa de cupones de alimentos a cualquier persona en su hogar que infrinja estas reglas de manera intencional, por un período de seis meses hasta permanentemente.

Para MEDICAID, cometer fraude y abuso infringe la ley. Usted podría ser remitido a la Unidad de Prevención de Fraude de Medicaid y PeachCare for Kids®. Los infractores pueden ser limitados al uso de un solo proveedor, pueden ser expulsados del programa o pueden ser obligados a reembolsar al Departamento de Salud Comunitaria por los servicios médicos prestados.

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

Algunos ejemplos de fraude y abuso por los participantes son:

- Permitir que otra persona use su tarjeta de seguro médico de Medicaid, PeachCare for Kids® o de CMO.
- Obtener recetas con el fin de abusar de los medicamentos o venderlos.
- Usar documentos falsos para obtener servicios.
- Abusar o usar de manera incorrecta un equipo proporcionado por Medicaid o PeachCare for Kids®.
- Proporcionar información incorrecta, o permitir que otros lo hagan, con el fin de calificar para Medicaid o PeachCare for Kids®.
- No informar cambios en los ingresos, el tipo de vivienda o los recursos.

Usted debe denunciar los casos de fraude y abuso a:

la línea directa de fraude y abuso de Medicaid/ PeachCare for Kids® al (404) 463-7590 o gratis al (800) 533-0686 o por correo a: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street, NW 5th Floor, Atlanta, GA 30303

FIRME Y ESCRIBA LA FECHA ABAJO EN LA CASILLA QUE MEJOR CORRESPONDA A SU SITUACIÓN.

SI ESTÁ RENOVANDO MEDICAID Y CUPONES DE ALIMENTOS O TANF, TIENE QUE FIRMAR Y ESCRIBIR LA FECHA, YA SEA EN LA CASILLA ① O EN LA CASILLAS ② Y CASILLA ③.

ENVÍE ESTE FORMULARIO ANTES DEL DÍA 10 DEL MES SIGUIENTE O, POR LO MENOS, DOS DÍAS ANTES DE SU CITA DE CUPONES DE ALIMENTOS.

① Solo para Medicaid - firme aquí cuando el solicitante, miembro o tutor sea quien llena el formulario:

Si estoy solicitando o renovando Medicaid para mí mismo, certifico bajo pena de perjurio que soy ciudadano estadounidense o inmigrante calificado presente en los Estados Unidos. Si soy un padre, madre o tutor, certifico que el (los) solicitante(s) es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o inmigrante(s) calificado(s) en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

② Solo para Medicaid - firme aquí cuando una persona que no sea el solicitante, miembro, padre, madre o tutor sea quien llena el formulario:

Certifico, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por la(s) que estoy solicitando o renovando Medicaid es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi leal saber y entender.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

Teléfono donde usted puede ser contactado(a) _____

Si el solicitante, miembro, padre, madre o tutor desea que esta persona sea su representante personal, tiene que marcar aquí y firmar a continuación Sí No

_____ (Solicitante, miembro, padre, madre o tutor)

_____ (Fecha)

③ Para cupones de alimentos o TANF; cuando el solicitante, beneficiario o tutor sea quien llena el formulario:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por las que estoy solicitando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en esta solicitud. La información puede ser obtenida de empleadores pasados o actuales. Entiendo que mi información se usará para rastrear información de salarios y mi participación en actividades de trabajo. Voy a informar cualquier cambio en mi situación según los requisitos de los programas de cupones de alimentos/Medicaid y TANF. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo ser sometido a enjuiciamiento penal o descalificado del programa si, a sabiendas, proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser procesado si doy información falsa u oculto información. Entiendo que si no le digo a DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación o si no los verifico con ellos, DHS-DFCS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

For Office Use Only (Solo para uso oficial):

Worker Signature: _____ **Date:** _____

(Conserve estos documentos para su información)

Esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, origen nacional, discapacidad, edad, sexo y, en algunos casos, religión o creencias políticas.

El Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA) también prohíbe discriminar por motivo de raza, color, origen nacional, sexo, creencias religiosas, discapacidad, edad, creencias políticas o tomar represalias por haber participado en actividades de derechos civiles anteriormente en cualquier programa o actividad que realice o esté financiada por USDA.

Las personas con discapacidades que necesitan medios alternos de comunicación para obtener información sobre los programas (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas, etc.), deben comunicarse con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, que tengan dificultad para oír, o discapacidades del habla pueden ponerse en contacto con USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión de Información (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339. Además, puede ponerse a su disposición información sobre los programas en idiomas que no sean el inglés.

Para presentar una queja formal por discriminación en un programa, llene el Formulario de Queja por Discriminación (AD-3027) de USDA, que se encuentra por Internet en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, y en cualquier oficina de USDA, o escriba una carta dirigida a USDA y proporcione en la carta toda la información que se solicita en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de queja, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta a USDA por medio de:

- (1) correo: U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax: (202) 690-7442 o
- (3) correo electrónico: program.intake@usda.gov.

Para cualquier otra información relacionada con problemas con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP), las personas deben comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual tiene disponibilidad en español, o llamar a los números de información/líneas directas de ayuda del estado (haga clic en el enlace para obtener una lista de líneas directas de ayuda por estado), que se encuentra por Internet en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja por discriminación relacionada con un programa que reciba asistencia financiera federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), 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) u (800) 537-7697 (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 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 denegarles su derecho o los beneficios por motivos 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 de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al 404-463-7590 (número local) o 800-533-0686 (número gratuito).

Esta tabla explica algunos de los términos que se usaron en este formulario.

Solicitante	Una persona que decide solicitar o recibir asistencia o beneficios públicos.
Unidad de Asistencia (AU)	Una unidad de asistencia incluye personas que <i>califican</i> , que viven juntas y que reciben asistencia/beneficios públicos juntas.
Cuidador	Padre, madre, pariente o tutor que solicita y recibe TANF y tiene niños bajo su cuidado.
Núm. de ID de cliente	Número único asignado a una persona que recibe asistencia o beneficios públicos.
Descalificado	Paso que se toma para retirar a una persona de un caso de cupones de alimentos o TANF, por no decir la verdad y recibir beneficios que no debió haber recibido.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	Sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que califican para cupones de alimentos. A las personas que reciben asistencia se les da una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a sus cuentas de cupones de alimentos.
Tarjeta de débito EPPICard MasterCard	El estado de Georgia ha implementado una opción conveniente de pago "electrónico" para los beneficiarios de TANF, llamada tarjeta de débito EPPICard MasterCard. Bajo esta opción de pago, el dinero es depositado en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos, ya que estos son abonados electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.
Pariente beneficiario	Padre, madre, pariente o tutor que solicita y recibe TANF a su nombre, en representación de los niños.

Ingresos brutos	Ingreso total de una persona antes de tener en cuenta los impuestos o alguna otra deducción.
Miembros del hogar	Personas que viven con usted en su casa. Para cupones de alimentos, las personas que viven juntas y compran y preparan sus alimentos juntas.
Ingresos	Pagos, como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, compensación de trabajadores, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Ley de Asistencia de Impuestos para la Clase Media de 2012	Esta ley prohíbe el uso de la ayuda en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar fondos o hacer transacciones en casinos, tiendas de licor, instalaciones de entretenimiento para adultos, salas de jugar póquer, pago de fianzas, clubes, salones, discotecas y bares nocturnos, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos de juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco/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 infracción intencional (fraude) del programa por parte del beneficiario.
No solicitante	Una persona que NO solicita asistencia o beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de seguro social (SSN), estatus de ciudadanía o estatus migratorio.
Beneficiario	Persona que asume la responsabilidad de recibir la asistencia en efectivo y usar los fondos en nombre de la unidad de asistencia (AU). El beneficiario puede ser o no ser un miembro de la AU.
Gastos antes de impuestos	Deducciones que se hacen de sus ingresos antes de retener los impuestos. No todas las deducciones se hacen antes de los impuestos. Las deducciones antes de los impuestos más comunes son: seguro médico, seguro dental, seguro de la visión, etc. http://www.irs.gov
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>ameriasióticos</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; <i>los refugiados</i> admitidos según la sección 207 de la INA; una persona admitida en los Estados Unidos bajo <i>libertad condicional</i> , 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 de conformidad con la sección 243(h) de la INA, según estaban en vigor antes del 1 de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> de conformidad con la sección 203(a)(7) de la INA, según estaba en vigor antes del 1 de abril de 1980; <i>los inmigrantes cubanos o haitianos</i> , tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; <i>las 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 iraquíes</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).
Recursos	Dinero en efectivo, propiedades o activos como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida.
Ingresos tributables	Pagos, tales como sueldos, salarios, comisiones, bonos, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Dependiente tributario	Una persona que espera ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de un declarante. http://www.irs.gov
Declarante de impuestos	Una persona que espera declarar impuestos. http://www.irs.gov
Deducciones en la declaración de impuestos	Las deducciones en la declaración de impuestos son deducciones permitidas por el IRS que se encuentran en su formulario 1040 de declaración de impuestos, las cuales empiezan en la línea 23 y terminan en la línea 35. Estas incluyen: Gastos de Educadores, Formulario 2106; Formulario 8889 de Ahorros de Salud; Gastos de Mudanza Formulario 3909; Penalidades de Retiro Temprano de Ahorros; Pensión Alimenticia Pagada; Deducción de IRA; Intereses de Préstamos Estudiantiles; Matrículas y Costos Formulario 8917; Actividades de Producción Doméstica Formulario 8903. http://www.irs.gov
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 de EBT, números de tarjetas 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 los alimentos que califican, ya sea de manera directa, indirecta, en complicidad o colusión con otros o actuando solo; (2) intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) comprar, con los beneficios de SNAP, un producto en un envase que requiere depósito de devolución, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y devolver el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y devolver 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

	<p>en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican y, luego, revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos que califican; (5) comprar intencionalmente productos originalmente adquiridos a través de los beneficios de SNAP, a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos calificados; (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 firmas a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos que califican, ya sea de manera directa, indirecta en complicidad o colusión con otros o actuando solo.</p>
--	--