

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

Si necesita ayuda para llenar este formulario de renovación/solicitud o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos.

<i>For Office Use only: (Sólo 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 renovando/solicitando beneficios a nombre del solicitante ayuda para comunicarse con nosotros? De ser así, marque todas las que correspondan:

- () Teletipo o TTY () Sistema Braille para ciegos () Letra grande () Correo electrónico
 () Servicio de retransmisión de video () Intérprete de lenguaje de señas _____
 () Intérprete de 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 sólo 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 por sus siglas en inglés) solamente. No se terminará su renovación de Cupones de Alimentos sólo en base a que 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.

Por favor ESCRIBA a continuación, EN LETRA DE MOLDE, el nombre y dirección de la persona que está volviendo a solicitar beneficios:

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

Declaro bajo pena de perjurio que, según mi leal saber y entender, la(s) persona(s) por las que estoy solicitando o renovando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi mejor saber y entender. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios Humanos (DHS por sus siglas en inglés) y Agencias Federales autorizadas podrían verificar la información que proporcione en este formulario. Se podría obtener información de mis empleadores pasados o presentes. Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos/Medicaid y/o TANF. Si alguna información es incorrecta, se podrían reducir o denegar los beneficios y podría estar sujeto(a) a procesamiento penal o descalificado(a) de los programas de DHS si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser enjuiciado(a) si doy información falsa o retengo información. Entiendo que si no le informo a DHS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

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

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 EBT de Cupones de Alimentos para comprar alimentos cuando usted no puede ir a la tienda. Si está solicitando Medicaid, puede escoger a más de una persona para que solicite asistencia médica en su nombre.

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

SÓLO PARA MEDICAID

¿Espera presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? (Todavía 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, enumere a su(s) dependiente(s): _____

c. ¿Lo reclamará alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No
Si responde sí, indique el nombre del declarante de impuestos: _____

Si necesita ayuda para llenar este formulario de renovación/solicitud o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si usted es sordo o tiene problemas de audición, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos.

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

Por favor conteste todas las preguntas y proporcione pruebas de ingresos y gastos conforme a lo solicitado.

TAMAÑO DEL HOGAR: Por favor llene el siguiente cuadro 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 vive en su hogar y no está solicitando beneficios podría ser tratada como **no-solicitante**. Los no-solicitantes no tienen que darnos información acerca de su número de seguro social, su ciudadanía o estatus migratorio y no son elegibles para recibir beneficios. Otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios si cumplen con los requisitos. Si desea que determinemos si algún miembro del hogar es elegible para beneficios o no, será necesario que nos dé información acerca de la ciudadanía o estatus migratorio y el número de seguro social de ese miembro familiar. Además, todavía será necesario que nos informe acerca de los ingresos y recursos de **ellos(as)** para determinar si pueden recibir beneficios y el nivel de beneficios de su hogar. Nadie 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 ciudadanía o estatus migratorio. Sin embargo, si su solicitud contiene información sobre su estatus migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. También se podría compartir esta información con los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, con el fin de ayudarles a atrapar a los prófugos de la justicia. Si su hogar tiene una reclamación de Cupones de Alimentos, la información en esta solicitud, incluyendo los números de seguro social, podría ser entregada a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de deudas para asistirles en el cobro de la reclamación. No les negaremos beneficios a los solicitantes miembros del hogar porque otros miembros del hogar no hayan proporcionado su número de seguro social, ciudadanía o estatus migratorio.

Primer 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 (Sólo los solicitantes)	¿Es usted ciudadano de los EE.UU., inmigrante calificado(a) o residente legal con estatus migratorio satisfactorio? (Sólo 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 Americano/Nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro/Afroamericano
HP – Nativo de Hawái/islas del Pacífico **WH** – Blanco
 Al proveer información acerca de su raza o etnia, nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará su elegibilidad o el nivel de los beneficios.

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

Sólo 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: _____

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

Sólo para Cupones de Alimentos y TANF - ESTUDIANTES DE EDUCACIÓN SUPERIOR: ¿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 _____ (Favor de completar la sección de empleo abajo también.)

(Sólo 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 del 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 del 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

(3) ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de SNAP a cambio de drogas, después del 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 un monto superior a \$500, después del 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 del 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? _____

(Sólo 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/spa. Sí No

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

Sólo para Medicaid y TANF, ¿Alguna persona en su hogar está embarazada?

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: Sólo para Medicaid, ¿hay alguien en su hogar que tenga gastos médicos por pagar? Sí No
Si responde sí, por favor mande las facturas por pagar si tiene un caso de Medicaid.

Sólo 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 recetas médicas o facturas de hospitales? Sí No

Si responde sí, haga una lista de los gastos abajo. Adjunte facturas y recetas médicas de los meses recientes.

Miembro del hogar que tiene la factura	Tipo de gasto (médico, hospital o receta médica)	Monto adeudado	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 abajo. Si recibe Medicaid, proporcione comprobantes:

Propósito del viaje (visita al consultorio u hospital; a la farmacia para recoger algo)	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 abajo:

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

Sólo 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 póliza _____
- Otro: Nombre de la cobertura de salud _____ Número de póliza _____

¿Tiene usted un seguro médico fuera de 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, complete la información abajo) Si recibe Medicaid para personas mayores, invidentes 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 No. de cuenta o póliza es igual que su No. 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 (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Vehículos (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Certificados de depósito (CD)/ Anualidades (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Planes funerarios pre pagados (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Parcela en cementerios (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Fondos de Fideicomiso (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Propiedad no de hogar (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Propiedad de hogar (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Seguro de vida (Sólo para los solicitantes de Medicaid no basado en MAGI/TANF)				
Otro				

Sólo para Medicaid de Personas Mayores, Invidentes 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.

TRABAJADOR	EMPLEADOR/PATRONO	PAGO POR HORA	HORAS A LA SEMANA	FREC UENCI A DEL PAGO	FECHA(S) DE PAGO	BONOS	PROP INA(S)

Sólo para Medicaid

GASTOS ANTES DE IMPUESTOS:

- Seguro de salud \$ _____ ¿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? Por favor, 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 hacen 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 siguiente 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 del pago final (monto bruto):

¿Ha empezado alguien a trabajar? Sí No Si responde sí, complete la información siguiente 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 pago inicial:
¿Cuál es la frecuencia del pago (marque una): <input type="checkbox"/> Semanal <input type="checkbox"/> Cada dos semanas <input type="checkbox"/> Dos veces al mes <input type="checkbox"/> Mensual <input type="checkbox"/> Otro		

EMPLEO POR CUENTA PROPIA: ¿Trabaja alguien por cuenta propia? Sí No

(Si responde sí, ¿quién?) _____

Favor de proporcionar comprobantes de ingresos de trabajo por cuenta propia con declaraciones de impuestos, registros del negocio, recibos, facturas o declaraciones de parte de clientes del establecimiento comercial.

¿Es un negocio registrado? Sí No

¿Tiene esta persona algún gasto por su trabajo a cuenta propia? Sí No

Si responde sí, ¿qué tipo de gastos tiene esta persona?

Sólo 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 abajo 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 abajo; proporcione comprobantes para Cupones de Alimentos (si el monto mensual es superior a \$200).

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

COSTO DE VIVIENDA: ¿Empezó usted a pagar costos de vivienda o han cambiado sus costos de vivienda?
 Sí No Si responde sí, complete la siguiente tabla:

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			

¿Qué es la principal fuente 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 monto 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? _____ Monto pagado \$ _____ 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 siguiente tabla.

¿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?

Sólo para Cupones de Alimentos, favor de proporcionar comprobantes de la cantidad pagada en los últimos 3 meses y de la obligación legal de pagar.

Esta sección es SÓLO PARA LOS BENEFICIARIOS DE TANF - Usted debe 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 una copia de talones de cheque actuales si este niño 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 Estadounidenses con Discapacidades:

El Título II de la Ley para Estadounidenses 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(a). 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 bajo la ADA y la sección 504.

Si usted responde "sí" a la pregunta siguiente, no se le va a negar 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, por favor déjenos saber 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) a pedir una audiencia a pedido suyo.
- podemos no exigir ciertos requisitos.

Violencia Doméstica

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

Si responde sí, por favor déjenos saber el nombre de la víctima de la violencia doméstica _____

Después de la evaluación, si su hogar califica, podemos exonerarle 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, mantenimiento y otros gastos relacionados:

¿Tiene algún otro gasto recurrente (por ej., cuentas 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 derecho a solicitar 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, debe solicitarla por escrito o al ponerse en contacto con la agencia en un plazo de:

- **90 días** a partir de la fecha de este aviso, **para Cupones de Alimentos**
- **30 días** a partir de la fecha de este aviso, **para Medicaid y TANF**

El programa de Medicaid no puede negarle la elegibilidad por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre elegibilidad o por parte de un proveedor de Medicaid, llame a la Oficina de Integridad de Programas del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al (número local) 404-463-7590 o (número gratuito) 800-533-0686.

USTED ES RESPONSABLE DE:

- Darle a su trabajador 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 alguien que solicita en su nombre proporciona información incorrecta, usted podría estar cometiendo un delito y podría ir a la cárcel.
- Proporcionar los comprobantes de que usted o alguien en su hogar por quien solicite beneficios es ciudadano de los EEUU o inmigrante elegible.
- Cooperar con el personal estatal y federal que trabaja en Prevención de Fraudes o en la Oficina de Servicios de Investigación y los que hacen revisiones especiales de casos. Si usted no coopera y nosotros no podemos determinar su elegibilidad para recibir Cupones de Alimentos, su caso podría ser negado 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 negado o cerrado.

- (para Cupones de Alimentos y TANF) Devolver los beneficios que no debió haber recibido.
- (para Medicaid) Cooperar con Control de Calidad de Elegibilidad 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 casos.
- (para Medicaid) Cooperar con Recuperación Patrimonial, para miembros de Medicaid que tengan 55 años o más y que estén en un hogar de cuidado de convalecientes, unidad 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 debe informar en cuanto sus ingresos brutos totales mensuales superen el límite de ingresos para el número de personas en su hogar. Se debe 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 debe informar si sus horas de trabajo disminuyen a menos de 20 horas semanales u 80 horas mensuales.

Si recibe **TANF o Medicaid**, debe informar **todos los cambios** en su situación en un plazo de 10 días después del cambio.

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

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

- Recibir Medicaid incluso si tiene otro seguro de salud.
- Escoger a su médico o proveedor de Medicaid.
- Que su solicitud de Medicaid sea aprobada o negada dentro de 10, 45, o 60 días de la fecha de su solicitud, dependiendo del tipo de Medicaid.

Como una condición de mi elegibilidad 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). Estoy de acuerdo en 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 debo informar cualquier pago recibido por cuidados médicos dentro del plazo de diez días. (Si usted está llenando este formulario a nombre de otra persona y no cuenta con el poder para firmar una asignación en nombre de esa persona, la persona tendrá que firmar una asignación de los derechos descritos arriba como una condición para poder ser elegible para Medicaid).
- Estoy de acuerdo en otorgarle al Estado el derecho de requerirle al padre de familia ausente que proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que debo obtener asistencia médica, si está disponible, de parte del padre de familia ausente y que debo cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener esta ayuda. Si yo **no** coopero, comprendo que puedo perder mis beneficios de Medicaid y sólo mis niños recibirán beneficios, a menos que se establezca una buena causa.

ADVERTENCIA DE PENALIDADES DE CUPONES DE ALIMENTOS: Usted puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos o la tarjeta de EBT de otra persona ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de Cupones de Alimentos para comprar artículos no alimenticios como alcohol 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 de su hogar que rompa intencionalmente alguna de estas reglas podría ser excluido del programa de Cupones de Alimentos por un período de un año o hasta permanentemente; podría ser multado por un monto de hasta \$250,000, encarcelado por 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser

procesado bajo 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 rompa intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir Cupones de Alimentos por un año a la primera infracción, dos años a la segunda infracción y permanentemente a la tercera infracción.

Si usted o cualquier miembro de su hogar es declarado culpable ante un tribunal de justicia por usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, no será elegible para recibir beneficios por dos años a la primera infracción y será permanentemente inelegible a la segunda infracción.

Si usted o cualquier miembro de su hogar es declarado culpable ante un tribunal de justicia por usar o recibir beneficios en una transacción que involucre la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, será permanentemente inelegible para participar en el programa de Cupones de Alimentos a 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, será permanentemente inelegible para participar en el programa de Cupones de Alimentos a la primera infracción.

Si se comprueba que usted o cualquier miembro de su hogar ha efectuado una declaración fraudulenta o representación falsa sobre su identidad (quién es) o lugar de vivienda (dónde vive) para recibir los beneficios de Cupones de Alimentos, será inelegible para participar en el programa de Cupones de Alimentos por un periodo de 10 años.

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

ADVERTENCIA SOBRE LAS SANCIONES DEL PROGRAMA TANF: En el programa de TANF, se considera una Violación Intencional del Programa cualquier acción intencional de proveer información falsa o engañosa con el fin de establecer o mantener la elegibilidad de una AU, aumentar los beneficios o prevenir una reducción 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 determinen su sanción según la gravedad de la infracción, si usted:

- no declara cambios a tiempo, no dice la verdad o utiliza los fondos de asistencia en efectivo o la tarjeta de débito TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, tiendas de licores, "clubes de stripteas" 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 mayor violento en o antes del 1/1/97.

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

Para MEDICAID, cometer fraude y abuso va contra la ley. Usted podría ser referido 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 de los participantes son:

- Permitir que otra persona use su tarjeta de seguro de Medicaid, PeachCare for Kids® o del CMO.
- Obtener recetas médicas 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 obtener elegibilidad para Medicaid o PeachCare for Kids®.
- No informar cambios en los ingresos, arreglos de vivienda o 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 sin costo alguno al (800) 533-0686 o por correo al Departamento de Salud Comunitaria: Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Peachtree Street, NW 5th Floor, Atlanta, GA 30303

POR FAVOR FIRME Y PONGA LA FECHA ABAJO EN LA CASILLA QUE MEJOR CORRESPONDA A SU SITUACIÓN.

SI ESTÁ RENOVANDO SU MEDICAID Y CUPONES DE ALIMENTOS O TANF, DEBE FIRMAR Y PONER LA FECHA YA SEA EN LA CASILLA ① O EN LAS CASILLAS ② Y ③.

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

① Sólo para Medicaid - firme aquí cuando el solicitante, miembro o tutor legal sea quien completa el formulario:

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

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

② Sólo para Medicaid - firme aquí cuando una persona que no sea el solicitante, miembro, padre, madre o tutor legal sea quien completa 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 mejor saber y entender.

_____ (Firma)

_____ (Fecha)

Teléfono donde usted puede ser contactado(a) _____

Si el solicitante, miembro, padre, madre o tutor legal desea que esta persona sea su representante personal, debe marcar aquí y firmar abajo Sí No

_____ (Solicitante, Padre, Madre o Tutor legal)

_____ (Fecha)

③ Para Cupones de Alimentos o TANF - cuando el solicitante, beneficiario o tutor legal sea quien completa el formulario:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que la(s) persona(s) por las que estoy solicitando o renovando beneficios es (son) ciudadano(s) estadounidense(s) o está(n) presente(s) en los Estados Unidos legalmente. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta, según mi mejor saber y entender. Entiendo y acepto que el Departamento de Servicios Humanos (DHS) y la Agencias Federales autorizadas podrían verificar la información que he proporcionado en este formulario. Informaré cualquier cambio en mi situación según los requisitos de los programas de Cupones de Alimentos o TANF. Si alguna información es incorrecta, los beneficios pueden ser reducidos o denegados y puedo estar sujeto(a) a procesamiento penal o descalificado de los programas de DHS si a sabiendas proporciono información falsa. Entiendo que puedo ser enjuiciado(a) si doy información falsa o retengo información. Entiendo que si no le digo a DHS sobre algunos de mis gastos durante la entrevista de solicitud o renovación, DHS no presupuestará estos gastos cuando se calcule mi cantidad de beneficios de cupones de alimentos.

_____ (Firma)

_____ Fecha

For Office Use Only (Sólo para uso oficial):

Worker Signature: _____ **Date:** _____

GUARDE ESTA INFORMACIÓN PARA SUS ARCHIVOS

Conforme a las leyes federales y a la política del Departamento de Agricultura de EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés) y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (HHS, por sus siglas en inglés), esta institución tiene prohibido discriminar

por motivos de raza, color de piel, origen nacional, sexo, edad o discapacidad, y en algunos casos, por creencias religiosas y políticas. Asimismo, el USDA prohíbe discriminar a sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por razones de raza, color, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y, cuando corresponda, por creencias políticas, estado civil, estado familiar o de paternidad, orientación sexual o porque todos o parte de los ingresos de una persona se deriven de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en cuanto a empleos o a cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las razones corresponden a todos los programas o actividades).

Si desea presentar una queja con el USDA sobre algún programa por discriminación de derechos civiles, llene el *Formulario de Queja por Discriminación del USDA* que se encuentra en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquiera de las oficinas del USDA, o llame al (866) 632-9992 para solicitar el formulario. Usted también puede enviar una carta que contenga toda la información que requiere el formulario. Envíe el formulario de queja o la carta completo por correo a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o correo electrónico a program.intake@usda.gov.

Las personas sordas, que tengan dificultad para oír o discapacidades del lenguaje pueden ponerse en contacto con el USDA por medio del Servicio Federal de Transmisión de Información (Federal Relay Service) llamando al (800) 877-8339 o al (800) 845-6136 (en español).

Para cualquier otra información relacionada con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) marque el número directo de USDA SNAP al (800) 221-5689, también con servicio en español, o haga clic en el enlace para el listado telefónico de las agencias estatales en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación relacionada con algún programa que recibe asistencia financiera del gobierno federal a través del Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. (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) o (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son proveedores y empleadores que ofrecen 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 servicios para personas con discapacidad sensorial, comuníquese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y el Programa de Discapacidad Sensorial al: Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 o llame al (404) 657-5244 o envíe un fax al (404) 651-6815.

Según la política del Departamento de Salud Comunitaria (DCH), el programa de Medicaid no puede negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas. Para denunciar discriminación sobre elegibilidad para 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).

Este cuadro explica algunos de los términos usados en este formulario.

Solicitante	Persona que decide solicitar o recibir asistencia o beneficios públicos.
Unidad de Asistencia (AU)	Una unidad de asistencia incluye personas que <i>son elegibles</i> , viven juntas y reciben asistencia/beneficios públicos.
Cuidador	Padre, madre, pariente o tutor legal 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 pública/beneficios.
Descalificado	Paso que se toma para quitar 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 son elegibles 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 legal que solicita y recibe TANF a su nombre de parte de los niños.
Ingresos brutos	El 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, tales como sueldos, salarios, comisiones, bonos, indemnización por accidente laboral, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido.
Ley de Alivio Tributario de 2012 para la clase media	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 licores, negocios de entretenimiento para adultos, salas de póquer, pago de fianza, clubes nocturnos, salones, discotecas y bares, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos para juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, lectores psíquicos, tiendas de tabaco/cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa. El uso de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito de TANF en este tipo de negocios se considerará una violación intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.

No solicitante	Persona que NO solicita asistencia o beneficios públicos. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de Seguro Social (SSN), ni verificar ciudadanía o estatus migratorio.
Beneficiario	Persona que asume la responsabilidad de recibir la asistencia en efectivo y utilizar 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	Son deducciones que se hacen de sus ingresos antes de retener los impuestos. No todas las deducciones se hacen antes de impuestos. Las deducciones antes de 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 cae dentro de alguna de las siguientes categorías: una persona legalmente admitida como residente permanente (LPR, por sus siglas en inglés) según la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); inmigrante <i>americano asiáticos</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 le 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 según la sección 243(h) de la INA, en vigor antes del 1º de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> según la sección 203(a)(7) de la INA, en vigor antes del 1º 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 inmigrantes maltratados que reúnen las condiciones establecidas en la sección 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996, enmendada; los inmigrantes <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>estadounidenses nativos</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 tales 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 planea ser reclamado como dependiente en la declaración de impuestos de un declarante. http://www.irs.gov
Declarante de impuestos	Una persona que planea 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. Éstas 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 EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, a cambio de DINERO EN EFECTIVO o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles, ya sea de manera directa, indirecta, en complicidad o colusión con otros o actuando por sí solo; (2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) Comprar con los beneficios de SNAP un producto en un envase que requiere depósito de retorno, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y retornar el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y retornar el envase de manera intencional para obtener el dinero del depósito; (4) Comprar un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener, por medio de la reventa, dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles y luego revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles; (5) Comprar intencionalmente productos originalmente adquiridos a través de los beneficios de SNAP, a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles. (6) Tratar de comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar los beneficios de SNAP emitidos y accedidos por medio de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o a través de cupones manuales y firmas a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos elegibles, ya sea de manera directa, indirecta en complicidad o colusión con otros o por sí solo.