

**Odjeljenje za ljudske usluge Georgie  
SNAP/MEDICAID/TANF obrazac za obnovu**

**Ako vam je potrebna pomoć pri čitanju ili popunjavanju ovog dokumenta ili vam je potrebna pomoć u komunikaciji s nama, pitajte nas ili pozovite (877) 423-4746. Sve naše usluge, uključujući i usluge tumačenja i prevođenja, su besplatne. Ukoliko ste gluhi, nagluhi, gluhoslijepi ili imate poteškoća sa govorom, možete nas pozvati na gore navedeni broj pozivom na 711 (Georgia poziv).**

<b>Samo za potrebe kancelarije:</b> Datum primanja _____ ID klijenta # _____ Datum pokretanja: _____ Pokrenuti programi: <input type="checkbox"/> TANF <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid
---

Ako se ponovo prijavljujete za SNAP ili obnavljate svoje TANF ili Medicaid pogodnosti, možete dostaviti ovaj obrazac za obnavljanje/prijavu samo sa svojim imenom, adresom i potpisom. **Međutim, ako popunite cijeli obrazac i verifikujete zatražene informacije to će nam pomoći da brže obradimo vašu prijavu, recertifikaciju/obnavljanje.** Ovaj obrazac možete koristiti za podnošenje zajedničkog obnavljanja/prijave za SNAP/Medicaid i/ili TANF program ili samo za SNAP. Vaša obnova programa Bodovi za hranu (SNAP) neće biti prekinuta samo na osnovu toga što je vaša obnova/prijava za drugi program odbijena /ukinuta. Mi ćemo posebno utvrditi podobnost za obnavljanje vašeg programa Bodovi za hranu (SNAP).

**ODŠTAMPAJTE ime i adresu osobe koja se ponovo prijavljuje za beneficije u prostoru ispod:**

Ime klijenta:	Datum rođenja:	Broj socijalnog osiguranja: (Opcionalno za Ne-aplikante)
Jesi li beskućnik? Da _____ Ne _____		*Pogledajte imigracioni status državljanstva i brojeve socijalnog osiguranja ispod.
Ulica:		
Poštanska adresa:		
Glavni broj telefona:	Drugi kontakt broj:	
Elektronska komunikacija: E-pošta: Da ___ ili Ne _____ (opcionalno) SMS poruke: Da _____ ili Ne _____ (opcionalno)	Adresa e-pošte: (opcionalno)	
Koji je vaš preferirani jezik?	Ako je potreban intervju, da li će vam trebati tumač?                      Da _____ ili Ne _____	

**Zakon o Amerikancima s invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji (ako je primjenjivo):**

**Da li imate invaliditet koji podrazumijeva razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji? Da \_\_\_\_\_ Ne \_\_\_\_\_**  
**(Ako da, molimo vas opišite razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji koju tražite):**

Tumač za znakovni jezik \_\_\_\_\_; TTY \_\_\_\_\_; Velika štampana slova \_\_\_\_\_; Elektronska komunikacija (e-pošta) \_\_\_\_\_; Brajevo pismo \_\_\_\_\_;  
 Video poziv \_\_\_\_\_; Govorni tumač \_\_\_\_\_; Usmeni tumač \_\_\_\_\_; Taktilni tumač \_\_\_\_\_; Podsjetnik telefonskog poziva o rokovima programa \_\_\_\_\_; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) \_\_\_\_\_; Intervju licem u lice (kućna posjeta) \_\_\_\_\_;  
 Ostalo: \_\_\_\_\_

**Da li vam je potrebna ova razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji jednokratno \_\_\_\_\_ ili u toku \_\_\_\_\_? Ako je moguće, ukratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova modifikacija ili pomoć?**

Izjavljujem pod materijalnom i krivičnom odgovornošću za krivokletstvo prema svom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju podnosim zahtjev za beneficije američki državljanin ili nedržavljanin(i) koji zakonito boravi u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS (Odjel za ljudske djelatnosti) -DFCS (Odjeljenje za porodicu i djecu), DCH (Odjel za javno zdravstvo) i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovom zahtjevu. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i mog sudjelovanja u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenomjnih radnih okolnosti u skladu sa zahtjevima programa SNAP (Program dodatne pomoći u prehrani) /Medicaid (Program zdravstvene pomoći) i/ili TANF (Program privremene pomoći za porodice u potrebi). Također ću prijaviti ako neko u mom domaćinstvu dobije dobitke na lutriji ili kockanju, čiji bruto iznos je od 4500 dolara ili više (prije oporezivanja ili drugih zadržavajućih iznosa). Ove dobitke ću prijaviti u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem moje domaćinstvo primi dobitke. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili mogu biti diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim reći DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih naknada za Bodove za Hranu (SNAP) .

Odjeljenje za ljudske usluge Georgie ("DHS") prikuplja lične podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte, datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

Potpis:

Datum

---

Potpis Svjedoka ako ga je potpisao s 'X'

Datum

---

### **Pathways Medical Assistance:**

Pathways Medical Assistance je program koji pruža besplatnu ili smanjenu cijenu Medicaid pokriva pojedincima starosti od 19 do 64 godine, koji imaju prihod u domaćinstvu do 100% Federalnog nivoa siromaštva (FNS), a koji inače ne ispunjavaju uslove za Medicaid, ali su podobni. Ako želite biti uzeti u obzir za Pathways, molimo vas da također popunite Prilog D.

## Ovlašteni predstavnik:

Popunite ovaj odjeljak samo ako želite da osoba ili organizacija popuni vašu prijavu/obnavljanje, završi vaš intervju za program Bodovi za hranu (SNAP) ili TANF, i/ili koristite svoju EBT karticu za Bodove za hranu (SNAP) za kupovinu hrane kada ne možete da odete u prodavnicu. Molimo provjerite koga želite imenovati kao ovlaštenog predstavnika za svaku vrstu programa. Molimo provjerite koje dužnosti želite da osoba ili organizacija ima. Ako se prijavljujete za Medicaid, možete odabrati više od jedne osobe koja će se prijaviti za Medicinsku Pomoć u vaše ime.

Ovlašteni predstavnik 1 Vrsta programa: SNAP  TANF  Medicinska pomoć

Ovlašteni predstavnik 1 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime podnosioca  Popunite i dostavite obrazac za obnovu

Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije  Postupajte u ime podnosioca prijave u svim drugim stvarima

Primate TANF benefiциjsku karticu (Way2Go)

Ime osobe 1: \_\_\_\_\_

Naziv organizacije 1 (ako je primjenjivo): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Elektronska komunikacija: E-pošta: Da \_\_\_ Ne \_\_\_ (opcionalno) SMS poruke: Da \_\_\_ Ne \_\_\_  
(opcionalno)

Adresa e-pošte: (opcionalno) \_\_\_\_\_

Preferirani jezik: \_\_\_\_\_ Da li je potreban prevodilac? Da \_\_\_ ili Ne \_\_\_

Ovlašteni predstavnik 2 Vrsta programa: SNAP  TANF  Medicinska pomoć

Ovlašteni predstavnik 2 Dužnosti: Potpišite prijavu u ime podnosioca  Popunite i dostavite obrazac za obnovu

Primajte kopije obavještenja i druge komunikacije  Postupajte u ime podnosioca prijave u svim drugim stvarima

Primate TANF benefiциjsku karticu (Way2Go)

Ime osobe 2: \_\_\_\_\_

Naziv organizacije 2 (ako je primjenjivo): \_\_\_\_\_ Telefon: \_\_\_\_\_

Adresa stanovanja: \_\_\_\_\_ Stan: \_\_\_\_\_

Grad: \_\_\_\_\_ Država: \_\_\_\_\_ Poštanski broj: \_\_\_\_\_

Elektronska komunikacija: E-pošta: Da \_\_\_ Ne \_\_\_ (opcionalno) SMS poruke: Da \_\_\_ Ne \_\_\_  
(opcionalno) Adresa e-pošte: (opcionalno) \_\_\_\_\_

Preferirani jezik: \_\_\_\_\_ Da li je potreban prevodilac? Da \_\_\_ ili Ne \_\_\_

## Zakon o Amerikancima s invaliditetom: Zahtjev za razumnu modifikaciju i pomoć u komunikaciji za Ovlaštene predstavnike (ako je primjenjivo):

Da li ovlašteni predstavnik ima invaliditet zbog kojeg će biti potrebna razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji? Da \_\_\_ Ne \_\_\_

(Ako da, molimo vas opišite razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji koju tražite):

Tumač za znakovni jezik \_\_\_; TTY \_\_\_; Velika štampana slova \_\_\_;

Elektronska komunikacija (e-pošta) \_\_\_; Brajevo pismo \_\_\_; Video poziv \_\_\_;

Govorni tumač; Usmeni tumač \_\_\_; Taktilni tumač \_\_\_; Podsjetnik telefonskog poziva o rokovima

programa \_\_\_; Telefonski potpis (ako je primjenjivo) \_\_\_; Intervju licem u lice (kućna posjeta) \_\_\_;

Ostalo: \_\_\_\_\_

Da li je ovlaštenom predstavniku potrebna ova Razumna modifikacija ili pomoć u komunikaciji jednokratno ili stalno \_\_\_? Ako je moguće, ukratko objasnite kada i koliko dugo vam je potrebna ova modifikacija ili pomoć? \_\_\_

## Samo za Medicaid:

Očekujete li da ćete podnijeti federalnu prijavu poreza na dohodak SLJEDEĆE GODINE? (I dalje možete podnijeti zahtjev za zdravstveno osiguranje čak i ako ne podnesete federalnu prijavu poreza na dohodak.)

Da  Ne Ako da, odgovorite na pitanja a, b i c. Ako ne, odgovorite na pitanje c.

a. Hoćete li podnijeti zahtjev zajedno sa supružnikom?

Da

Ne Ako da, ime supružnika: \_\_\_\_\_

b. Hoćete li prijaviti bilo kakve uzdržavane osobe na vašoj poreskoj prijavi?  Da  Ne

Ako da, navedite imena uzdržavanih osoba: \_\_\_\_\_

c. Hoće li iko biti prijavljen kao osoba ovisna o tuđem povratu poreza?  Da  Ne

Ako da, navedite ime poreskog obveznika i ovisne osobe: \_\_\_\_\_

Kako je porezni ovisnik povezan sa poreskim obveznikom? \_\_\_\_\_

**SLUŽBE ZA INFORMISANJE U ZAJEDNICI:**

Za više informacija o drugim DHS uslugama, molimo vas posjetite našu web stranicu na [www.dfcs.georgia.gov](http://www.dfcs.georgia.gov) ili pozovite (877) 423 - 4746.

**Molimo vas da odgovorite na sva pitanja i pružite dokaze o svim prihodima i svim troškovima na zahtjev.**

**IMIGRACIONI STATUS DRŽAVLJANSTVA I BROJEVI SOCIJALNOG OSIGURANJA:**

**Molimo popunite donju tabelu o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva. Sljedeći federalni zakoni i propisi: Zakon o hrani i ishrani iz 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 i 42 C.F.R. § 435.920, ovlašćuje DFCS da zatraži od vas i članova vašeg domaćinstva brojeve socijalnog osiguranja).**

Svako ko živi u vašem domaćinstvu i ne podnosi zahtjev za beneficije može se tretirati kao nepodnosilac zahtjeva. Osobe koje ne podnose zahtjev ne moraju nam dati informacije o svom broju socijalnog osiguranja, državljanstvu ili imigracionom statusu i nemaju pravo na beneficije. Ostali članovi domaćinstva mogu i dalje da primaju beneficije ako na drugi način imaju pravo. Ako želite da odlučimo da li neki član domaćinstva ima pravo na beneficije, i dalje ćete morati da nam kažete o njihovom državljanstvu ili imigracionom statusu i da nam date njihov broj socijalnog osiguranja (BSO). I dalje ćete morati da nam kažete o njihovim prihodima i resursima kako bismo utvrdili podobnost i nivo beneficija domaćinstva. Nećemo prijaviti članove domaćinstva koji nisu podnijeli zahtjev sistemu za provjeru prava stranaca (SAVE) Službe za državljanstvo i useljeničvo Sjedinjenih Država (USCIS) ako nam ne pruže podatke o svom državljanstvu ili imigracionom statusu. Međutim, ako su informacije o imigracionom statusu dostavljene u vašem zahtjevu, ove informacije mogu biti predmet provjere putem SAVE sistema i mogu uticati na podobnost domaćinstva i nivo beneficija. Uparit ćemo vaše podatke s drugim Federalnim, državnim i lokalnim agencijama kako bismo provjerili vaš prihod i ispunjavate li uslove. Ove informacije se također mogu dati službenicima za provođenje zakona kako bi ih iskoristili za hvatanje ljudi koji bježe od zakona. Ako vaše domaćinstvo ima SNAP zahtjev, informacije o ovoj aplikaciji, uključujući i BSO, mogu se dati saveznom i državnim agencijama i privatnim agencijama za naplatu potraživanja kako bi ih koristili u svrhu prikupljanja potraživanja. Nećemo uskratiti beneficije članovima domaćinstva koji podnose zahtjev jer drugi članovi domaćinstva nisu dostavili svoj BSO, državljanstvo ili imigracioni status. Ako se prijavljujete samo za hitnu medicinsku pomoć, ne morate dati svoj BSO ili informacije o vašem imigracionom statusu.

Ime	MI	Prezime	Etnička pripadnost Hispanac ili Latino? (Opcionalno)	Rasa (Opcionalno)	Pol M/Ž	Datum rođenja Format (dd/mm/gg)	Veza s vama	Broj socijalnog osiguranja (opcionally za osobe koje ne podnose zahtjev)	Da li ste državljanin SAD-a, američki nacionalni, kvalifikovani imigrant ili u zadovoljavajućem imigracionom statusu? (Samo podnosioci prijava) (D/N)	Da li majka ovog djeteta živi u kući? (D/N)	Da li otac ovog djeteta živi u kući? (D/N)	Da li želite Medicaid? (D/N)
			D/N				JA		D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N
			D/N						D/N	D/N	D/N	D/N

**Rasni Kodovi** (Odaberite sve što je primjenjivo):

**AI** – Američki Indijanci ili Starosjedioci Aljaske

**AS** – Azijat

**BL** – Crnac ili Afroamerikanac

**HP** – Starosjedioci Havaja ili Drugih Pacifičkih Ostrva

**WH** – Bijelac

Pružajući informacije o Rasi/Etničkoj pripadnosti, pomoći ćete nam u upravljanju našim programima na nediskriminatoran način. Vaše domaćinstvo nije dužno da nam daje ove informacije i to neće uticati na vaše pravo ili nivo beneficija. Međutim, ako ne date ove informacije, vizuelna identifikacija rase i etničke pripadnosti će se obaviti tokom prvog intervjua licem u lice.

**Ako ste vi ili drugi podnosioci zahteva za domaćinstvo naturalizovani građanin ili kvalifikovani stranac/imigrant popunite sljedeću tabelu:** (molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

IME			Vrsta imigracionog dokumenta	Stranac/Potvrda/Broj Dokumenta	Živate li u SAD-u od 1996. godine? (D/N)	Datum naturalizovanja/ Datum ulaska ili prijema u SAD (ako je primjenjivo) Format (dd/mm/gg)	Jeste li vi, ili vaš supružnik ili roditelj veteran ili aktivni pripadnik američke vojske? (D/N)
Ime	Srednji inicijal	Prezime					

**Samo za Medicaid:**

**Da li je neko u vašem domaćinstvu bio u hraniteljstvu sa 18 godina?**  Da  Ne

**Ako imate porezno izdržavane osobe koje ne žive u kući s vama, navedite u nastavku.**

Ime: \_\_\_\_\_ Broj socijalnog osiguranja \_\_\_\_\_ Pol: M Ž (zaokružite jedan)

Datum rođenja: \_\_\_\_\_ Državljanstvo: \_\_\_\_\_

Veza sa vama: \_\_\_\_\_ (molimo dodajte dodatne stranice po potrebi)

**Recite nam više o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva**

Potrebno nam je više informacija o podnosiocu zahtjeva i svim članovima domaćinstva kako bismo odlučili ko ima pravo na beneficije. Odgovorite samo na pitanja o beneficijama koje želite da dobijete na stranici ispod.

1. Da li je neko primao beneficije u drugom okrugu ili državi? (Samo za SNAP i TANF)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Gdje: \_\_\_\_\_

Kada: \_\_\_\_\_

2. Da li je neko osuđen za davanje lažnih podataka o tome gdje živi i ko su da bi nakon 22.8.1996. godine dobio višestruke SNAP beneficije u više područja? (Samo za SNAP)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Gdje: \_\_\_\_\_

Kada: \_\_\_\_\_

3. Da li je neko u vašem domaćinstvu dobrovoljno dao otkaz ili je svojevrijem smanjio radno vrijeme ispod 30 sati sedmično u roku od 30 dana od dana podnošenja zahtjeva? (Samo za SNAP i TANF)  Da  Ne

Ako **da**, ko je dao otkaz? \_\_\_\_\_

Zašto je dao/dala otkaz? \_\_\_\_\_

4. Da li je neko trudan? (Ovo pitanje se ne odnosi na SNAP podnosiocima zahtjeva)  Da  Ne

Ako **da**, Ime trudnice: \_\_\_\_\_

Koji je procijenjeni datum porođaja? \_\_\_\_\_; i koliko je beba očekivano? \_\_\_\_\_

Ako ne, da li se neko u domaćinstvu porodilo ili je trudnoća prekinuta u posljednjih 12 mjeseci?  Da  Ne

Ako **da**, Ime trudnice: \_\_\_\_\_

Koji je bio datum poroda/prekida trudnoće? \_\_\_\_\_; i koliko je beba rođeno/očekivano? \_\_\_\_\_

\*Samo za kandidate za TANF molimo navedite sljedeće:

Ime oca nerođene bebe: \_\_\_\_\_ Adresa oca: \_\_\_\_\_

5. Za podnositelje zahtjeva za Medicaid, ima li neko neplaćene medicinske račune u posljednja 3 mjeseca?

Da  Ne

Ako **da**, pošaljite neplaćene račune ako imate Medicaid slučaj.

6. Je li netko diskvalifikovan iz SNAP ili TANF programa? (Samo za SNAP i TANF)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Gdje: \_\_\_\_\_

7. Da li je neko u bijegu kako bi izbjegao gonjenje ili zatvor zbog ozbiljnog krivičnog djela?

(Samo za SNAP i TANF)  Da  Ne

Ako **da**, ko: \_\_\_\_\_

8. Da li neko krši odredbe uslovne kazne ili nadzora? (Samo za SNAP i TANF)  Da  Ne

Ako **da**, ko: \_\_\_\_\_

9. Da li je neko osuđen za krivično djelo zbog ponašanja u vezi s posjedovanjem, upotrebom ili distribucijom kontrolisane droge (tj. prestupnika) nakon 8/22/1996. (Samo za program Bodovi za Hranu (SNAP) i TANF) ili nasilnog krivičnog djela (Samo za TANF)?  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_ Kada: \_\_\_\_\_

a. Da li se pridržavate odredbi uslovne kazne koji se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za SNAP)  Da  Ne

b. Da li se pridržavate odredbi uslovnog nadzora koji se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo droga? (Samo za SNAP)  Da  Ne

c. Jeste li uspješno završili **sve odredbe uslovne kazne ili nadzora** koji se odnose na bilo koju osudu za krivično djelo droga? (Samo za SNAP)  Da  Ne

10. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovanje SNAP pogodnostima za drogu nakon 22.8.1996.? (Samo za SNAP)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_ Kada: \_\_\_\_\_

11. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za kupnju ili prodaju SNAP pogodnosti preko 500 USD nakon 22.8.1996.? (Samo za SNAP)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Kada: \_\_\_\_\_

12. Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva osuđeni za trgovinu beneficijama programa Bodovi za Hranu (SNAP) za oružje, municiju ili eksploziv nakon 22.8.1996.? (Samo za SNAP)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Kada: \_\_\_\_\_

13. Da li ste vi ili bilo koji član vašeg kućanstva osuđeni kao odrasla osoba za teško seksualno zlostavljanje, ubistvo, seksualno iskorištavanje i drugo zlostavljanje djece, federalno ili državno kazneno djelo koje uključuje seksualni napad ili kazneno djelo prema državnom zakonu za koje je glavni državni odvjetnik odlučio da je bitno slično takvom kaznenom djelu, nakon 7.2.2014.? (Samo za SNAP)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Kada: \_\_\_\_\_

a. Da li se pridržavate odredbi uslovne kazne koji se odnose na bilo kojom kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo? (Samo za SNAP)  Da  Ne

- b. Da li se pridržavate odredbi uslovnog nadzora koji se odnose na bilo koju kaznu izrečenu kao rezultat osude za krivično djelo? (Samo za SNAP)  Da  Ne
- c. Da li ste uspješno ispunili **sve odredbe uslovne kazne ili nadzora** u vezi sa bilo kojom krivičnom osudom? (Samo za SNAP)  Da  Ne

14. Jeste li vi ili bilo koji član domaćinstva primili dobitke na lutriji ili kockanju?  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_ Kada: \_\_\_\_\_ Primljeni iznos: \_\_\_\_\_

15. Da li je netko koristio sredstva TANF-a ili karticu Way2Go u sljedećim ustanovama, trgovinama alkoholnim pićima, kockarnicama, sobama za poker, zabavom za odrasle, za kauciju, u noćnim klubovima, salonima/tavernama, dvoranama za bingo, trkaćim stazama, trgovinama oružjem/streljivom, kruzerima, za vidovnjake, u dućanima za pušaće, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažnim salonima? (Samo za TANF)  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_ Kada: \_\_\_\_\_

16. Da li neko ko se prijavljuje za beneficije, trenutno prima alimentaciju?  Da  Ne

Ako **da**:

Ko: \_\_\_\_\_

Mjesečni primljeni iznos: \_\_\_\_\_

Datum zaključenja ili posljednje izmjene ugovora o alimentaciji: \_\_\_\_\_

#### Samo za SNAP i TANF:

**STUDENTI U VISOKOM OBRAZOVANJU: Da li je neko u vašem domaćinstvu upisan barem pola radnog vremena u višu, visoku školu, stručnu ili tehničku školu?**  Da  Ne Ako **da**, ko: \_\_\_\_\_

Naziv škole: \_\_\_\_\_ Ocjena/Status: \_\_\_\_\_ Datum diplomiranja: \_\_\_\_\_

Da li je student zaposlen?  Da  Ne Upisan na studij rada?  Da  Ne

Ako **da**, radnih sati sedmično \_\_\_\_\_ (Molimo vas da popunite i donji odjeljak o zapošljavanju.)

#### Samo za SNAP:

**Da li neko od 60 ili više godina ili je invalid ima troškove liječenja?**  Da  Ne

Da li su se vaši medicinski troškovi kao što su Medicare premije, troškovi lijekova na recept ili bolnički računi promijenili?  Da  Ne

Ako je odgovor **da**, navedite troškove na donjem grafikonu i priložite račune za posljednji mjesec(e).

Naplaćen član domaćinstva	Vrsta troška (Liječnik, Bolnica, Recept)	Iznos duga	Datum računa	Hoće li osiguranje platiti usluge? Da/Ne

Da li neko stariji od 60 godina ili osoba sa invaliditetom ima medicinske troškove za prevoz?  Da  Ne

**Ako da, molimo vas navedite informacije u nastavku. Ako primete Medicaid, dostavite dokaz:**

Svrha putovanja (posjeta ljekaru ili bolnici; preuzimanje u apoteci)	Ukupno pređenih milja:	Cijena taksija, autobusa, parkinga ili smještaja:
--	------------------------	---

Da li neko drugi plaća neke od ovih medicinskih troškova umjesto vas?  Da  Ne

**Ako da, navedite informacije u nastavku:**

Koji se trošak plaća?	Ko plaća troškove?
Kome ova osoba plaća račune?	Adresa stanovanja:

**Samo za Medicaid:****OSTALO ZDRAVSTVENO POKRIĆE****Da li je neko sada upisan na zdravstveno osiguranje od sljedećeg?**

- Odjeljenje za ljudske usluge Georgie Medicaid       PeachCare for Kids®       Medicare
- Zdravstveni Programi VA  TRICARE (Nemojte provjeravati ako imate direktnu njegu ili obavezu)
- Osiguranje poslodavca: Naziv osiguranja \_\_\_\_\_ Broj polise \_\_\_\_\_
- Ostalo: Naziv osiguranja \_\_\_\_\_ Broj polise \_\_\_\_\_

Imate li neko zdravstveno osiguranje **osim** Medicaida?       Da       Ne**Ako da, pošaljite nam kopiju vaše kartice osiguranja.****RESURSI:****(Nije potrebno za MAGI Medicaid): Da li neko u vašem domaćinstvu ima neki od sljedećih resursa?** **Da**       **Ne** (Ako da, navedite dolje navedene informacije. Ako primete Medicaid za starije osobe, slijepe ili osobe s invaliditetom (osim Planova štednje Medicare kao što su samo QMB, SLMB ili QI-1) priložite dokaz.

Vrsta izvora	Vlasnik	Račun/polisa # (Ne dovršavajte ako je vaš račun/polisa # isti kao i vaš BSO)	Vrijednost	Naziv banke, osiguravajućeg društva itd.
Gotovina				
Tekući račun/štedni račun				
Kreditna unija				
Anuiteti				
Dionice ili obveznice				
Sigurnosni bankovni sef				
Račun za penzionisanje (Za ne- MAGI)				
Vozila (Za ne- MAGI)				
CD-ovi/Anuiteti (Za ne- MAGI)				
Unaprijed plaćeni planovi za sahranu				
Grobne parcele (Za ne- MAGI)				
Povjerenički fondovi (Za ne- MAGI)				
Nekretnina koja nije dom				
Nekretnina koja je dom (Za ne- MAGI)				
Životno osiguranje (Za ne- MAGI)				
Ostalo				

**Samo za starije, slijepe ili invalide korisnike Medicaida:****Da li ste vi, vaš supružnik ili neko za koga se prijavljujete prodali, trgovali ili poklonili resurse u posljednjih 60 mjeseci.**       Da       Ne

Ako da, šta? \_\_\_\_\_ Kada? \_\_\_\_\_



### Za SNAP, TANF i Medicaid:

**ZAPOSLENJE:** Da li neko u vašem domaćinstvu radi?  Da  Ne

Ako da, navedite informacije o plaćama zaposlene osobe iz radnog odnosa, kao što su plate, bonusi i napojnice, i priložite dokaz o SVIM bruto prihodima primljenim u posljednje 4 sedmice.

OSOBA KOJA RADI	POSLODAVAC	PLAĆANJE PO SATU	SATI PO SEMICA	KOLIKO ČESTO PLAĆENO	DATUM(I) PLAĆANJA	BONUS PLAĆANJE	NAPOJNICE

Da li neko trenutno štrajkuje?  Da  Ne

### Samo za Medicaid:

#### TROŠKOVI PRIJE OPOREZIVANJA:

- Zdravstveno osiguranje \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_  Osiguranje vida \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_
- Dentalno osiguranje \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_  Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_
- Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_  Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_
- Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_
- Više? Priložite na posebnom listu papira.

**Troškovi prije oporezivanja su odbici koji se uzimaju iz vašeg prihoda prije primjene poreza. Nisu svi odbici prije oporezivanja.**

#### ODBICI PORESKOG POVRATA:

Označite sve što važi i navedite iznos i koliko često ga plaćate.

**NAPOMENA:** Ne biste trebali uključiti trošak koji ste već uzeli u obzir u svom odgovoru na samozapošljavanje.

- Alimentacija plaćena \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_  Kamata na studentski kredit \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_
- Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_  Drugi tip odbitka \$ \_\_\_\_\_ Koliko često? \_\_\_\_\_

### Za SNAP, TANF i Medicaid:

**Je li netko prestao raditi?**

Da  Ne

**Ako da, ispunite sljedeće i pružite dokaz:**

Koji posao je prestao?	Ime člana domaćinstva koji je prestao sa radom:	
Radno mjesto:		
Datum zaustavljanja plaćanja:	Datum konačne provjere:	Iznos konačne plate (bruto):

**Je li netko počeo raditi?**

Da  Ne

**Ako da, ispunite sljedeće i pružite dokaz:**

Ime osobe koja je počela da radi:	Datum početka:	Telefonski broj:
Naziv poslodavca/biznisa:	Stopa plate: \$	Datum kada je prvi ček primljen/će biti primljen:
Koliko često se plaća (molimo označite jedan): <input type="checkbox"/> Sedmično <input type="checkbox"/> Dvosedmično <input type="checkbox"/> Dva puta mjesečno <input type="checkbox"/> Mjesečno <input type="checkbox"/> Ostalo		

**SAMOZAPOSLENJE:**

Da li je neko samozaposlen:  Da  Ne (Ako da, ko?) \_\_\_\_\_

Molimo da dostavite dokaz o prihodima od samostalne djelatnosti putem poreskih dosijea, poslovne evidencije, priznanica, računa ili izjava klijenata osnovanog preduzeća.

Da li je ovo poslovanje inkorporirano?  Da  Ne

Ima li ova osoba troškove samozapošljavanja?  Da  Ne

Ako da, koje vrste troškova ima ova osoba? \_\_\_\_\_

**Samo za Medicaid i TANF: dostavite dokaz o troškovima samozapošljavanja. troškovi.**

**NEZARAĐENI PRIHODI:**

Da li neko u vašem domaćinstvu prima novac od doprinosa, socijalnog osiguranja, SSI, VA, dječijeg doplatka, nezaposlenosti, penzije ili bilo kojeg drugog prihoda?  Da  Ne

Ako da, popunite donje informacije i dostavite dokaz o svim prihodima primljenim u posljednje 4 sedmice ili najnovije pismo o nagradi.

Ime	Izvor	Iznos	Koliko Često?

**Za MAGI Medicaid:** Prihodi od Izdržavanja Djece, boračke isplate, dodatni sigurnosni prihod (SSI) ili naknade za radničku kompenzaciju neće se računati.

**TROŠKOVI OVISNE NJEGE:**

Da li plaćate brigu o izdržavanom djetetu ili odraslom članu domaćinstva sa invaliditetom?  Da  Ne

Ako da, ispunite pitanja u nastavku.

Ime osobe kojoj je potrebna njega:		Ime osobe koja plaća njegu:	
Ime negovatelja:		Koliko je radnik plaćen:	Koliko često je plaćen:
Kontakt broj negovatelja #:	Razlog za njegu:		

Da li plaćate troškove prevoza za izdržavano dijete ili odraslog člana domaćinstva sa invaliditetom?  Da  Ne

Da li su ovi troškovi uključeni u troškove zavisne njege?  Da  Ne

Ako ne, odgovorite na ovo pitanje: **Ukupno pređenih milja sedmično:** \_\_\_\_\_

**TROŠKOVI SMJEŠTAJA:**

Da li ste vi ili bilo koji član domaćinstva počeli plaćati troškove smještaja ili su se vaši troškovi smještaja promijenili?

Da  Ne

Ako da, popunite donju tabelu.

Troškovi	Iznos	Koliko često?	Ko je platio?
Najam/hipoteka			
Porezi na Imovinu			
Osiguranje Imovine			
Struja			
Plin			
Lož ulje/Drvo/ Kerozin			
Bunar/Septička Rezervoar/Voda/ Kanalizacija			
Smeće			
Telefon			
Ostalo			

Koji je primarni izvor grijanja ili hlađenja kuće? (struja, plin ili oboje)

Da li neko drugi plaća neke od ovih računa za domaćinstvo umjesto vas?  Da  Ne Ako da, popunite donju tabelu:

Ko plaća račun?	Koji se računi plaćaju?
Koji iznos se plaća?	Kome ova osoba plaća račune?

Da li ste primili energetska pomoć (LIHEAP) u posljednjih 12 mjeseci?  Da  Ne

Ako da, primljeni iznos \$ \_\_\_\_\_

Da li dijelite mjesečne troškove domaćinstva sa nekim u kući?  Da  Ne

Ako da, ko? \_\_\_\_\_

Komentari/Dokumentacija \_\_\_\_\_

Plaćeno kome \_\_\_\_\_ Plaćeni iznos \$ \_\_\_\_\_ po \_\_\_\_\_

Ime stanodavca \_\_\_\_\_ Adresa stanodavca \_\_\_\_\_

**PLAĆANJE IZDRŽAVANJA DJECE:**

Da li vi ili neko u vašem domaćinstvu plaćate alimentaciju za dijete koje živi izvan kuće?  Da  Ne

Ako da, popunite donju tabelu:

Ko je dužan da plati?	Koliki je obavezan iznos?
Za koga se alimentacija plaća?	Koliki je stvarni iznos alimentacije plaćen?
Kome se isplaćuje alimentacija?	Koliko često se plaća alimentacija?

**Samo za SNAP: Molimo vas da dostavite dokaz o iznosu uplaćenom u protekla 3 mjeseca i iznosu koji ste zakonski obavezni platiti.**

**Ovaj odjeljak je SAMO ZA TANF PRIMAOCE – Morate ispuniti sljedeće:**

**Snimci:**

Da li postoji neko dijete mlađe od 7 godina koje još nije upisano u školu? (Vrtić se ne smatra "školom".)

Da  Ne

Ako da, pošaljite Obrazac 3231 – Obrazac skrbi za djecu za cijepljenje za svako dijete mlađe od 7 godina.

**Školski Zahtjevi:**

Da li sva djeca (6-18 godina) pohađaju školu?  Da  Ne

Ako **da**, imena djeteta (djece) \_\_\_\_\_

Naziv škole(a) \_\_\_\_\_

Ocjena(e) \_\_\_\_\_

Postoji li neko dijete od 16 godina ili više koje **ne** ide u školu?  Da  Ne

Ako **da**, ime djeteta/djece? \_\_\_\_\_

Molimo da dostavite kopiju tekućih čekova ako je ovo dijete **zaposleno** ili izjavu davaoca usluga ako se bavi **bilo kojom drugom radnom aktivnošću**.

**Nasilje u Porodici:**

Da li ste vi ili bilo ko u vašem domaćinstvu žrtva nasilja u porodici, seksualnog uznemiravanja, seksualnog napada ili uhođenja?  Da  Ne

Ako **da**, molimo vas javite nam ime žrtve \_\_\_\_\_

Nakon procjene, ako se vaše domaćinstvo kvalifikuje, možemo se odreći određenih programskih zahtjeva, kao što su, učešće u radnim aktivnostima ili upućivanje na Odjel za usluge podrške djeci.

**Troškovi za automobil:**

Da li ste roditelj ili rođak djeteta (ili djece) i jeste li uključeni u TANF AU sa djetetom (ili s djecom)?  Da  Ne

Ako **da**, odgovorite na sljedeća pitanja:

Da li vi ili bilo koji drugi odrasli član AU posjedujete ili kupujete automobil?  Da  Ne

Ako **da**, ko? (Ime vlasnika) \_\_\_\_\_

Godina, marka i model vozila: \_\_\_\_\_

Navedite plaćanja računa za automobile, osiguranje, održavanje i druge povezane troškove:

Imate li neke druge periodične troškove (na primjer račune kreditne kartice) koje plaćate?  Da  Ne

Ako **da**, molimo navedite: \_\_\_\_\_

**Podobnost na ekspresnoj traci:**

Express Lane Eligibility (ELE) automatski je postupak za upis ili obnovu kvalifikovane djece mlađe od 19 godina koja primaju program dodatne prehrane (SNAP), privremenu pomoć za potrebite porodice (TANF), novčanu pomoć izbjeglicama (RCA), skrb o djeci i roditeljske službe (CAPS), ili žene, novorođenčad i djeca (WIC) u program medicinske pomoći.

Odjel za porodične i dječje usluge (DFCS) koristit će podatke o veličini domaćinstva, prebivalištu i prihodu iz SNAP-a, TANF-a, RCA, CAPS-a ili WIC-a, ali će DFCS potvrditi državljanstvo ili imigracioni status koristeći pravila medicinske pomoći kako bi ELE odlučio o automatskom upisu ili obavljanju statusa za djecu u Medicaid ili PeachCare for Kids®. DFCS će poslati obavijest o odlučivanju nakon završetka, dopustiti članovima da naprave bilo kakve promjene i omogućiti im da odustanu iz ELE procesa ili prekinu slučaj medicinske pomoći u bilo kojem trenutku.

## PRAVA I ODGOVORNOSTI ZA SVE PROGRAME

### IMATE PRAVO DA:

- **zatražite pomoć popunjavanjem ovog obrasca i besplatne jezičke usluge** (prevodioci, prevedeni materijali ili direktne usluge na jeziku) ako imate problema s čitanjem, pisanjem, govorom ili razumijevanjem Engleskog jezika.
- **zatražite pomoćna pomagala i usluge i razumne modifikacije** ako vi ili neko u vašem domaćinstvu ima invaliditet.

**OBAVJEŠTENJE O SASLUŠANJU:** U svim programima imate pravo zatražiti pošteno saslušanje pismeno ili lično. Možete zatražiti saslušanje pozivom na 1-877-423-4746 ili možete zatražiti saslušanje pred državnim službenikom za saslušanja ako se ne slažete s ovom odlukom. Na saslušanju vas može zastupati advokat, rođak, prijatelj ili bilo ko koga odaberete. Ako želite saslušanje, morate zatražiti saslušanje u pisanoj formi ili kontaktiranjem agencije unutar:

- **90 dana** od datuma ove obavijesti **za SNAP**
- **30 dana** od datuma ove obavijesti **za Medicaid i TANF**

### VI STE ODGOVORNI ZA:

- davanje tačnih informacija vašem radniku i pružanje dokaza o izjavama potrebnim za primanje beneficija. Kada potpišete ovaj obrazac, dajete svom radniku dozvolu da dobije informacije od vašeg poslodavca, banke, komšije ili drugih kako bismo mogli biti sigurni da primete ispravan iznos beneficija.
- u svakom trenutku govoriti istinu. Ako vi ili neko ko se prijavljuje za vas date netačne informacije, možda činite krivično djelo i možete otići u zatvor.
- pružanje dokaza da ste vi ili bilo ko u vašem domaćinstvu koji podnosi zahtjev za beneficije državljanin SAD-a ili imigrant koji ispunjava uslove.
- saradnju sa državnim i federalnim osobljem koje radi za Prevenciju prevara ili Ured istražnih službi i koje vrši pregled posebnih slučajeva. Ako ne saradujete i ne možemo utvrditi da i dalje ispunjavate uvjete za SNAP, vaš slučaj može biti odbijen ili zatvoren.
- (za SNAP) saradnju sa Recenzentima za kontrolu kvaliteta kada nazovu ili dođu u vaš dom da vas intervjuišu o informacijama koje ste dali svom voditelju slučaja. Ako ne saradujete s njima, vaš slučaj može biti odbijen ili zatvoren.
- (za SNAP i TANF) vraćanje pogodnosti koje niste trebali primiti.
- (za Medicaid) saradnju sa Medicaid kontrolom kvaliteta beneficija ili Integritetom programa kada vas pozovu ili dođu u vaš dom da vas intervjuišu o informacijama koje ste dali svom voditelju slučaja.
- (za Medicaid) članove koji se nalaze u staračkom domu, ustanovi za srednju njegu, službi u zajednici ili su upisani i primaju usluge putem programa odricanja, u saradnji sa Estate Recovery.

Ako primite **SNAP**, morate prijaviti kada je ukupan mjesečni bruto prihod vašeg domaćinstva veći od 130% saveznog nivoa siromaštva za veličinu vašeg domaćinstva. Morate prijaviti promjenu prihoda najkasnije 10 dana od kraja mjeseca u kojem je došlo do promjene.

Ako ste odrasla osoba koja radi, a bez djece, morate prijaviti kada je vaše radno vrijeme manje od 20 sati sedmično ili 80 sati mjesečno. Ove promjene morate prijaviti najkasnije 10 dana od kraja mjeseca u kojem se promjena dogodila.

Također morate prijaviti kada vaše domaćinstvo dobije znatne dobitke na lutriji i kockanju. Ovo je novčana nagrada osvojena u jednoj igri. Ako vi ili član domaćinstva osvojite dobitke od lutrije ili kockanju, u bruto iznosu od \$4500 dolara ili više (prije odbijanja poreza ili drugih iznosa), morate prijaviti ove dobitke u roku od 10 dana od kraja mjeseca u kojem je domaćinstvo primilo dobitak.

Ako primite **TANF ili Medicaid**, morate prijaviti **sve promjene** u vašoj situaciji u roku od 10 dana od nastanka promjene.

Razumijem da svaki paušalni iznos ili „neočekivana” isplata koju bilo koja osoba primi kroz moj Medicaid slučaj mora biti u budžetu, zajedno sa svim drugim prihodima koji bismo mogli imati, kako bismo utvrdili da li ispunjavamo uslove.

U **Medicaid** Programu imate pravo na:

- Primite Medicaid čak i ako imate drugo zdravstveno osiguranje.
- Odaberite svog Medicaid ljekara ili davaoca usluga.
- Da vaša prijava za Medicaid bude odobrena ili odbijena u roku od 10, 45 ili 90 dana od datuma podnošenja zahtjeva, ovisno o vrsti Medicaida.

**Kao uslov moje podobnosti za Medicaid:**

- Slažem se da prenesem na Državu sva prava na medicinsku podršku i plaćanje medicinske njege od bilo koje treće strane (bolničke i medicinske naknade).
- Slažem se da ću sarađivati s Državom u identifikaciji i pružanju informacija koje će pomoći Državi u gonjenju bilo koje treće strane koja bi mogla biti dužna da plati brigu i usluge. Razumijem da moram prijaviti sve primljene uplate za medicinsku njegu u roku od deset dana. (Ako ispunjavate ovaj obrazac u ime drugog pojedinca i nemate ovlaštenje da izvršite dodjelu za tu osobu, ta osoba će morati izvršiti dodjelu gore opisanih prava kao uslov njegove/njene podobnosti za Medicaid).
- Slažem se da dam Državi pravo da zahtijeva od odsutnog roditelja da obezbijedi zdravstveno osiguranje, ako je dostupno. Razumijem da moram dobiti medicinsku pomoć od odsutnog roditelja ako je dostupna i moram sarađivati sa Odjeljenjem za usluge izdržavanja djece u dobijanju ove podrške. Ako **ne** sarađujem, razumijem da bih mogao izgubiti svoje Medicaid beneficije i samo će moja djeca primati beneficije osim ako se utvrdi valjan razlog.

**UPOZORENJA O KAZNAMA U PROGRAMU SNAP:** Možete izgubiti beneficije ili biti predmet krivičnog gonjenja zbog svjesnog davanja lažnih informacija.

- Nemojte davati lažne informacije ili skrivati informacije da biste dobili beneficije koje vaše domaćinstvo ne bi trebalo da dobije.
- Ne koristite SNAP ili EBT kartice koje nisu vaše i ne dopustite da neko drugi koristi vaše.
- Nemojte koristiti SNAP pogodnosti za kupovinu neprehrambenih proizvoda poput alkohola ili cigareta ili za plaćanje kreditnim karticama.
- Nemojte trgovati ili prodavati SNAP ili EBT kartice za ilegalne predmete, poput vatrenog oružja, municije ili kontrolisane tvari (ilegalne droge).

**Svakome u vašem domaćinstvu ko namjerno prekrši bilo koje od ovih pravila može biti zabranjen pristup programu SNAP od jedne godine do trajno, može biti kažnjen novčanom kaznom do \$250.000 dolara, zatvorom na 20 godina ili oboje. Ona/on može biti predmet krivičnog gonjenja prema drugim važećim Federalnim i Državnim zakonima, a može biti zabranjeno i učešće u programu SNAP na dodatnih 18 mjeseci ako sud naredi.**

**Svako u vašem kućanstvu ko namjerno prekrši pravila ne može dobiti SNAP godinu dana za prvi prekršaj, dvije godine za drugi prekršaj i trajno za treći prekršaj.**

**Ako sud proglasi vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje beneficija u transakciji koja uključuje prodaju kontrolisane supstance, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo na beneficije dvije godine za prvi prekršaj i trajno za drugi prekršaj.**

**Ako sud proglasi vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za korištenje ili primanje beneficija u transakciji koja uključuje prodaju vatrenog oružja, municije ili eksploziva, vi ili taj član domaćinstva trajno nećete imati pravo da učestvujete u programu SNAP pri prvom prekršaju ove odredbe.**

**Ako sud proglasi vas ili bilo kog člana domaćinstva krivim za dobijanje beneficija od trgovine ljudima u ukupnom iznosu od 500 dolara ili više, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo da učestvujete u programu SNAP nakon prvog prekršaja ove odredbe.**

**Ako se utvrdi da ste vi ili bilo koji član domaćinstva dali lažnu izjavu ili zastupanje u vezi s identitetom (ko su) ili prebivalištem (gdje žive) kako biste dobili višestruke SNAP pogodnosti, vi ili taj član domaćinstva nećete imati pravo da učestvujete u SNAP-u u razdoblju od 10 godina.**

**Razumijem da ako dam lažne informacije ili uskratim informacije, mogu biti krivično gonjen za prevaru.**

**UPOZORENJA KAZNE ZA TANF PROGRAM:** U programu TANF, namjerna radnja pružanja lažnih ili obmanjujućih informacija za utvrđivanje ili održavanje podobnosti AU, povećanje beneficija, sprječavanje smanjenja beneficija, uskraćivanje informacija kako bi se izbjegla negativna radnja ili korištenje novčane pomoći na zabranjenim mjestima smatra se namjernim kršenjem Programa.

Možete biti upućeni u Ured glavnog inspektora kako biste odredili kaznu na osnovu težine prekršaja ako:

- ne prijavljujete promjene na vrijeme ili ne govorite istinu ili koristite sredstva gotovinske pomoći ili TANF debitnu karticu za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kockarnicama, prodavnicama pića, zabavnim sadržajima za odrasle "strip klubovima", sobama za poker, za kauciju, u noćnim klubovima/salonima/tavernama, bingo dvoranama, na trkačkim stazama, u lokalima za igre na sreću, trgovinama oružjem/streljivom, kruzerima, za vidovnjake, u dućanima za pušače, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažnim salonima je strogo zabranjeno, davanje lažnih informacija o tome gdje živite tako da možete primati beneficije u više od jedne države i ako ste osuđeni za optužbe vezane za drogu ili teško nasilno krivično djelo, na dan ili nakon 1/1/97.

**Svakome u vašem domaćinstvu ko namjerno prekrši ova pravila može biti zabranjen pristup TANF programu od šest mjeseci do trajno.**

**Za MEDICAID**, činjenje prevare ili zloupotrebe je protiv zakona. Možda ćete biti upućeni u Jedinicu za Integritet Programa Medicaid i PeachCare for Kids®. Prekršioći mogu biti ograničeni na korištenje jednog davaoca usluga, isključeni iz programa ili zatraženo da Odjelu za javno zdravstvo nadoknade pružene medicinske usluge. Prevara je nepošten čin učinjen namjerno. Zlostavljanje je čin koji ne prati dobru praksu.

**Primjeri prevare i zloupotrebe od strane učesnika su:**

- Dopuštanje nekom drugom da koristi vašu karticu zdravstvenog osiguranja Medicaid, PeachCare for Kids® ili CMO kartice zdravstvenog osiguranja
- Dobivanje recepata s namjerom zloupotrebe ili prodaje lijekova
- Korišćenje falsifikovanih dokumenata za dobijanje usluga
- Zloupotreba ili zlostavljanje opreme koju pruža Medicaid ili PeachCare for Kids®
- Pružanje netačnih informacija ili dopuštanje drugima da to učine kako bi stekli pravo na Medicaid ili PeachCare for Kids®
- Neprijavlivanje promjena do kojih dolazi u prihodima, životnim aranžmanima ili resursima

Da biste prijavili sumnju na prevaru Medicaid-a za primaoca ili pružaoce usluga, pozovite Ured Glavnog Inspektora Odjela za Zdravstvo u Zajednici Georgie na (lokalni) (404) 463-7590 ili (besplatan) (800) 533-0686; putem e-pošte [na.oganonymous@dch.ga.gov](mailto:na.oganonymous@dch.ga.gov); poštom na Odjel za Zdravstvo Zajednice, OIG PI Odjeljak, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>th</sup> Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; ili posjetite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

**PODACI O REGISTRACIJI BIRAČA**

Ako niste registrovani za glasanje tamo gdje sada živite, da li biste se danas prijavili da glasate ovdje danas?

Da

Ne

Ne želim da odgovaram na pitanje o registru birača

Podnošenje zahtjeva za registraciju ili odbijanje registracije za glasanje neće uticati na iznos pomoći koju će vam ova agencija pružiti.

Ako želite pomoć u popunjavanju obrasca za registraciju birača, mi ćemo vam pomoći. Odluka da li ćete tražiti ili prihvatiti pomoć je vaša. Prijavni formular možete popuniti privatno.

Ako smatrate da se neko umiješao u vaše pravo da se registrujete ili da odbijete da se registrujete za glasanje, vaše pravo na privatnost prilikom odlučivanja da li da se registrujete ili podnesete zahtev za registraciju za glasanje, ili vaše pravo da izaberete svoju političku stranku ili drugu političku preferenciju, možete podnijeti žalbu Državnom Sekretaru na adresi  
2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ili pozivom (404) 656-2871.

**AKO NE OZNAČITE NIJEDNU KUTIJICU, SMATRAT ĆE SE DA STE ODLUČILI NE REGISTROVATI SE ZA GLASANJE U OVOM TRENUTKU.**

**Kopija aplikacije za registraciju birača u Georgiji je uključena u DFCS prijave, obnove i obrasce za promjenu adrese. Također možete zatražiti aplikaciju za registraciju birača od svog službenika. Ako popunite aplikaciju za registraciju birača, podnesite je Uredu Državnog Sekretara Georgie slijedeći uputstva navedena u aplikaciji za registraciju birača.**

**AKO OBNAVLJATE SVOJ MEDICAID I SNAP ILI TANF, MORATE POTPISATI I DATUMIRATI U ONAJ OKVIR KOJI NAJBOLJE ODGOVARA VAŠOJ SITUACIJI.**

**MOLIMO VAS VRATITE OVAJ OBRAZAC PRIJE DATUMA ZAVRŠENJA CERTIFIKACIJE DA POČNETE PROCES OBNOVE.**

**● Samo za Medicaid – potpišite ovdje kada Podnosilac/Član/Pravni Staratelj ispunjava:**

Ako se prijavljujem za/obnavljam Medicaid za sebe, izjavljujem pod prijetnjom kazne za krivokletstvo da sam američki građanin, američki nacionalni i/ili kvalifikovani imigrant koji je prisutan u Sjedinjenim Državama. Ako sam roditelj ili zakonski staratelj, izjavljujem da su podnosioci zahteva američki građani, američki nacionalni i/ili kvalifikovani imigranti u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima.

\_\_\_\_\_  
(Potpis)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

**● Samo za Medicaid – potpišite ovdje kada osoba koja nije Podnosilac/Član/Roditelj/Pravni Staratelj ispunjava:**

Potvrđujem prema svom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju prijavljujem /obnavljam Medicaid državljanin(i) SAD-a. Nacionalni (i)/ili kvalifikovani imigranti ili su zakonito prisutni u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima.

\_\_\_\_\_  
(Potpis)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

**Telefon na kojem ste dostupni** \_\_\_\_\_

**Ako podnosilac zahtjeva/član/roditelj/zakonski skrbnik želi ovu osobu kao osobnog predstavnika, ona ili on mora označiti ovdje i potpisati ispod**  Da  Ne

\_\_\_\_\_  
(Podnosilac/Član/Roditelj/Zakonski Staratelj)

\_\_\_\_\_  
(Datum)

**● Za SNAP i/ili TANF - kada podnosilac zahtjeva/primatelj/pravni staratelj ispunjava:**

Izjavljujem pod materijalnom i krivičnom odgovornošću za krivokletstvo prema svom najboljem saznanju i uvjerenju da je osoba(e) za koju podnosim zahtjev za beneficije američki državljanin ili nedržavljanin(i) koji zakonito boravi u Sjedinjenim Državama. Nadalje potvrđujem da su sve informacije navedene u ovoj aplikaciji istinite i tačne prema mojim saznanjima. Razumijem i slažem se da DHS-DFCS, DCH i ovlaštene Federalne Agencije mogu provjeriti informacije koje dajem u ovoj aplikaciji. Informacije se mogu dobiti od bivših ili sadašnjih poslodavaca. Razumijem da će se moji podaci koristiti za praćenje informacija o plaći i mog sudjelovanja u radnim aktivnostima.

Prijavit ću svaku promjenu u svojoj situaciji prema zahtjevima programa SNAP i/ili TANF. Također ću prijaviti ako bilo tko u mom domaćinstvu ostvari dobitke na lutriji ili kocki, u bruto iznosu od 4500 USD ili više (prije poreza ili drugih iznosa po odbitku). Ove dobitke ću prijaviti najkasnije 10 dana od kraja mjeseca u kojem je moje kućanstvo primilo dobitak. Razumijem da ako je bilo koja informacija netačna, moje beneficije mogu biti smanjene ili uskraćene, i mogu biti predmet krivičnog gonjenja ili mogu biti diskvalifikovan iz DHS-DFCS programa zbog svjesnog davanja netačnih informacija. Razumijem da mogu biti krivično gonjen ako dam lažne informacije ili sakrijem informacije. Razumijem da ako propustim reći DHS-DFCS o nekim mojim troškovima tokom moje prijave ili procesa obnove i/ili ih ne potvrdim, DHS-DFCS neće budžetirati taj trošak prilikom izračunavanja iznosa mojih naknada za Bodove za Hranu (SNAP) .

Odjeljenje za ljudske usluge Georgie ("DHS") prikuplja lične podatke (PII), kao što su imena, adrese, brojevi telefona, adrese e-pošte, datumi rođenja, itd., tokom vašeg zahteva za beneficije. Dostavljanjem bilo kakvih ličnih podataka nama, slažete se da možemo prikupljati, koristiti i otkriti sve takve lične podatke u skladu sa politikama, procedurama DHS-a i kako je dozvoljeno ili zahtijevano zakonom i/ili propisima.

\_\_\_\_\_  
(Potpis)

\_\_\_\_\_  
(Datum)



## (Sačuvajte ove dokumente za svoju informaciju)

Ova tabela objašnjava neke od pojmova koji se koriste u ovom obrascu.

<b>Podnosilac prijave</b>	Pojedinac koji se prijavi za primanje javne pomoći ili beneficija.
<b>Jedinica za Pomoć ((AU)</b>	Jedinica za pomoć uključuje osobe koje ispunjavaju uslove koje žive zajedno, uključujući trudnicu i nerođeno dijete, i primaju javnu pomoć/povlastice.
<b>Njegovatelj</b>	Roditelj, trudnica, rođak ili zakonski staratelj koji se prijavi i prima TANF s djecom o kojoj se brine, uključujući i nerođeno dijete.
<b>Lična karta klijenta</b>	Jedinstveni broj dodijeljen pojedincu koji prima javnu pomoć/beneficije.
<b>Diskvalifikovan</b>	Radnja poduzeta za uklanjanje pojedinca iz programa SNAP ili TANF jer nisu govorili istinu a primali su beneficije koje nisu trebali dobiti.
<b>Nasilje u porodici</b>	Nasilje u porodici može uključivati da vas supružnik udari, šutira, pretuče, siluje, guši, prijeti, kontrolira ili sprečava da dobijete ono što vam je potrebno za život (poput hrane, lijekova ili kuće), momak/cura, partner ili "bivši".
<b>Elektronski prenos beneficija (EBT)</b>	Sistem koji se koristi u Georgiji za isplatu naknada pojedincima koji ispunjavaju uvjete za SNAP. Pojedincima koji primaju pomoć izdaje se EBT debitna kartica koja se koristi za pristup njihovim SNAP računima.
<b>Elektronska Komunikacija</b>	<p>Imate mogućnost da odaberete kako želite primiti obavještenja o vašim podacima. Ako odaberete da primite obavještenja putem e-pošte ili tekstualnih poruka, primit ćete poruku koja vas obavještava da imate obavijest u Mojim Obavještenjima koja se nalaze na Korisničkom Portalu GA Gateway.</p> <p>Za komunikaciju putem e-pošte morate nam dati svoju adresu e-pošte i prihvatiti odredbe i uvjete za bezpapirna obavještenja koja se nalaze na Korisničkom Portalu GA Gateway nakon što kreirate račun. Posjetite web stranicu korisničkog portala GA Gateway na <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> da ažurirate postavke obavještenja.</p> <p>Za Komunikaciju putem SMS-a, morate nam dati svoj broj telefona. Mogu se primjenjivati standardne cijene poruka i podataka. Ovo se može razlikovati od operatera, molimo provjerite sa svojim pružaocem usluga.</p>
<b>Priznanje srodnika</b>	Roditelj, trudnica, rođak ili zakonski skrbnik koji podnosi zahtjev i prima TANF u svoje ime u ime djece, uključujući nerođeno dijete.
<b>Bruto prihod</b>	Ukupni prihod osobe prije uzimanja u obzir poreza ili drugih odbitaka.
<b>Beskućnik</b>	Pojedinac koji nema stalno i redovito noćno boravište ili pojedinac čije je primarno noćno boravište: <ul style="list-style-type: none"><li>• sklonište pod nadzorom dizajnirano da pruži privremeni smještaj (kao što je socijalni hotel ili sklonište za skupove);</li><li>• poluotvoreni dom ili slična institucija koja pruža privremeni smještaj osobama koje će biti institucionalizirane;</li><li>• privremeni smještaj ne duži od 90 dana u prebivalištu drugog lica; ili mjesto koje nije predviđeno ili se obično koristi kao uobičajeni smještaj za ljudska bića (hodnik, autobuska stanica, predvorje ili slična mjesta).</li></ul>
<b>Članovi domaćinstva</b>	Pojedinci koji žive u vašem domu. Za SNAP, pojedinci koji žive zajedno i zajedno kupuju i pripremaju svoje obroke.
<b>Prihodi</b>	Isplate kao što su plate, naknade, provizije, bonusi, naknade za radnike, invalidnina, penzija, penzijske beneficije, kamate, alimentacija za djecu ili bilo koji drugi oblik primljenog novca.
<b>Zakon o olakšicama za srednju klasu iz 2012. godine</b>	Ovaj Zakon zabranjuje korištenje novčanih sredstava za pomoć ili TANF debitnih kartica za podizanje gotovine ili obavljanje transakcija u kockarnicama, prodavnicama pića, zabavnim sadržajima za odrasle, poker sobama, za kauciju, u noćnim klubovima/salonima/tavernama, bingo dvoranama, na trkačkim stazama, u lokalima za igre na sreću, trgovinama oružjem/streljivom, kruzerima, za vidovnjake, u prodavnicama za pušaće, salonima za tetoviranje/piercing i spa/masažnim salonima. Upotreba novčanih sredstava pomoći ili TANF debitne kartice u ovim preduzećima će predstavljati namjerno kršenje programa (prevaru) od strane primaoca.
<b>Nepodnosilac zahteva</b>	Pojedinac koji NE aplicira za ili ne prima javnu pomoć/beneficije. Od osoba koje ne podnose zahtjev nije potrebno da navedu broj socijalnog osiguranja, državljanstvo ili imigracioni status.
<b>Primalac</b>	Primalac plaćanja je pojedinac koji prihvata odgovornost za primanje novčane pomoći i trošenje sredstava u ime AU. Primalac plaćanja može, ali i ne mora biti član AU.
<b>Troškovi prije oporezivanja</b>	Troškovi prije oporezivanja su odbici koji se uzimaju iz vašeg prihoda prije primjene poreza. Nisu svi odbici prije oporezivanja. Najčešći odbici prije oporezivanja su zdravstveno osiguranje, dentalno osiguranje, osiguranje vida, itd. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a>

<b>Kvalifikovani stranac/imigrant</b>	<p><i>Kvalifikovani stranac/imigrant</i> je osoba koja legalno boravi u SAD-u koja spada u jednu od sljedećih kategorija:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• osoba kojoj je zakonito odobren stalni boravak (LPR) prema Zakonu o Imigraciji i Državljanstvu (INA);</li> <li>• Amerazijski imigrant prema članu 584 Zakona o Inostranim Operacijama, Finansiranju Izvoza i Srodnim Programima iz 1988;</li> <li>• Osoba kojoj je odobren azil prema članku 208. INA-e;</li> <li>• Izbjeglice, primljene prema članu 207. INA-e;</li> <li>• Osoba puštena na uvjetnu slobodu kao izbjeglica ili azilant prema članku 212 (d)(5) INA-e;</li> <li>• Osoba čija se deportacija zadržava u skladu s člankom 243(h) INA-e na snazi prije 1. aprila 1997. li članom 241(b)(3) INA-e, s izmjenama;</li> <li>• Osoba kojoj je odobren uvjetni ulazak prema članku 203(a)(7) INA-e koji je bio na snazi prije 1. aprila 1980.;</li> <li>• Kubanski ili haićanski imigranti kako je definisano u članu 501(e) Zakona o pomoći u obrazovanju izbjeglica iz 1980. godine;</li> <li>• Žrtve trgovine ljudima prema članu 107(b)(1) Zakona o zaštiti žrtava trgovine ljudima iz 2000. godine;</li> <li>• Pretučeni imigranti koji ispunjavaju uslove navedene u članu 431 (c) Zakona o ličnoj odgovornosti i pomirenju radnih mogućnosti iz 1996. godine, sa izmjenama i dopunama;</li> <li>• Afganistanski ili irački imigranti kojima je odobren status posebnog imigranta prema odjeljku 101(a)(27) INA-e (podložno određenim uvjetima);</li> <li>• Američki Indijanci rođeni u Kanadi koji žive u SAD-u prema članu 289 INA-e ili nedržavljeni federalno priznatog indijanskog plemena prema Odjeljku 4(e) Zakona o samoopredjeljenju i pomoći u obrazovanju Indijanaca i;</li> <li>• Članovi plemena Hmong ili Highland Laosa koji su pružili pomoć Američkom osoblju učestvujući u vojnim ili spasilačkim operacijama tokom Vijetnamske Ere (5.8.1964 – 7.5.1975).</li> </ul> <p>Samo za podnosiocje zahtjeva za Medicinsku Pomoć, Compact of Free Association (COFA) su državljani Saveznih Država Mikronezije, Republike Maršalovih ostrva i Republike Palau. COFA migranti ne moraju ispuniti rok od 5 godina.</p>
<b>Resursi</b>	<p>Gotovina, vlasništvo, ili imovina kao što su bankovni računi, vozila, dionice, obveznice i životno osiguranje.</p>
<b>Seksualni napad</b>	<p>Seksualni čin bez pristanka zabranjen Federalnim, Plemenskim ili Državnim zakonom, uključujući slučajeve kada žrtva nema sposobnost da pristane.</p>
<b>Seksualno uznemiravanje</b>	<p>Neprijateljsko, zastrašujuće ili opresivno ponašanje zasnovano na seksualne odnose koje stvara uvredljivo radno okruženje.</p>
<b>Uhođenje</b>	<p>Djelo ili zločin namjernog i uzastopnog praćenja ili uznemiravanja druge osobe u okolnostima koje bi kod razumne osobe izazvale strah od povrede ili smrti, posebno zbog izričitih ili podrazumijevanih prijetnji.</p>
<b>Oporezivi prihod</b>	<p>Isplate kao što su plate, naknade, provizije, bonusi, invalidnine, penzije, penzijske beneficije, kamate ili bilo koji drugi oblik primljenog novca.</p>
<b>Poreski zavisnik</b>	<p>Pojedinac koji očekuje da će biti potraživan na poreskoj prijavi poreskog obveznika. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<b>Poreski podnosilac</b>	<p>Pojedinac koji očekuje da podnese poresku prijavu. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<b>Odbici za poreske prijave</b>	<p>Odbici za poreske prijave su dozvoljeni odbici IRS-a koji se nalaze na obrascu za poresku prijavu 1040, počevši od reda 23 do reda 35. Oni uključuju:: Troškovi edukatora; Obrazac 2106; Obrazac zdravstvene štednje 8889; Obrazac za selidbene troškove 3909; Kazna/Prijevremeno povlačenje uštedevine; Alimentacija plaćena; IRA Odbitak; Kamata na studentski kredit; Obrazac školarine i naknada 8917; Obrazac za domaće proizvodne aktivnosti 8903. <a href="http://www.irs.gov">http://www.irs.gov</a></p>
<b>Trgovina SNAP-om</b>	<p><i>Trgovina SNAP</i> beneficije znači:</p> <p>(1) Kupovina, prodaja, krađa ili na drugi način razmjena SNAP pogodnosti izdanih i kojima se pristupa putem EBT kartica, brojeva kartica i PIN brojeva ili ručnim vaučermom i potpisom, za gotovinu ili naknadu koja nije prihvatljiva hrana, bilo direktno, indirektno, u saučesništvu ili dosluhu s drugima, ili djelujući samostalno;</p> <p>(2) Razmjena vatrenog oružja, municije, eksploziva ili kontrolisanih supstanci; (3) Kupovina proizvoda sa SNAP pogodnostima koji ima spremnik koji zahtijeva povratni depozit s namjerom dobivanja gotovine odbacivanjem proizvoda i vraćanjem spremnika za iznos depozita, namjernim odbacivanjem proizvoda i namjernim vraćanjem spremnika za iznos depozita; (4) Kupovina proizvoda sa SNAP pogodnostima s namjerom dobivanja gotovine ili naknade koja nije prihvatljiva preprodajom proizvoda, a naknadno namjerno preprodaja proizvoda kupljenog uz SNAP pogodnosti u zamjenu za gotovinu ili naknadu koja nije prihvatljiva hrana; (5) Namjerna kupovina proizvoda prvobitno kupljenih uz SNAP pogodnosti u zamjenu za gotovinu ili naknadu koja nije prihvatljiva hrana. (6) Pokušaj kupovine, prodaje, krađe ili druge razmjene SNAP beneficija izdanih i pristupljenih putem Elektroničkog prenosa beneficija (EBT) kartica, brojeva kartica i osobnih identifikacijskih brojeva (PIN-ova) ili putem ručnog vaučera i potpisa, za novac ili neku drugu naknadu osim za odgovarajuću hranu, bilo direktno, indirektno, u saučesništvu ili dosluhu s drugima, ili djelujući samostalno.</p>
<b>Way2Go debitna kartica</b>	<p>Država Georgia implementirala je prikladnu opciju "elektronskog" plaćanja za primaocje TANF-a pod nazivom Way2Go Debit MasterCard. Kod ove opcije plaćanja, novac se polaže na račun primaocje prvog kalendarskog dana u mjesecu. Ako prvi padne na vikend ili praznik, beneficije su dostupne posljednjeg radnog dana u prethodnom mjesecu. Primalac ima trenutni pristup svojim sredstvima jer se sredstva elektronski učitavaju na debitnu MasterCard karticu.</p>



## **Obavještenje o pravima iz ADA/član 504**

### **Pomoć za Osobe sa invaliditetom**

Odjeljenje za ljudske usluge Georgie i Odjeljenje za zdravstvo u zajednici ("Odjeljenja") prema federalnom zakonu\* su obavezni da osobama sa invaliditetom obezbijede jednaku priliku da učestvuju i da se kvalifikuju za programe, usluge ili aktivnosti odjeljenja. Ovo uključuje programe kao što su SNAP, TANF i Medicinska Pomoć.

Odjeljenja obezbjeđuju razumne modifikacije kada su modifikacije neophodne kako bi se izbjegla diskriminacija na osnovu invaliditeta. Na primjer, možemo promijeniti politike, prakse ili procedure kako bismo omogućili jednak pristup. Kako bismo osigurali jednako efikasnu komunikaciju, osobama sa invaliditetom ili njihovim pratiocima sa invaliditetom pružamo pomoć u komunikaciji, kao što su tumači za znakovni jezik. Naša pomoć je besplatna. Od Odjela se ne zahtijeva da izvrše bilo kakvu modifikaciju koja bi rezultirala fundamentalnom promjenom prirode usluge, programa ili aktivnosti ili neopravdanim finansijskim i administrativnim opterećenjima.

### **Kako zatražiti razumnu modifikaciju ili pomoć u komunikaciji**

Molimo kontaktirajte svog službenika ako imate invaliditet i trebate razumnu modifikaciju, pomoć u komunikaciji ili dodatnu pomoć. Na primjer, pozovite ako vam je potrebna pomoć ili usluga za efikasnu komunikaciju, poput tumača za znakovni jezik. Možete kontaktirati svog službenika za slučajeve ili nazvati DFCS na (877) 423-4746 ili DCH Katie Beckett (KB) tim na 678-248-7449 da podnesete svoj zahtjev. Također možete podnijeti zahtjev koristeći DFCS ADA Obrazac zahtjeva za razumnu modifikaciju, koji je dostupan u vašoj lokalnoj kancelariji DFCS-a ili online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ili možete dobiti Obrazac zahtjeva za razumnu modifikaciju DCH ADA u kancelariji KB-a, online na <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, ili možete poslati svoj zahtjev za modifikaciju na [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Kako podnijeti žalbu**

Imate pravo podnijeti žalbu ako su vas Odjeli diskriminirali zbog vašeg invaliditeta. Na primjer, možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije ako ste zatražili razumnu izmjenu ili tumača znakovnog jezika koji je odbijen ili nije postupio u razumnom roku. Možete podnijeti tužbu usmeno ili pismeno tako što ćete kontaktirati svog radnika na predmetu, vašu lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS Građanska Prava, ADA/Section 504 Koordinator na adresi 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za DCH, kontaktirajte KB tima ADA/Section 504 koordinatora na 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ili P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Adresa E-pošte DCH-a je: [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Možete zatražiti od svog službenika kopiju obrasca za tužbu o građanskim pravima DFCS-a. Obrazac za žalbe je dostupan online na <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Ako vam je potrebna pomoć u podnošenju žalbe zbog diskriminacije, možete kontaktirati gore navedeno osoblje DFCS-a. Pojedinci koji su gluhi ili imaju oštećenje sluha ili koji mogu imati smetnje u govoru mogu pozvati 711 da se operater poveže s nama. Adresa e-pošte za žalbe DCH-u zbog kršenja građanskih prava je: [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). Pokretanja DCH procesa građanskih prava i žalbeni obrazac se nalazi na sljedećem linku <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Također možete podnijeti žalbu zbog diskriminacije odgovarajućoj saveznoj agenciji. Kontakt informacije za SAD Ministarstvo Poljoprivrede (USDA) i SAD Odjel za zdravstvo i ljudske usluge (HHS) je u okviru "Izjave o nediskriminaciji" koja je uključena.

*\*Član 504 Zakona o rehabilitaciji iz 1973. godine; Zakon o Amerikancima s invaliditetom iz 1990. godine; i Zakon o izmjenama i dopunama zakona o Amerikancima s invaliditetom iz 2008. osiguravaju da osobe s invaliditetom budu oslobođene nezakonite diskriminacije.*

Prema politici **Ministarstva zdravlja zajednice (DCH)**, programi medicinske pomoći ne mogu vam uskratiti pravo ili beneficije na osnovu vaše rase, starosti, pola, invaliditeta, nacionalnog porijekla ili vjere.

## Nemojte Slati Aplikacije USDA ili HHS

### Izjava o zabrani diskriminacije

U skladu sa federalnim Zakonima o građanskim pravima i regulativama građanskih prava te politike rada Ministarstva Poljoprivrede (USDA) o građanskim pravima, USDA-u, njenim agencijama, uredima, zaposlenicima i institucijama koje učestvuju i upravljaju programima USDA, zabranjen je bilo kakav oblik diskriminacije na osnovu rase, boje kože, nacionalnog porijekla, spola (uključujući rodni identitet i seksualnu orijentaciju), vjerskog uvjerenja, invaliditeta, starosne dobi, političkog opredjeljenja ili na osnovu prisilnih mjera za prethodnu aktivnost u vezi s građanskim pravima u bilo kojem programu ili aktivnostima koju sprovodi ili finansira USDA. Također, programi koji primaju federalnu finansijsku pomoć od Odjeljenja za zdravstvo i socijalne usluge (HHS), kao što je TANF (Privremena pomoć za porodice u potrebi), te programi kojima HHS direktno upravlja, nije dozvoljen bilo kakav oblik diskriminacije na osnovu Federalnog zakona o građanskim pravima i HHS regulativa.

Osobe sa invaliditetom kojima su potrebna alternativna sredstva komunikacije za informacije o programu (npr. Brajevo pismo, krupna slova, audio-traka, Američki znakovni jezik), trebaju da kontaktiraju agenciju (državnu ili lokalnu) u kojoj su se prijavili za beneficije. Gluhe, nagluhe i osobe koje imaju poteškoće u govoru mogu kontaktirati USDA putem federalnog komunikacijskog servisa (Federal Relay Service ) na (800) 877-8339. Pored engleskog jezika, informacije o programu mogu biti i na drugim jezicima.

### **ŽALBE NA OSNOVU KRŠENJA GRAĐANSKIH PRAVA UNUTAR USDA PROGRAMA**

USDA pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe sigurnosti hrane i smanjenja gladi, kao što su Program dodatne pomoći u ishrani (SNAP), Program distribucije hrane na osnovu indijanskih rezervata (FDPIR) i drugi. Da biste podnijeli žalbu na osnovu diskriminacije u programu, popunite obrazac za podnošenje žalbe (AD-3027) koji se nalazi web stranici na <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, ili u bilo kojem USDA uredu ili pošaljite pismo upućeno USDA i u njemu sve informacije koje se traže u obrascu. Kako biste zatražili kopiju obrasca za prigovor, molimo pozovite (866) 632-9992. Pošaljite svoj popunjeni obrazac ili pismo USDA na:

1. **Pošta:** Food and Nutrition Service, USDA  
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; ili
2. **faks:** (833) 256-1665 ili (202) 690-7442; ili
3. **telefon:** (833) 620-1071; ili
4. **e-pošta:** [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Za bilo koje druge informacije u vezi sa problemima SNAP-a, osobe treba ili kontaktirati USDA SNAP telefonski broj na (800) 221-5689, koji je također na španskom jeziku, ili nazvati [državne informacije/brojeve dežurne linije](#) (kliknite na link za popis brojeva dežurne linije do država); pronađeno online na: [SNAP hotline](#).

### **ŽALBE NA OSNOVU KRŠENJA GRAĐANSKIH PRAVA UNUTAR HHS PROGRAMA**

HHS pruža federalnu finansijsku pomoć za mnoge programe za poboljšanje zdravlja i blagostanja, uključujući TANF, Head Start, Program energetske pomoći u kući s niskim primanjima (LIHEAP) i druge. Ukoliko ste uvjereni da ste bili diskriminirani zbog svoje rase, boje kože, nacionalnog porijekla, invaliditeta, starosti, spola (uključujući stanje u trudnoći, seksualnu orijentaciju i rodni identitet) ili na osnovu vjerskog opredjeljenja u programima ili aktivnostima nad kojima HHS direktno upravlja ili u kojima HHS pruža finansijsku pomoć, možete za sebe ili drugog podnijeti žalbu Uredu za građanska prava (OCR).

Da biste podnijeli žalbu na diskriminaciju za sebe ili nekog drugog u vezi sa programom koji prima federalnu finansijsku pomoć putem HHS-a, ispunite obrazac online putem OCR-ovog Portala za Žalbe na <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Također možete kontaktirati OCR putem pošte na adresu: Centralized Case Management Operations, U.S. Department of Health and Human Services, 200 Independence Avenue, S.W., Room 509F HHH Bldg., Washington, D.C. 20201; fax: (202) 619-3818; ili na e-poštu: [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Za brži postupak obrade, preporučujemo vam da koristite OCR online stranicu za podnošenje žalbi, a ne putem -e-pošte. Osobe kojima je potrebna pomoć pri podnošenju žalbe za građanska prava mogu e-poštom OCR na [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) ili nazovite OCR besplatno na 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Za osobe koje su gluhe, imaju oštećenje sluha ili imaju poteškoća s govorom, molimo da pozovite 7-1-1 kako biste pristupili uslugama telekomunikacijskog posredovanja. Usluge za podnošenje žalbi pružamo besplatno i u drugim oblicima (kao što je Brajevo pismo i uvećani font slova) kao i pomoćna pomagala te usluge jezične pomoći.

Ova institucija pruža svima jednake mogućnosti.

U okviru Odjeljenja za ljudske usluge (DHS), možete podnijeti i druge žalbe zbog diskriminacije tako što ćete kontaktirati svoju lokalnu kancelariju DFCS-a ili DFCS za Građanska Prava, ADA/Section 504 Koordinator u Odjelu za ljudske usluge Georgie, Ured Glavnog Savjetnika, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Za žalbe koje se odnose na diskriminaciju na osnovu Ograničenog poznavanja engleskog jezika, kontaktirajte DHS Program ograničenog znanja engleskog jezika i senzornog oštećenja pri Odjeljenju za ljudske usluge Georgie, Ured Glavnog Savjetnika, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**Nemojte slati zahtjeve USDA ili HHS**