

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia
بخش خدمات کودکان و خانواده

لطفا با استفاده از این فرم گزارش تغییرات در شرایط خانوارتان را به سازمان خدمات خانواده و کودکان گزارش کنید. اگر در خواندن یا تکمیل این سند یا برای برقراری ارتباط با ما به کمک نیاز دارید، از ما درخواست کنید یا با شماره 1-877-423-4746 تماس بگیرید. خدمات ما، از جمله مترجمان شفاهی، رایگان هستند. اگر ناشنوا، کمشنوا، هم ناشنوا و هم نابینا هستید یا در صحبت کردن مشکل دارید، می‌توانید با شمارگیری 711 (رله Georgia) با ما به شماره بالا تماس بگیرید.

این فرم را تحویل ندهید مگر اینکه بخواهید تغییری در شرایط را گزارش کنید.

نام: _____ شماره شناسه مشتری: _____

آدرس: _____ شماره پرونده: _____

شماره تلفن کارمند: _____

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia
بخش خدمات کودکان و خانواده

هزینه‌های پزشکی				
آیا فرد 60 سال به بالا یا معلولی هست که هزینه‌های پزشکی داشته باشد؟ بله _____ خیر _____ اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.				
عضو خانوار گیرنده صورتحساب	نوع هزینه (پزشک، بیمارستان، دارو، حق بیمه Medicare)	مبلغ بدهی	تاریخ صورتحساب	آیا بیمه پرداخت خواهد کرد؟ (بله/خیر)

--

هزینه‌های مراقبت فرد وابسته	
فردی که نیاز به مراقبت دارد:	فردی که هزینه مراقبت را پرداخت می‌کند:
نام ارائه‌دهنده:	به ارائه‌دهنده چقدر پرداخت می‌شود:
شماره تلفن ارائه‌دهنده:	هر چند وقت یکبار پرداخت می‌شود:
	دلیل مراقبت:

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia
بخش خدمات کودکان و خانواده

منابع			
ایا شخصی در خانواده شما منابع زیر را دارد؟ بله _____ خیر _____			
اگر بله، جدول زیر را کامل کنید.			
نوع منبع	مالک	مبلغ/ارزش	نام بانک
پول نقد			
چک/پس انداز			
اتحادیه اعتباری			
سهام یا اوراق قرضه			
صندوق امانات			

مجموع درآمد ناخالص ماهانه خانواده من (قبل از کسور مالیات و درآمدهای غیرفعال) بیش از 130% سقف درآمدی بوده است.

در کدام ماه/سال، درآمد خانوارتان از 130% سقف درآمدی بیشتر شد؟ _____ / _____
 ماه سال

کل درآمد ناخالص ماهانه چقدر است؟ _____

امضا _____ تاریخ _____

خانواده من یک عضو بزرگسال توانای بدون افراد وابسته (ABAWD) داشت که ساعات کاری اش به کمتر از 20 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه رسید.

اینجانب، _____ یک بزرگسال توانای بدون افراد وابسته (ABAWD) هستم که بیکارم و قبلاً بین 20-29 ساعت در هفته یا 80 ساعت در ماه کار می‌کردم. ساعات کاری ام کاهش یافته است به: _____ ساعت در هفته.

امضا _____ تاریخ _____

یکی از اعضای خانواده ام برنده لاتاری یا شرط بندی شده است.

در کدام ماه/سال، عضو خانواده درآمد حاصل از برنده شدن در لاتاری/شرط بندی را دریافت کرد؟ _____ / _____
 ماه سال

کل درآمد ناخالص حاصل از برنده شدن در لاتاری/شرط بندی چقدر بوده است؟ _____

امضا _____ تاریخ _____

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia
بخش خدمات کودکان و خانواده

اینجانب، با توجه به مجازات شهادت دروغ و تا جایی که اطلاع دارم، اعلام می‌کنم که فرد یا افرادی که برایشان درخواست مزایا می‌کنم، شهروند (شهروندان) ایالات متحده هستند یا به‌طور قانونی در ایالات متحده حضور دارند. همچنین گواهی می‌دهم که تمام اطلاعات ارائه شده در این درخواست تا جایی که می‌دانم درست و صحیح است. می‌دانم و موافقم که DHS-DFCS، DCH و ادارات فدرالی مجاز ممکن است اطلاعاتی را که من در این درخواست ارائه می‌دهم درستی‌سنجی کنند. اطلاعات ممکن است از کارفرمایان گذشته یا فعلی استعلام شود. می‌دانم که از اطلاعات من برای رهگیری اطلاعات دستمزد و مشارکت در فعالیت‌های کاری استفاده می‌شود.

هرگونه تغییر در وضعیت خود را با توجه به الزامات برنامه SNAP/Medicaid و یا TANF گزارش خواهم کرد. همچنین اگر کسی در خانوار من برنده لاتاری یا شرطبندی شود و مبلغ ناخالص \$4500 یا بیشتر (قبل از کسر مالیات یا سایر مبالغ) به دست آورد، آن را گزارش خواهم کرد. من این جایزه‌ها را ظرف حداکثر 10 روز از پایان ماهی گزارش خواهم کرد که خانواده‌ام آن را دریافت کنند. می‌دانم که اگر اطلاعات نادرست باشد، ممکن است مزایای من کاهش یابد یا رد شود، و ممکن است به دلیل ارائه آگاهانه اطلاعات نادرست، مشمول تعقیب کیفری یا محرومیت از برنامه‌های DHS-DFCS شوم. من درک می‌کنم که در صورت ارائه اطلاعات نادرست یا مخفی کردن اطلاعات می‌توانم تحت پیگرد قانونی قرار بگیرم. می‌دانم که اگر نتوانم در طول درخواست یا فرآیند تمدید برخی از هزینه‌هایم را به DHS-DFCS بگویم و یا آنها را تأیید نکنم، DHS-DFCS آن هزینه را برای محاسبه میزان مزایای SNAP من بودجه نخواهد داد.

امضا

تاریخ

اطلاعات ثبت‌نام رأی‌دهندگان

اگر برای رأی دادن در جایی که اکنون زندگی می‌کنید ثبت‌نام نکرده‌اید، آیا می‌خواهید امروز برای رأی دادن در این‌جا ثبت‌نام کنید؟

بله _____

خیر _____

_____ نمی‌خواهم به سوال ثبت‌نام رأی‌دهنده پاسخ دهم

درخواست برای ثبت‌نام یا امتناع از ثبت‌نام برای رأی دادن بر میزان کمکی که توسط این اداره به شما ارائه می‌شود، تأثیری نخواهد داشت.

اگر در تکمیل فرم درخواست ثبت‌نام رأی‌دهندگان کمک بخواهید، به شما کمک خواهیم کرد. تصمیم‌گیری درباره درخواست یا پذیرش کمک با شماست. می‌توانید فرم درخواست را به‌صورت خصوصی پر کنید.

اگر فکر می‌کنید که کسی در حق شما برای ثبت‌نام یا امتناع از ثبت‌نام برای رأی دادن، حق شما برای حفظ حریم خصوصی در تصمیم‌گیری برای ثبت‌نام یا درخواست ثبت‌نام برای رأی دادن، یا حق شما برای انتخاب حزب سیاسی خود یا ترجیحات سیاسی دیگر دخالت کرده است، می‌توانید نزد وزارت امور خارجه به نشانی زیر شکایت کنید: 2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 یا با شماره 404-656-2871 تماس بگیرید.

اگر هیچ یک از کادرها را علامت نزنید، به این معنا تلقی می‌شود که تصمیم گرفته‌اید در این مقطع برای رأی دادن ثبت‌نام نکنید.

یک کپی از درخواست ثبت‌نام رأی‌دهنده جورجیا همراه با فرم‌های درخواست DFCS، تمدید و تغییر آدرس موجود است. همچنین می‌توانید فرم درخواست ثبت‌نام رأی‌دهنده را از مددکار پرونده خود درخواست کنید. اگر درخواست ثبت‌نام رأی‌دهنده را تکمیل می‌کنید، آن را با رعایت دستورالعمل‌های ارائه‌شده در درخواست ثبت‌نام رأی‌دهنده به دفتر وزیر امور خارجه ایالت جورجیا ارسال کنید.

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia
بخش خدمات کودکان و خانواده

اطلاعیه حقوق ADA/بخش 504

کمک برای افراد معلول

اداره خدمات انسانی جورجیا و سازمان بهداشت همگانی جورجیا («ادارات») طبق قانون فدرال* ملزم هستند، برای افراد معلول فرصتی برابر برای مشارکت در برنامه‌ها، خدمات یا فعالیت‌های ادارات ارائه دهند و آنها را واجد شرایط بدانند. این شامل برنامه‌هایی مانند SNAP، TANF و کمک پزشکی می‌شود.

برای جلوگیری از تبعیض بر اساس معلولیت، ادارات در زمانی که تغییرات و اصلاحاتی لازم باشد آنها را در حد معقول اعمال می‌کنند. برای مثال، ممکن است سیاست‌ها، روش‌ها یا رویه‌ها را تغییر دهیم تا دسترسی برابری فراهم کنیم. برای اطمینان از برقراری ارتباط موثر، به افراد معلول یا همراهانشان، مساعدت‌هایی در برقراری ارتباط، اعم از مترجمان زبان اشاره، ارائه می‌دهیم. کمک ما رایگان است. ادارات ملزم به ایجاد هیچ‌گونه تغییری نیستند که منجر به تغییر اساسی در ماهیت یک خدمت، برنامه یا فعالیت یا ایجاد بار مالی و اداری بی‌مورد شود.

نحوه درخواست تغییری منطقی یا کمک ارتباطی

اگر ناتوانی دارید و نیاز به تغییری منطقی، کمک ارتباطی یا کمک اضافی دارید، لطفاً با مددکار پرونده خود تماس بگیرید. برای مثال، اگر به کمک یا خدماتی مانند مترجم زبان اشاره برای ارتباط مؤثر نیاز دارید، تماس بگیرید. می‌توانید با مددکار پرونده خود یا با DFCS به شماره 423-4746 (877) یا با تیم DCH Katie Beckett (KB) به شماره 678-248-7449 تماس بگیرید تا درخواست خود را ارائه دهید. همچنین می‌توانید درخواست خود را با استفاده از فرم درخواست تغییر معقول از DFCS ADA که در دفتر محلی DFCS یا در نشانی آنلاین <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> موجود است ارسال کنید، یا فرم درخواست تغییر معقول از DCH ADA را از تیم KB یا در نشانی آنلاین <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett> دریافت کنید، اما الزامی به استفاده از فرم نیست.

نحوه ثبت شکایت

اگر ادارات به دلیل ناتوانی‌تان تبعیضی در مورد شما قائل شدند، این حق را دارید که شکایت کنید. به عنوان مثال، اگر درخواست یک اصلاح معقول یا مترجم زبان اشاره کرده‌اید که رد شده یا در زمان منطقی به آن رسیدگی نشده است، می‌توانید شکایت تبعیض ارائه کنید. می‌توانید از طریق تماس با مددکار پرونده، دفتر محلی DFCS یا هماهنگ‌کننده حقوق شهروندی DFCS، هماهنگ‌کننده ADA/بخش 504 به آدرس 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 20334، 423-4746 (877) یا به صورت شفاهی یا کتبی شکایت کنید. برای DCH، با هماهنگ‌کننده ADA/بخش 504 تیم KB به آدرس زیر تماس بگیرید: P.O. Box 172, Norcross, GA. 30091، یا 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071، DCH: dch.adarequests@dch.ga.gov ایمیل 678-248-7449.

می‌توانید از مددکار پرونده خود یک نسخه از فرم شکایت حقوق شهروندی DFCS را بخواهید. فرم شکایت در نشانی <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> نیز موجود است. اگر برای شکایت تبعیض به کمک نیاز دارید، می‌توانید با کارکنان DFCS فهرست‌شده در بالا تماس بگیرید. افراد ناشنوا یا کم‌شنوا یا مبتلا به ناتوانی گفتاری می‌توانند با 711 تماس بگیرند تا اپراتور آنها را به ما وصل کند. ایمیل برای شکایات حقوق شهروندی DCH: dch.civilrights@dch.ga.gov. لینک فرایند حقوق شهروندی DCH و فرم شکایت در این آدرس موجود است: <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

همچنین می‌توانید یک شکایت تبعیض نزد آژانس فدرال مربوطه ارائه کنید. اطلاعات تماس وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA) و وزارت بهداشت و خدمات انسانی ایالات متحده (HHS) در «بیانیه عدم تبعیض» گنجانده شده است.

* بند 504 قانون توانبخشی مصوب سال 1973؛ قانون معلولان آمریکا مصوب سال 1990؛ و متمم‌های قانون معلولان آمریکا مصوب سال 2008 تضمین می‌کنند که افراد معلول مورد تبعیض غیرقانونی قرار نگیرند.

فرم گزارش تغییرات سازمان خدمات انسانی Georgia بخش خدمات کودکان و خانواده

درخواست ها را به USDA ارسال نکنید

بیانیه عدم تبعیض

مطابق با قوانین فدرال حقوق شهروندی و مقررات و سیاست‌های حقوق شهروندی وزارت کشاورزی ایالات متحده (USDA)، USDA، آژانس‌ها، دفاتر و کارمندان آن، و مؤسساتی که در برنامه‌های USDA شرکت می‌کنند یا مجری آن هستند، از تبعیض بر اساس نژاد، رنگ پوست، تبار ملی، جنسیت (شامل هویت جنسی و گرایش جنسی)، اعتقادات مذهبی، ناتوانی، سن، عقاید سیاسی، یا تلافی برای فعالیت‌های حقوق شهروندی قبلی در هر برنامه یا فعالیتی که توسط USDA انجام شده یا تأمین مالی شده است، منع شده‌اند. برنامه‌هایی که کمک مالی فدرال از وزارت بهداشت و خدمات انسانی (HHS) ایالات متحده دریافت می‌کنند، مانند کمک‌های موقت برای خانواده‌های نیازمند (TANF)، و برنامه‌هایی که HHS آن‌ها را مستقیماً اداره می‌کند نیز طبق قوانین فدرال حقوق شهروندی و مقررات HHS از تبعیض منع شده‌اند.

افراد معلول که برای دسترسی به اطلاعات برنامه نیاز به وسایل ارتباطی جایگزین (مانند خط بریل، چاپ بزرگ، نوار صوتی، زبان اشاره آمریکایی) دارند، باید با آژانس (ایالتی یا محلی) که نزد آن درخواست مزایا کرده‌اند تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا مبتلا به ناتوانی گفتاری می‌توانند از طریق سرویس رله فدرال به شماره 877-8339 (800) با USDA تماس بگیرند. علاوه بر این، اطلاعات برنامه ممکن است به زبان‌های دیگری غیر از انگلیسی قابل دسترسی باشد.

شکایات حقوق شهروندی مربوط به برنامه‌های USDA

USDA کمک مالی فدرال برای بسیاری از برنامه‌های امنیت غذایی و کاهش گرسنگی مانند برنامه کمک تغذیه تکمیلی (SNAP)، برنامه توزیع غذا در رزرواسیون سرخپوستان (FDPIR) و غیره ارائه می‌کند. برای ثبت شکایت در مورد تبعیض در برنامه، فرم شکایت تبعیض برنامه (AD-3027) که آنلاین در نشانی <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> و در هر یک از دفاتر USDA یافت می‌شود را تکمیل کنید، یا نامه‌ای به آدرس USDA بنویسید و تمام اطلاعات درخواست شده در فرم را در نامه ارائه کنید. برای درخواست کپی فرم شکایت با شماره 632-9992 (866) تماس بگیرید. نامه یا فرم تکمیل شده خود را به روش‌های زیر به USDA تحویل دهید:

1. پست: Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314
2. فکس: 256-833-1665 یا 202-690-7442
3. تلفن: 620-833-1071
4. ایمیل: FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

برای کسب هر گونه اطلاعات دیگر درباره مسائل SNAP، افراد باید با خط تلفن USDA SNAP به شماره 221-800-5689، که به زبان اسپانیایی نیز می‌باشد، یا با شماره‌های خط راهنما/اطلاعات ایالتی تماس بگیرند (برای فهرست شماره‌های تلفن بر اساس ایالت، روی لینک کلیک کنید)؛ آنلاین در: [خط تلفن SNAP](#).

شکایات حقوق مدنی که شامل برنامه‌های HHS می‌شود

HHS کمک‌های مالی فدرال را برای بسیاری از برنامه‌ها برای ارتقای سلامت و رفاه فراهم می‌کند، از جمله TANF، Head Start، برنامه کمک به انرژی در خانه با درآمد کم (LIHEAP) و غیره. اگر فکر می‌کنید که به دلیل نژاد، رنگ، ملیت، ناتوانی، سن، جنسیت (از جمله بارداری، گرایش جنسی و هویت جنسی)، یا مذهب در برنامه‌ها یا فعالیت‌هایی که HHS مستقیماً انجام می‌دهد یا HHS به آنها کمک مالی فدرال ارائه می‌کند، مورد تبعیض قرار گرفته اید، می‌توانید برای خود یا برای شخص دیگری به اداره حقوق مدنی (OCR) شکایت کنید.

برای ثبت شکایت از تبعیض برای خود یا شخص دیگری در رابطه با برنامه دریافت کمک مالی فدرال از طریق HHS، فرم را به صورت آنلاین از طریق پورتال شکایت OCR به آدرس <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/> تکمیل کنید. شما همچنین می‌توانید با OCR از طریق این آدرس پستی در تماس باشید: 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؛ فکس: 3818-619 (202)؛ یا ایمیل: OCRmail@hhs.gov. برای رسیدگی سریع‌تر، توصیه می‌کنیم که به جای ارسال از طریق پست، از درگاه آنلاین OCR برای ثبت شکایات استفاده کنید. افرادی که برای ثبت شکایت حقوق شهروندی به کمک نیاز دارند می‌توانند به OCR به نشانی OCRAid@hhs.gov ایمیل بفرستند یا با خط رایگان OCR به شماره 1-800-537-7697، TDD 1-800-368-1019، تماس بگیرند. افراد ناشنوا، کم‌شنوا یا دارای مشکلات گفتاری، لطفاً 1-7 را شمار مگیری کنند تا بتوانند به سرویس رله مخابراتی دسترسی پیدا کنند. همچنین فرصت‌های مناسب معلولان (مانند خط بریل و چاپ بزرگ)، کمک‌های جانبی و خدمات کمک زبانی را به‌صورت رایگان برای ثبت شکایت ارائه می‌دهیم.

این مؤسسه، ارائه‌کننده فرصت‌های برابر است.

همچنین می‌توانید شکایات تبعیض را از طریق تماس با دفتر DFCS در منطقه خود یا هماهنگ‌کننده حقوق شهروندی DFCS و هماهنگ‌کننده ADA/بخش 504 به آدرس زیر ارسال کنید: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334, 423-4746 (877). و توانش محدود انگلیسی «DHS تماس بگیرید: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 یا با 423-4746 (877) تماس بگیرید».

درخواست ها را به USDA ارسال نکنید