

**乔治亚州人类服务部家庭和
儿童服务部变更报告表**

如家庭信息有变，请使用此表格向家庭和儿童服务部报告。如果您在阅读或填写本文档时需要帮助，或需要与我们沟通，请咨询我们或致电：1 (877) 423-4746。**我们提供的服务（包括口译服务）全部免费。**如果您是耳聋人士、听障人士、聋盲人士或表达有困难，您可以拨打 711（乔治亚州中继电话），通过以上电话号码联系我们。

除报告家庭信息变更外，请勿寄回表格。

姓名： _____ 客户 ID# _____

地址： _____ 案件号码 _____

工作人员电话号码 _____

在以下情况下，符合简化申报要求的家庭必须报告相关变化：

- 家庭月总收入超过其家庭人口收入水平的 130%。
- 无受抚养人的健全成年人（ABAWD）每周工作时长低于 20 小时或每月工作时长低于 80 小时。该类变化必须在发生当月底起 10 日内报告。
- 当家庭成员获得**彩票或博彩奖金**的总金额达到或超过 4500 美元时（税款或其他预扣杂费之前），家庭必须报告。这是指单次赢得的现金奖励。此类奖金必须在家庭成员获得奖金当月结束后 10 天内报告。

虽然您的家庭只需提供简化报告，但您也可以报告以下任何变化的信息：

检查您要报告的变化信息，然后填妥表格上的问题。

- 因有人搬入或搬离，使家庭成员发生变化
- 家庭搬迁新址
- 家庭成员开始工
- 作家庭成员停止工作
- 家庭成员的每小时工资或工作时长发生变化
- 家庭成员开始领取或停止领取生活保障补助金（SSI）、社会保障金、退伍军人福利、养老金、退休金、残疾补助金、亲友资助、子女抚养费、失业等。

某个家庭成员的支出和账单有变化

您或您的任何家庭成员拥有 3000 美元或更多资金。老年人或残疾人，拥有 4500 美元或更多资金。

乔治亚州人类服务部家庭和

儿童服务部申请表

家庭成分

- 谁搬入? _____ 谁搬离? _____

- 孩子何时搬入或搬离?

地址

- 我家已搬到新住址。新住址是 _____
- 新租金或抵押贷款金额\$ _____ 如果是抵押贷款，每年的财产税是\$ _____；房主的保险金额是\$ _____。
- 是否有人帮您支付房租、抵押贷款或水电费？是 _____ 否 _____ 如果选“是”，请说明具体是谁？

- 在您的新住址，您需要支付哪些公共事业账单？
- 您是否需要支付供暖或制冷费用？是 _____ 否 _____ （电、煤气或二者皆有）

收入

- 谁的收入或就业发生了变化? _____
- 收入或就业来自哪里? _____
- 收入多久支付一次? _____
- 该收入或就业从何时开始? _____
- 新的收入数额是多少? _____
- 该收入或就业何时停止? _____
- 上次收到的金额是多少? _____

**乔治亚州人类服务部家庭和
儿童服务部变更报告表**

医疗费用

是否有 60 岁及以上老年人或残疾人发生医疗费用？ 是_____否_____ 如果选“是”，请填写下面的表格。

家庭成员账单	费用类型（就诊、住院、处方药、医疗保费）	所欠金额	账单日期：	保险公司是否代为支付？（是/否）

儿女抚养费

- 您或您的某位家庭成员是否需要向不在家里居住的子女支付子女抚养费？
是_____否_____
- 谁负有支付义务？ _____
- 应支付金额是多少？ _____
- 子女抚养费由谁支付？ _____
- 子女抚养费支付给谁？ _____
- 子女的抚养费多久支付一次？ _____
- 实际支付金额是多少？ _____

受抚养人看护费用

需要看护的人：		支付看护费用人：	
看护人姓名：		看护人费用金额：	支付频率：
看护人手机号码：	看护原因：		

**乔治亚州人类服务部家庭和
儿童服务部变更报告表**

资源			
您的家庭成员是否拥有以下资源？ 是 _____ 否 _____			
如果选“是”，请填写下面的表格。			
资源类型	所有者	金额/价值	银行名
现金			
支票账户/储蓄账户			
信用合作社			
股票或债券			
保险箱			

我的家庭每月总收入（税前收入和非劳动收入）超过了收入限额的 130%。

家庭收入在哪个月/年份超过收入限额 130%？ _____ / _____
月 年

每月总收入是多少？ _____

签名 _____ 日期 _____

我家有一位 ABAWD 成员，每周工作时长低于 20 小时，每月工作时间低于 80 小时

本人，_____是失业的 ABAWD，每周工作 20-29 小时或每月工作 80 小时。我的工作时间已减少到_____小时（每周）。

签名 _____ 日期 _____

我家有一位成员中了彩票或博彩奖金。

该家庭成员在哪个月/年获得了彩票/博彩收入？ _____ / _____
月 年

彩票/博彩总收入是多少？ _____

签名 _____ 日期 _____

乔治亚州人类服务部家庭和 儿童服务部变更报告表

本人声明，据本人所知和所信，本人所代为申请福利的人员是美国公民或合法居住在美国的人员，如有不符，自愿承受伪证罪处罚。本人进一步证明，据本人所知，本申请表所提供的信息均属真实及正确。本人理解并同意，公众服务部-家庭及儿童服务部和社区卫生部及授权的联邦机构可以核实本人在此申请表上提供的信息。这些信息可能从过去或现在的雇主处取得。本人明白，本人的信息将被用于核实工资信息和本人参与的工作活动。

本人将根据 SNAP / Medicaid 和/或 TANF 的要求报告关于本人的相关变更情况。如果本人的家庭成员中有人获得彩票或博彩奖金，且总金额达到 4500 美元或以上（税前或扣除杂费前），本人也会报告。本人将在家庭成员收到奖金当月底起 10 日之内报告奖金金额。本人明白，如果所提供的信息不准确，本人的福利申请可能会被减少或被拒，并且，本人可能会因故意提供虚假信息而受到刑事起诉、或被公众服务部-家庭及儿童服务司取消申请资格。本人明白如果本人提供虚假资料或隐瞒信息，本人可能会被起诉。本人明白，如果本人未能在申请、续期申请或定期报告过程中告知本人的某些费用支出和/或未能核实这些支出，公众服务部-家庭及儿童服务部计算本人的 SNAP 福利金额时，将不会将这些费用计入预算。

签名_____ 日期_____

选民登记资料

如果您在现居地还没有登记投票，您是否希望今天在这里申请登记投票？

_____是

_____否

_____我不想回答选民登记的问题

申请登记或拒绝登记投票不会影响本机构为您提供的援助金额。

如果您需要帮助填写选民登记申请表，我们会帮助您。是否寻求或接受帮助由您决定。您可以私下填写该申请表。

如果您认为有人干涉您登记或拒绝登记投票的权利、您在决定是否登记或申请登记投票时的隐私权、或您选择自己的政党或其他政治倾向的权利，您可通过以下地址向州务卿提出投诉：2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334，或致电 404-656-2871。

如果您没有勾选这两个选项中的任意一项，则默认您本次决定不进行选民登记。

乔治亚州选民登记申请的副本附在 DFCS 申请、续期和地址更改表格中。您还可以向您的社工请求选民登记申请。如果您完成了选民登记申请，请按照选民登记申请上的指示提交给乔治亚州州务卿办公室。

乔治亚州人类服务部家庭和
儿童服务部变更报告表

美国残疾人法案/第 504 条权利公告

为残疾人士提供帮助

根据联邦法律，乔治亚州公共服务部和乔治亚州社区卫生局（“部门”）必须为残疾人提供平等的机会，确保他们有机会参与且有资格参加这些部门的计划、服务或活动。其中包括 SNAP、TANF 和 医疗援助等计划。

各部门在必要时提供合理的修改，以避免因残疾而发生歧视。例如，我们可能会改变政策、做法或程序，以提供平等的机会。为确保等效沟通，我们为残障人士或其残障同伴提供沟通协助，如手语翻译。我们的帮助均免费提供。这些部门不需要做出任何可能导致服务、项目或活动性质发生根本变化或造成不必要的财政和行政负担的修改。

如何请求合理的修改或沟通协助

如果您身患残疾，并需要合理的修改、沟通帮助或额外帮助，请联系您的社会工作者。例如，如果您需要帮助或服务来进行有效的沟通，可以拨打电话，比如手语翻译。您可以联系您的社工或致电 DFCS（电话：（877）423-4746）或联系 DCH Katie Beckett（KB）团队（电话：678-248-7449），以提出您的请求。

<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights> 您也可以使用《DFCS ADA 合理修改请求表格》提出您的要求；该表格可在您当地的 DFCS 办公室或在线上获得：<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>；或者，您可以在 KB 团队或线上（网址 <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>）获得《DFCS ADA 合理修改请求表格》，但填写该类表格并非强制性要求。

如何提出投诉

如果某些部门因您的残疾而歧视您，您有权提出投诉。例如，如果您要求合理修改或手语翻译，但被拒绝或对方没有在合理时间内采取行动，您可以提出歧视投诉。您可以联系您的案件工作人员、您当地的 DFCS 办公室或 DFCS 民权、ADA/第 504 条协调员（地址：47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 20334，电话：（877）423-4746）提出口头或书面投诉。对于 DCH，请联系 KB 团队 ADA/第 504 条协调员：2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 or P.O.Box 172, Norcross, GA.30091, 678-248-7449。DCH 电子邮箱：dch.adarequests@dch.ga.gov。

您可以向您的案件工作人员索要一份《DFCS 民权投诉表》的副本。投诉表格也可在以下网站获取：<https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。如果您需要帮助提出歧视投诉，您可以联系上述的 DFCS 工作人员。聋人或重听人士或可能有语言障碍的人士可以拨打 711，通过接线员与我们联系。DCH 民权投诉的电子邮箱：dch.civilrights@dch.ga.gov。DCH 民权程序和投诉表的链接如下：<https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>。

您也可以向适当的联邦机构提出歧视投诉。美国农业部（USDA）和美国卫生与公众服务部（HHS）的联系信息可在随附的“非歧视声明”中找到。

**1973 年《康复法》第 504 条、1990 年《美国残疾人法》和 2008 年《美国残疾人法修正案》可确保残疾人不会受非法歧视。*

乔治亚州人类服务部家庭和 儿童服务部变更报告表

请勿直接向 USDA 或 HHS 发送申请

非歧视原则声明

根据联邦民权法律和美国农业部 (USDA) 的民权法规和政策, 禁止 USDA、其机构、办公室和雇员以及参与或管理 USDA 计划的机构基于种族、肤色、国籍、性别 (包括性别认同和性取向)、宗教信仰、残疾、年龄、政治信仰进行歧视, 或在 USDA 开展或资助的任何计划或活动中对先前民权活动进行打击或报复。此外, 从卫生与公众服务部 (HHS) 接受美国联邦财政援助的计划, 例如, 卫生与公众服务部 (HHS) (如贫困家庭临时救助 (TANF)) 和 HHS 直接运营的计划, 也禁止歧视。

如需要其他替代交流方式获取计划信息 (如盲文、大字印刷、录音带、美国手语), 残疾人士应联系申请福利的机构 (州或本地)。耳聋、重听或有语言障碍的个人可通过联邦中继服务热线 (800) 877-8339 与 USDA 取得联系。此外, 计划信息可使用英语以外的语言提供。

涉及美国农业部计划的民权投诉

美国农业部 (USDA) 为许多粮食安全和减少饥饿计划提供联邦财政援助, 如营养补充援助计划 (SNAP)、印第安保护区粮食分配计划 (FDPIR) 等。如要提交计划歧视投诉, 请填写《计划歧视投诉表》(AD-3027); 该表格可在以下网站找到: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, 或者, 可前往 USDA 办公室或发电子邮件给 USDA, 并提供表格中所要求的所有信息。如希望索取投诉表格副本, 请致电 (866) 632-9992。请将填写好的表格或信件通过以下方式提交给 USDA:

1. **邮寄地址:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; 或者
2. **传真:** (833) 256-1665 或 (202) 690-7442; 或
3. **电话:** (833) 620-1071; 或
4. **电子邮箱:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov。

如希望了解 SNAP 问题的任何其他信息, 请联系 USDA SNAP 计划, 热线: (800) 221-5689 (同时提供西班牙语服务), 或拨打州信息/热线电话号码 (点击此链接可查看不同州的热线电话表单); 在线索取: [SNAP 热线](#)。

涉及卫生和公众服务部计划的民权投诉

卫生与公众服务部为许多增进健康和福祉的计划提供联邦财政援助, 包括 TANF、启智计划、低收入家庭能源援助计划 (LIHEAP) 等。如果您认为, 在卫生与公众服务部直接运营或提供联邦财政援助的计划或活动中, 您因种族、肤色、国籍、残疾、年龄、性别 (包括怀孕、性取向和性别认同) 或宗教信仰而遭受歧视, 您可以代表自己或他人向民权办公室 (OCR) 提出投诉。

如希望为自己或他人就通过 HHS 获得联邦财政援助的计划提出歧视投诉, 请通过民权办公室的投诉门户网站在线填写表格 <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>。您也可以通过邮寄方式联系民权办公室: 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; 传真: (202) 619-3818; 或电子邮箱: OCRmail@hhs.gov。为了加快处理速度, 我们鼓励您使用 OCR 在线门户提出投诉, 而不是通过邮件提出投诉。需要协助提出民权投诉的人士可向 OCR 发送电子邮件至 OCRMail@hhs.gov, 或致电 OCR 免费电话 1-800-368-1019、TDD 1-800-537-7697。如有耳聋、重听或表达困难的人士, 请致电 7-1-1 使用电传中继服务。我们还免费提供其他替代投诉格式 (例如盲文及大字印刷)、辅助工具及语言协助服务。

此机构提供平等的机会。

您还可以联系当地的 DFCS 办公室或 DFCS 民权和 ADA/第 504 条协调员提出歧视投诉, 联系方式如下: 地址: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA, 30334; 电话: (877) 423-4746。对于因英语水平有限而遭受歧视的投诉, 请联系 DHS 有限英语水平和感官障碍项目, 联系方式: 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334, 或致电 (877) 423-4746。

请勿直接向 USDA 或 HHS 发送申请