



Solicitud de beneficios

DEBE ENTREGAR PERSONALMENTE, ENVIAR POR FAX o POR CORREO LA SOLICITUD COMPLETA A LA OFICINA LOCAL DE SU CONDADO.

Si necesita ayuda para leer o completar este documento, o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al (877) 423-4746. Nuestros servicios, incluidos los de interpretación, son gratuitos. Si es una persona sorda, con problemas de audición, sorda-ciega o tiene dificultades para hablar, puede llamarnos al número que figura anteriormente al marcar 711 (Retransmisión de Georgia).

¿Qué servicios ofrecemos en la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS, por sus siglas en inglés)?

La DFCS ofrece los siguientes servicios:



Asistencia Alimentaria

Se pueden utilizar los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el cartel de EBT/Quest. Descontamos el precio de las compras de alimentos de su cuenta de Cupones de Alimentos (SNAP).



La Asistencia en Efectivo/los Servicios de Apoyo de Empleo de la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF)

le brinda asistencia en efectivo a familias con niños dependientes y mujeres embarazadas durante un tiempo limitado. Los padres o cuidadores, o las personas embarazadas que estén incluidos en la subvención están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia en Efectivo también brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF.

- El programa **Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG)** proporcionará el apoyo necesario para que los niños puedan recibir cuidado en sus hogares por parte de sus abuelos.



Asistencia Médica

Medicaid, para quienes son elegibles, puede ayudar a pagar las facturas médicas, las visitas al médico y las primas de Medicare.

- Esto incluye **Asistencia Médica de Pathways**. La Asistencia Médica de Pathways es un programa que proporciona cobertura de Medicaid gratuita o a costo reducido a personas de 19 a 64 años, con ingresos familiares de hasta el 100 % del Nivel Federal de Pobreza (FPL, por sus siglas en inglés), que no reúnan los requisitos para Medicaid y que cumplan los requisitos de elegibilidad. Si desea que se lo tenga en cuenta para Pathways, complete el Anexo D.

Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información sobre otros servicios del Departamento de Servicios Humanos (DHS, por sus siglas en inglés), visite nuestro sitio web en <http://dfcs.georgia.gov> o llame al (877) 423-4746.



¿Cómo se solicitan los beneficios?

Paso 1. Complete la solicitud.

Lea detenidamente las preguntas y proporcione la información correcta. Firme y feche la solicitud.

Preguntas frecuentes

¿Cuánto tiempo se tarda en obtener los beneficios?

Cupones de Alimentos (SNAP):	hasta 30 días
Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF):	hasta 45 días
Medicaid:	entre 10 y 60 días

Es posible que pueda obtener Cupones de Alimentos (SNAP) en un plazo de 7 días si cumple con los requisitos. Consulte la página 6.

¿Cuánto recibiré?

Sus ingresos, recursos y tamaño familiar determinan el monto de los beneficios. Podremos darle información específica una vez que determinemos su elegibilidad.

¿Cómo obtendré mis beneficios?

Para recibir los Cupones de Alimentos (SNAP), obtendrá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT, por sus siglas en inglés) para acceder a sus beneficios. Para recibir TANF, obtendrá una tarjeta de débito EPPIC Master Card para acceder a sus beneficios. Para recibir Medicaid, obtendrá una tarjeta de Medicaid por cada miembro elegible.

Es posible que le pidan que proporcione la siguiente información:

- Comprobante de identidad del solicitante si solicita Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF. Se acepta como forma de verificación una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL). No se requiere comprobante de identidad para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Comprobante de ciudadanía estadounidense o estado de inmigración calificado para todas las personas que soliciten beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA), no es necesario que proporcione su número de Seguro Social (SSN) o información acerca de su estado de inmigración.
- Los números de Seguro Social de todas las personas que solicitan la asistencia.
- Comprobantes de ingresos, *por ejemplo*, recibos de sueldo, pagos de manutención infantil, cartas de concesión de ingresos. No se necesitan comprobantes de pagos de manutención infantil para los solicitantes de Asistencia Médica.
- Comprobantes de gastos, como recibos de cuidado infantil, facturas médicas, costos de traslados médicos, costo de renta/hipoteca y pagos de manutención infantil. No se requiere esta información para los solicitantes de Asistencia Médica.

Primero, intentaremos verificar la ciudadanía o el estado de inmigración y la información sobre los ingresos a través de fuentes de datos electrónicos. No se requieren documentos de verificación en papel para presentar una solicitud; sin embargo, puede proporcionar los documentos junto con la solicitud. Si no logramos verificar a través de fuentes de datos electrónicos y necesita ayuda para obtener esta información, infórmenos.



Solicitud de beneficios

Paso 2. Entregue la solicitud en su oficina local.

Necesitará arrancar las páginas 1 y 2, y desde la 17 hasta la 20, y guardárselas para usted.



Envíe las páginas 3 a 16 de esta solicitud por correo o fax o entréguelas personalmente en la oficina local de la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS). Usted puede localizar su oficina local en <http://dfcs.georgia.gov/locations>.

Si usted o la persona para la cual está realizando la solicitud es elegible para recibir los beneficios, se le entregarán los beneficios de los Cupones de Alimentos (SNAP) a partir de la fecha en la que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma. Los beneficios de TANF se proporcionarán a partir de la fecha en la que se aprueba la solicitud.

Si está solicitando los Cupones de Alimentos (SNAP), TANF o Medicaid, puede presentar una solicitud de beneficios solamente con su nombre, dirección y firma. Sin embargo, nos puede ayudar a procesar su solicitud de forma más rápida si completa todo el formulario. Puede utilizar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o solo para el programa de Cupones de Alimentos (SNAP). Su solicitud (SNAP) no será rechazada únicamente por el hecho de que se le haya denegado la solicitud a otro programa. Haremos una determinación de elegibilidad por separado para su solicitud de Cupones de Alimentos (SNAP). Si usted vive en una institución y está solicitando el programa de Cupones de Alimentos (SNAP) y Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés) al mismo tiempo, la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en la que se retira de la institución.

Paso 3. Comuníquese con nosotros.

Es posible que tenga que realizar una entrevista con un trabajador. Si es así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede realizar por teléfono.

¿Cómo utilizamos la información personal del solicitante?

Solo debe brindarnos los números de Seguro Social (SSN) y el estado de ciudadanía o de inmigración de las personas que desean solicitar los beneficios. Utilizaremos esta información para verificar el Sistema de Verificación de Ingresos y Elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad, información salarial y participación en actividades laborales. Si un miembro de la unidad familiar no desea brindarnos información acerca de su número de Seguro Social, ciudadanía o estado de inmigración, otros miembros de la unidad familiar aún podrían recibir beneficios. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia, no es necesario que proporcione su SSN o información acerca de su estado de inmigración.

¿Es posible que otra persona presente la solicitud por mí?

Para los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) y Medicaid, puede pedirle a alguien que presente la solicitud en su nombre. En el caso de TANF, cualquiera puede solicitarlo, pero el padre, la madre, el cuidador o la mujer embarazada deben ser entrevistados.



Solicitud de beneficios

**(Complete esta solicitud y devuélvala en la oficina LOCAL DEL CONDADO de la DFCS).
¿Qué estoy solicitando? (Marque todo lo que corresponda)**

Cupones de Alimentos (Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria, SNAP)

El Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), previamente conocido como Cupones de Alimentos, es un programa financiado por el gobierno federal que brinda beneficios mensuales a hogares de bajos ingresos con el fin de ayudar a pagar el costo de los alimentos. El programa también brinda educación nutricional a las familias para que satisfagan sus necesidades alimentarias y nutricionales y les brinda oportunidades de empleo y capacitación con el fin de ayudar a las familias a obtener empleo que genere menos dependencia del SNAP.

Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF)

La Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF) brinda temporalmente pagos mensuales en efectivo, pagos únicos en efectivo u otro tipo de servicios de apoyo para fortalecer a familias con niños o personas embarazadas elegibles. Si usted es el padre o la madre del niño, o la persona que lo cuida o una persona embarazada y le gustaría que lo incluyan en el subsidio, le solicitaremos que participe en un programa de trabajo.

Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG)

El programa Abuelos que Crían a sus Nietos (GRG) proporcionará pagos en efectivo adicionales para que los niños puedan estar bajo el cuidado y en el hogar de sus abuelos. **Los solicitantes deben solicitar TANF para ser elegibles para GRG.**

Asistencia en efectivo para refugiados

El programa de Asistencia en Efectivo brinda ayuda económica a las unidades familiares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF. El término refugiado incluye a refugiados, inmigrantes de Cuba/Haití, víctimas de la trata de personas, norteamericanos de origen asiático, asilados, afganos o iraquíes con Visa de Inmigrante Especial (SIV) o afganos con libertad bajo palabra elegible.

Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a adultos mayores, personas ciegas o con discapacidades, mujeres embarazadas, niños y familias. Cuando realice la solicitud, observaremos todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles cumple los requisitos.

Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante.

Primer nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	Sufijo
Dirección donde vive		Apto.	
Ciudad	Estado	Código postal	
¿Es usted una persona sin hogar? Sí ___ o No ___			
Dirección postal (si es distinta)			
Teléfono principal		Otro teléfono de contacto	
Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ o No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ o No ___ (opcional)		Dirección de correo electrónico (opcional):	
¿Cuál es su idioma de preferencia?		Si se requiere una entrevista, intérprete? Sí ___ o No ___	

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación (si corresponde):



Solicitud de beneficios

¿Tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___

(Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de palabra complementada ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra: _____

¿Necesita esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___ o permanentemente ___?

Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia.

Para todos los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP), TANF y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos o TANF. También informaré si alguien en mi unidad familiar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$ 4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de manera consciente. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Firma

Fecha

Firma del testigo (si se firmó con X)

Fecha

Representante autorizado:

Complete esta sección solo si desea que una persona u organización complete su solicitud, realice la entrevista o utilice su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando no pueda ir a la tienda. Marque cada tipo de programa para el que quiera designar a un representante autorizado. Marque las tareas que desea que la persona u organización realice. Si está solicitando los beneficios de Medicaid, puede elegir a más de una persona u organización para que actúe en su nombre.

- Tipos de programas del representante autorizado 1: Cupones de Alimentos (SNAP) TANF Asistencia Médica
- Tareas del representante autorizado 1: Firmar la solicitud en nombre del solicitante Completar y enviar el formulario de renovación
- Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones Actuar en nombre del solicitante en todos los otros asuntos
- Recibir una tarjeta de beneficios TANF (EPPIC)

Nombre de la persona 1: _____

Nombre de la organización 1 (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____



Solicitud de beneficios

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ No ___ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ___ o No ___

- Tipos de programas del representante autorizado 2: Cupones de Alimentos (SNAP) TANF Asistencia Médica
- Tareas del representante autorizado 2: Firmar la solicitud en nombre del solicitante Completar y enviar el formulario de renovación
- Recibir copias de los avisos y otras comunicaciones Actuar en nombre del solicitante en todos los otros asuntos
- Recibir una tarjeta de beneficios TANF (EPPIC)

Nombre de la persona 2: _____

Nombre de la organización 2 (si corresponde): _____ Teléfono: _____

Dirección: _____ Apto: _____

Ciudad: _____ Estado: _____ Código postal: _____

Comunicación electrónica: Correo electrónico: Sí ___ No ___ (opcional) Mensajes de texto: Sí ___ No ___ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma preferido: _____ ¿Se necesita un intérprete? Sí ___ o No ___

Ley de Estadounidenses con Discapacidades: Solicitud de modificaciones razonables y asistencia para la comunicación para los representantes autorizados (si corresponde):

¿El representante autorizado tiene una discapacidad que requerirá una modificación razonable o asistencia para la comunicación? Sí ___ No ___ (Si la respuesta es sí, describa la modificación razonable o la asistencia para la comunicación que solicita):

Intérprete de la lengua de señas ___; TTY ___; Letra grande ___; Comunicación electrónica (correo electrónico) ___; Braille ___; Retransmisión en video ___; Intérprete de palabra complementada ___; Intérprete oral ___; Intérprete táctil ___; Recordatorio por llamada telefónica de las fechas límite del programa ___; Firma telefónica (si corresponde) ___; Entrevista presencial (visita al hogar) ___; Otra: _____

¿El representante autorizado necesitará esta modificación razonable o asistencia para la comunicación una sola vez ___ o permanentemente ___? Si es posible, explique brevemente cuándo y por cuánto tiempo necesita esta modificación o asistencia. _____

Solo para uso de la oficina: Fecha de recepción: _____

Elegibilidad Rápida:

"La Elegibilidad Rápida (ELE, por sus siglas en inglés) es un proceso automático para inscribir o renovar la inscripción al programa de Asistencia Médica para niños y niñas menores de 19 años que reciben el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP, por sus siglas en inglés) o el Programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por sus siglas en inglés) en el programa de Asistencia Médica. Si su hijo es elegible para recibir el SNAP o la TANF, la División de Servicios para Familias y Niños (DFCS) utilizará la información de estos programas, como el tamaño de la unidad familiar, la residencia, los ingresos del SNAP o la TANF, pero la DFCS verificará la ciudadanía o el estado de inmigración con las reglas de Asistencia Médica para realizar una determinación de ELE. De esta forma se inscribirá al niño o se renovará su inscripción a Medicaid o PeachCare for Kids®. Si su hijo es elegible para recibir PeachCare for Kids®, puede estar sujeto a una prima. La DFCS le enviará un aviso con la determinación, le dejará realizar cambios y le permitirá dejar de participar en cualquier momento.

¿Acepta que la DFCS utilice su información de SNAP o TANF para realizar una determinación de ELE para inscribir a su hijo o renovar su inscripción en Medicaid o PeachCare for Kids®?

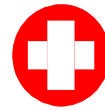
Sí No



División de Servicios para
Familias y Niños



Solicitud de beneficios



Solicitud de beneficios

¿Califico para recibir los Cupones de Alimentos (SNAP) de forma más rápida? (Se requiere esta información solo a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP))

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para ver si puede obtener los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) dentro de los 7 días.

1. ¿Usted o algún miembro de su unidad familiar es inmigrante o trabajador agrícola estacional? Sí No

En caso **afirmativo**, ¿quién? _____

2. **Ingreso del trabajo bruto** total que recibirá este mes: \$ _____

Nombre del empleador _____

Fecha de inicio del empleo _____ Fecha de fin de empleo _____

Tasa de compensación _____ Horas trabajadas semanalmente _____

¿Con qué frecuencia recibe el pago? semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (haga un círculo en una opción)

3. **Ingreso bruto** total **no derivado del trabajo** que recibirá este mes: \$ _____

Tipo de ingresos no derivados del trabajo _____ Monto _____

¿Con qué frecuencia recibe el pago? semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (haga un círculo en una opción)

Tipo de ingresos no derivados del trabajo _____ Monto _____

¿Con qué frecuencia recibe el pago? semanal/cada dos semanas/bimensual/mensual (haga un círculo en una opción)

4. Total de ingresos del trabajo y no derivados del trabajo para este mes: \$ _____

5. ¿Cuánto dinero tiene usted y todos los miembros de la unidad familiar en efectivo o en el banco? \$ _____

6. ¿Cuál es el monto mensual de su renta, hipoteca, impuestos a la propiedad o seguro del propietario? \$ _____

7. ¿Cuál es el monto total de los servicios públicos de electricidad, agua, gas u otros de este mes? \$ _____
(No incluya los montos por vencimiento o demora en el total)

a. ¿Cuál es la fuente principal de calefacción o enfriamiento de su unidad familiar? Marque todo lo que corresponda.

Electricidad _____ Gas _____ Aire acondicionado central o de ventana _____ Aceite de queroseno _____

Madera _____

b. ¿Ha recibido asistencia energética en los últimos 12 meses?

Sí No Si la respuesta es **sí**, monto recibido \$ _____



Solicitud de beneficios

Cuéntenos sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Para solicitantes de Asistencia Médica: Inclúyase a usted mismo, a su cónyuge, a sus hijos (incluidos los hijastros) menores de 21 años que vivan con usted, a su pareja de hecho que necesite cobertura de salud, a cualquier persona que incluya en su declaración de impuestos, aunque no viva con usted, y a cualquier otra persona menor de 21 años a la que cuida y viva con usted. No tiene que incluir a su pareja de hecho que no necesita cobertura de salud, a los hijos de su pareja de hecho, a sus padres que viven con usted, pero presentan su propia declaración de impuestos (si tiene más de 21 años), ni a otros familiares adultos que presentan su propia declaración de impuestos. Si está solicitando solamente servicios médicos de emergencia (EMA), no es necesario que proporcione su número de Seguro Social (SSN) o información acerca de su estado de inmigración.

Complete el cuadro a continuación con información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar. Las siguientes leyes y reglamentos federales:

La Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, el Título 7 del Código de los Estados Unidos (U.S.C., por sus siglas en inglés), sección 2011-2036, el Título 7 del Código de Regulaciones Federales (C.F.R., por sus siglas en inglés), sección 273.2, el Título 45 del C.F.R., sección 205.52, el Título 42 del C.F.R., sección 435.910, y el Título 42

del C.F.R., sección 435.920, autorizan a la DFCS a solicitarle a usted y a los miembros de su unidad familiar los números de seguridad social. Es posible que a toda persona que viva en su unidad familiar y no esté solicitando beneficios se la trate como un solicitante. Los no solicitantes no tienen que proporcionarnos información acerca de su número de seguridad social, ciudadanía o estado de inmigración, y no son elegibles para recibir los beneficios. Otros miembros de la unidad familiar aún pueden recibir beneficios, si son elegibles. Si desea que decidamos si algún miembro de la unidad familiar es elegible para recibir los beneficios, aún deberá informarnos sobre la ciudadanía o el estado de inmigración y proporcionarnos el SSN de la persona. Aún deberá informarnos sobre sus ingresos para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. No se reportará a las personas al sistema de Verificación Sistemática de Derechos de Extranjeros (SAVE, en inglés) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, en inglés) si no nos proporcionan la información sobre la ciudadanía o el estado de inmigración. Sin embargo, si se ha presentado información sobre el estado de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y puede afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de la unidad familiar. También compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Esta información también se puede dar a los oficiales de cuerpos policiales para que la utilicen para atrapar a las personas que huyen de la ley. Si su unidad familiar tiene un reclamo de Cupones de Alimentos (SNAP), es posible que la información en esta solicitud, incluidos los SSN, se proporcione a agencias federales y estatales y agencias privadas de cobro de reclamos para que la utilicen al cobrar el reclamo. No denegaremos beneficios a otros miembros del hogar solicitantes porque otros miembros de la unidad familiar no proporcionen su SSN, ciudadanía, o estado de inmigración.

NOMBRE		Vínculo	¿Esta persona está solicitando beneficios?	¿Esta persona necesita una cobertura de salud?	Fecha de nacimiento	Número de Seguro Social	Sexo	Hispano o latino	Código de raza	¿Es ciudadano estadounidense, nacional estadounidense, inmigrante calificado o cuenta con un estado de inmigración adecuado? (Solo solicitantes)
Nombre	Inicial del segundo nombre	Apellido	(Sí/No)	(Sí/No)	Formato (mm/dd/aa)	(Opcional para las personas no solicitantes)	(M/F)	(Opcional)	(Opcional)	
		USTED								



Solicitud de beneficios

Códigos de raza (Marque todos los que correspondan):

AI – Indio americano o nativo de Alaska

AS – Asiático

BL – Negro o afroamericano

HP - Nativo de Hawái u otra Isla del Pacífico

WH – Blanco

Al proporcionar la información sobre la raza/origen étnico, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. Su unidad familiar no está obligada a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios.

Si usted u otro solicitante de la unidad familiar no es ciudadano estadounidense o nacional estadounidense, complete el siguiente cuadro:

(Adjunte tantas hojas como sea necesario)

NOMBRE	Tipo de documento de inmigración	Número de identificación de extranjero/certificado/documento	¿Ha vivido en EE.UU. desde 1996?	Fecha de naturalización/de ingreso o admisión a EE. UU. (Si corresponde) Formato (mm/dd/aa)	¿Usted, su cónyuge o su padre es un veterano o un miembro en servicio activo de las fuerzas armadas de EE. UU.? (Si/No)
Nombre					
Inicial del segundo nombre					
Apellido			(Si/No)		

Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar para decidir quién es elegible para recibir los beneficios. Solo responda preguntas acerca de los beneficios que desea recibir en la página a continuación.

1. ¿Alguien ha recibido algún beneficio en otro condado o estado? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)
 Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Dónde: _____

Cuándo: _____

2. ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en más de un área después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Dónde: _____

Cuándo: _____

3. ¿Alguien en su unidad familiar renunció voluntariamente a su trabajo o redujo voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 por semana en un plazo de 30 días de la fecha de solicitud? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

Si la respuesta es **sí**, especifique quién _____



Solicitud de beneficios

¿Por qué renunció? _____

- 4. ¿Hay alguna persona embarazada? (Esta pregunta no corresponde a los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Nombre de la embarazada: _____

Si la respuesta es sí, ¿cuál es la fecha de parto estimada? _____; ¿y cuántos bebés se esperan? ____

Si la respuesta es no, ¿alguien en la unidad familiar dio a luz o un embarazo se interrumpió en los últimos 12 meses? Sí No

Si la respuesta es sí:

Nombre de la embarazada: _____

¿Cuál fue la fecha de parto o terminación del embarazo? _____; ¿y cuántos bebés nacieron/se esperaban?

*Solo para solicitantes de TANF, proporcione lo siguiente:

Nombre del padre del bebé por nacer: _____ Dirección del padre: _____

- 5. Para los solicitantes de Medicaid, ¿alguien tiene facturas médicas sin pagar en los últimos 3 meses? Sí No
Si la respuesta es sí, envíe las facturas sin pagar si tiene un caso de Medicaid.

- 6. ¿Se inhabilitó a alguien del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) o del Programa TANF? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF)
 Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Dónde: _____

- 7. ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

- 8. ¿Alguien está incumpliendo las condiciones de la libertad condicional o libertad bajo palabra? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién? _____

- 9. ¿Alguien tiene una condena por comportamiento relacionado con la posesión, el consumo o la distribución de una sustancia controlada (es decir, un crimen de droga) después del 8/22/1996 (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF) o un delito violento (Solo para TANF)? Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____ Cuándo: _____

- a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

- b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No Sí No

- c. ¿Ha completado con éxito todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No



Solicitud de beneficios

10. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por drogas después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____ Cuándo: _____

11. ¿Usted o algún o algún miembro de su hogar ha sido condenado por comprar o vender beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por más de \$500 después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____

12. ¿Usted o algún miembro de la unidad familiar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por pistolas, municiones o explosivos después del 8/22/1996? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____

13. Usted o algún miembro de su familia ha sido condenado como adulto por abuso sexual calificado, asesinato, explotación sexual y otros abusos de menores, un delito federal o estatal que implique agresión sexual, o un delito tipificado en la legislación estatal que el Fiscal General considere sustancialmente similar a dicho delito, después del 2/7/2014? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____ Cuándo: _____

a. ¿Cumple con los términos de la libertad condicional relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

b. ¿Cumple con los términos de la libertad bajo palabra relacionados con alguna sentencia recibida como resultado de una condena por un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

c. ¿Ha completado con éxito **todos los términos de libertad condicional o libertad bajo palabra** relacionados con alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP)) Sí No

14. ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido ganancias de lotería o juegos de azar? Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____ Cuándo: _____ Monto recibido: _____

15. ¿Alguien ha utilizado los fondos de la TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: licorerías, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, fianzas, clubs nocturnos, salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes? (Solo para TANF) Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____ Cuándo: _____



Solicitud de beneficios

16. ¿Alguien que está solicitando beneficios recibe actualmente pensión alimenticia? Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Monto mensual recibido: _____

Fecha de finalización o última modificación del acuerdo de pensión alimenticia: _____

Cuéntenos sobre los ingresos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar

¿Usted o alguna de las personas en su unidad familiar recibe algún tipo de ingreso, como salario, propina, bonificaciones, empleo por cuenta propia, seguro social/jubilación ferroviaria, otra discapacidad, pensiones, desempleo o algún otro ingreso? Para los Cupones de Alimentos (SNAP) y TANF, también enuncie los ingresos tales como el ingreso de Asuntos de Veteranos, manutención infantil, dinero de otras personas o compensación laboral. Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con ingresos	Tipo de ingreso	Nombre del empleador/fuente de ingresos	Monto mensual (Antes de las deducciones)	¿Con qué frecuencia lo recibe? (mensual, cada dos semanas, semanal)	Pago por hora	Horas por semana	FECHA(S) EN LA(S) QUE RECIBIÓ PAGO(S)

¿Hay alguien actualmente en huelga? Sí No

Si trabaja por cuenta propia, ingrese el monto de gastos mensuales de su negocio: \$ _____

Cuéntenos acerca de los recursos del solicitante y todos los miembros de la unidad familiar - Para los solicitantes de TANF, enuncie todos los recursos de todos los miembros de la unidad familiar y los solicitantes de Medicaid que sean de edad (65 años o más), ciegos o discapacitados (trastorno permanente que no le permite trabajar)

¿Usted o alguien de la unidad familiar está solicitando recursos propios? Sí No

Si la respuesta es sí, complete la información a continuación (indique todos los recursos (activos) que poseen usted, su cónyuge y sus dependientes, así como todos los recursos que posee en conjunto con otra persona. Si es necesario, adjunte páginas adicionales).

- | | | | |
|--------------------------------------|---|-----------------------------------|---|
| Cuentas corrientes | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Planes exequiales/Funeral prepago | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Cuentas de ahorro | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Panteones o contratos exequiales | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Bonos del gobierno | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Acciones y bonos | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| Fondos fiduciarios | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | Otro (IRA, CD, etc.) | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No |
| ¿Propiedad real/Propiedad del hogar? | <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No | | |

¿Usted o su cónyuge ha entregado o vendido algún activo por una cantidad menor que su valor? Sí No

En caso de que su respuesta a alguna de estas preguntas haya sido afirmativa, brinde los detalles a continuación.

Nombre del miembro de la unidad familiar con recursos	Tipo de recurso	Número de cuenta/póliza	Valor	Nombre del banco, de la aseguradora, etc.



Solicitud de beneficios

¿Usted o su cónyuge son propietarios de un vehículo? Sí No

Si la respuesta es **sí**, brinde los detalles a continuación.

Miembro de la unidad familiar que posee un	Marca del vehículo	Modelo	Año	Monto adeudado

¿Usted o su cónyuge tienen una póliza de seguro de vida? Sí No

Si la respuesta es **sí**, complete la siguiente información.

Propietario de la póliza	Compañía de seguro	Número de póliza	Valor nominal	Valor monetario

Cuéntenos acerca de los gastos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar (opcional para los solicitantes de Medicaid)

¿Usted paga por la atención de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar? Sí No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

Persona que requiere la atención	Persona que paga la atención	Motivo para la atención	Nombre/Número del proveedor	Monto pagado al proveedor	Frecuencia con la que se paga

¿Usted paga los gastos de traslado de un niño dependiente o un adulto con discapacidades que es miembro de la unidad familiar?

Sí No

¿Están incluidos estos gastos en los gastos de cuidado de dependientes? Sí No

Si la respuesta es **no**, responda esta pregunta: Total de millas recorridas por semana: _____

¿Usted o alguien de su unidad familiar paga manutención infantil a alguien que vive fuera del hogar? Sí No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.

Miembro de la unidad familiar obligado a pagar	Nombre del niño por el que paga la manutención infantil	Monto obligatorio a pagar	Monto real pagado	¿A quién se le paga manutención infantil?

Cuéntenos más acerca de los gastos del solicitante y de todos los miembros de la unidad familiar (opcional para los solicitantes de Medicaid)

¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos? Sí No

Si la respuesta es **sí**, complete el cuadro a continuación.



Solicitud de beneficios

Miembro de la unidad familiar que tiene gastos	Tipo de gastos (visitas médicas, visitas hospitalarias, recetas, Medicare o primas de seguro médico, anteojos)	Monto adeudado	¿Aún debe? Sí/No	Fecha que pagó	¿Lo pagará el seguro? Sí/No

¿Alguien de 60 años o más o con discapacidades tiene gastos médicos de traslado? Sí No
Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Propósito del traslado (visita médica u hospitalaria, recogida por la farmacia)	Total de millas recorridas:	Costo de taxi, colectivo, alojamiento:

¿Usted o algún miembro de la unidad familiar tiene gastos de refugio o servicios públicos? Sí No
Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.

Gasto	Monto	¿Con qué frecuencia?	¿Quién lo paga?
Renta/Hipoteca			
Impuestos sobre la propiedad			
Seguro de propiedad			
Electricidad			
Gas			
Residuos			
Teléfono			
Otro			

¿Comparte los gastos mensuales de la unidad familiar con alguien en el hogar? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿con quién? _____

Comentarios/Documentación _____
A quién se le paga _____ Monto pagado \$ _____ por _____
Nombre del propietario _____
Dirección del propietario: _____

¿Alguien más paga alguna de las facturas de la unidad familiar por usted? Sí No Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación:

¿Quién paga las facturas?	¿Qué facturas se pagan?
¿Qué monto se paga?	¿A quién le paga estas facturas?

Complete la siguiente información si solicita Medicaid.

Información del contribuyente



Solicitud de beneficios

1. ¿Alguna persona en la unidad familiar planea presentar una declaración de impuestos federales el PRÓXIMO AÑO? Sí No Si la respuesta es **sí**, ¿quién? (Enumere a cada persona que planea declarar). _____
2. ¿Algunas de las personas que declaran impuestos indicadas presentará de manera conjunta con un cónyuge? Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre del cónyuge: _____
3. ¿Alguna de las personas que declaran impuestos reclamará a alguien como dependiente en su declaración de impuestos? Sí No Si la respuesta es **sí**, indique los nombres de los dependientes: _____
4. ¿Se reclamará a alguna persona como dependiente tributaria en la declaración de otra persona? Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre de la persona que declara impuestos y de los dependientes tributarios:
 (Contribuyente) _____
 (Dependiente) _____
 ¿Cuál es el vínculo entre el dependiente tributario y el contribuyente? _____

Deducciones: Marque todo lo que corresponda, e indique el monto y la frecuencia de pago.

- Pensión alimenticia pagada \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Interés del préstamo estudiantil \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Primas de seguro médico, 401K y otras deducciones antes de impuestos \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____
- Otras deducciones \$ _____ ¿Con qué frecuencia? _____ Tipo: _____

Otra cobertura de salud

1. ¿Alguien tiene otro seguro de salud que cubre a algún miembro de su unidad familiar? Sí No Si respondió **afirmativamente** a la pregunta 4, complete la siguiente información y el Anexo A:

Nombre del titular de la póliza	Nombre, dirección y número de teléfono de la compañía de seguro médico	Tipo de cobertura (hospitalaria, complemento de Medicare, medicamentos, médica importante)	Nombre de las personas que reciben cobertura	Fecha de entrada en vigor	Número de póliza

2. ¿A alguna de las personas que se mencionan en esta solicitud se le ofrece una cobertura de salud de un empleo? Marque sí incluso si la cobertura es del trabajo de otra persona, como de un padre/una madre o cónyuge.
 Sí No Si la respuesta es **sí**, deberá completar el Anexo A.
 ¿Es un plan de beneficio de empleado estatal? Sí No
3. ¿Usted o alguna de las personas mencionadas en esta solicitud perdió alguna cobertura de salud en los últimos 2 meses?
 - a. Sí Si la respuesta es **sí**, explique el motivo por el cual la perdió

 - b. No
4. ¿Alguien estuvo en cuidado de acogida a los 18 años solicitando los beneficios de Medicaid? Sí No
5. ¿Alguien en su unidad familiar es estadounidense o nativo de Alaska? Sí No Si la respuesta es **sí**, complete el Anexo B.



Solicitud de beneficios

Si existe alguien de 65 años o más, ciego o con discapacidades (trastorno permanente que no le permite trabajar), responda las preguntas. (Opcional)

1. ¿Alguna de las personas de esta solicitud de cobertura de salud es ciega o tiene discapacidades?

Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre: _____

2. ¿Usted o su cónyuge cuentan con cobertura de Medicaid actualmente?

Sí No Si la respuesta es **sí**, indique el nombre: _____

3. ¿Está solicitando Medicaid para cubrir el gasto de facturas médicas sin pagar de los tres meses previos a la solicitud

de Seguridad de Ingreso Suplementario (SSI)?

Sí No Si la respuesta es **sí**, indique la fecha de la solicitud de SSI: _____

4. ¿Está realizando la solicitud para alguien que ya falleció y tiene facturas médicas sin pagar en los últimos tres (3) meses?

Sí No

5. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar la atención de una persona que se encuentra en una residencia de ancianos?

Sí No

6. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid para una persona mayor de 18 años cuyos cheques de SSI se han interrumpido?

Sí No

7. ¿Está solicitando los beneficios de Medicaid como ayuda para pagar servicios de exención basados en la comunidad, tales como Servicios de Atención Comunitaria, NOW/COMP, Cuidado de Hospicio, exención de cuidado independiente o la exención Deeming (Katie Beckett)?

Sí No



Solicitud de beneficios

Penalidades del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP)

Puede perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa.

- No brinde información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su unidad familiar no debería recibir.
- No utilice Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT que no sean suyas y no permita que otra persona utilice su tarjeta.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) para comprar artículos que no sean alimentos, como alcohol o cigarrillos o para pagar con tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos (SNAP) o tarjetas EBT para comprar artículos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja cualquiera de las reglas de Cupones de Alimentos (SNAP) a propósito puede ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) por un año o de forma permanente, con una multa de hasta \$250,000, puede ser encarcelado por hasta 20 años o ambas. También puede estar sujeto a enjuiciamiento en virtud de otras leyes federales y estatales correspondientes. También se le puede excluir del Programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales si la corte lo ordena.

Cualquier miembro de la unidad familiar que infrinja intencionalmente las reglas no podrá recibir Cupones de Alimentos durante un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de usar o recibir beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) en una transacción que involucra la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro de su unidad familiar no será elegible para recibir beneficios durante dos años por la primera infracción, y permanentemente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de su unidad familiar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucra la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, usted o ese miembro de su hogar serán inelegibles de manera permanente para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) desde el primer delito de esta infracción.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro de la unidad familiar culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$500 o más, usted o ese miembro de la unidad familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos desde el primer delito de esta infracción.

Si se descubre que usted o cualquier miembro de la unidad familiar ha dado una declaración o representación fraudulenta con respecto a su identidad (quiénes son) o lugar de residencia (donde vive) para recibir múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro de la unidad familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un periodo de 10 años.

Penalidades del Programa TANF

En el programa TANF, una infracción intencional del programa (IPV) es una acción intencional por parte de una persona para establecer o mantener una elegibilidad de unidad de asistencia (UA), o para incrementar o prevenir una reducción en los beneficios de la UA por proveer información falsa o engañosa u ocultar información.

- Todo miembro de la unidad familiar que oculte información y no informe cambios a tiempo o no diga la verdad perderá los beneficios de TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción. El uso indebido de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, clubs nudistas, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes está terminantemente prohibido y resultará en una pérdida de los beneficios TANF durante seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar está ocultando información, o no informa cambios a tiempo o no dice la verdad y está condenado, es posible que no reciba los beneficios de TANF durante 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de manera permanente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o algún miembro de la unidad familiar es culpable de brindar información falsa acerca de donde vive para que pueda recibir los beneficios en más de un estado, se lo excluirá por 10 años.



Solicitud de beneficios

- Si un tribunal lo condenó con un cargo relacionado a drogas, sustancias controladas o un delito violento serio el 1/1/1997 o después, usted o el miembro de la unidad familiar no será elegible o se lo descalificará de manera permanente.

Para todos los solicitantes de Medicaid:

Para informar sospechas de fraude de Medicaid a beneficiarios o proveedores, llame a la Oficina del Inspector General del Departamento de Salud Comunitaria de Georgia al (local) (404) 463-7590 o (llamada gratuita) (800) 533-0686; por correo electrónico a oiganonymous@dch.ga.gov, por correo al Department of Community Health, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19th Floor, East Tower, Atlanta GA 30334; o visite <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.



Solicitud de beneficios

Para todos los solicitantes de Cupones de Alimentos (SNAP), TANF y Medicaid:

Declaro bajo pena de perjurio, según mi leal saber y entender, que las personas por las que solicito beneficios son ciudadanos estadounidenses o son no ciudadanos que se encuentran legalmente en los Estados Unidos. Además, certifico que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta según mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporciono en esta solicitud. Se puede obtener información de empleadores pasados o presentes. Entiendo que mi información se utilizará para rastrear información sobre salarios y mi participación en actividades laborales.

Informaré cualquier cambio en mi situación de acuerdo con los requisitos del programa de Cupones de Alimentos o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, por un monto bruto de \$4250 o más (antes de que se retengan impuestos u otros montos). Informaré estas ganancias dentro de los 10 días posteriores al final del mes en el que mi unidad familiar recibe las ganancias. Entiendo que, si alguna información es incorrecta, mis beneficios pueden ser reducidos o denegados, y puedo estar sujeto a enjuiciamiento penal o ser descalificado de los programas del DHS-DFCS por proporcionar información incorrecta de forma intencional. Entiendo que puedo ser procesado si proporciono información falsa u oculto información. Entiendo que si no le informo al DHS-DFCS sobre algunos de mis gastos en mi solicitud o entrevista de renovación o no los verifico, el DHS-DFCS no presupuestará ese gasto al calcular el monto de mis beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

El Departamento de Servicios Humanos de Georgia ("DHS") recopila información de identificación personal (PII, en inglés), como nombres, direcciones, números de teléfono, direcciones de correo electrónico y fechas de nacimiento, etc., durante su solicitud de beneficios. Al enviarnos cualquier información personal, usted acepta que podemos recopilar, usar y divulgar dicha información personal de acuerdo con las políticas y procedimientos del DHS, y según lo permitan o exijan las leyes o los reglamentos.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

INFORMACIÓN DE REGISTRO DE VOTANTE

Si no está registrado para votar donde vive ahora, ¿le gustaría solicitar registrarse para votar aquí hoy?

_____ Sí

_____ No

No deseo responder la pregunta sobre el registro de votantes.

Realizar una solicitud para registrarse o decidir no registrarse para votar no afectará el monto de asistencia que le brindará esta agencia.

Si desea ayuda para completar el formulario de solicitud de registro de votante, lo ayudaremos. La decisión de buscar o aceptar ayuda es suya. Puede completar el formulario de solicitud en privado.

Si cree que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o no registrarse para votar, su derecho a la privacidad al decidir si registrarse o solicitar registrarse para votar, o su derecho a elegir su propio partido político u otra preferencia política, puede presentar un reclamo ante el Secretario de Estado en 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o al llamar al (404) 656-2871.

SI NO MARCA NINGUNA CASILLA, SE CONSIDERARÁ QUE HA DECIDIDO NO REGISTRARSE PARA VOTAR EN ESTE MOMENTO.

Se incluye una copia de la solicitud de registro de votantes de Georgia con las solicitudes de DFCS, las renovaciones y los formularios de cambio de dirección. También puede solicitar una solicitud de registro de votantes a su administrador del



División de Servicios para
Familias y Niños



Solicitud de beneficios

caso. Si completa una solicitud de registro de votantes, preséntela en la Oficina del Secretario de Estado de Georgia siguiendo las instrucciones proporcionadas en la solicitud de registro de votantes.



Solicitud de beneficios

(Conserve estos documentos para su información)

¿Qué significan las palabras utilizadas en esta solicitud?

Este cuadro explica las palabras que hemos utilizado en esta solicitud.

Solicitante	Una persona que realiza una solicitud para recibir asistencia o beneficios públicos.
Unidad de Asistencia (UA)	Una unidad de asistencia incluye a las personas <i>elegibles</i> y que viven juntas, incluida una persona embarazada y un nonato, y reciben beneficios/asistencia públicos.
Cuidador	Un progenitor, persona embarazada, familiar o tutor legal que solicita y recibe TANF con niños a su cargo, incluido un nonato.
Descalificado	La medida que se toma para eliminar a una persona de un caso de Cupones de Alimentos (SNAP) o TANF porque no dijo la verdad y recibió beneficios que no debería haber recibido.
Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT)	El sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a las personas que son elegibles para los Cupones de Alimentos (SNAP). Las personas que reciben asistencia reciben una tarjeta de débito EBT, que se utiliza para acceder a sus cuentas de Cupones de Alimentos (SNAP).
Comunicaciones electrónicas	<p>Tiene la opción de elegir cómo le gustaría recibir notificaciones sobre su información. Si elige recibir notificaciones por correo electrónico o mensaje de texto, recibirá un mensaje que le notificará que tiene un aviso en Mis Avisos ubicado en el Portal del Cliente de GA Gateway.</p> <p>Para la comunicación por correo electrónico, debe proporcionarnos su dirección de correo electrónico y aceptar los términos y condiciones de los avisos electrónicos que se encuentran en el Portal del Cliente de GA Gateway después de crear una cuenta. Visite el sitio web del Portal del Cliente de GA Gateway en www.gateway.ga.gov para actualizar la configuración de las notificaciones.</p> <p>Para la comunicación por mensaje de texto, debe proporcionarnos su número de teléfono. Se pueden aplicar tarifas estándar de mensajes.</p>
Tarjeta de débito EPPICard MasterCard	El estado de Georgia ha implementado una opción de pago "electrónico" conveniente para los beneficiarios de TANF que se llama tarjeta de débito EPPICard MasterCard. Con esta opción de pago, se deposita el dinero en la cuenta del beneficiario el primer día calendario del mes. Si el primer día cae en un fin de semana o feriado, los beneficios se ponen a disponibilidad el último día hábil del mes anterior. El beneficiario tiene acceso inmediato a sus fondos porque se cargan electrónicamente a la tarjeta de débito MasterCard.
Familiar beneficiario	Un progenitor, una persona embarazada, un familiar o un tutor legal que solicita y recibe TANF en su nombre en nombre de los hijos, incluido un nonato.
Ingresos brutos	Los ingresos totales de una persona antes de tener en cuenta los impuestos u otras deducciones.
Personas sin hogar	<p>Individuo que carece de residencia nocturna fija y regular o individuo cuya residencia nocturna principal es:</p> <ul style="list-style-type: none"> • un albergue supervisado diseñado para proporcionar alojamiento temporal (como un hotel de asistencia social o un albergue colectivo); • un centro de reinserción social o institución similar que proporciona residencia temporal a personas destinadas a ser internadas; • un alojamiento temporal no superior a 90 días en la residencia de otra persona; o • un lugar no concebido ni utilizado habitualmente como lugar habitual de pernocta para seres humanos (un pasillo, una estación de autobuses, un vestíbulo o lugares similares).
Miembros de la unidad familiar	Personas que viven en su hogar. Para los Cupones de Alimentos (SNAP), son las personas que viven juntas y compran y preparan sus comidas juntas.
Ingresos	Pagos tales como sueldos, salarios, comisiones, bonificaciones, compensación laboral, por discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otra forma de dinero recibido.



Solicitud de beneficios

<p>Ley de Alivio Tributario para la Clase Media del 2012</p>	<p>Esta ley prohíbe el uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, licorerías, centro de entretenimiento para adultos, salas de póquer, fianzas, clubs nocturnos/salones/tabernas, salas de bingo, circuitos de carreras, establecimientos de juego, tiendas de armas/municiones, cruceros, consejeros psíquicos, tiendas de cigarros, tiendas de tatuajes/perforaciones o salones de spa/masajes. El uso de los fondos de la asistencia en efectivo o la tarjeta de débito de TANF en estos negocios constituirá una infracción intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.</p>
<p>Trabajadores agrícolas migrantes</p>	<p>Personas que son trabajadores agrícolas estacionales y que se mudan de un lugar de residencia a otro para trabajar o buscar trabajo agrícola.</p>
<p>No solicitante</p>	<p>Una persona que NO solicita ni recibe asistencia/beneficios públicos. Las personas no solicitantes no están obligadas a proporcionar un número de seguro social, ciudadanía o estado de inmigración.</p>
<p>Inmigrante/extranjero calificado</p>	<p>Un extranjero/inmigrante calificado es una persona que reside legalmente en Estados Unidos y se encuentra dentro de una de las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una persona admitida de manera legal para la residencia permanente (LPR) conforme a la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); • Una persona inmigrante amerasiática conforme a la sección 584 de la Ley de Asignaciones de Programas Relacionados, Financiamiento de Exportaciones y Operaciones Extranjeras de 1988. • Una persona a la que se le concede <i>asilo</i> conforme a la sección 208 de la INA; • <i>Una persona refugiada</i>, admitida conforme a la sección 207 de la INA; • Una persona <i>con libertad bajo palabra</i> como refugiada o asilada conforme a la sección 212 (d)(5) de la INA; • Una persona cuya deportación está siendo suspendida conforme a la sección 243(h) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1997, o la sección 241(b)(3) de la INA, según enmendada; • Una persona a la que se le otorga entrada condicional conforme a la sección 203(a)(7) de la INA vigente antes del 1 de abril de 1980; • Una persona inmigrante cubana o haitiana como se define en la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Personas Refugiadas de 1980; • <i>Una persona víctima de la trata de personas</i> conforme la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección de Víctimas de la Trata del 2000; • Una persona inmigrante maltratada que cumpla con las condiciones establecidas en la sección 431 (c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidades Laborales de 1996, según enmendada; • <i>Una persona inmigrante afgana o iraquí</i> a la que se le otorgó estado de inmigrante especial conforme a la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a condiciones específicas); • Una persona nativa de América del Norte nacida en Canadá que vive en EE. UU. conforme a la sección 289 de la INA, o no ciudadana de una tribu indígena reconocida federalmente conforme a la Sección 4(e) de la Ley de Asistencia Educativa y Autodeterminación Indígena y; • Una persona miembro de la tribu hmong o laosiana de las tierras altas que brindó asistencia al personal de EE.UU. al participar en operaciones militares o de rescate durante la era de Vietnam (8/05/1964 - 5/07/1975).
<p>Recursos</p>	<p>Efectivo, bienes, o activos como cuentas de banco, vehículos, acciones, bonificaciones y seguro de vida.</p>
<p>Trabajadores agrícolas estacionales</p>	<p>Personas que trabajan en ciertos horarios del año en plantación, cosecha o empaquetamiento de productos agrícolas. Se las contrata de forma temporal cuando un trabajo requiere más trabajadores de los que cuenta la granja de forma regular.</p>



Solicitud de beneficios

Tráfico del Programa de Cupones de Alimentos (SNAP)

El tráfico de los beneficios del SNAP significa: (1) La compra, venta, el robo o intercambio de beneficios del SNAP emitidos y accesibles a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, para cobrarlos en efectivo o comprar productos que no sean alimentos elegibles, ya sea de forma directa, indirecta, cómplice o conspiración con otras personas, o actuando por su cuenta; (2) el intercambio de armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) la compra de un producto con los beneficios del SNAP que tiene un contenedor que requiere un depósito de devolución con la intención de obtener efectivo al deshacerse del producto y devolver el contenedor por el monto del depósito; (4) la compra de un producto con los beneficios del SNAP con la intención de obtener dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles por la reventa del producto, y luego volver a vender intencionalmente el producto comprado con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (5) la compra intencional de productos originalmente comprados con los beneficios del SNAP a cambio de dinero en efectivo o productos que no sean alimentos elegibles; (6) el intento de comprar, vender, robar o realizar un intercambio de beneficios de SNAP emitidos y accesibles a través de las tarjetas de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjetas, y números de identificación personal (PIN) o con cupones manuales y firma, por efectivo o productos que

Ayuda para personas con discapacidades

La ley federal * exige que el Departamento de Servicios Humanos de Georgia y el Departamento de Salud Comunitaria de Georgia (“los Departamentos”) brinden a las personas con discapacidades la misma oportunidad de participar y calificar para los programas, servicios o actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos proporcionan modificaciones razonables cuando las modificaciones son necesarias para evitar la discriminación basada en la discapacidad. Por ejemplo, podemos cambiar políticas, prácticas o procedimientos para ofrecer igualdad de acceso. Para garantizar una comunicación igualmente eficaz, proporcionamos a las personas con discapacidad o a sus acompañantes con discapacidad ayudas a la comunicación, como intérpretes de lengua de signos. Nuestra ayuda es gratuita. Los Departamentos no están obligados a realizar ninguna modificación que suponga una alteración fundamental de la naturaleza de un servicio, programa o actividad o una carga financiera y administrativa indebida.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia de comunicación

Comuníquese con su administrador del caso si tiene una discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita una ayuda o un servicio para una comunicación eficaz, como un intérprete de lengua de señas. Puede comunicarse con el administrador del caso o llamar a la DFCS al (877) 423-4746, o al equipo de Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para realizar su solicitud. También puede hacer su solicitud utilizando el Formulario de Solicitud de Modificación Razonable de DFCS ADA, que está disponible en su oficina local de la DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de Solicitud de Modificación Razonable de DCH ADA en la oficina de KB, en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, o puede enviar su solicitud de modificación por correo electrónico a DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado debido a su discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo por discriminación si ha solicitado una modificación razonable o un intérprete de lengua de señas que ha sido denegado o no se ha actuado dentro de un tiempo razonable. Puede presentar una queja verbalmente o por escrito poniéndose en contacto con el trabajador de su caso, con la oficina local del DFCS o con el Coordinador de Derechos Civiles, ADA/Sección 504 de la DFCS en 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para contactarse con el DCH, comuníquese con el coordinador del equipo de KB, ADA/Sección 504 en 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA, 30071, o P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. El correo electrónico del DCH es el siguiente: dch.adarequests@dch.ga.gov.

Puede pedirle a su administrador del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504. El formulario de reclamo también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para presentar un reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal de la DFCS mencionado anteriormente. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden llamar al 711 para que un operador las conecte con nosotros. El correo electrónico para los reclamos de derechos civiles del DCH es el siguiente: dch.civilrights@dch.ga.gov. El enlace para acceder al proceso de derechos civiles y al formulario de reclamos del DCH se encuentra en <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

También puede presentar un reclamo por discriminación ante la agencia federal correspondiente. La información de contacto del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA, en inglés) y del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, en inglés) de EE. UU. se encuentra dentro de la “Declaración de no discriminación” incluida en este documento.

** La Sección 504 de la Ley de Rehabilitación de 1973; la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 1990; y la Ley de Enmiendas a la Ley de Estadounidenses con Discapacidades de 2008 garantizan que las personas con discapacidades no sufran discriminación ilegal.*

Conforme a la política del **Departamento de Salud Comunitaria (DCH)**, los programas de Asistencia Médica no pueden negarle la elegibilidad o los beneficios por motivos de raza, edad, sexo, discapacidad, origen nacional o creencias políticas o religiosas.

Declaración de no discriminación

De acuerdo con las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de EE. UU. (USDA), se prohíbe que el USDA, sus agencias, oficinas, empleados e instituciones que participan o administran programas del USDA discriminen por motivos de raza, color, nacionalidad, sexo (incluida la identidad de género y la orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o en represalia o venganza por actividades previas de derechos civiles en algún programa o actividad realizados o financiados por el USDA. Los programas que reciben ayuda económica por parte del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS) de EE. UU., como la Asistencia Temporal para Familias en Necesidad (TANF), y los programas que el HHS opera directamente, también tienen prohibido discriminar según las leyes federales de derechos civiles y las regulaciones del HHS.

Las personas con discapacidades que requieren medios alternativos de comunicación para obtener información acerca del programa (por ejemplo, braille, letra grande, cinta de audio, lengua de señas estadounidense) deben contactar a la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con problemas de audición o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del servicio de retransmisión federal al (800) 877-8339. Además, es posible que la información acerca del programa se encuentre disponible en otro idioma que no sea el inglés.

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL USDA

El USDA brinda ayuda económica federal para muchos programas de seguridad alimentaria y de reducción del hambre, como el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP), el Programa de Distribución de Alimentos en Reservas Indígenas (FDPIR) y otros. Para presentar un reclamo de discriminación del programa, complete el formulario de reclamo de discriminación del programa del USDA, (AD-3027), que puede encontrar en línea en el siguiente enlace: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, y en cualquier oficina del USDA, o escriba una carta dirigida al USDA donde incluya toda la información solicitada en el formulario. Para solicitar una copia del formulario de reclamo, llame al (866) 632-9992. Envíe su formulario completo o carta al USDA a través de los siguientes medios:

1. **Por correo:** Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314; o
2. **Por fax:** (833) 256-1665 o (202) 690-7442; o
3. **Por teléfono:** (833) 620-1071; o
4. **Por correo electrónico:** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Para obtener cualquier otra información relacionada con problemas de SNAP, las personas deben comunicarse con la línea directa de SNAP del USDA al (800) 221-5689, que también está en español, o llamar a los [números de información/línea directa del estado](#) (haga clic en el enlace para obtener una lista de los números de línea directa por estado); que se encuentran en línea en: [línea directa de SNAP](#).

RECLAMOS DE DERECHOS CIVILES QUE INVOLUCRAN A PROGRAMAS DEL HHS

El HHS brinda ayuda económica federal para muchos programas con el fin de mejorar la salud y el bienestar, lo que incluye los programas como la TANF, Head Start, el Programa de Asistencia Energética para Hogares de Bajos Ingresos (LIHEAP, por sus siglas en inglés) y otros. Si cree que ha sido discriminado por su raza, color, nacionalidad, discapacidad, edad, sexo (lo que incluye el embarazo, la orientación sexual y la identidad de género) o religión en programas o actividades que el HHS opera directamente o a las que el HHS proporciona ayuda económica federal, puede presentar un reclamo ante la Oficina de Derechos Civiles (OCR, por sus siglas en inglés) en su nombre o por otra persona.

Para presentar un reclamo de discriminación en su nombre o para otra persona con respecto a un programa que recibe ayuda económica federal a través del HHS, complete el formulario en línea a través del portal de reclamos de la OCR en <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. También puede comunicarse con la OCR por correo a la siguiente dirección: 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; por fax: (202) 619-3818; o por correo electrónico: OCRmail@hhs.gov. Para un procesamiento más rápido, lo alentamos a que use el portal en línea de la OCR para presentar reclamos en lugar de enviarlos por correo. Las personas que necesiten ayuda para presentar un reclamo de derechos civiles pueden enviar un correo electrónico a la OCR a OCRMail@hhs.gov o llamar sin cargo a la OCR al 1-800-368-1019, TDD 1-800-537-7697. Para las personas sordas, con dificultades auditivas o del habla, marque el 7-1-1 para acceder a los servicios de retransmisión de telecomunicaciones. También proporcionamos formatos alternativos (como braille y letra grande), ayudas auxiliares y servicios de asistencia con el idioma sin cargo para presentar un reclamo.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

También puede presentar otros reclamos por discriminación ante el Departamento de Servicios Humanos (DHS) comunicándose con su oficina local de la DFCS, o con el coordinador de derechos civiles de la DFCS, ADA/Sección 504 en el Departamento de Servicios Humanos de Georgia, Oficina del Asesor General, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Para los reclamos en los que se alega discriminación basada en el dominio limitado del inglés, comuníquese con el Programa para Personas con Dominio Limitado del Inglés y con discapacidad sensorial del DHS a la Oficina del Asesor General del Departamento de Servicios Humanos, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

No envíe solicitudes al USDA o al HHS