



Solicitud de Beneficios



Si necesita ayuda para llenar esta solicitud o necesita ayuda para comunicarse con nosotros, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si usted es sordo o tiene discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos.

¿Qué servicios ofrecemos en el Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS)?

DFCS ofrece los siguientes servicios:



Asistencia alimentaria

Los Cupones de Alimentos son un beneficio que usted puede usar para comprar alimentos en cualquier tienda que tenga el símbolo de EBT/Quest. El precio de su compra de alimentos se descontará de su cuenta de Cupones de Alimentos.



Asistencia financiera/Servicios de ayuda para encontrar empleo

La Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) provee asistencia financiera, por un tiempo limitado, a las familias que tienen niños dependientes. Los padres o cuidadores que reciben este subsidio están obligados a participar en un programa de trabajo. El programa de Asistencia Financiera también provee asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa TANF.



Asistencia médica

Medicaid, para quienes son elegibles, podría ayudarle a pagar las facturas médicas, las visitas al doctor y las primas de Medicare.

Servicios de alcance comunitario

Para obtener más información acerca de los servicios de alcance comunitario, visite nuestro sitio web: <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov> o llame al 1-877-423-4746.



¿Cómo solicito los beneficios?

1er paso. Llene el formulario de solicitud.

Lea con cuidado las preguntas y dé información precisa. Firme y feche la solicitud.



2o paso. Entregue la solicitud. Deberá arrancar las páginas 1 a la 3 y quedarse con ellas.

Envíe por correo, por fax o entregue en persona a su oficina local del Departamento de Servicios para Familias y Niños (DFCS) las páginas 4 a la 13 de esta solicitud. Si usted o la persona por quien está haciendo la solicitud son elegibles para los beneficios, los beneficios de Cupones de Alimentos o de TANF serán otorgados desde la fecha en que recibamos la solicitud con su nombre, dirección y firma.

Si usted solicita Cupones de Alimentos o Medicaid, puede introducir una solicitud de beneficios con tan sólo su nombre, dirección y firma. Sin embargo, si completara totalmente el formulario, nos ayudaría a procesar su solicitud más rápido. Puede usar este formulario para presentar una solicitud conjunta para más de un programa o el Programa de Cupones de Alimentos solamente. No se denegará su solicitud de Cupones de Alimentos sólo basado en el hecho de que su solicitud para otro programa haya sido denegada. Haremos una determinación sobre su solicitud de Cupones de Alimentos por separado.

3er paso. Hable con nosotros.

Podría ser necesario que complete una entrevista con un administrador de casos. De ser así, le daremos una cita. Esta entrevista se puede completar por teléfono.

Preguntas Frecuentes

¿Cuánto tiempo toma recibir los beneficios?

| | |
|-----------------------|--------------------|
| Cupones de Alimentos: | hasta 30 días |
| TANF: | hasta 45 días |
| Medicaid: | entre 10 y 60 días |

Usted podría recibir los Cupones de Alimentos en un plazo de 7 días, si califica. Vea la página 6.

¿Cuánto voy a recibir?

Sus ingresos, recursos y el tamaño de su familia determinarán la cantidad de los beneficios que vaya a recibir. Podremos darle información más específica una vez que determinemos su elegibilidad.

¿Cómo recibiré mis beneficios?

Usted recibirá una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) para acceder a sus beneficios de Cupones de Alimentos. Para TANF, recibirá una tarjeta de débito EPPIC MasterCard para acceder a sus beneficios. Para Medicaid, cada miembro que sea elegible recibirá una tarjeta de identificación de Medicaid.

¿Qué información deberé proporcionar?

Es una buena idea proporcionar lo siguiente:

- Prueba de identidad del solicitante, si está solicitando Cupones de Alimentos o TANF. Prueba de identidad de cada persona que desea recibir Medicaid, si está solicitando Medicaid. Ej.: una tarjeta de identificación (ID) o licencia de conducir (DL)
- Prueba de ciudadanía estadounidense o estatus migratorio aceptable de cada persona que desea recibir beneficios.
- Número de Seguro Social de cada persona que desea recibir asistencia.
- Prueba de ingresos como: talones de cheque, pagos de manutención infantil y cartas de concesión de beneficios.

Prueba de gastos, tales como: recibos de cuidado de niños, facturas médicas, costos de transporte médico y pagos de manutención infantil.

Se le dará tiempo para que devuelva cualquier información a nuestra oficina. Por favor díganos si necesita ayuda para conseguir esta información.

¿Cómo usamos la información personal del solicitante?

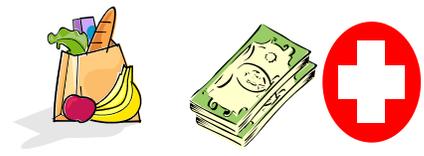
Usted sólo debe proporcionar números de Seguro Social (SSN) y ciudadanía o estatus migratorio de aquellas personas que desean recibir beneficios. Esta información será usada para consultar el sistema de verificación de ingresos y elegibilidad (IEVS, por sus siglas en inglés). Asimismo, corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales, para verificar sus ingresos y su elegibilidad. Si algún miembro del hogar no desea darnos información acerca de su SSN, ciudadanía o estatus migratorio, otros miembros de la familia aún podrían recibir beneficios.

¿Puede otra persona hacer la solicitud en mi nombre?

Sí, para los Cupones de Alimentos y para Medicaid usted puede pedir a alguien que haga la solicitud en su nombre. Para TANF, cualquier persona puede hacer la solicitud, pero el padre, la madre o el cuidador deben ser entrevistados.



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



“Conforme a las leyes federales y a la política del **Departamento de Agricultura de los EE.UU. (USDA, por sus siglas en inglés)** y el **Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS, por sus siglas en inglés)**, esta institución tiene prohibido discriminar por motivos de raza, color de piel, origen nacional, discapacidad, edad, sexo, y en algunos casos, por motivos de religión o creencias políticas. El Departamento de Agricultura de los EE.UU. también prohíbe discriminar contra sus clientes, empleados y solicitantes de empleo por razones de raza, color de piel, origen nacional, edad, discapacidad, sexo, identidad de género, religión, represalia y cuando aplique, por creencias políticas, estado civil, estado familiar o paternal, orientación sexual o si todos o parte de los ingresos de una persona se derivan de algún programa de asistencia pública, o por información genética protegida en cuanto a empleo o cualquier programa o actividad realizada o financiada por el Departamento. (No todas las razones se aplicarán a todos los programas o actividades).

Si desea presentar una queja de discriminación de Derechos Civiles en un programa ante USDA, llene el *Formulario de Queja por Discriminación en un Programa de USDA* en http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html o en cualquier oficina de USDA, o llame al (866) 632-9992 para pedir el formulario. También puede escribir una carta que contenga toda la información que se pide en el formulario. Envíenos su formulario de queja o carta completa a U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax al (202) 690-7442 o por correo electrónico al program.intake@usda.gov.

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

Para cualquier otra información que tenga que ver con el Programa de Asistencia de Nutrición Suplementaria (SNAP) las personas deben comunicarse con la línea directa de USDA SNAP al (800) 221-5689, la cual tiene disponibilidad en español, o hacer clic en el enlace para una lista de la información del estado/líneas directas de ayuda en http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para presentar una queja de discriminación relacionada con un programa que reciba asistencia federal financiera a través del Departamento de Salud de EE.UU. y Departamento de Servicios Humanos (HHS) escriba a: HHS Director, Office of Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 o llame al (202) 619-0403 (voz) o (800) 537-7697 (TTY).

USDA y HHS son empleadores que ofrecen igualdad de oportunidades.

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

¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud?

Esta tabla explica las palabras que hemos usado en esta solicitud.

| | |
|--|---|
| Cuidador | Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF y tiene niños bajo su cuidado. |
| Pariente beneficiario | Padre, madre, pariente o tutor legal que solicita y recibe TANF a su nombre, de parte de los niños. |
| Descalificado | Paso que se toma para remover a un individuo de un caso de Cupones de Alimentos o TANF, por no decir la verdad y recibir beneficios que no debió haber recibido. |
| Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT) | Sistema utilizado en Georgia para pagar los beneficios a los individuos que son elegibles para recibir Cupones de Alimentos. A los individuos que reciben asistencia se les da una tarjeta de débito EBT, la cual se usa para acceder a sus cuentas de cupones de alimentos. |
| Tarjeta de débito EPPICard™ MasterCard | Nueva tarjeta de débito, emitida por Xerox, para individuos que reciben asistencia financiera en Georgia. La tarjeta de débito EPPICard™ MasterCard será aceptada para compras y retiro de dinero en efectivo en cualquier lugar donde se acepte MasterCard. |
| Miembros del hogar | Individuos que viven con usted en su casa. Para Cupones de Alimentos, los individuos que viven juntos y compran y preparan sus alimentos juntos. |
| Ingresos | Pagos, tales como: sueldos, salarios, comisiones, bonos, indemnización por accidente laboral, discapacidad, pensión, beneficios de jubilación, intereses, manutención infantil o cualquier otro tipo de dinero recibido. |
| Ingresos brutos | El ingreso total de una persona antes de tener en cuenta los impuestos o alguna otra deducción. |



Solicitud de Beneficios



¿Qué significan las palabras usadas en esta solicitud? (continuación)

Esta tabla explica las palabras que hemos usado en esta solicitud.

| | |
|--|---|
| Trabajadores agrícolas migrantes | Individuos que son trabajadores agrícolas por temporadas y se mudan de una residencia a otra para trabajar o para buscar trabajo agrícola. |
| Recursos | Dinero en efectivo, propiedades o activos tales como cuentas bancarias, vehículos, acciones, bonos y seguros de vida. |
| Trabajadores agrícolas de temporada | Individuos que trabajan durante cierto tiempo del año sembrando, cosechando o empaquetando productos agrícolas. Son contratados de manera temporal cuando un trabajo requiere de más trabajadores de los que la granja emplea con periodicidad. |
| Tráfico en el programa de Cupones de Alimentos o SNAP | <p><i>Traficar</i> beneficios de SNAP significa:</p> <p>(1) Comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar beneficios de SNAP emitidos y accedidos a través de tarjetas EBT, números de tarjetas y números de PIN o a través de cupones manuales y firma, a cambio de DINERO EN EFECTIVO o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles, ya sea de manera directa, indirecta, en complicidad o colusión con otros o actuando solo;</p> <p>(2) Intercambiar armas de fuego, municiones, explosivos o sustancias controladas; (3) Comprar con los beneficios de SNAP un producto en un envase que requiere depósito de retorno, con el fin de obtener dinero en efectivo al desechar el producto y retornar el envase por el depósito; desechar el producto de manera intencional y retornar el envase de manera intencional para obtener el dinero del depósito;</p> <p>(4) Comprar un producto con los beneficios de SNAP con la intención de obtener, por medio de la reventa, dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles y luego revender intencionalmente el producto comprado con los beneficios de SNAP, para obtener dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles; (5) Comprar intencionalmente productos originalmente adquiridos a través de los beneficios de SNAP, a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean los alimentos elegibles. (6) Tratar de comprar, vender, robar o de alguna manera intercambiar los beneficios de SNAP emitidos y accedidos por medio de una tarjeta de Transferencia Electrónica de Beneficios (EBT), números de tarjeta y números de identificación personal (PIN), o a través de cupones manuales y firma a cambio de dinero en efectivo o contraprestaciones que no sean alimentos autorizados, ya sea de manera directa, indirecta en complicidad o colusión con otros o por sí solo.</p> |



Solicitud de Beneficios



| | |
|--|--|
| <p>Extranjero o inmigrante calificado</p> | <p>Un <i>extranjero o inmigrante calificado</i> es una persona que reside legalmente en los Estados Unidos y califica para alguna de las siguientes categorías: una persona que es legalmente admitida como residente permanente (LPR, por sus siglas en inglés) según la Ley de Inmigración y Nacionalidad (INA, por sus siglas en inglés); los inmigrantes <i>amerasiáticos</i> según la sección 584 de la Ley de Asignación de Operaciones Extranjeras, Financiamiento de Exportación y Programas Relacionados de 1988; una persona a quien se otorga asilo según la sección 208 de la INA; los <i>refugiados</i>, admitidos según la sección 207 de la INA; una persona admitida en los Estados Unidos bajo libertad condicional por un período mínimo de un año, según la sección 212(d)(5) de la INA; una persona cuya <i>deportación</i> ha sido suspendida según la sección 243(h) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1997 o la sección 241(b)(3) de la INA, enmendada; una persona a quien se otorga <i>entrada condicional</i> según la sección 203(a)(7) de la INA, en vigor antes del 1 de abril de 1980; los inmigrantes <i>cubanos o haitianos</i> tal como lo define la sección 501(e) de la Ley de Asistencia Educativa para Refugiados de 1980; las <i>víctimas de tráfico humano</i> según la sección 107(b)(1) de la Ley de Protección a las Víctimas del Tráfico Ilegal de 2000; los <i>inmigrantes maltratados</i> que reúnen las condiciones establecidas en la sección 431(c) de la Ley de Reconciliación de Responsabilidad Personal y Oportunidad de Trabajo de 1996, enmendada; los inmigrantes <i>afganos o iraquíes</i> a quienes se ha otorgado un estatus especial de inmigrante según la sección 101(a)(27) de la INA (sujeto a las condiciones especificadas); los <i>indios americanos</i> nacidos en Canadá que viven en los Estados Unidos, según la sección 289 de la INA o los no ciudadanos pertenecientes a una tribu indígena reconocida por el gobierno federal según la sección 4(e) de la Ley de Asistencia para la Autodeterminación y Educación del Indígena y los <i>miembros de la tribu laosiana de Hmong o Tierras Altas</i> que prestaron asistencia al personal estadounidense al tomar parte en operaciones militares o de rescate durante la Era de Vietnam (8/05/1964 – 5/07/1975).</p> |
| <p>Ley de Alivio Tributario de 2012 para la clase media</p> | <p>Esta ley prohíbe el uso de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito de TANF para retirar fondos o hacer transacciones en casinos, tiendas de licores, negocios de entretenimiento para adultos, salas de póquer, pago de fianza, discotecas, salones y bares, salas de bingo, pistas de carreras, establecimientos para juegos, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco/cigarrillos, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa. El uso de los fondos de asistencia en efectivo o de la tarjeta de débito de TANF en este tipo de negocios se considerará una violación intencional del programa (fraude) por parte del beneficiario.</p> |
| <p>Solicitante</p> | <p>Un individuo que decide solicitar o recibir beneficios o asistencia pública.</p> |
| <p>No solicitante</p> | <p>Un individuo que decide NO solicitar o recibir beneficios o asistencia pública. Los no solicitantes no están obligados a proporcionar un número de Seguro Social (SSN), ciudadanía o estatus migratorio.</p> |
| <p>Unidad de asistencia</p> | <p>Una unidad de asistencia incluye individuos que son <i>elegibles</i>, que viven juntos y que reciben asistencia o beneficios públicos juntos.</p> |



Solicitud de Beneficios



¿Qué estoy solicitando? Marque lo que corresponda:

Cupones de Alimentos

El programa de Cupones de Alimentos es un programa financiado con fondos federales que ofrece beneficios mensuales a hogares con bajos recursos para ayudarlos a sufragar los gastos de alimentos. El programa también ofrece educación sobre la nutrición y ayuda a los hogares que son elegibles a satisfacer sus necesidades alimentarias y nutricionales.

Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF)

El programa de Asistencia Temporal para Familias Necesitadas (TANF) ofrece pagos mensuales temporales de dinero en efectivo, pagos únicos de dinero en efectivo u otros servicios de apoyo, para fortalecer a las familias elegibles que tienen niños. Si usted es el padre o la madre del menor, o el cuidador quien quisiera estar incluido en el subsidio, le exigiremos que participe en un programa de trabajo.

Asistencia Financiera para Refugiados

El programa de Asistencia Financiera para Refugiados ofrece asistencia financiera a los hogares de refugiados que no son elegibles para el programa de TANF. El término refugiado incluye a los refugiados, los recién llegados cubanos/haitianos, las víctimas de tráfico humano, los amerasiáticos y los menores refugiados sin acompañantes.

Medicaid

Medicaid ofrece cobertura médica a las personas de la tercera edad, los adultos ciegos o discapacitados, las mujeres embarazadas, los niños y las familias. Cuando usted haga su solicitud, buscaremos entre todos los programas de Medicaid y decidiremos para cuáles podría ser elegible.

Información acerca del solicitante

¿Necesita el solicitante o la persona que hace la solicitud en nombre del solicitante asistencia para comunicarse con nosotros? De ser así, marque la que corresponda.

() Teletipo o TTY, por sus siglas en inglés () Braille () Letra grande () Correo electrónico () Transmisión de video () Intérprete del lenguaje de señas _____

() Intérprete de una lengua extranjera (especifique el idioma) _____ () Otro _____

Por favor llene la siguiente tabla acerca del solicitante.

| | | |
|--|----------------------------|---------------------|
| Nombre Sufijo | Inicial del segundo nombre | Apellido |
| Dirección de domicilio | | Apartamento |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Dirección postal (si es diferente) | | |
| Ciudad | Estado | Código postal |
| Teléfono principal electrónico (opcional) | Otro número de contacto | Dirección de correo |



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



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

Firma

Fecha

Firma de testigo, si el solicitante firmó con una "X"

Fecha

¿Puedo escoger a alguien para que solicite Cupones de Alimentos o beneficios de Medicaid en mi nombre?

Complete esta sección sólo si desea que alguien llene su solicitud, complete su entrevista o use su tarjeta EBT para comprar alimentos cuando usted no pueda ir a la tienda. Si está solicitando para Medicaid, usted puede escoger a más de una persona para que solicite asistencia médica en representación suya.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Apto.: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Apto.: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código postal: _____

Sólo para uso de oficina

Fecha en que se recibió: _____



¿Califico para recibir los Cupones de Alimentos más rápido?

Responda a estas preguntas acerca del solicitante y todos los miembros del hogar para ver si puede obtener los Cupones de Alimentos en un plazo de 7 días.

1. ¿Es usted o algún miembro de su hogar un trabajador agrícola migrante o de temporada? Sí No

Si contesta sí, indique quién _____

2. Cantidad total de **ingresos brutos derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ _____

Nombre del empleador _____

Fecha de inicio del empleo _____ Fecha de finalización del empleo _____

Sueldo _____ Horas trabajadas por semana _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual (marque con un círculo)

3. Cantidad total de **ingresos brutos no derivados del trabajo** que recibirá este mes: \$ _____

Tipo de ingreso no derivado del trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual
(marque con un círculo)

Tipo de ingreso no derivado del trabajo _____ Cantidad _____ semanal/bisemanal/quincenal/mensual
(marque con un círculo)

4. Cantidad total de ingresos derivados del trabajo y no derivados del trabajo que recibirá este mes: \$ _____

5. ¿Cuánto dinero, en efectivo o en el banco, tienen usted y todos los otros miembros del hogar? \$ _____

6. ¿Cuál es la cantidad mensual de su renta, hipoteca, impuestos sobre la propiedad o seguro inmobiliario? _____ \$

7. ¿Cuál es la cantidad total de la factura por electricidad, agua, gas u otros servicios públicos este mes? \$ _____



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



Información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Por favor llene la siguiente tabla acerca del solicitante y todos los miembros del hogar. Las siguientes leyes y reglamentos federales: la Ley de Alimentos y Nutrición de 2008, 7 U.S.C. § 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R. § 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, y 42 C.F.R. § 435.920 autorizan a DFCS a solicitar los números de Seguro Social de usted y de los miembros de su hogar. Cualquier persona que viva en su hogar y no solicite beneficios puede ser designado **no solicitante**. Los no solicitantes no tienen que darnos información acerca de su número de Seguro Social, ciudadanía o estatus migratorio y no son elegibles para recibir beneficios. Otros miembros del hogar aún podrían recibir beneficios, si fueran elegibles. Si desea que determinemos si algún miembro del hogar es elegible o no para recibir beneficios, será necesario que nos dé información acerca del estatus de ciudadanía o estatus migratorio y el número de Seguro Social de esa persona. Además, todavía será necesario que nos informe acerca de los ingresos y recursos **de dicha persona** para determinar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Ningún miembro del hogar que sea no solicitante será denunciado ante el sistema del Programa de Verificación Sistemática de Derechos del Extranjero (SAVE) del Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) por no dar su estatus de ciudadanía o estatus migratorio. Sin embargo, si su solicitud contiene información sobre su estado migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación a través del sistema SAVE y podría afectar la elegibilidad y el nivel de beneficios de su hogar. Corroboraremos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y derecho a recibir beneficios. También se podría compartir esta información con los funcionarios encargados de hacer cumplir las leyes, con el fin de ayudarles a atrapar a los prófugos de la justicia. Si algún miembro de su hogar tiene una reclamación de Cupones de Alimentos, se podría entregar la información en esta solicitud, incluidos los SSN, a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para asistirles en la cobranza de la reclamación. No les denegaremos beneficios a solicitantes miembros del hogar porque otros miembros del hogar no hayan proporcionado su SSN, estatus de ciudadanía o estatus migratorio.

| NOMBRE | | Parentesco con usted | ¿Está esta persona solicitando beneficios? (S/N) | Fecha de nacimiento Formato (-/-/-/-) | Número de Seguro Social (Sólo los solicitantes) | Sexo (M/F) | ¿Hispano/Latino? (Opcional) (S/N) | Código de raza (Opcional) (Vea los códigos abajo) | ¿Es usted un ciudadano estadounidense, un extranjero/ inmigrante calificado o un inmigrante laosiano de Hmong/Tierras Altas? (Sólo los solicitantes) (S/N) |
|--------|----------------------------|----------------------|---|--|--|-------------------|---|---|--|
| Nombre | Inicial sdo. nom. Apellido | | | | | | | | |
| | | USTED MISMO | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | |

Códigos de raza (escoja todos los que correspondan):
AI – Indio Americano/Nativo de Alaska **AS** – Asiático **BL** – Negro/Afroamericano
HP – Nativo de Hawái/Islands del Pacífico **WH** – Blanco

Al proveer información acerca de su raza o etnia, nos ayudará a administrar nuestros programas de una manera no discriminatoria. Su hogar no está obligado a proporcionar esta información y esto no afectará su elegibilidad ni el nivel de beneficios.



Díganos más acerca del solicitante y todos los miembros del hogar

Necesitamos más información acerca del solicitante y todos los miembros del hogar para poder decidir quiénes son elegibles para los beneficios. Por favor responda en la página siguiente sólo a las preguntas acerca de los beneficios que usted desea recibir.

1. ¿Ha recibido alguien algún beneficio en otro condado o estado? Sí No

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

2. ¿Ha sido alguien condenado por dar información falsa sobre su domicilio y su identidad, con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos en más de un área, después del 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No

Si responde sí:

¿Quién?: _____

¿Dónde?: _____

¿Cuándo?: _____

3. ¿Ha renunciado alguien en su hogar voluntariamente a un trabajo o reducido voluntariamente sus horas de trabajo a menos de 30 horas semanales dentro de 30 días de la fecha de la solicitud? (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF) Sí No
 Si responde sí, ¿quién renunció al trabajo? _____
 ¿Por qué renunció? _____

4. ¿Está alguien embarazada? *Por favor proporcione comprobante de embarazo, si lo tiene. Sí No
 (Esta pregunta no es requerida para quienes solicitan sólo Cupones de Alimentos)
 ¿Quién?: _____
 Fecha estimada del parto: _____

5. Para Medicaid, ¿tiene alguien alguna factura médica por servicios recibidos en los últimos 3 meses que no haya sido pagada? Sí No
 (Esta pregunta no es requerida para quienes solicitan sólo Cupones de Alimentos o TANF)

6. ¿Ha sido alguien descalificado del Programa de Cupones de Alimentos o TANF? Sí No
 Si responde sí:
 a. ¿Quién?: _____
 b. ¿Dónde?: _____
 c. _____

7. ¿Está alguien tratando de evitar un enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave? (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF) Sí No
 Si responde sí, ¿quién? _____



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



8. ¿Está alguien violando las condiciones de su libertad a prueba o libertad condicional? Sí No
 (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF)
 Si responde sí, ¿quién? _____

9. ¿Tiene alguien alguna condena por un delito grave de comportamiento relacionado con posesión, uso o distribución de una sustancia controlada, después del 22/8/96 (Sólo para Cupones de Alimentos y TANF) o un delito grave relacionado con violencia (Sólo para TANF)? Sí No
 Si responde sí:
 ¿Quién?: _____
 ¿Cuándo?: _____

10. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de Cupones de Alimentos a cambio de drogas, después del 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No
 Si responde sí:
 ¿Quién?: _____
 ¿Cuándo?: _____

11. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comprar o vender beneficios de Cupones de Alimentos por una cantidad superior a \$500 después del 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No
 Si responde sí:
 ¿Quién?: _____
 ¿Cuándo?: _____

12. ¿Ha sido usted o algún miembro de su hogar condenado por comerciar con los beneficios de Cupones de Alimentos a cambio de armas, municiones o explosivos, después del 22/8/96? (Sólo para Cupones de Alimentos) Sí No
 Si responde sí:
 ¿Quién?: _____
 ¿Cuándo?: _____

13. ¿Ha usado alguien los fondos de TANF o la tarjeta EPPIC en los siguientes establecimientos: tiendas de licores, casinos, salas de póquer, negocios de entretenimiento para adultos, pago de fianza, discotecas, salones, discotecas y bares, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa? (Sólo para TANF)
 Si responde sí:
 ¿Quién?: _____ Sí No
 ¿Cuándo?: _____



Solicitud de Beneficios



Díganos más acerca del solicitante y los ingresos de todos los miembros del hogar

¿Usted o algún miembro de su hogar que esté solicitando recibe algún tipo de ingreso como salarios, propinas, bonos, trabajo por cuenta propia, Seguro Social / Retiro Ferroviario, otra discapacidad, ingresos VA, pensiones, desempleo, manutención de hijos, pensión alimenticia, dinero de otras personas, compensación de trabajadores o cualquier otro ingreso?

| Nombre del miembro del hogar con ingresos | Tipo de ingreso | Nombre del empleador / Fuente de Ingresos | Cantidad mensual (antes de las deducciones) | ¿Con qué frecuencia la recibe (mensual, quincenal, semanal)? | Cantidad pagada por hora | Horas por semana | FECHA (S) DE PAGO |
|---|-----------------|---|---|--|--------------------------|------------------|-------------------|
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

Díganos más acerca del solicitante y todos los gastos de los miembros del hogar

¿Paga usted por el cuidado de un hijo dependiente o de un miembro adulto del hogar con discapacidad? Sí No
Si contesta sí, complete la tabla abajo.

| Nombre del miembro del hogar que requiere cuidado | Nombre de la persona paga por el cuidado | Razón por la que requiere cuidado | Nombre / Número del proveedor de cuidado | Cantidad que se le paga al proveedor | Frecuencia de pago |
|---|--|-----------------------------------|--|--------------------------------------|--------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Tiene algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años de edad gastos médicos? Sí No
Si contesta sí, complete la tabla abajo.

| Miembro del hogar que tiene gastos | Tipo de gasto (visitas médicas, visitas al hospital, recetas médicas, Medicare o primas de seguros de salud, anteojos) | Cantidad adeudada | ¿Aún deuda? Sí / No | Fecha de pago | ¿Pagará la aseguradora? Sí / No |
|------------------------------------|--|-------------------|---------------------|---------------|---------------------------------|
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |

¿Tiene algún miembro del hogar discapacitado o mayor de 60 años de edad gastos médicos de transportación? Sí No
Si contesta sí, complete la tabla abajo.

| Propósito del viaje (visita médica o de hospital; recogido de receta en la farmacia) | Total de millas conducidas: | Costo de taxi, autobús, estacionamiento o alojamiento: |
|--|-----------------------------|--|
| | | |
| | | |



Departamento de Servicios Humanos de Georgia
Solicitud de Beneficios



Díganos más acerca del solicitante y todos los gastos de los miembros del hogar

¿Alguien en su hogar le paga manutención infantil a alguien que viva fuera del hogar? Sí No Si contesta sí, complete la tabla abajo.

| Nombre del miembro de la familia que está obligado a pagar | Nombre del menor a quien se le paga manutención infantil | ¿Cuánto está obligado a pagar? | La cantidad que realmente | ¿A quién se le paga la manutención infantil? |
|--|--|--------------------------------|---------------------------|--|
| | | | | |
| | | | | |

¿Tiene usted o algún miembro del hogar tiene gastos de vivienda? Sí No

Si contesta sí, complete la tabla abajo.

| Gasto | Cantidad | ¿Con qué frecuencia? | ¿Quién hizo el pago? |
|------------------------------|----------|----------------------|----------------------|
| Alquiler/hipoteca | | | |
| Impuestos sobre la propiedad | | | |
| Seguro inmobiliario | | | |
| Electricidad | | | |
| Gas | | | |
| Basura | | | |
| Teléfono | | | |
| Otro | | | |

¿Comparte usted los gastos mensuales del hogar con otra persona en el hogar? Sí No

Si responde sí, ¿quién? _____

Comentarios y documentación _____

¿Pagado a quién? _____ Cantidad pagada \$ _____ por _____

Nombre del arrendador _____

Dirección del arrendador: _____

¿Ha recibido ayuda para gastos de energía en los últimos 12 meses? Sí No Si responde sí, cantidad recibida. _____

¿Alguien más paga cualquiera de estos gastos del hogar por usted? Sí No **Si responde sí, complete la tabla abajo:**

| | |
|-------------------------|---|
| ¿Quién paga la factura? | ¿Qué facturas se pagan? |
| ¿Qué cantidad paga? | ¿A quién le paga las facturas esta persona? |



Departamento de Servicios Humanos de Georgia

Solicitud de Beneficios



Sanciones del Programa de Cupones de Alimentos

Puede perder sus beneficios o ser sometido a enjuiciamiento penal si a sabiendas proporciona información falsa.

- No dé información falsa ni oculte información para recibir beneficios que su hogar no debe recibir.
- No utilice los beneficios de Cupones de Alimentos o la tarjeta de EBT de otra persona ni permita que otra persona use los suyos.
- No use los beneficios de Cupones de Alimentos para comprar artículos no alimenticios como licor o cigarrillos, ni para pagar cuentas de tarjetas de crédito.
- No intercambie ni venda Cupones de Alimentos o tarjetas de EBT por objetos ilegales, como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar que viole intencionalmente cualquiera de las reglas de los cupones de alimentos, podría ser excluido del Programa de Cupones de Alimentos por un período de un año o hasta permanentemente; podría ser multado por una cantidad de hasta \$250,000, encarcelado por un período de hasta 20 años, o ambos. Asimismo, podría ser enjuiciado bajo otras leyes federales y estatales correspondientes y podría ser excluido del programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales, si lo ordenara el tribunal.

Cualquier miembro del hogar que viole intencionalmente las reglas, podría dejar de recibir Cupones de Alimentos por un período de un año por la primera infracción, dos años por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de usar o recibir beneficios de cupones de alimentos en una transacción que involucre la venta de una sustancia controlada, usted o ese miembro familiar no serán elegibles para los beneficios por un período de dos años por la primera infracción y de forma permanente por la segunda infracción.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber usado o recibido beneficios en una transacción que involucre la venta de armas, municiones o explosivos, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si un tribunal de justicia lo considera a usted o a algún miembro de su hogar culpable de haber traficado beneficios por un una cantidad igual o superior a \$500 en conjunto, usted o ese miembro familiar serán permanentemente inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos, al ocurrir la primera infracción de este tipo.

Si se descubre que usted o algún miembro de su hogar ha hecho declaraciones o representaciones fraudulentas acerca de su identidad (quiénes son) o su domicilio (dónde viven), con el fin de obtener múltiples beneficios de Cupones de Alimentos, usted o ese miembro familiar serán inelegibles para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.



Sanciones del Programa de TANF

Para el programa TANF, se considera una violación intencional del programa toda acción intencional de proveer información falsa o engañosa con el fin de establecer o mantener la elegibilidad de una AU, aumentar los beneficios, evitar una reducción de beneficios, ocultar información para evitar una acción negativa o usar la asistencia en efectivo en lugares prohibidos.

- Cualquier miembro del hogar que oculte información, no informe cambios a tiempo o no diga la verdad sobre los fondos de asistencia en efectivo o una tarjeta de DÉBITO de TANF para retirar dinero o realizar transacciones en casinos, negocios de licores, negocios de entretenimiento para adultos como "strip clubs", salas de póquer, pago de fianza, discotecas, salones y bares, salas de bingo, pistas de carreras, tiendas de armas y municiones, cruceros, videntes, tiendas de tabaco, tiendas de tatuajes/perforación corporal y salones de masajes/spa está estrictamente prohibido, que oculte información o no informe cambios perderá los beneficios de TANF por un período de seis meses por la primera infracción, doce meses por la segunda infracción y permanentemente por la tercera infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o a algún miembro de su hogar ha ocultado información o no informó cambios a tiempo o no dijo la verdad, y es condenado, podría no recibir beneficios de TANF durante 12 meses por la primera infracción y permanentemente por la segunda infracción.
- Si un tribunal de justicia determina que usted o a algún miembro de su hogar ha dado información falsa sobre el lugar de su residencia para recibir beneficios en más de un estado, podría quedar excluido de recibir beneficios durante 10 años.
- Si un tribunal de justicia lo condena por un cargo relacionado con drogas o un delito violento grave el 1/1/97 o en una fecha posterior, usted o el miembro de su hogar no podrán recibir beneficios y serán descalificados permanentemente.

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

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

Firma del solicitante

Fecha

Firma del representante autorizado

Fecha

Nombre y firma del administrador del caso
(Case Manager's Name and Signature)

Fecha
(Date)