



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



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 intérpretes, 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).

Esta solicitud se utiliza para las personas que solicitan el Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP, en inglés), anteriormente *conocido como el Programa de Cupones de Alimentos*). El programa SNAP Georgia Senior es un proyecto de solicitud simplificado para personas mayores diseñado para facilitar que las personas mayores reciban beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP).

Para ser elegible para el programa SNAP Senior, todas los miembros del hogar deben :

- tener 60 años de edad o más;
- comprar y preparar sus comidas juntos;

Y

- tener 0 ingresos del trabajo.

Puede presentar esta solicitud al completar con su nombre y dirección, y al firmar este formulario. Si usted vive en una institución y está solicitando el programa de Cupones para Alimentos (SNAP) y SSI al mismo tiempo , la fecha de presentación de su solicitud es la fecha en la que se retira de la institución.



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Cuéntenos quién es y dónde vive. Debemos poder comunicarnos con usted por teléfono.

<i>Nombre</i>	<i>Segundo Nombre</i>	<i>Apellido</i>	<i>Sufijo</i>
<i>Dirección donde vive</i>			<i>Apt</i>
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal:</i>	
<i>Dirección de correo postal (si es distinta a la dirección del hogar)</i>			
<i>Ciudad</i>	<i>Estado</i>	<i>Código postal:</i>	
<i>Número de teléfono del hogar</i>	<i>Otro teléfono de contacto:</i>	<i>Dirección de correo electrónico (opcional)</i>	
<i>¿Cuál es su idioma de preferencia?</i>			
<i>Comunicación electrónica: Sí _____ o No _____ (Opcional)</i>		<i>Si se requiere una entrevista, ¿necesitará un/a intérprete? Sí _____ o No _____</i>	
Para uso exclusivo de la oficina de la DCSS:		Fecha de recepción del Condado	



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



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

¿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 habla con clave ___; 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



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



¿Puedo elegir a alguien para que solicite el programa SNAP por mí?

Complete esta sección solo si quiere que alguien complete la solicitud por usted como su representante autorizado.

Nombre: _____

Teléfono: _____

Dirección: _____

Apt: _____

Ciudad: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Comunicación electrónica: Sí ___ o No ___ (opcional)

Dirección de correo electrónico (opcional) _____

Idioma preferido: _____

¿Se necesita un/a intérprete? Sí ___ o No ___



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



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

¿El representante autorizado/a 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 habla con clave ___; 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.

¿Califico para obtener los beneficios de SNAP más rápido?

Responda estas preguntas sobre el solicitante y todos los miembros del hogar para ver si puede obtener los beneficios de SNAP dentro de los 7 días.



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



¿Algún miembro de su hogar obtuvo dinero este mes? Sí No
Si la respuesta es sí, ¿cuánto? _____ ¿Cuándo? _____

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

¿Cuánto pagan usted y todos los miembros del hogar de renta o hipoteca y por todos los servicios (electricidad, gas, agua, etc.?)
\$ _____

Cuéntenos sobre el solicitante y todos los miembros del hogar. Enumérese (o a la persona que se indica anteriormente en la primera línea).

NOMBRE Nombre Segundo Nombre Apellido	Parentesco con usted	Número de Seguro Social (SSN) (Vea la declaración a continuación)	Fecha de nacimiento
	USTED		



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Sexo (M/F)	Edad	*** Opcional		¿Es un de EE. UU., un extranjero calificado o cuenta con un estado migratorio satisfactorio? (Si/No)
		Hispano Sí /No	Raza (Ver a continuación)	

***** Advertencia:** Las personas que solicitan el programa de Cupones de Alimentos (SNAP) deben brindar o solicitar un SSN como lo requiere la Ley de Alimentación y Nutrición de 2008. Verificaremos y utilizaremos su SSN para coincidencias de datos Federales y Estatales, incluidos, entre otros, el Seguro Social, VA, el Departamento de Trabajo de GA, descalificaciones del programa, y para el cobro de deudas por fraude. **También** compararemos su información con otras agencias federales, estatales y locales para verificar sus ingresos y elegibilidad. Se utilizarán los contactos cercanos para verificar la información cuando se encuentren inconsistencias. Si se presentó información sobre el estado de inmigración en su solicitud, esta información puede estar sujeta a una verificación a través del



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS) y requerirá el envío de cierta información de esta solicitud a USCIS.

*** **Opcional: Recopilamos** datos sobre la raza, color y nacionalidad para asegurarnos de que cumplimos con las leyes federales de derechos civiles. **Al** proporcionar esta información, nos ayudará a administrar nuestros programas de manera no discriminatoria. **Su hogar** no está obligado a proporcionarnos esta información y no afectará su nivel de elegibilidad o de beneficios. **Elija uno o más códigos de raza:** **AL**-indio americano/nativo de Alaska; **AS**- asiático; **BL**-negro; o afroamericano; **HP**-hawaiano o de otras islas del Pacífico; **WH**-blanco.



División de Servicios
para Niños y Familias

**Solicitud del Programa de Asistencia
Nutricional
Suplementaria para Personas Mayores
(SNAP) de
Georgia**



Cuéntenos más sobre el solicitante y todos los miembros del hogar.

1) ¿Alguien ha sido condenado por un delito grave relacionado con las drogas que se haya cometido después del 8/22/96?

Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona:

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 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

c) ¿Ha completado con éxito todos los términos de libertad condicional relacionados con algún delito grave relacionado con las drogas? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))

Sí No

2) ¿Hay alguien en su hogar que actualmente tenga una descalificación de Cupones de Alimentos (SNAP) debido a fraude?

Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona: _____

3) ¿Alguien ha sido condenado por dar información falsa sobre dónde viven y quiénes son para obtener múltiples beneficios de



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Cupones de Alimentos (SNAP) en más de un área después del 22/8/96?

Sí No

Si la respuesta es sí, nombre de la persona: _____
cuándo: _____ dónde: _____

4) ¿Alguien está tratando de evitar el enjuiciamiento o la cárcel por un delito grave?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____

5) ¿Alguien está violando las condiciones de la libertad condicional?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién?: _____

6) ¿Usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por medicamentos después del 8/22/96?

Sí No

7) ¿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 8/22/96?

Sí No

8) ¿Usted o algún miembro del hogar ha sido condenado por intercambiar beneficios de Cupones de Alimentos (SNAP) por armas, municiones o explosivos después del 8/22/96?

Sí No

9) ¿Usted o algún miembro de su hogar ha sido condenado como adulto por abuso sexual agravado, asesinato, explotación sexual



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



y otros abusos infantil, un delito federal o estatal que involucre agresión sexual, o un delito bajo la ley estatal determinado por el Fiscal General como ser sustancialmente similar a tal ofensa, después del 7/2/14? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))

Sí No

Si la respuesta es sí, complete la sección a continuación:

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? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))

Sí No

b) ¿Cumple con los términos de la libertad condicional 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** relacionados con alguna condena relacionada con un delito grave? (Solo para Cupones de Alimentos (SNAP))

Sí No

10) ¿Usted o algún miembro de su hogar ha recibido premios de lotería o juegos de azar?

Sí No

Si la respuesta es sí:

Quién: _____

Cuándo: _____



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Monto recibido: _____

Cuéntenos sobre el ingreso que reciben los miembros de su hogar

¿Algún miembro de su hogar recibe dinero del seguro social, SSI, VA, jubilación, o cualquier otro ingreso?

Sí No **Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación.**

Nombre	Fuente	Monto bruto mensual (antes de impuestos, deducciones y prima de Medicare)



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Cuéntenos sobre su los costos de sus servicios públicos y su hogar

	SÍ	NO	Si la respuesta es SÍ, enumere el monto
¿Los miembros de su hogar pagan la hipoteca?			
¿Los miembros de su hogar pagan la renta?			
¿Los miembros de su hogar pagan los impuestos de propiedad del hogar?			
¿Los miembros de su hogar pagan un seguro para propietarios de hogares?			Si la respuesta es SÍ, enumere el monto mensual/anual
¿Los miembros de su hogar pagan los costos de calefacción o climatización?			
Si los miembros de su hogar no pagan los costos de calefacción o climatización, ¿usted			Si la respuesta es SÍ, enumere los costos de los servicios públicos que pagan y el monto



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Cuéntenos sobre sus gastos médicos

¿Los miembros de su hogar pagan gastos médicos por su propia cuenta de más de \$35 por mes?

Sí No

¿Paga una prima de Medicare?

Sí No

Si la respuesta es sí, complete el cuadro a continuación. Necesitaremos pruebas de sus gastos médicos. Puede ser potencialmente elegible para recibir más beneficios.

La persona que tiene la factura	Tipo de gasto (médico, hospital, recetas, prima de Medicare, transporte)	Monto adeudado

¿Usted o alguien de su hogar paga manutención infantil exigida por la ley a alguien que vive fuera del hogar?

Sí No

Si la respuesta es sí, ¿quién y cuánto por mes?



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Para obtener más información sobre los Servicios de alcance comunitario de TANF, llame a 1(877) 423-4746 o visite nuestro sitio web en: <http://www.dfcs.georgia.gov>.

ADVERTENCIAS DE SNAP

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

- No dé información falsa ni oculte información para obtener beneficios que su hogar 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 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 por artículos ilegales como armas de fuego, municiones o sustancias controladas (drogas ilegales).

Cualquier miembro del hogar 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



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



se le puede excluir del Programa de Cupones de Alimentos por 18 meses adicionales si la corte lo ordena.

Cualquier miembro del hogar 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 hogar 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 hogar 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 hogar 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 no serán elegibles permanentemente para participar en el Programa de Cupones de Alimentos (SNAP) desde el primer delito de esta violación.

Si un tribunal de justicia lo encuentra a usted o a cualquier miembro del hogar culpable de haber traficado beneficios por un monto total de \$ 500 o más, usted o ese miembro del hogar serán permanentemente ilegibles para participar en el



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Programa de Cupones de Alimentos desde el primer delito de esta infracción.

Si se descubre que usted o cualquier miembro del hogar 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 del hogar serán inelegible para participar en el Programa de Cupones de Alimentos por un período de 10 años.

Únicamente los ciudadanos de EE. UU. y extranjeros calificados son elegibles para recibir los beneficios de SNAP. Cualquier persona que no sea ciudadano o un extranjero calificado puede quedar excluida de su solicitud para recibir la asistencia. No se denunciará a dichas personas ante la Agencia de Inmigración y Control de Aduanas. Las personas que no son ciudadanos incluidas en su solicitud tendrán elegibilidad determinada según las reglas de SNAP. Se considerarán los ingresos y recursos de todas las personas en su hogar para determinar la elegibilidad de las personas incluidas en la solicitud de SNAP.

Certifico bajo pena de perjurio que toda la información proporcionada en esta solicitud es verdadera y correcta a mi leal saber y entender. Entiendo y acepto que DHS-DFCS, DCH y las agencias federales autorizadas pueden verificar la información que proporcione en esta solicitud. La información se puede obtener de



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



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/Medicaid o TANF. También informaré si alguien en mi hogar recibe ganancias de lotería o juegos de azar, el 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 hogar 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. 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.

Firma del solicitante

Fecha

Firma del testigo si se firma
con una marca



División de Servicios
para Niños y Familias

**Solicitud del Programa de Asistencia
Nutricional
Suplementaria para Personas Mayores
(SNAP) de
Georgia**



Firma del
Representante
autorizado

Fecha

Firma del testigo si se firma
con una marca



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



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 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 considera que alguien ha interferido con su derecho a registrarse o negarse a 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 una queja ante el Secretario de Estado en:

2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 o llamando al 404-656-2871.



División de Servicios
para Niños y Familias

**Solicitud del Programa de Asistencia
Nutricional
Suplementaria para Personas Mayores
(SNAP) de
Georgia**



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/a del 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.



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



(Conserve este documento para su información)

Aviso de derechos de la ADA/Sección 504

Ayuda para personas con discapacidades

Se exige por ley federal al Departamento de Servicios Humanos de Georgia y al Departamento de Salud Comunitaria de Georgia ("los Departamentos") que brinden igualdad de oportunidades para que las personas con discapacidades participen y califiquen para los programas, los servicios o las actividades de los Departamentos. Esto incluye programas como SNAP, TANF y Asistencia Médica.

Los Departamentos brindan modificaciones razonables cuando son necesarias para evitar la discriminación por motivo de discapacidad. Por ejemplo, es posible que cambiemos las regulaciones, prácticas o procedimientos para ofrecer acceso igualitario. A fines de garantizar una comunicación efectiva para ambas partes, les ofrecemos asistencia en la comunicación a las personas con discapacidades o a sus acompañantes con discapacidades. Uno de los servicios que ofrecemos es la interpretación de lenguaje de señas. Nuestra ayuda es gratuita. No se exige a los Departamentos que realicen ninguna modificación que podría resultar en un cambio fundamental en la naturaleza de un servicio, programa o actividad o que podría contraer cargas administrativas y financieras indebidas.

Cómo solicitar una modificación razonable o asistencia en la



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



comunicación

Póngase en contacto con la persona encargada de su caso si tiene alguna discapacidad y necesita una modificación razonable, asistencia en la comunicación o ayuda adicional. Por ejemplo, llame si necesita ayuda o algún servicio para una comunicación efectiva, como servicios de interpretación de lenguaje de señas. Se puede comunicar con la persona encargada de su caso o llamar al DFCS al 877-423-4746 o al Equipo Katie Beckett (KB) del DCH al 678-248-7449 para hacer su solicitud. También puede hacerla utilizando el Formulario de Solicitud de Modificación Razonable ADA del DFCS, que está disponible en la oficina local del DFCS o en línea en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, o puede obtener el Formulario de Solicitud de Modificación Razonable ADA del DFCS a través del equipo KB o en línea en <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, pero no debe utilizar un formulario.

Cómo presentar un reclamo

Tiene derecho a presentar un reclamo si los Departamentos lo han discriminado por motivo de una discapacidad. Por ejemplo, puede presentar un reclamo de discriminación si ha pedido una modificación razonable o servicios de interpretación de lenguaje de señas que se le han negado o no han tomado medidas al respecto en un periodo de tiempo razonable. Puede realizar un reclamo de forma oral o por escrito poniéndose en contacto con la persona encargada de su caso, la oficina local del DFCS, o el coordinador



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



de la ADA/Sección 504 de Derechos Civiles del DFCS en 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, 877-423-4746. Para comunicarse con el DCH, póngase en contacto con el coordinador de la ADA/Sección 504 del Equipo KB 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 dch.adarequests@dch.ga.gov.

Le puede pedir a la persona encargada del caso una copia del formulario de reclamo de derechos civiles del DFCS, que también está disponible en <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si necesita ayuda para realizar el reclamo por discriminación, puede comunicarse con el personal del DFCS que se menciona a continuación. Las personas sordas, que tienen problemas de audición o una discapacidad auditiva pueden llamar al 711 para que un operador lo conecte con nosotros. El correo electrónico para reclamos de derechos civiles del DCH es dch.civilrights@dch.ga.gov. El enlace para el proceso y el formulario de reclamo de derechos civiles del DCH es <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Esta institución proporciona igualdad de oportunidades.

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



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



Declaración de no discriminación

De acuerdo con la ley federal de derechos civiles y las normas y políticas de derechos civiles del Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), esta entidad está prohibida de discriminar por motivos de raza, color, origen nacional, sexo (incluyendo identidad de género y orientación sexual), credo religioso, discapacidad, edad, creencias políticas, o represalia o retorsión por actividades previas de derechos civiles.

La información sobre el programa puede estar disponible en otros idiomas que no sean el inglés.

Personas con discapacidad que requieran medios alternos de comunicación para obtener información sobre el programa (por ejemplo, Braille, letra grande, cinta de audio, lenguaje de señas americano), debe ponerse en contacto con la agencia (estatal o local) donde solicitaron los beneficios. Las personas sordas, con dificultades auditivas o con discapacidades del habla pueden comunicarse con el USDA a través del Servicio Federal de Retransmisión al (800) 877-8339.

Para presentar una queja por discriminación en el programa, el reclamante debe llenar un formulario AD-3027, formulario de queja por discriminación en el programa del USDA que puede obtenerse en línea en:

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/usdaprogram-discrimination-complaint-form-spanish.pdf>, en cualquier oficina del USDA, llamando al (833) 620-1071, o



División de Servicios
para Niños y Familias

Solicitud del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria para Personas Mayores (SNAP) de Georgia



escribiendo una carta dirigida al USDA. La carta debe contener el nombre del demandante, la dirección, el número de teléfono y una descripción escrita de la acción discriminatoria alegada con suficiente detalle para informar al Subsecretario de Derechos Civiles (ASCR) sobre la naturaleza y fecha de una presunta violación de derechos civiles. El formulario AD-3027 completado o la carta debe presentarse por:

(1) **correo:** Food and Nutrition Service, USDA 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; o

(2) **fax:** (833)-256-1665, o (202)-690-7442; o

(3) **correo electrónico:**

FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Esta entidad es un proveedor que brinda igualdad de oportunidades.

Conforme al Departamento de Servicios Humanos (DHS), también puede presentar otros reclamos de discriminación al comunicarse con la oficina del DFCS de su localidad, o con el Coordinador de Derechos Civiles del DFCS, ADA/Sección 504 en 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746. Para presentar reclamos por una supuesta discriminación por motivos de conocimientos limitados del inglés, contáctese con el Programa de Conocimiento Limitado del Inglés y Discapacidad Sensorial del DHS en 2 Peachtree Street NW, 29th Floor, Atlanta, GA 30303, (877) 423-4746.

No envíe solicitudes al USDA o al HHS