Departamento de Serviços Humanos da Geórgia

Solicitação de benefícios

Se você precisar de ajuda ao preencher este formulário, entre em contato conosco, pelo telefone: 1-877-423-4746. Se você é surdo ou tem deficiência auditiva, por favor ligue para GA Relay, telefone: 1-800-255-0135. Nossos serviços são gratuitos.

Quais serviços oferecemos no Departamento de Serviços `a Famílias e Menores (DFCS, por suas siglas em inglês)?

O DFCS oferece os seguintes serviços:

Assistência para alimentação
Food Stamps são benefícios que podem ser usados para comprar alimentos em qualquer loja que tiver o símbolo EBT/*Quest.* Descontaremos o preço da compra da sua conta de Food Stamps.

Assistência em espécie/Serviços de apoio a empregos
O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) presta assistência em espécie para famílias com dependentes, por um período limitado de tempo. Pais ou cuidadores que estiverem incluídos na solicitação deverão participar de um programa de trabalho.
O programa de Assistência em espécie também oferece assistência financeira para famílias de refugiados que não se qualificam para o programa de TANF.

Assistência médica
O Medicaid, para os que se qualificarem, poderá ajudar a pagar contas médicas, consultas médicas e prêmios do Medicare.

Serviços comunitários

Para obter mais informações sobre Serviços comunitários, visite o nosso website, no endereço: http://www.dfcs.dhr.georgia.gov ou ligue para 1-877-423-4746.

Como posso solicitar benefícios?

Passo 1. Preencha o formulário. Leia as perguntas cuidadosamente e dê informações corretas e precisas. Assine e date o formulário.

Passo 2. Entregue o formulário. Você precisará destacar as páginas 1-3 e guardá-las com você.

Envie por correio, fax, ou traga pessoalmente as páginas de 4 a 13 deste formulário para o escritório local da Divisão de Serviços a Família & Crianças (DFCS). Se você ou a pessoa para a qual você estiver solicitando os benefícios se qualificarem para receber benefícios, os Food Stamps estarão disponíveis a partir da data de recebimento do formulário, com o seu nome, endereço e assinatura.

Se você estiver solicitando o Food Stamps e/ou Medicaid, você poderá enviar o formulário para receber os benefícios, somente com o seu nome, endereço e assinatura. No entanto, preencher o formulário integralmente poderá nos ajudar a analisar a solicitação mais rapidamente. Este formulário pode ser usado para solicitar mais de um programa ou apenas para o Food Stamp. A sua solicitação para FS não será negada caso um pedido para outro programa tenha sido negado. A aceitação do pedido sera determinada com base na qualificação para o programa Food Stamp.

Passo 3. Fale conosco.

Você pode precisar ser entrevistado por um funcionário do programa. Se este for o caso, marcaremos um horário. Esta entrevista poderá ser realizada por telefone.

Perguntas frequentes

Quanto tempo demora para receber os benefícios?

Food Stamps: até 30 dias
TANF: até 45 dias
Medicaid: de 10 a 60 dias
Você poderá receber Food Stamps dentro de sete dias, caso se qualifique. Veja na página 6.

Qual será o valor dos benefícios?

Sua renda, recursos e tamanho da família determinarão as quantias de benefícios. Poderemos fornecer informações específicas assim que determinarmos sua qualificação.

Como receberei os benefícios?

Para o Programa Food Stamps, você receberá um cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT) para acessar os seus benefícios. Para o TANF, você receberá um cartão EPPIC Debit Master para ter acesso aos seus benefícios. Para o Medicaid, você receberá um cartão Medicaid para cada membro qualificado.

Quais informações serão necessárias?

É uma boa ideia ter as seguintes informações :

- Comprovante de identidade do requerente que estiver solicitando Food Stamps e/ou TANF. Comprovante de identidade para todos que estiverem solicitando Medicaid, se este for o benefício solicitado. Por exemplo: um documento de identidade (ID) ou carteira de motorista (DL);
- Comprovante de cidadania americana/ status de imigrante qualificado para todos que estiverem solicitando benefícios;
- Números de seguro social de todos solicitando assistência;
- Comprovante de renda, *por exemplo*, contracheques, pagamentos de pensão alimentícia e cartas de decisões de renda;
- comprovante de despesas como recibos de cuidados de menores, contas médicas, custos de transportes médicos e pagamentos de pensão alimentícia.

Você terá um tempo para dar quaisquer informações extras ao nosso departamento. Se precisar de ajuda para obter estas informações, diga-nos.

Como usamos as informações pessoais do requerente?

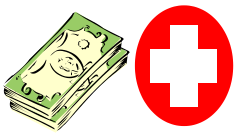
Você só terá que informar números de seguro social (SSN) e cidadania ou status de imigração das pessoas que desejarem solicitar benefícios. Essas informações serão usadas para verificação no Sistema de Verificação de Qualificação e Renda (IEVS). Também verificaremos as informações em outras agências federais, estaduais e municipais para confirmar sua renda e qualificação. Se um membro da sua família não quiser nos dar o SSN, cidadania ou status de imigração, outros membros da família ainda poderão receber benefícios.

Alguém mais pode solicitar os benefícios por mim?

Sim, para os programas de Food Stamps e Medicaid, você poderá solicitar que alguém peça os benefícios por você. Para o TANF, qualquer pessoa poderá solicitar, mas os pais ou cuidadores deverão ser entrevistados.

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios



"De acordo com as leis federais e do Departamento de Agricultura dos Estados Unidos (USDA), bem como das políticas do Departamento de Saúde e Assistência Social (HHS), esta instituição está proibida de discriminar pessoas, com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo e em alguns casos religião e preferências políticas. O Departamento de Agricultura dos Estados Unidos também proíbe discriminação contra clientes, funcionários, e candidatos a emprego, com base em raça, cor, nacionalidade, deficiência, idade, sexo, orientação sexual, religião, represálias e quando aplicável, preferências políticas, estado civil, situação familiar ou parental, ou toda ou parte da renda do indivíduo seja derivada de qualquer programa de assistência pública ou informação genética protegida no emprego ou em qualquer programa ou atividade realizada ou financiada pelo Departamento. (Nem todas as bases proibidas serão aplicadas a todos os programas e/ou atividades)."

Para registrar uma reclamação no programa de discriminação dos Direitos Civis no USDA, preencha o *Formulário de Reclamações do Programa contra Discriminação do USDA* no website: http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou em qualquer escritório do USDA, ou ligue para 1(866) 632-9992 para solicitar um formulário. Você também pode escrever uma carta contendo todas as informações solicitadas no formulário. Envie o seu formulário de reclamação concluído ou carta para nós pelo correio, para: U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, por fax (202) 690-7442 ou email: program.intake@usda.gov.

Indivíduos com deficiência auditiva ou surdos, ou com deficiência de fala, podem contatar o USDA através do Federal Relay Service pelo telefone: 1(800) 877-8339 ou 1(800) 845-6136 (em espanhol).

Para qualquer outra informação relacionada com o Programa de Assistência de Nutrição Suplementar (SNAP), entre em contato com o USDA SNAP Hotline, pelo telefone: 1(800) 221-5689, o qual também atende em espanhol, ou clique no link para a lista de Informações do estado/Hotline, no website: http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Para registrar uma reclamação contra discriminação relativa ao programa Federal de recebimento de assistência financeira pelo Departamento de Saúde e Recursos Humanos dos Estados Unidos (HHS), escreva para: HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C., 20201 ou ligue para: 1(202) 619-0403 (voz) ou 1(800) 537-7697 (TTY).

O USDA e HHS são provedores e empregadores de igualdade de oportunidades.

Você também pode registrar uma reclamação de discriminação entrando em contato com o Programa de Direitos Civis do DFCS, Two Peachtree Street, N. W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 ou ligue para (404) 657-3735 ou fax (404) 463-3978. Para pessoas com proficiência limitada em Inglês e para serviços de deficiência sensorial, entre em contato com o Programa de Proficiência Limitada em Inglês e Deficiência Sensorial do DHS no: Two Peachtree Street, N. W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 ou ligue para (404)-657-5244 ou fax (404)-651-6815.

Conforme a política do Departamento de Saúde Comunitária (DCH), não é permitido ao programa Medicaid negar benefícios e qualificações com base em raça, idade, sexo, deficiência, nacionalidade, ou crenças políticas ou religiosas. Para denunciar discriminação a respeito de qualificação por parte do Medicaid ou por parte de provedores, ligue para o Gabinete de Integridade de Programas do Departamento de Saúde Comunitária da Geórgia, pelos telefones (local) 1-404-463-7590 ou (gratuito nos EUA) 1-800-533-0686.

O que as palavras usadas neste formulário querem dizer?

Esta tabela explica as palavras que usamos neste formulário.

Cuidador	Pai, parente ou tutor/curador que solicitar e receber TANF quando o(s) menor(es) estiver(em) sob seus cuidados.
Parente beneficiado	Pai, parente ou tutor/curador que solicitar e receber TANF em seu nome para o(s) menor(es).
Desqualificado	A ação realizada para remover um indivíduo de um caso de Food Stamps ou TANF porque este não disse a verdade e recebeu benefícios que não deveriam ter sido recebidos.
Transferência eletrônica de benefícios (EBT)	Sistema usado na Geórgia para pagar benefícios para indivíduos que se qualificarem para Food Stamps ou TANF. Indivíduos que recebem assistência recebem um cartão de débito de EBT, que será usado para sacar benefícios em dinheiro e para acessar as contas de Food Stamps.
Cartão de débito EPPICard MasterCard	Novo cartão de débito emitido pela Xerox para indivíduos que recebem assistência em dinheiro na Geórgia. O cartão de débito EPPICard MasterCard será aceito para compras e saques nos lugares onde o MasterCard for aceito.
Membros da família	Indivíduos que moram na sua casa. Para Food Stamps, indivíduos que moram juntos, comprem e preparem refeições juntos.
Renda	Pagamentos como salários, soldos, comissões, bônus, remuneração trabalhista, licença por invalidez, pensão, benefícios de aposentadoria, juros, pensão alimentícia ou qualquer outra forma de dinheiro recebido.
Renda Bruta	Renda total de um indivíduo antes de impostos ou outras deduções em conta.
Trabalhadores rurais migrantes	Indivíduos que trabalham temporariamente em fazendas, granjas e sítios e se mudam de uma casa a outra para trabalhar ou procurar trabalhos rurais.
Recursos	Dinheiro em espécie, propriedades, ou ativos como contas bancárias, veículos, ações, obrigações e apólices de seguro de vida.
Trabalhadores rurais sazonais	Indivíduos que trabalham em certas épocas do ano, plantando, colhendo ou embalando hortifrutigranjeiros. Eles são contratados temporariamente, quando um trabalho requer mais trabalhadores do que a fazenda. emprega regularmente.

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

O que as palavras usadas neste formulário querem dizer?

Tráfico no Programa SNAP/Food Stamp	*Traficar* benefícios no programa SNAP significa: (1) Comprar, vender, roubar ou trocar benefícios SNAP emitidos e acessados pelos cartões de EBT, números de cartões e números de senha ou por vale impresso e assinatura, por DINHEIRO ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa, direta ou indiretamente, com a cumplicidade ou aprovação de outros, ou agindo sozinho; (2) a troca de armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) a compra de um produto com benefícios SNAP, que tenha um recipiente que exija um depósito de retorno com a intenção de obter dinheiro, descartando o produto e devolvendo o recipiente pelo valor do depósito, intencionalmente descartando o produto e intencionalmente devolvendo o recipiente pelo valor do depósito; (4) a compra de um produto com benefícios SNAP, com a intenção de obter dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa, revendendo o produto e, posteriormente, intencionalmente revender o produto adquirido com os benefícios SNAP em troca de dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa; (5) intencionalmente comprar produtos originalmente adquiridos com os benefícios do SNAP, em troca de dinheiro ou importância que não seja alimentos que se qualifiquem ao programa.
Traficar no Programa SNAP/Food Stamps	*Traficar os benefícios do* SNAP significa: (1) Comprar, vender, roubar, ou trocar benefícios SNAP emitidos e acessados pelos cartões de EBT, números de cartões e senha ou por vale impresso e assinatura, por DINHEIRO ou importância, alimentos que não sejam qualificados ou aceitos pelo programa, seja direta, indiretamente, em cumplicidade ou com consentimento de terceiros, ou agindo sozinho; (2) Troca por armas de fogo, munições, explosivos ou substâncias controladas; (3) Compra de um produto com benefícios SNAP que tenha recipiente retornável com recebimento de depósito e, intencionalmente, obtenha dinheiro ou importância, descartando intecionalmente o produto e retornando o recipiente com a finalidade de receber o valor do depósito; (4) Compra de alimentos aceitos e qualificados para o programa, com a intenção de obter dinheiro ou importância através da venda do produto e, subsequentemente, revender o produto adquirido com os benefícios do SNAP intencionalmente, em troca de dinheiro ou importância que não seja de alimento aceito ou qualificado pelo programa SNAP; (5) Compra intencional de produtos com os benefícios do SNAP, em troca de dinheiro ou importância, produtos que não sejam qualificados pelo programa; (6) Tentativa de comprar, vender, roubar, ou outra forma que afete a utilização dos benefícios SNAP emitidos e acessados pelo cartão de Transferência Eletrônica de Benefícios (EBT), números de cartões e números de identificação pessoal (PIN), ou comprovante manual e assinaturas, por dinheiro ou importância, que não seja alimentos qualificados pelo SNAP, seja diretamente, indiretamente, em cumplicidade ou conivência com os outros, ou agindo sozinho.
Estrangeiro/imigrante qualificado	Um *estrangeiro/imigrante qualificado* é uma pessoa que esteja residindo legalmente nos EUA e que se enquadre em uma das seguintes categorias: pessoa admitida legalmente para residência permanente (LPR), de acordo com a Lei de Imigração e Nacionalidade (INA); imigrante *amereurasiático*, de acordo com a seção 584 da Lei de Operações Estrangeiras, Financiamento de Exportações e Apropriações Relacionadas de 1988; pessoa que receba asilo, de acordo com a seção 208 do INA; *refugiados*, admitidos de acordo com a seção 207 do INA; pessoa libertada *condicionalmente,* de acordo com a seção 212(d)(5) do INA por pelo menos um ano; pessoa cuja *deportação* tenha sido suspensa, de acordo com a seção 243(h) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1997, ou seção 241(b)(3) do INA, como emendada; pessoa que recebe *entrada condicional*, de acordo com a seção 203(a)(7) do INA, como em vigor antes de 1º de abril de 1980; imigrantes *cubanos ou haitianos*, como definidos na seção 501(e) da Lei de Assistência à Formação de Refugiados de 1980; *vítimas de tráfico humano*, de acordo com a seção 107(b)(1) da Lei de Proteção às Vítimas de Tráfico de 2000; *imigrantes maltratados* que satisfizerem as condições definidas na seção 431 (c) da Lei de Responsabilidade Pessoal e Reconciliação de Oportunidades de Trabalho de 1996, como emendada; imigrantes *afegãos ou iraquianos* que receberam status de imigrantes especiais, de acordo com a seção 101(a)(27) do INA (sujeitos a condições específicas); *americanos nativos* nascidos no Canadá e morando nos EUA, de acordo com a seção 289 do INA ou não cidadãos de tribos indígenas federais reconhecidas, de acordo com a seção 4(e) da Lei de Assistência à Autodeterminação e Formação Indígena e *membros tribais hmongs e laosianos* que ajudaram os militares dos EUA, participando na operação militar ou de resgate durante a Era do Vietnã (05/08/1964 – 07/05/1975).
Relief Act 2012 – Redução de impostos à classe média	Esta Lei proíbe o uso de fundos de assistência em espécie ou cartões de débito TANF para retirar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas alcoólicas, instalações de entretenimento para adultos, salas de pôquer, fianças, casas noturnas/bares/tavernas, bingos, pistas de corrida, estabelecimento de jogos, loja de armas de fogo/munição, navios de cruzeiro, leitores psíquicos (videntes), tabacaria ou locais para compra de cigarros, tatuadores e locais de tatuagem ou piercing, salões de spa e/ou massagem. O uso dos fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito do TANF nestes locais ou para as finalidades descritas constituirá uma violação intencional do programa (fraude) por parte do beneficiado.
Requerente	Um indivíduo que se candidata à assistência/benefícios do governo.
Não-requerente	Um indivíduo que NÃO solicitou assistência/benefícios do governo; não requerentes não precisam informar o SSN, cidadania ou status de imigração.
Unidade de assistência (AU)	Uma unidade de assistência inclui indivíduos *qualificados* que moram juntos e recebem assistência/benefícios do governo.

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Quais benefícios estou solicitando? Marque todas as opções relevantes:

❑ **Food Stamps**

O Programa Food Stamps é um programa financiado pelo governo federal, que oferece benefícios mensais a famílias de baixa renda para ajudar a pagar o custo dos alimentos. O programa também oferece educação nutricional e ajuda as famílias elegíveis para satisfazer as suas necessidades alimentares e nutricionais.

❑ **Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF)**

O programa de Assistência Temporária para Famílias Carentes (TANF) oferece pagamentos temporários mensais em espécie, pagamentos únicos em espécie ou outros serviços de apoio para fortalecer famílias qualificadas com menores. Se você for pai de um menor, ou o cuidador que gostaria de ser incluído no subsídio, solicitaremos que você participe de um programa de trabalho.

❑ **Assistência em espécie a refugiados**

O programa de Assistência em Espécie a Refugiados oferece assistência financeira a famílias de refugiados que não se qualificarem para o programa TANF. O termo refugiado inclui refugiados, cidadãos de Cuba e do Haiti que entrarem nos EUA, vítimas de tráfico humano, amereurasiáticos e menores refugiados desacompanhados.

❑ **Medicaid**

O Medicaid oferece cobertura médica a adultos idosos, deficientes visuais ou deficientes, gestantes, menores e famílias. Ao solicitar benefícios, consideraremos todos os programas de Medicaid e decidiremos quais benefícios você poderá receber.

Informações sobre o requerente

O requerente ou a pessoa que esteja solicitando benefícios em nome do requerente precisa de assistência para se comunicar conosco? Se sim, selecione todas as opções relevantes.

( ) Teletipo (TTY) ( ) Braile ( ) Material impresso em letras maiores ( ) E-mail ( ) Serviço de retransmissão de vídeo ( ) Intérprete delíngua de sinais _____

( ) Intérprete de língua estrangeira (especifique o idioma) _____ ( ) Outros_____

Preencha o quadro abaixo, com os dados do requerente.

Nome	Inicial (nome do meio)	Sobrenome	Sufixo
Endereço residencial			Apto
Cidade	Estado		Código postal
Endereço para correspondência (caso seja diferente)			
Cidade	Estado		Código postal
Telefone	Telefone alternativo		E-mail (opcional)

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Eu declaro, sob pena de perjúrio de acordo com o melhor de meu conhecimento e crença que a pessoa ou pessoas para quem eu estou socitando os benefícios, é /são cidadãos dos Estados Unidos ou estão legalmente presentes nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações neste formulário são verdadeiras e corretas de acordo com o melhor do meu conhecimento. Entendo e concordo que o DHS e as agências federais autorizadas podem verificar as informações que prestei neste formulário. As informações poderão ser obtidas com empregadores passados ou presentes. Vou relatar qualquer alteração na minha situação de acordo com os requisitos do programa TANF e/ou Stamp/Medicaid de alimentação. Se alguma informação estiver incorreta, benefícios poderão ser reduzidos ou recusados e eu poderei ser objeto de processo criminal caso eu forneça falsa informação ou omitir informação. Eu entendo que se eu falhar em informar aos programas DHS sobre algumas de minhas despesas no meu formulário ou entrevista de renovação, o DHS não lançará aquela despesa no cálculo do montante dos meus benefícios de assistência alimentar.

_____ _____

Assinatura **Data**

_____ _____

Assinatura de Testemunha se assinada por "X" **Data**

Posso escolher alguém para solicitar o Programa Food Stamps ou Medicaid para mim?

Complete esta seção somente se você quiser alguém para preencher seu requerimento, completar aentrevista, e/ou usar seu cartão EBT de compra de alimentos quando você não puder ir ao supermercado. Se você estiver solicitando Medicaid, você poderá escolher mais de uma pessoa para pedir o Medicaid em seu nome.

Nome: _____ Telefone: _____

Endereço: _____ Apt: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP:_____

Nome: _____ Fone: _____

Endereço: _____ Apt: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

For Office Use Only (Somente para uso interno) Data de recebimento: _____

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Posso me qualificar para receber Food Stamps mais rapidamente?

Responda a estas perguntas sobre o requerente e todos os membros de sua residência, para verificar se você poderá obter Food Stamps dentro de 7 dias.

1. Você ou membro de sua residência é migrante ou trabalhador agrícola temporário?

   ❑ Sim ❑ Não

   Se sim, quem _____

2. **Rendimento total bruto realizado**, que será recebida este mês: $ _____
   Nome do empregador _____
   Data do início do trabalho _____ Data do final do trabalho_____
   Quantia paga _____ Horas semanais trabalhadas _____semanal/2 vezes por semana/bimestral/mensal (circule um)

3. **Rendimento total bruto não realizado**, que será recebida este mês: $ _____
   Tipo de rendimento não realizado_____ Quantia _____semanal/2 vezes por semana/bimestral/mensal (circule um)
   Tipo de rendimento não realizado _____ Quantia _____ semanal/2 vezes por semana/bimestral/mensal (circule um)

4. Rendimento total realizado e não realizado este mês: $ _____

5. Qual é a quantia que você e todos os membros de sua residência têm em caixa ou no banco? $_____

6. Qual é o valor **mensal** de sua renda, hipoteca, impostos sobre a propriedade e/ou seguro de proprietário? $____

7. Qual é o valor total das despesas de sua residência, com energia elétrica, água, gás etc, deste mês? $_____
   (Excluir valores dos últimos e honorários atrasados no total)

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Dê informações sobre o requerente e todos os membros da família

Preencha a tabela abaixo com os dados do candidato e de todos os membros da sua residência. As seguintes leis e regulamentos federais: A Lei de Alimentação e Nutrição 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, e 42 C.F.R. § 435.920, autoriza o DFCS a pedir o número de seguro social e dos membros de sua residência. Qualquer pessoa que está morando em sua casa e não solicita os benefícios podem ser tratados como um **não-requerente.** Não-requerentes não precisam informar o número de seguro social, cidadania, ou situação de imigrante e não se qualificam para receber os benefícios. Outro membros da sua residência podem receber os benefícios, caso eles se qualifiquem para receber. Se você quiser solicitar aprovação para todos os membros de sua residência, para que eles recebam benefícios, você deverá informar dados sobre a cidadania ou situação de imigração deles e nos informar os respectivos números de seguridade social (SSN). Você deverá ainda nos informar sobre a renda e recursos **deles** para que determinemos a se o outro morador se qualifica e o nível do benefício do outro morador de sua residência. Nós não relataremos nenhum não-requerente da residência para o Serviço de Cidadania e Imigração dos Estados Unidos (USCIS) e o sistema Verificação Sistemática para Direitos de Estrangeiros (SAVE) não informa a situação de imigração ou cidadania deles. No entanto, se a informação sobre status de imigrante for submetida no formulário, esta informação será objeto de verificação pelo sistema do SAVE e pode afetar a elegibilidade do morador da residência e o nível de benefício. Cruzaremos a informação com outras da esfera federal, estadual e agências locais para verificar renda e eligibilidade. Esta informação pode também ser dada aos funcionários responsáveis pela aplicação da lei a usar para encontrar as pessoas que estão fugindo da lei. Se a sua casa tem uma solicitação para Food Stamp, as informações sobre esta aplicação, incluindo SSN, poderá ser passada às agências Federais e Estaduais e agências de cobrança créditos ao setor privado para que eles utilizam na cobrança do crédito. Não negaremos benefícios aos membros da família do candidato porque outros membros da família não informaram o SSN, nacionalidade ou status de imigração.

NOME Nome	Inicial do nome do meio	Sobrenome	Parentesco com você	Esta pessoa está solicitando benefícios ? (S/N)	Data de nascimento Formato (- -/ - -/ - -)	Número de Seguro Social **(Somente requerentes)**	Sexo M/F	Hispânico/latino? **(Opcional)** (S/N)	Código da raça **(Opcional)** (Veja os códigos abaixo)	Você é cidadão americano, estrangeiro /imigrante qualificado ou imigrante hmong ou laosiano? **(Somente requerentes)** (S/N)
			O PRÓPRIO REQUERENTE							

Códigos de raça (escolha todos os relevantes):

AI – Nativo americano/nativo do Alaska
AS – Asiático
BL – Negro/afro-americano
HP – Nativo do Havaí/das Ilhas do Pacífico
WH – Branco

Ao dar essas informações sobre raça/etnia, você estará nos auxiliando a administrar nossos programas de uma maneira não discriminatória. Não é necessário que a sua família dê essas informações, e isso não afetará sua qualificação ou nível de benefícios.

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Dê mais informações sobre o requerente e todos os membros da família

Precisamos de mais informações a respeito do requerente e todos os moradores da residência a fim de decidir quem se qualifica para receber os benefícios. Responda somente as questões referentes aos benefícios que você deseja receber na página abaixo.

1.Alguém já recebeu algum benefício em outro município ou estado? ❑ Sim ❑ Não

Se sim:

Quem: _____

Onde: __ _____

Quando: _____

2. Alguém já foi condenado por dar falsas informações sobre onde mora e quem ❑ Sim ❑ Não

são para obter benefícios múltiplos de Food Stamps em mais de um local após 8/22/96? (Somente para Food Stamps)

Se sim:

Quem: _____

Onde: _____

Quando: _____

3. Alguém de sua residência demitiu-se voluntariamente ou reduziu as horas de trabalho voluntariamente para menos de 30 horas por semana no período de 30 dias da data da solicitação? (Somente para Food Stamps e TANF) ❑ Sim ❑ Não

Se sim, quem pediu demissão? _____

Por que ele(a) pediu demissão? _____

4. Alguém está grávida? *Envie comprovante de gravidez, se estiver disponível. ❑ Sim ❑ Não

Quem:_____

Data prevista do parto: _____

(Esta pergunta não precisa ser respondida por requerentes que estejam solicitando somente Food Stamps)

5. Para o programa Medicaid, alguém tem contas médicas não pagas durante os últimos 3 meses? ❑ Sim ❑ Não

(Esta pergunta não precisa ser respondida por requerentes que estejam solicitando somente Food Stamps ou TANF)

6. Alguém foi desqualificado do Programa Food Stamps ou TANF? ❑ Sim ❑ Não

Se sim:

a. Quem:_____

b. Onde: _____

7. Alguém está tentando evitar condenação ou prisão por um crime? ❑ Sim ❑ Não

Se sim, quem: _____

8. Alguém está infringindo condições de liberdade ou livramento condicional? (Somente para Food Stamps e TANF) ❑ Sim ❑ Não
   Se sim, quem: _____

9. Alguém tem uma condenação criminal por causa do comportamento relacionado com a posse, ❑ Sim ❑ Não
   uso ou distribuição de alguma droga ou substância controlada depois 22/08/96 (Somente Food Stamps e TANF)
   ou um um crime violento (Somente TANF)?
   Se sim:
   Quem: _____
   Quando: _____

10. Você ou algum membro de seu domicílio foi condenado por negociar benefícios de Food Stamps? ❑Sim ❑ Não
    por drogas depois de 22/08/96? (Somente para Food Stamps)
    Se sim:
    Quem: _____
    Quando: _____

11. Você ou algum morador foi condenado por comprar ou vender benefícios Food Stamps acima de $500 depois de 22/08/96?
    (Somente para Food Stamps) ❑ Sim ❑ Não

    Se sim:
    Quem: _____
    Quando: _____ _____

12. Você ou algum morador foi condenado por trocar benefícios Food Stamps benefits por armas, munição or explosivos depois de
    22/08/96? (Somente Para Food Stamps) ❑ Sim ❑ Não

    Se sim:
    Quem: _____
    Quando: _____ _____

13. Alguém usou fundos do TANF ou do cartão EPPIC nos seguintes estabelecimentos, lojas de bebidas, cassinos, mesas de
    pôquer, locais de diversão para adultos, fianças, boates, bares/estabelecimentos onde bebidas alcoólicas são servidas, salões
    de bingo, pistas de corrida, lojas de armas/munição, cruzeiros marítimos, leitores psíquicos, casas de fumantes, casas de
    tattoo/piercing, e salões de spa/massagem? (Somente para TANF) ❑Sim ❑ Não

    Se sim:
    Quem: _____
    Quando: _____

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Conte-nos sobre o requerente e a renda de todos os membros do domicílio

Você, ou qualquer pessoa pela qual você está solicitando, recebe qualquer tipo de renda, tais como: salários, gorjetas, bônus, rendas de empregado autônomo, benefícios de Seguro Social/Aposentadoria por trabalho ferroviário, outra incapacitação ou deficiência, renda de veteranos de guerra, pensões, seguro-desemprego, pensão alimentícia, dinheiro recebido de outras pessoas, compensação trabalhista ou qualquer outro tipo de renda?

Nome do membro do domicílio que recebe a renda	Tipo de renda	Nome do empregador /fonte de renda	Valor mensal (Antes das deduces de impostos)	Frequência recebida (mensal, 2 vezes por semana, semanal)	Valor pago por hora	Horas semanais	DATA(S) PAGAS

Conte-nos sobre o requerente e todas as despesas dos membros do domicílio

Você paga as despesas de um membro de seu domicílio que é menor dependente ou de um adulto incapacitado/deficiente? Sim ☐ Não ☐ Se sim, complete a tabela abaixo.

Pessoa que necessita de cuidado	Pessoa que paga pelo cuidado	Razões para cuidado	Nome e número de telefone do provedor de cuidados	Valor pago ao provedor de cuidados	Frequência paga

Alguém incapacitado ou com 60 anos de idade ou mais tem despesas médicas? Sim ☐ Não ☐ Se sim, complete a tabela abaixo.

Membro do domicílio que tem despesas	Tipo de despesa (visitas ao medico, hospital, prescrições médicas, Medicare ou prêmios de seguro saúde, óculos)	Valor devido	Ainda deve? Sim/Não	Data paga	O seguro cobrirá? Sim/Não

Alguém incapacitado ou com 60 anos de idade ou mais tem despesas com transporte? Sim ☐ Não ☐
Se sim, complete a tabela abaixo.

Razão para transporte (visita ao médico ou hospital; ir à farmácia para apanhar medicamentos)	Número de milhas dirigidas:	Custo do taxi, ônibus, estacionamento ou acomodações:

Departamento de Serviços Sociais da Geórgia

Solicitação de benefícios

Conte-nos mais sobre o requerente e todas as despesas dos membros do domicílio

Alguém na sua residência paga pensão ou suporte financeiro à criança que <u>não mora</u> em sua residência? Sim ☐ Não ☐ Se Sim, preencha a tabela abaixo.

Membro da residência obrigado a pagar	Nome da criança à qual a pensão ou sustento financeiro é pago	Valor obrigado a pagar	Valor efetivamente pago	Para quem é pago a pensão ou sustento ffinanceiro da criança?

Por favor, preencha a tabela abaixo se você ou qualquer morador de sua residência tiver quaisquer despesas de abrigo. Sim ☐ Não ☐

Se sim, complete a tabela abaixo.

Despesa	Quantia	Frequência?	Quem paga?
Aluguel/Financiamento de casa própria			
Impostos da propriedade			
Seguro residencial			
Eletricidade			
Gas			
Lixo			
Telefone			
Outro			

Você divide as despesas com qualquer outro morador em sua residência? Sim ☐ Não ☐
Se sim, quem? _____
Comentários/Documentação_____
Pago a quem_____ Valor pago $_____ por _____
Nome do beneficiário _____
Endereço do beneficiário: _____

Você recebeu assistência para energia nos útimos 12 meses? Sim ☐ Não ☐ Se sim, valor recebido $_____

Alguém mais paga alguma destas contas domésticas para você? Sim ☐ Não ☐ **Se sim, preencha a tabela abaixo**:

Quem paga a conta?	Quais contas são pagas?
Qual é o valor pago?	Para quem esta pessoa paga as contas?

Penalidades do Programa Food Stamps

Você pode perder seus benefícios ou estar sujeito a processo criminal por prestar de informações falsas.

- Não dê informações falsas ou omita informações para obter benefícios que o membro de sua residência não conseguiria.
- Não utilize o Food Stamps ou cartões EBT que não sejam seus e não deixe que ninguém use o seu.
- Não use os benefícios de alimentação para comprar itens não alimentares, tais como álcool ou cigarro ou pagar com cartões de crédito.

Não troque ou venda o Food Stamps ou cartões EBT por itens ilegais; tais como armas de fogo, munição ou substância controlada (drogas ilícitas).
Qualquer morador da residência que quebrar propositalmente uma das regras do Programa Food Stamps poderá perder o Programa Food Stamps de um ano a um período permanente, ser multado em até US $ 250.000, preso por até 20 anos, ou ambos. A pessoa também pode estar sujeita a processos sob outras leis federais e estaduais aplicáveis. Ela/ele também pode perder o Programa Food Stamps por mais 18 meses, se for decidido em juízo . Qualquer morador da residência que intencionalmente quebrar as regras não receberá Food Stamps por um ano, na primeira infração, dois anos na segunda infração, e permanentemente na terceira infração.
Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da residência é culpado por usar ou receber benefícios do Programa Food Stamps em uma transação envolvendo a venda de uma substância controlada, você ou o morador de sua residência não serão elegíveis para benefícios de dois anos para a primeira transgressão, e permanentemente para a segunda transgressão.
Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer membro da residência é culpado por ter utilizado ou recebido benefícios em uma transação envolvendo a venda de armas de fogo, munições ou explosivos, você ou aquele morador de sua residência estará permanentemente inelegível para participar do Programa Vale-Alimentação no primeiro transgressão desta infração.
Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer morador da residência for culpado de ter benefícios traficados por um valor total de US $ 500 ou mais, você ou aquele membro estará permanentemente inelegível para participar do Programa Food Stamps na primeira infração desta infração.
Se você ou algum morador da residência for culpado por ter dado uma declaração ou representação fraudulenta em relação à identidade (quem são) ou local de residência (onde moram), a fim de receber vários benefícios do vale-refeição, você ou aquele morador ficará inelegível para participar do Programa Food Stamps por um período de 10 anos.

Penalidades do Programa TANF

No Programa TANF, uma ação intencional, de dar informações falsas ou enganosas para estabelecer ou manter a elegibilidade de um AU, aumentar os benefícios, evitar a diminuição dos benefícios, a retenção de informações para evitar uma ação negativa ou usar a ajuda em dinheiro em locais proibidos é considerada uma infração de Intencional do Programa.

- Qualquer morador da residência que encobrir informação, que não relattar a tempo alterações ou não disser a verdade usando os fundos de assistência em dinheiro ou cartão de débito ATFN para sacar dinheiro ou realizar transações em cassinos, lojas de bebidas, estabelecimentos de diversão para adultos, clubes de strip tease, mesas de pôquer, fianças, clubes/bares/estabelecimentos onde bebidas alcóolicas sejam servidas, salões de bingo, pistas de corrida, casas de apostas, lojas de armas/munições, navios de cruzeiros, cartomantes, lojas de fumantes, estabelecimentos de tatuagem/piercing, e casas de spa/massagem é estritamente proibido, omitir a informação, e não informar alterações perderá benefícios TANF por seis meses na primeira infração, 12 meses na segunda infração, e permanentemente na terceira infração. Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer morador da residência está encobrindo informações ou não relatou mudanças a tempo ou não disse a verdade e for condenado, você não receberá ATFN por 12 meses na primeira infração e permanentemente na segunda infração. Se um tribunal de justiça decidir que você ou qualquer morador da residência é culpado por passar informações falsas sobre onde você mora para poder receber os benefícios em mais de um estado, seu caso será interditado por 10 anos. Se um tribunal o condenou a pagar multa por envovimento com substância controlada relacionada com drogas ou crime violento grave, a partir de 1/1/97 você ou o morador da residência não serão elegíveis e/ou serão permanentemente desqualificados.

Para todos os requerentes do Programa Food Stamps, TANF e Medicaid:

Declaro, sob pena de perjúrio, de acordo com o melhor de meu conhecimento e crença de que a(s) pessoa(s) para quem eu estou solicitando os benefícios é/são cidadãos dos EUA ou encontram-se legalmente nos Estados Unidos. Certifico ainda que todas as informações neste formulário são verdadeiras e corretas no melhor de meu conhecimento. Eu entendo e concordo que o DHS e órgãos federais autorizados podem verificar as informações que der neste pedido. Informações podem ser obtidas junto dos empregadores passados ou presentes. Vou relatar qualquer mudança em minha situação de acordo com o Programa Food Stamps/Medicaid e/ou requisitos do programa TANF. Se alguma informação estiver incorreta, os benefícios podem ser reduzidos ou negados e eu poderei estar sujeito a procedimento penal ou desqualificado de programas do DHS por prestar informações incorretas. Eu entendo que eu posso ser processado se eu fornecer informações falsas ou ocultar informações. Eu entendo que, se eu deixar de informar ao DHS sobre algumas das minhas despesas em meu pedido ou na entrevista de renovação, que o DHS não lançará essas despesas no cálculo do montante dos benefícios de Food Stamps.

Assinatura do requerente	Data
Assinatura do representante autorizado	Data
Nome e assinatura do gerente de casos (Case Manager's Name and Signature)	Data (Date)