



Bienvenido al Departamento de Servicios para Familias y Niños de Georgia (DFCS, por su sigla en inglés). Le suministramos esta información para ayudarlo a comprender los derechos y obligaciones que tiene cuando recibe estampillas para alimentos, asistencia con dinero en efectivo y atención médica.

Por favor, lea los Derechos y las Obligaciones establecidos en los programas que está solicitando y firme la última página. Si presenta una solicitud en nombre de otra persona, estos derechos y obligaciones le corresponden a esa otra persona.

¿Cuáles son mis derechos en los Programas de Estampillas para Alimentos, de Ayuda Temporal para Familias Necesitadas (TANF, por su sigla en inglés) y el sistema Medicaid?

En todos los programas, usted tiene derecho a:

- solicitar una audiencia justa. Si no está satisfecho con las medidas tomadas en su caso, puede solicitar una audiencia comunicándose con la oficina del condado donde presentó la solicitud para los beneficios o llamando al 1(800) 869-1150.
- estudiar el legajo de su caso, a menos que las leyes o reglamentaciones federales o de los estados se lo impidan.
- decidir si desea suministrar un Número del Seguro Social (SSN, por su sigla en inglés). Sólo las personas que nos informan su SSN serán elegibles para recibir los beneficios. Si usted u otra persona de su grupo familiar no tienen SSN, podemos ayudarlos a solicitar uno. Utilizaremos su SSN para comprobar sus ingresos y hacer averiguaciones en otras oficinas por medios computarizados. No compartiremos sus datos con los Servicios de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS, por su sigla en inglés).

¿Cuáles son mis obligaciones en los programas de Estampillas para Alimentos, de TANF y el sistema Medicaid?

En todos los programas, usted es responsable de:

- dar datos correctos al encargado de su caso y presentar las constancias necesarias para recibir los beneficios. Cuando firma este formulario, usted autoriza al encargado de su caso a solicitar información a su empleador, banco, vecinos u otras personas para que podamos asegurarnos de que reciba los beneficios que efectivamente le corresponden.
- decir la verdad en todo momento. Si usted o alguien que está presentando una solicitud da datos incorrectos, puede estar cometiendo un delito que se pena, incluso, con la cárcel.
- presentar una constancia de que usted u otra persona de su grupo familiar que solicita los beneficios son ciudadanos estadounidenses o inmigrantes elegibles. **Nota:** El encargado de su caso le entregará una lista de las formas en que puede comprobar su ciudadanía o estado migratorio.
- comunicar ciertos cambios ocurridos en la situación de su grupo familiar. Cada programa establece distintos requisitos de suministro de información. Lea la sección de obligaciones de cada programa para averiguar los cambios que debe informar.



¿Qué otras obligaciones tengo en el programa de Estampillas para Alimentos?

En este programa, también es responsable de:

- aceptar cooperar con el personal federal y del estado que trabaja para la Oficina de Prevención de Fraudes o la Oficina de Servicios de Investigación y que realizan revisiones de casos especiales; de lo contrario, se podrá denegar o cerrar su caso.
- cooperar con los revisores de Control de Calidad cuando lo llaman o van a su casa para interrogarlo sobre los datos brindados al encargado de su caso. De lo contrario, se podrá denegar o cerrar su caso.
- rembolsar beneficios que no debería haber recibido.
- informar ciertos cambios ocurridos en la situación de su grupo familiar. El encargado de su caso utilizará la siguiente tabla para explicarle los cambios que debe informar.

Si usted:	Debe informar:
tiene un Requisito de Notificaciones Simplificadas (SRR).	<p>Cuando los ingresos mensuales brutos totales de su grupo familiar exceden el 130% del Nivel de Pobreza Federal para una familia con la cantidad de miembros que tiene la suya. Se le entregará un formulario 339, Aviso del Requisito de Notificaciones Simplificadas, el cual le explica en detalle este requisito.</p>
no tiene un Requisito de Notificaciones Simplificadas (SRR).	<p>los siguientes cambios dentro de los 10 días de haber ocurrido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • si sus ingresos no provenientes del trabajo mensuales brutos cambian en más de \$50. • si empieza un nuevo trabajo, cambia de trabajo, renuncia o queda cesante. • si cambia la cantidad de horas trabajadas. • si sus impuestos a la propiedad, el seguro de la vivienda o los gastos de los servicios públicos cambian porque se ha mudado. • si el monto de manutención infantil pagada o recibida se modifica. • si el dinero en efectivo con el cual cuenta, el dinero ahorrado en el banco u otros recursos que tiene exceden los \$2000. • cualquier otro cambio.
es un adulto no incapacitado, sin menores a cargo, que está trabajando (ABAWD, por su sigla en inglés).	<ul style="list-style-type: none"> • cuando la cantidad de horas trabajadas se reduce a menos de 20 horas por semana u 80 horas por mes.



¿Cuáles son mis derechos y obligaciones para informar los gastos familiares en el Programa de Estampillas para Alimentos?

En el Programa de Estampillas para Alimentos, ciertos gastos familiares, como los gastos de la vivienda, las facturas médicas, el cuidado de familiares a cargo y la manutención infantil pagada fuera del hogar, pueden afectar los beneficios recibidos. Si desea que nosotros tengamos en cuenta estos gastos, debe informarlos y verificarlos. En caso contrario, no los utilizaremos para determinar el monto de su beneficio.

¿Cuáles son las penalidades en el Programa de Estampillas para Alimentos?

En este programa, se imponen penalidades:

Si usted...	Perderá el beneficio de las estampillas para alimentos...
<ul style="list-style-type: none">• oculta información o no dice la verdad.• usa tarjetas de transferencia electrónica de beneficios (EBT) que pertenecen a otra persona.• usa los beneficios de las estampillas de alimentos para comprar alcohol o tabaco.• comercializa o vende los beneficios o las tarjetas EBT.	<ul style="list-style-type: none">• durante 12 meses por la primera infracción, 24 meses por la segunda, y en forma permanente para la tercera.
<ul style="list-style-type: none">• comercializa las estampillas para alimentos a cambio de sustancias reguladas, tales como drogas.	<ul style="list-style-type: none">• durante 24 meses por la primera infracción y en forma permanente por la segunda.
<ul style="list-style-type: none">• comercializa las estampillas para alimentos a cambio de armas de fuego, municiones o explosivos.	<ul style="list-style-type: none">• en forma permanente.
<ul style="list-style-type: none">• comercializa, compra o vende las estampillas para alimentos de \$500 o más.	<ul style="list-style-type: none">• en forma permanente.
<ul style="list-style-type: none">• Da información falsa sobre su lugar de residencia para conseguir estampillas de alimentos en más de un estado.	<ul style="list-style-type: none">• durante 10 años.



¿Qué otros derechos tengo en el programa TANF?

En el Programa TANF, tiene derecho a:

- ser eximido de ciertas reglas si es víctima de violencia doméstica. El encargado de su caso le explicará las reglas que no tendrá que observar.

¿Qué otras obligaciones tengo en el programa TANF?

En este programa, usted es responsable de:

- informar ciertos cambios que le hayan ocurrido a usted u otros miembros de su familia incluidos en su caso TANF. Por favor, informe:
 - si hubo cambios en los ingresos o la cantidad de horas trabajadas, ya sean suyos o de otros miembros del grupo familiar.
 - si usted u otros miembros del grupo familiar cambian de trabajo, empiezan uno nuevo, renuncian o quedan cesantes.
 - si se muda.
 - si un familiar se muda a -o de- su casa.
 - si hay un nacimiento.
 - si un niño abandona la escuela.
 - cualquier otro cambio.
- participar en una actividad laboral, si usted es uno de los padres o un adulto incluido en el beneficio TANF, a menos que esté exento. Colaboraremos con usted para encontrar las mejores actividades laborales que lo ayuden a lograr la autosuficiencia. Tenemos la facultad de disminuir o suspender sus beneficios TANF si no coopera con nosotros y no hay ningún motivo que lo justifique.
- informar que usted u otra persona incluida en el beneficio TANF han recibido o esperan recibir una suma global de dinero. Es posible que sus beneficios TANF se suspendan durante uno o más meses, y que su familia tenga que vivir con la suma global durante varios meses.
- cooperar con la Oficina de Servicios de Manutención Infantil si recibe los beneficios de TANF. Debe ayudar a la Oficina a determinar quién es el padre de su(s) hijo(s) y cooperar para que le consigan una orden judicial de manutención infantil; si no lo hace sin tener un motivo justificado, se podrán suspender sus beneficios TANF.
- notificar al encargado de su caso si desea recibir el dinero de la manutención infantil en vez de sus beneficios TANF. Cuando obtiene estos beneficios, usted no puede recibir el pago completo de su manutención infantil, sino sólo una porción llamada pago "suplementario". El estado retiene el resto del pago de la manutención infantil para rembolsar los beneficios TANF que usted recibe.



¿Cuáles son las penalidades del Programa TANF?

En este programa, se imponen penalidades:

Si usted...	Perderá los beneficios del TANF...
<ul style="list-style-type: none">oculta información, no informa los cambios a tiempo o no dice la verdad.	<ul style="list-style-type: none">durante 6 meses por la primera infracción.durante 12 meses por la segunda infracción.en forma permanente por la tercera.
<ul style="list-style-type: none">oculta información, no informa los cambios a tiempo o miente y es condenado por un tribunal de justicia.	<ul style="list-style-type: none">durante 12 meses por la primera infracción.en forma permanente por la segunda.
<ul style="list-style-type: none">da datos falsos sobre su lugar de residencia para recibir los beneficios en más de un estado.	<ul style="list-style-type: none">durante 10 años.
<ul style="list-style-type: none">fue condenado para o luego del 1ro de enero de 1997 por un delito violento grave o delito relacionado con las drogas.	<ul style="list-style-type: none">en forma permanente.



¿Qué otros derechos tengo en el sistema Medicaid?

En el Sistema Medicaid, tiene derecho a:

- tener la cobertura de Medicaid aún si tiene otro seguro de salud.
- elegir a su médico o proveedor de Medicaid. Pregunte siempre a sus médicos si aceptan Medicaid como medio de pago por sus servicios.
- hacer que su solicitud de Medicaid sea aprobada o denegada dentro de 10, 45 o 60 días a partir de la fecha de su presentación, según el tipo de Medicaid.
- ser eximido de dar información sobre el padre/madre de sus hijos que está ausente, o de tener que conseguir asistencia médica de ese padre/madre ausente si tiene un motivo justificado, tal como la violencia doméstica. Hable con el encargado de su caso si piensa que tiene un motivo justificado.

¿Qué otras obligaciones tengo en el Sistema Medicaid?

En este sistema, usted también es responsable de:

- Informar al encargado de su caso si usted o sus hijos tienen otro seguro médico. Si éste cambia o termina, debe informar al encargado de su caso dentro de los 10 días. Los datos del seguro médico se envían al Departamento de Salud Comunitaria. En la mayoría de los casos, su otro seguro de salud deberá pagar primero sus gastos médicos. Debe avisar a su médico u otros proveedores de servicios de salud que tiene otro seguro, así podrán facturar los servicios al otro seguro médico antes de cobrarlos a Medicaid.
- Cooperar con el Programa de Recuperación del Acervo Hereditario de Medicaid si usted está internado en:
 - un hogar de ancianos.
 - una institución de cuidados intermedios para retrasados mentales.
 - otro hospital psiquiátrico donde Medicaid paga la atención médica.
- Cooperar con el Programa de Recuperación del Acervo Hereditario de Medicaid si tiene 55 años de edad o más y:
 - recibe servicios comunitarios y en el hogar.
 - está afiliado a un programa de exención de ciertos requisitos legales de Medicaid (*waiver program*, por su designación en inglés) y recibe esos servicios.
- Firmar su solicitud, la cual autoriza a la oficina de Medicaid a cobrarle a cualquier persona legalmente responsable o compañía de seguros el dinero correspondiente a las facturas pagadas por Medicaid. También autoriza a Medicaid a divulgar sus datos o los de la persona para la cual está presentando la solicitud a cualquier individuo legalmente responsable y compañía de seguros.



¿Qué otras obligaciones tengo en el Sistema Medicaid? (continuación)

- Informar los cambios que experimenten usted y las otras personas incluidas en su caso de Medicaid. Por favor informe:
 - si usted u otros miembros de su grupo familiar se mudaron.
 - si usted u otros miembros del grupo familiar cambian de trabajo, empiezan uno nuevo, renuncian o quedan cesantes.
 - si hubo cambios en los ingresos o la cantidad de horas trabajadas, ya sean suyos o de otros miembros del grupo familiar.
 - si un familiar se muda a -o de- su casa.
 - si usted u otro miembro de su grupo familiar cobra una herencia, o bien si recibe dinero o bienes de cualquier persona.
 - si una persona de su grupo familiar muere o se casa.
 - cualquier otro cambio.
- Informar al encargado de su caso sobre la finalización de su embarazo, ya sea por el nacimiento de su bebé, un aborto espontáneo o un aborto. Debe informar la finalización del embarazo dentro de los 10 días.
- Otorgarnos el derecho a exigir a un padre/madre ausente que provea un seguro médico, si lo tiene. Debe conseguir la ayuda médica de ese padre/madre ausente si es posible. Si no coopera, podrá perder sus beneficios de Medicaid y sólo sus hijos los recibirán, a menos que exista un motivo justificado por la falta de cooperación.



Página de firma

Solicitud inicial

Revisión

"Conforme a las leyes federales y las disposiciones del Departamento de Agricultura y el Departamento de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos (USDA y HHS, por sus siglas en inglés, respectivamente), se prohíbe a esta institución discriminar a las personas por motivos de raza, color de piel, origen étnico, sexo, edad o incapacidad. Conforme a la Ley de Estampillas para Alimentos y la política del USDA, también se prohíbe toda discriminación basada en creencias religiosas o políticas".

Para formular una queja por discriminación, se puede comunicar con el Programa de Derechos Civiles del DFCS, ubicado en Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-252, Atlanta, Ga. 30303, llamar al (404) 657-3735, o bien enviar un fax al (404) 463-3978.

Se puede comunicar con la Oficina de Derechos Civiles del Departamento de Salud y Servicios Humanos (HHS), Room 506F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, o llamar al (202) 619-0403 (servicio de voz) o al (202) 619-3257 (TTY).

Sólo para Estampillas para Alimentos: se puede comunicar con el Departamento de Agricultura de los Estados Unidos (USDA), Oficina de Derechos Civiles, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, o llamar al (800) 795-3272 (servicio de voz) o (202) 720-6382 (TTY). Tanto el USDA como el HHS practican una política de igualdad de oportunidades en el empleo y prestaciones de servicios.

Toda la información brindada así como todas las declaraciones formuladas son verdaderas, según mi leal saber y entender.

He recibido una copia del Formulario 297A, Derechos y Obligaciones relacionados con los Beneficios.

Firma

Fecha

Representante autorizado/Testigo/Responsable

Fecha

He leído y analizado el Formulario 297A, Derechos y Obligaciones relacionados con los Beneficios, con la persona cuya firma consta precedentemente.

Encargado del caso - Firma

Fecha