



# Derechos y Responsabilidades



## ¡Bienvenido a la División de Servicios para Familias y Niños de Georgia!

Si necesita ayuda para llenar esta solicitud, pregúntenos o llame al 1-877-423-4746. Si usted es sordo o tiene una discapacidad auditiva, llame a GA Relay al 1-800-255-0135. Nuestros servicios son gratuitos. Le ofrecemos esta información para ayudarle a entender sus derechos y responsabilidades al recibir ayuda con Asistencia Alimentaria, Asistencia Financiera y Asistencia Médica. Por favor lea los Derechos y Responsabilidades de los programas que está solicitando y firme la última página. Si está haciendo una solicitud en nombre de otra persona, estos derechos y responsabilidades le corresponden también a esa persona.

### Declaración de Derechos Civiles

“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, religión y 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 el USDA, llene el *Formulario de Queja por Discriminación en un Programa del USDA* en [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) o en cualquier oficina del 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](mailto: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](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 los EE. UU. y el 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 de 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.

### ¿Cuáles son mis derechos en los programas de Cupones de Alimentos, TANF y Medicaid?

En todos los programas, usted tiene derecho a:

# Derechos y Responsabilidades



- **solicitar una audiencia justa por escrito o en persona.** Tiene derecho a ser representado por un miembro de su hogar, un abogado, un pariente, un amigo u otro portavoz. Si no está satisfecho con la decisión tomada en su caso, puede solicitar una audiencia contactando a la oficina del condado donde solicitó los beneficios o llamando al 1(800) 869-1150.
- **revisar parte del material e información del expediente de su caso.** Sin embargo, puede que no se le permita ver toda la información del archivo, como los nombres de las personas que nos han proporcionado información acerca de usted o de los miembros de su hogar, o información acerca de cualquier procesamiento penal relacionado con usted o algún miembro de su hogar.
- **decidir si desea proporcionar información acerca del número de Seguro Social (SSN), ciudadanía o estatus migratorio.** Para calificar para la asistencia pública, el individuo debe ser ciudadano estadounidense, nacional de los Estados Unidos o inmigrante elegible. Conforme a la Ley de Alimentación 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, el DFCS está autorizado a pedirle a usted y a los miembros de su hogar el número de Seguro Social (SSN).
- **decidir si desea proporcionar información acerca del número de Seguro Social (SSN), ciudadanía o estatus migratorio (continuación).** Las personas que solicitan asistencia pública deben proporcionar un SSN o presentar una solicitud para uno, o verificar su ciudadanía o estatus migratorio. De acuerdo a su estatus legal, algunos inmigrantes son elegibles y otros no. Si usted o alguien en su hogar no tiene un SSN, podemos ayudarle a solicitar uno. Solicitar un SSN no demorará la decisión sobre su solicitud de beneficios. Una persona que no esté solicitando asistencia pública y que no proporcione un SSN, o datos de su estatus de ciudadanía o estatus migratorio, podría ser designada como no solicitante.

El no solicitante no está obligado a proporcionar un SSN, estatus de ciudadanía o estatus migratorio, pero debe proporcionar otra información que podría afectar la elegibilidad de los otros miembros solicitantes del hogar, como sus ingresos y recursos. El no solicitante no es elegible para recibir beneficios. Sólo las personas que proporcionen información acerca de su SSN, ciudadanía o estatus migratorio serán elegibles para recibir beneficios. Usaremos esta información 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 elegibilidad. Esta información también podría ser compartida 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, la información en esta solicitud (incluyendo los SSN) podría ser entregada a las agencias federales y estatales y a las agencias privadas de cobro de reclamaciones para asistirles en la cobranza de la reclamación. No compartiremos su información con el Servicio de Ciudadanía e Inmigración de los Estados Unidos (USCIS); sin embargo, si su solicitud contiene información acerca de su estatus migratorio, esta información podría estar sujeta a verificación a través del USCIS y podría afectar la elegibilidad de los miembros de su hogar y el nivel de los beneficios. Aunque otros miembros del hogar no proporcionen su SSN, estatus de ciudadanía o estatus migratorio, no negaremos beneficios a los miembros del hogar solicitantes. El hecho de solicitar o recibir **beneficios de Cupones de Alimentos no** convierte a un no ciudadano en una carga pública. Recibir o aceptar **Ingresos del Seguro Suplementario (SSI), asistencia financiera de TANF, Medicaid de Atención Institucional a Largo Plazo o Asistencia General estatal podría convertir a** un no ciudadano en una carga pública si todas las condiciones de elegibilidad se cumplen. Sin embargo, recibir estos beneficios no convierte a un individuo automáticamente en inadmisibles o inelegibles para ajustar su estatus a residente legal permanente sobre la base de carga pública. Una "carga pública" significa que usted es una persona con probabilidades de llegar a ser "primariamente dependiente" del gobierno para mantener su forma de vida, lo cual es demostrado ya sea por la recepción de asistencia pública financiera para el mantenimiento de ingresos o por la institucionalización para cuidados a largo plazo a expensas del gobierno". Si usted es considerado una carga pública, no será deportado ni se le negará el estatus permanente por haber solicitado o recibido asistencia pública. Medicaid de Emergencia, que incluye el trabajo de parto y nacimiento, está disponible para inmigrantes embarazadas no calificadas e indocumentadas.

- **decidir si desea proporcionar información acerca de su raza u origen étnico.** Recopilamos datos acerca de la raza, el color de piel y el origen nacional, para así garantizar el cumplimiento con las leyes federales de los derechos civiles. Al proporcionar esta información, usted 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.



# Derechos y Responsabilidades



## ¿Cuáles son mis responsabilidades en los programas de Cupones de Alimentos, TANF y Medicaid?

En todos los programas, usted es responsable de:

- darle al trabajador social información correcta y proporcionar los comprobantes necesarios de sus declaraciones para recibir beneficios. Al firmar este formulario, usted está autorizando a su trabajador social a obtener información de su empleador, banco, vecinos u otros, para asegurarnos de que usted reciba la cantidad correcta de beneficios.
- decir la verdad en todo momento. Si usted, o quien hace la solicitud en su nombre, da información incorrecta, usted podría perder sus beneficios o estar sujeto a un procesamiento penal por proporcionar información falsa de manera intencional.
- proporcionar comprobantes de que usted o cualquier persona en su hogar que está solicitando beneficios es ciudadano estadounidense o inmigrante calificado. **Tenga en cuenta** que su trabajador social le dará una lista de las maneras como usted puede demostrar su ciudadanía o estatus migratorio.
- informar ciertos cambios en la situación de su hogar. Cada programa tiene sus propios requisitos de información. Consulte la sección de responsabilidades de cada programa para saber qué debe informar.

## ¿Qué otras responsabilidades tengo en el programa de Cupones de Alimentos?

En el programa de Cupones de Alimentos, usted también es responsable de:

- cooperar con los revisores de Control de Calidad cuando llamen o vayan a su casa a entrevistarle acerca de la información que usted proporcionó al administrador de su caso. Si usted no coopera con ellos, su caso podría ser negado o cerrado.
- devolver los beneficios que no debió haber recibido.
- informar cuando el total de los ingresos brutos mensuales de su hogar sea mayor que el 130% del Nivel de Pobreza Federal para el número de personas en su hogar. Si es un adulto trabajador soltero sin niños, también debe informar cuando sus horas de trabajo sean menos de 20 horas a la semana u 80 horas al mes.

Los hogares que reciben cupones de alimentos **NO PUEDEN** usar sus beneficios para comprar artículos no alimenticios, como cerveza, vino, licor, cigarrillos, tabaco, alimento para mascotas, jabones, productos de papel y artículos de uso doméstico.

Los hogares que reciben cupones de alimentos **TAMPOCO PUEDEN** comprar alimentos a crédito con sus beneficios.

## ¿Cuáles son mis derechos y responsabilidades de informar sobre los gastos del hogar, en el programa de Cupones de Alimentos?

En el programa de Cupones de Alimentos, ciertos gastos del hogar como costos de albergue, facturas médicas, costos de cuidado de dependientes y pago de manutención infantil fuera del hogar podrían afectar la cantidad de los beneficios que usted recibe.

Si tiene gastos de calefacción o aire acondicionado, podría ser elegible para recibir el subsidio de servicios públicos habitual.

Si tiene sólo un gasto de servicio público y NO es de calefacción o aire acondicionado, usted podría ser elegible para recibir un descuento del gasto real incurrido.

Si tiene sólo un gasto de teléfono y ningún gasto de calefacción o aire acondicionado, podría ser elegible para recibir el subsidio estándar de teléfono.

Si desea que consideremos estos gastos, usted es responsable de informarlos y verificarlos. Si usted no informa o no verifica los gastos verdaderos de servicios públicos, no los usaremos para determinar la cantidad de sus beneficios.



# Derechos y Responsabilidades



## ¿Cuáles son las sanciones en el programa de Cupones de Alimentos?

Las sanciones del programa de Cupones de Alimentos se exponen en la siguiente tabla.

Violaciones intencionales del programa	
Si usted o algún miembro del hogar...	Será INELEGIBLE ...
<ul style="list-style-type: none"> <li>oculta información o no dice la verdad;</li> <li>usa tarjetas EBT pertenecientes a otra persona;</li> <li>usa los beneficios de Cupones de Alimentos (FS) para comprar bebidas alcohólicas o tabaco, intercambia o vende los beneficios de FS o las tarjetas EBT</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por <b>12 meses</b> por la primera infracción,</li> <li><b>24 meses</b> por la segunda infracción,</li> <li>y <b>de forma permanente</b> por la tercera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ha usado o recibido beneficios de FS en una transacción relacionada con la venta de una sustancia controlada (drogas)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por <b>24 meses</b> por la primera infracción y</li> <li><b>de forma permanente</b> por la segunda infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ha usado o recibido beneficios de FS en una transacción relacionada con la venta de armas de fuego, municiones o explosivos, después del 22/8/96</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>de forma permanente</b> por la primera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ha sido condenado por tráfico de beneficios por una cantidad de \$500 o más, después del 22/8/96</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>de forma permanente</b> por la primera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>tiene una condena por un delito grave de comportamiento relacionado con posesión, uso o distribución de una sustancia controlada (drogas) después del 22/8/96.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li><b>de forma permanente.</b></li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>huye para evitar ser procesado, detenido o recluido por un delito grave.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hasta que usted deje de huir.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>infringe una condición de su libertad condicional o libertad a prueba.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>hasta que deje de ser un infractor de libertad a prueba o libertad condicional.</li> </ul>



# Derechos y Responsabilidades



## ¿Qué otros derechos tengo en el programa de TANF?

En el programa de TANF, usted tiene derecho a:

- estar exento de ciertas reglas si usted es una víctima de violencia doméstica. El administrador de su caso le hablará acerca de las reglas que usted no tendrá que seguir.

## ¿Qué otras responsabilidades tengo en el programa de TANF?

En el programa de TANF, usted es responsable de:

- cooperar con el personal estatal y federal que trabaja para la Unidad de Prevención de Fraudes o para la Oficina de Servicios de Investigación, quienes hacen revisiones especiales de casos. Si usted no coopera, su caso podría ser negado o cerrado.
- devolver los beneficios que no debió haber recibido.
- participar en una actividad de trabajo, si usted es un padre/una madre o un adulto incluido en el beneficio de TANF, a menos de que esté exento. Le ayudaremos a encontrar las actividades de trabajo más apropiadas para que se convierta en una persona autosuficiente. Es posible que tengamos que reducir o cancelar sus beneficios de TANF si usted no coopera con nosotros y no existe una buena razón.
- informar si usted o alguien que está incluido en su beneficio de TANF ha recibido o espera recibir una suma global de dinero. Sus beneficios de TANF podrían ser suspendidos por uno o más meses y su familia podría tener que vivir de la suma global por varios meses.
- cooperar con el Departamento de Servicios de Manutención Infantil si recibe beneficios de TANF. Usted debe ayudar al Departamento de Servicios de Manutención Infantil a determinar quién es el padre de cada uno de sus hijos y ayudarles a obtener una orden del tribunal para la manutención infantil. Si no coopera con ellos y no existe una buena razón, sus beneficios de TANF podrían ser cancelados.
- notificar al administrador de su caso si prefiere recibir dinero de manutención infantil en lugar de sus beneficios de TANF. Cuando usted recibe beneficios de TANF, no puede recibir todo su pago de manutención infantil. Podría recibir sólo una porción de este pago, llamado pago de “brecha”. El estado se queda con el resto del pago de manutención infantil para reponer los beneficios de TANF que usted recibe.
- informar ciertos cambios en la situación de su hogar, relacionados con usted u otros miembros elegibles del hogar dentro de un plazo de 10 días de enterarse de los mismos. Háganos saber si usted o algún miembro de su hogar:
  - comienza o deja de recibir algún ingreso no derivado del trabajo.
  - cambia de trabajo, consigue un nuevo trabajo, renuncia a un trabajo o es despedido.
  - se muda a su casa o fuera de ella.
  - tiene un bebé
  - un menor abandona la escuela.
  - un menor se ausenta del hogar por un periodo de 45 días consecutivos o más.
  - la familia completa se muda a otro condado o estado, o
  - alguien muere.



# Derechos y Responsabilidades



## ¿Cuáles son las sanciones en el programa de TANF?

El programa de TANF impone sanciones:

Si usted ...	Perderá los beneficios de TANF ...
<ul style="list-style-type: none"> <li>oculta información, no informa cambios a tiempo o no dice la verdad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>oculta información, no informa cambios a tiempo o no dice la verdad y ha sido condenado en un tribunal de justicia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por 6 meses por la primera infracción, 12 meses por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>proporciona información falsa acerca de su domicilio, con el fin de obtener beneficios en más de un estado y es condenado el 1/1/97 o en una fecha posterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por 10 años.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuos condenados por otras violaciones intencionales del programa (IPVs, por sus siglas en inglés) cometidas el 07/01/1998 o después</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por 6 meses por la primera infracción; 12 meses por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>ha sido condenado por un cargo relacionado con drogas o un delito grave relacionado con violencia, el 1/1/97 o en una fecha posterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>de forma permanente.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Individuos condenados por una IPV por usar los fondos de asistencia financiera o realizar transacciones EBT de TANF en lugares prohibidos el 06/01/2012 o en una fecha posterior</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>por 6 meses por la primera infracción; 12 meses por la segunda infracción y de forma permanente por la tercera infracción.</li> </ul>

# Derechos y Responsabilidades



## ¿Qué otros derechos tengo en el programa de Medicaid?

En el programa de Medicaid, usted tiene derecho a:

- recibir Medicaid aunque tenga otro seguro médico.
- escoger su doctor o proveedor de Medicaid. Pregunte siempre a sus doctores si aceptan Medicaid como forma de pago por sus servicios.
- tener su solicitud de Medicaid aprobada o negada dentro de un plazo de 10, 45 ó 60 días desde la fecha en que usted hizo la solicitud, según el tipo de Medicaid.
- ser eximido de proporcionar información acerca del padre/madre ausente del hogar o de demandar asistencia médica del padre/madre ausente, si usted tiene una buena razón tal como violencia doméstica. Hable con el administrador de su caso si piensa que tiene una buena razón.

## ¿Qué otras responsabilidades tengo en el programa de Medicaid?

En el programa de Medicaid, usted también es responsable de:

- decirle a su trabajador social si sus hijos tienen otro seguro médico. Si el seguro médico cambia o termina, usted debe notificar a su trabajador social dentro de un plazo de 10 días. La información del seguro médico es enviada al Departamento de Salud Comunitaria. En la mayoría de los casos, su otro seguro médico debe pagar por sus gastos médicos primero. Usted debe notificar a su doctor u otros proveedores de salud de que tiene otro seguro, para que así ellos puedan cobrarle al otro seguro médico antes de cobrarle a Medicaid.
- cooperar con el programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid si usted es:
  - un residente de un hogar de ancianos.
  - un residente de un centro de atención intermedia para retraso mental.
  - un residente de otra institución mental donde el cuidado médico sea pagado por Medicaid.
- cooperar con el programa de Recuperación Patrimonial de Medicaid si usted tiene 55 años de edad o más y:
  - recibe servicios basados en el hogar y la comunidad.
  - está inscrito en un programa de exención y recibe servicios a través de dicho programa.
- Estoy de acuerdo en asignar al Estado todos los derechos para la asistencia médica y al pago por el cuidado médico de parte de terceros (los beneficios de hospital y médicos). Estoy de acuerdo en cooperar con el Estado en identificar y proporcionar información para ayudar al Estado a buscar a terceros que puedan ser legalmente responsables del pago por cuidados y servicios. Entiendo que debo informar cualquier pago recibido por cuidados médicos dentro de un plazo de diez días. (Si está completando este formulario en nombre de otra persona, y no tiene el poder para ejecutar una cesión por esa persona, la misma deberá firmar una cesión de los derechos antes mencionados, como condición de su elegibilidad para Medicaid).
- informar cambios relacionados con usted y las otras personas en su caso de Medicaid. Favor de informar:
  - si usted u otro miembro del hogar se muda.
  - si usted u otro miembro del hogar cambia de trabajo, consigue un nuevo trabajo, renuncia a un trabajo o es despedido.
  - si usted u otro miembro del hogar tiene un cambio en sus ingresos o recursos.
  - si un miembro del hogar se muda a su casa o fuera de ella.
  - si usted u otro miembro del hogar recibe una herencia o recibe dinero o bienes de cualquier fuente.
  - si alguien en su hogar fallece o se casa.



# Derechos y Responsabilidades



- cualquier otro cambio.
- decirle al administrador de su caso cuando su embarazo llegue a su término. El embarazo llega a su término con el nacimiento del bebé, con una pérdida o con un aborto. Usted debe informar del término del embarazo dentro de un plazo de 10 días.
- Estoy de acuerdo en otorgarle al estado el derecho de exigir que un padre ausente proporcione seguro médico, si está disponible. Entiendo que tengo que conseguir la ayuda médica del padre ausente si la hay disponible y que tengo que cooperar con la División de Servicios de Manutención Infantil para obtener este apoyo. Si **no** coopero, entiendo que podría perder mis beneficios de Medicaid y sólo mis hijos recibirán beneficios, a menos que se establezca una buena causa.
- cooperar con Control de Calidad de Elegibilidad de Medicaid cuando llamen o vayan a su casa a entrevistarle acerca de la información que usted proporcionó al administrador de su caso.

Cometer fraude y abuso va contra la ley. Usted podría ser remitido a la Unidad de Prevención de Fraude de Medicaid y PeachCare for Kids<sup>®</sup>. Los infractores pueden ser limitados al uso de un solo proveedor, pueden ser expulsados del programa o pueden ser obligados a reembolsar al Departamento de Salud Comunitaria por los servicios médicos prestados.

El fraude es un acto deshonesto intencional. El abuso es un acto que no sigue las buenas prácticas.

## Algunos ejemplos de fraude y abuso de los participantes son:

- Permitir que otra persona use su tarjeta de seguro de Medicaid, PeachCare for Kids<sup>®</sup> o del CMO.
- Obtener recetas con el fin de abusar de los medicamentos o venderlos.
- Usar documentos falsos para obtener servicios.
- Abusar o usar de manera incorrecta un equipo proporcionado por Medicaid o PeachCare for Kids<sup>®</sup>.
- Proporcionar información incorrecta, o permitir que otros lo hagan, con el fin de obtener elegibilidad para Medicaid o PeachCare for Kids<sup>®</sup>.
- No informar cambios en los ingresos, arreglos de convivencia o recursos.

Usted debe denunciar los casos de fraude y abuso a:

La línea directa de Fraude y Abuso de Medicaid/ PeachCare for Kids<sup>®</sup> (404) 463-7590 o gratis al (800) 533-0686 o por correo a:

Department of Community Health  
OIG PI Section  
2 Peachtree Street, NW  
5<sup>th</sup> Floor  
Atlanta, GA 30303



# Derechos y Responsabilidades



## Hoja de firmas

Solicitud inicial

TCOS

Revisión

Me han informado que mi hogar es elegible para Servicios de Alcance Comunitario y he recibido el folleto.

He recibido una copia del Formulario 297A, Derechos y Responsabilidades, para beneficios.

Certifico, bajo pena de perjurio, que toda la información proporcionada y todo lo que he dicho es la verdad, según mi conocimiento.

\_\_\_\_\_  
Firma

\_\_\_\_\_  
Fecha

\_\_\_\_\_  
Representante autorizado / Testigo / Persona responsable

\_\_\_\_\_  
Fecha

He revisado y explicado la elegibilidad para Servicios de Alcance Comunitario de TANF (TCOS, por sus siglas en inglés) y el formulario 297A: Derechos y Responsabilidades para beneficios, con la persona que firmó este formulario.

\_\_\_\_\_  
Firma del administrador del caso

\_\_\_\_\_  
Fecha