

DECLARATION OF CITIZENSHIP/IMMIGRATION STATUS

Georgia Department of Human Services
Division of Family and Children Services

I understand that the Georgia Division of Family and Children Services (DFCS) may require verification from the United States Department of Homeland Security (DHS) of my/my children's citizenship or immigration status when seeking benefits. Information received from DHS may affect my/my children's eligibility.

Please fill out and sign **ONE** or **BOTH** of the following statements as it pertains to the status of each person seeking benefits.

CHILDREN SEEKING BENEFITS

Name	Place of Birth (city, state, country)	U.S. Citizen (check whichever applies)	Lawfully Admitted Immigrant (check whichever applies)	Date Naturalized or Admitted into U.S. (If applicable)	Immigration Document ID# (If applicable)
					A-
					A-
					A-
					A-
					A-

I, _____ attest to the best of my knowledge to the identity of the child/children
(PRINT NAME)
listed above and certify under penalty of perjury, that the information written and checked above is true.

SIGNATURE

(DATE)

ADULT(S) SEEKING BENEFITS

Name	Place of Birth (city, State, Country)	U.S. Citizen (check whichever applies)	Lawfully Admitted Immigrant (check whichever applies)	Date Naturalized or Admitted into U.S. (If applicable)	Immigration Document ID# (If applicable)
					A-
					A-

I, _____ attest to the best of my knowledge to the identity of the adult(s) listed
(PRINT NAME)
above and certify under penalty of perjury, that the information written and checked above is true.

SIGNATURE

(DATE)

DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA/ESTADO MIGRATORIO

Departamento de Servicios Humanos de Georgia
División de Servicios para la Familia y los Niños

Entiendo que la División de Servicios para la Familia y los Niños (DFCS) del estado de Georgia puede requerir la verificación del Departamento de Seguridad Nacional (DHS) de la ciudadanía de mi/mis hijos o su estado migratorio al solicitar los beneficios. La información que se reciba del DHS puede afectar la elegibilidad mi/mis hijos.

Por favor llene y firme **UNA o AMBAS** declaraciones en lo que respecta al estado de cada una de las personas que solicitan beneficios.

NIÑOS QUE SOLICITAN BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE.UU. (marque lo que corresponda)	Admitido al país legalmente como inmigrante	Fecha de naturalización o admisión a los EE.UU. (si corresponde)	Número de identificación de documento migratorio (si corresponde)
					A-
					A-
					A-
					A-
					A-

Yo _____ doy fe que la identidad del(los) niño(niños) identificados arriba
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)
y certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es verdadera.

FIRMA

FECHA

ADULTO(S) QUE SOLICITAN BENEFICIOS

Nombre	Lugar de nacimiento (ciudad, estado, país)	Ciudadano de EE.UU. (marque lo que corresponda)	Admitido al país legalmente como inmigrante	Fecha de naturalización o admisión a los EE.UU. (si corresponde)	Número de identificación de documento migratorio (si corresponde)
					A-
					A-

Yo _____ doy fe de la identidad del(los) adulto(s) identificados arriba y
(NOMBRE EN LETRA DE IMPRENTA)
certifico bajo pena de perjurio que la información escrita y marcada arriba es verdadera

FIRMA

FECHA