



# Demande de prestations

**VOUS DEVEZ LIVRER EN MAIN, PAR FAX ou PAR COURRIER LA DEMANDE COMPLÈTE AU BUREAU DU COMTÉ DE VOTRE LOCALITÉ.**

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou compléter ce document ou pour communiquer avec nous, demandez-nous ou appelez le (877) 423-4746. Nos services, y compris les interprètes, sont gratuits. Si vous êtes sourd, malentendant, sourd-aveugle ou avez des difficultés à parler, vous pouvez nous appeler au numéro ci-dessus en composant le 711 (Georgia Relay).

## Quels sont les services offerts par la Division des services à la famille et à l'enfance (DFCS) ?

DFCS propose les services suivants :



### Assistance alimentaire

Les prestations SNAP peuvent être utilisées pour acheter de la nourriture dans n'importe quel magasin doté d'un panneau EBT/Quest. Nous déduisons le prix de votre achat de nourriture de votre compte SNAP.



### Assistance en espèces/services d'aide à l'emploi

L'assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) fournit une assistance en espèces aux familles ayant des enfants à charge pendant une période limitée. Les parents, les gardiens ou les femmes enceintes qui bénéficient de la subvention sont tenus de participer à un programme de travail. Le programme d'assistance en espèces fournit également une aide financière aux ménages de réfugiés qui ne sont pas éligibles au programme TANF.

- **Grands-parents** élevant des petits-enfants (GRG) fournira le soutien nécessaire pour que les enfants puissent être accueillis au domicile de leurs grands-parents.



### Assistance médicale

Medicaid, pour ceux qui y ont droit, peut aider à payer les factures médicales, les visites médicales et les primes Medicare.

- Cela inclut l'**assistance médicale Pathways**. L'assistance médicale Pathways est un programme qui offre une couverture Medicaid gratuite ou à coût réduit aux personnes âgées de 19 à 64 ans, qui ont un revenu du ménage jusqu'à 100 % du niveau fédéral de pauvreté (FPL), qui ne sont pas admissibles à Medicaid et qui remplissent les conditions d'admissibilité. Si vous souhaitez être pris en considération pour le programme Pathways, veuillez également remplir l'annexe D.

### Services de sensibilisation de la communauté

Pour plus d'informations sur les autres services du DHS, veuillez consulter notre site Web à l'adresse <http://dfcs.georgia.gov> ou appeler le (877) 423-4746.



## Comment faire une demande de prestations ?

### 1ère étape. Remplissez le formulaire de demande.

Lisez attentivement les questions et donnez des informations précises. Signez et datez la demande.

## Foire Aux Questions

### Combien de temps faut-il pour obtenir des prestations ?

SNAP :	jusqu'à 30 jours
TANF :	jusqu'à 45 jours
Medicaid :	10 à 90 jours

Vous pouvez obtenir les SNAP dans un délai de 7 jours si vous remplissez les conditions requises. Voir page 6.

### Combien vais-je recevoir ?

Vos revenus, vos ressources et la taille de votre famille déterminent le montant des prestations. Nous serons en mesure de vous donner des informations spécifiques une fois que nous aurons déterminé votre éligibilité.

### Comment recevrai-je mes prestations ?

Pour les SNAP, vous obtiendrez une carte de transfert électronique de prestations (EBT) pour accéder à vos prestations. Pour le TANF, vous obtiendrez une carte de débit Way2Go Mastercard pour accéder à vos prestations. Pour Medicaid, vous recevrez une carte Medicaid pour chaque membre éligible.

### Il est possible que l'on vous demande de fournir les informations suivantes :

- Preuve d'identité du demandeur s'il s'agit d'une demande de SNAP et/ou de TANF. Une carte d'identité (ID) ou un permis de conduire (DL) est une forme acceptable de vérification. La preuve d'identité n'est pas requise pour les demandeurs d'assistance médicale.
- Preuve de la citoyenneté américaine/du statut d'immigrant qualifié pour toute personne demandant des prestations. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence (EMA), vous n'avez pas à fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigration.
- Les numéros de sécurité sociale de toutes les personnes demandant de l'aide.
- Preuves de revenus, par exemple, des talons de salaire, des pensions alimentaires pour enfants et des lettres d'attribution de revenus. La preuve du versement d'une pension alimentaire n'est pas nécessaire pour les demandeurs d'assistance médicale.
- Preuves de dépenses telles que les reçus de garde d'enfants, les factures médicales, les frais de transport pour raisons médicales, les frais de loyer/hypothèque et les pensions alimentaires pour enfants. Cette information n'est pas requise pour les demandeurs d'assistance médicale.

Nous tenterons d'abord de vérifier les informations relatives à la citoyenneté/au statut d'immigration et aux revenus par le biais de sources de données électroniques. Les documents de vérification sur papier ne sont pas nécessaires pour soumettre une demande ; toutefois, vous pouvez fournir les documents avec la demande. Si nous ne sommes pas en mesure de vérifier par le biais des sources de données électroniques et que vous avez besoin d'aide pour obtenir ces informations, veuillez nous en informer.



# Demande de prestations

## 2<sup>ème</sup> étape. Remettez la demande à votre bureau local.

Vous devrez détacher les pages 1-2, 17-20 et les garder pour vous.



**Envoyez par courrier, par fax ou en apportant les pages 3 à 16 de cette demande à votre bureau local de la Division des services à la famille et à l'enfance (DFCS). Vous pouvez trouver votre bureau local à l'adresse <http://dfcs.georgia.gov/locations>.**

Si vous ou la personne pour laquelle vous faites une demande avez droit à des prestations, les prestations de SNAP seront fournies à partir de la date à laquelle nous recevons la demande portant votre nom, votre adresse et votre signature. Les prestations du TANF seront fournis à partir de la date d'approbation de la demande.

Si vous demandez à bénéficier de SNAP, TANF et/ou Medicaid, vous pouvez déposer une demande de prestations ne comportant que votre nom, votre adresse et votre signature. Toutefois, nous pourrions traiter votre demande plus rapidement si vous remplissez le formulaire en entier. Vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande conjointe pour plus d'un programme ou pour le SNAP uniquement. Votre demande SNAP ne sera pas refusée au seul motif que votre demande pour un autre programme a été refusée. Nous procéderons à une détermination distincte de l'admissibilité de votre demande SNAP. Si vous êtes dans une institution et que vous faites une demande de SNAP et de SSI en même temps, la date de dépôt de votre demande est la date à laquelle vous avez été libéré de l'institution.

## 3<sup>ème</sup> étape. Discutez avec nous.

Vous devrez peut-être passer un entretien avec un travailleur. Si oui, nous vous donnerons un rendez-vous. Cet entretien peut se faire par téléphone.

### Comment utilisons-nous les informations personnelles du demandeur ?

Il suffit de fournir le numéro de sécurité sociale (SSN) et le statut de citoyenneté ou d'immigration pour les personnes qui veulent demander des prestations. Ces informations seront utilisées pour vérifier le système de vérification des revenus et de l'éligibilité (IEVS). Nous comparerons également vos informations avec celles d'autres agences fédérales, étatiques et locales afin de vérifier vos revenus et votre éligibilité, de suivre les informations sur les salaires et la participation aux activités professionnelles. Si un membre du foyer ne veut pas nous donner d'informations sur son SSN, sa citoyenneté ou son statut d'immigrant, les autres membres du foyer peuvent quand même recevoir des prestations. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence, vous n'avez pas à fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigrant.

### Est-ce que quelqu'un d'autre peut postuler à ma place ?

Pour SNAP et Medicaid, vous pouvez demander à quelqu'un de faire la demande pour vous. Pour le TANF, tout le monde peut postuler mais le parent compagnon ou la personne enceinte doit être interrogé.



# Demande de prestations

**(Remplissez cette demande et retournez-la au bureau de DFCS de votre comté local.)**

**À quoi dois-je postuler ? (Cocher toutes les cases qui s'appliquent)**

**Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP)**

Le programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), anciennement connu sous le nom de "bons d'alimentation", est un programme financé par le gouvernement fédéral qui fournit des prestations mensuelles aux ménages à faible revenu pour les aider à payer le coût de la nourriture. Le programme fournit également une éducation nutritionnelle aux familles pour répondre à leurs besoins alimentaires et nutritionnels et offre des possibilités d'emploi et de formation pour aider les familles à obtenir un emploi qui les rend moins dépendantes du SNAP.

**Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF)**

L'assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) fournit des versements mensuels temporaires en espèces, des versements uniques en espèces ou d'autres services de soutien, afin de renforcer les familles éligibles avec enfants ou les femmes enceintes. Si vous êtes le parent de l'enfant, le gardien ou la personne enceinte qui souhaite bénéficier de la subvention, vous devrez participer à un programme de travail.

**Grands-parents élevant des petits-enfants (GRG)**

Grands-parents élevant des petits-enfants (GRG) fournira des paiements en espèces supplémentaires afin que les enfants puissent être gardés au domicile de leurs grands-parents. **Les demandeurs doivent faire une demande de TANF pour être éligibles au GRG.**

**Aide Financière aux Réfugiés**

Le programme d'assistance en espèces aux réfugiés fournit une aide financière aux ménages de réfugiés qui ne sont pas éligibles au programme TANF. Le terme "réfugié" comprend les réfugiés, les entrants cubains et haïtiens, les victimes de la traite des êtres humains, les Amérasiens, les Asilés, les Afghans ou les Irakiens titulaires d'un visa d'immigrant spécial (SIV) ou les Afghans admissibles à la libération conditionnelle.

**Medicaid**

Medicaid offre une couverture médicale aux adultes âgés, aveugles ou handicapés, aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles. Lors de votre demande, nous examinerons tous les programmes Medicaid et déciderons de ceux auxquels vous pouvez prétendre.

**Veillez remplir le tableau ci-dessous concernant le demandeur.**

Prénom	Initiale du second prénom	Nom de famille	Suffixe
Adresse de la rue où vous habitez		Apt	
Ville	État	Code postal	
Vous êtes SDF ? Oui ___ ou Non ___			
Adresse postale (si différente)			
Numéro de téléphone principal		Autre numéro de téléphone	
Communication électronique : Courriel : Oui ___ ou Non ___ (facultatif) SMS : Oui ___ ou Non ___ (facultatif)		Adresse électronique (facultatif) :	
Quelle est votre langue préférée ?		Si un entretien est nécessaire, aurez-vous un interprète ? Oui ___ ou Non ___	

**Loi sur les Américains Handicapés : Demande de modification raisonnable et d'aide à la communication (si nécessaire) :**



# Demande de prestations

**Avez-vous un handicap qui nécessite une modification raisonnable ou une aide à la communication ? Oui** \_\_\_\_\_

**Non** \_\_\_\_\_

**( Si oui, veuillez décrire la modification raisonnable ou l'aide à la communication que vous demandez ) :**

Interprète en langue des signes \_\_\_\_\_ ; TTY \_\_\_\_\_ ; Gros caractères \_\_\_\_\_ ; Communication électronique (courriel) \_\_\_\_\_ ; Braille \_\_\_\_\_ ; Relais vidéo \_\_\_\_\_ ; Interprète en langage codé \_\_\_\_\_ ; Interprète oral \_\_\_\_\_ ; Interprète tactile \_\_\_\_\_ ; Appel téléphonique rappelant les dates limites du programme \_\_\_\_\_ ; Signature téléphonique (le cas échéant) \_\_\_\_\_ ; Entretien en face à face (visite à domicile) \_\_\_\_\_ ; Autre : \_\_\_\_\_

**Avez-vous besoin de cette modification raisonnable ou d'une aide à la communication une seule fois** \_\_\_\_\_ **ou en continu** \_\_\_\_\_ ?

**Si possible, expliquez brièvement quand et pendant combien de temps vous avez besoin de cette modification ou de cette assistance ?**

## Pour tous les demandeurs de SNAP, TANF et Medicaid :

Je déclare, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les informations que je donne dans cette demande. Des informations peuvent être obtenues auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation aux activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences des programmes de SNAP et/ou TANF. Je déclarerai également si une personne de mon ménage reçoit des gains de loterie ou de jeu d'argent, d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant que les impôts ou autres montants soient retenus). Je déclarerai ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage a reçu les gains. Je comprends que si une information est incorrecte, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu des programmes du DHS-DFCS pour avoir fourni sciemment des informations incorrectes. Je comprends que je peux être poursuivi en justice si je fournis de fausses informations ou si je cache des informations. Je comprends que si j'ometts d'informer le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses pendant la procédure de demande ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations SNAP.

Le Département des Services Sociaux de Géorgie ("DHS") recueille des informations personnellement identifiables (PII), telles que les noms, adresses, numéros de téléphone, adresses électroniques et dates de naissance, etc. lors de votre demande de prestations. En nous soumettant des informations personnelles, vous acceptez que nous puissions collecter, utiliser et divulguer ces informations personnelles conformément aux politiques et procédures de DHS, et comme le permettent ou l'exigent la loi et/ou les règlements.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

\_\_\_\_\_  
**Date**

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin si signé par "X"**

\_\_\_\_\_  
**Date**

## Représentant autorisé :

Ne remplissez cette section que si vous souhaitez qu'une personne ou une organisation remplisse votre demande, réalise votre entretien et/ou utilise votre carte EBT pour acheter de la nourriture lorsque vous ne pouvez pas vous rendre au magasin. Veuillez cocher pour chaque type de programme la personne que vous souhaitez désigner comme représentant autorisé. Veuillez cocher les fonctions que vous souhaitez confier à la personne ou à l'organisation. Si vous faites une demande de Medicaid, vous pouvez choisir plus d'une personne ou organisation pour agir en votre nom.

- Représentant Autorisé 1 Types de Programmes : SNAP  TANF  Assistance médicale
- Représentant Autorisé 1 Fonctions : Signer la demande au nom du demandeur  Remplir et envoyer le formulaire de renouvellement
- Recevoir des copies des avis et autres communications  Agir au nom du demandeur pour toutes les autres questions
- Recevoir une carte de prestations TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Nom de la Personne 1 : \_\_\_\_\_

Nom de l'Organisation 1 (si applicable) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Communication électronique : Courriel : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (facultatif) SMS : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (facultatif)

Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

Langue préférée : \_\_\_\_\_ Un interprète est-il nécessaire ? Oui \_\_\_ ou Non \_\_\_

Représentant autorisé 2 Types de programmes : SNAP  TANF  Assistance médicale

Représentant Autorisé 2 Fonctions : Signer la demande au nom du demandeur  Compléter et soumettre le formulaire de renouvellement  Recevoir des copies des avis et autres communications  Agir au nom du demandeur dans toutes les autres affaires  Recevoir une carte de prestation TANF (Way2Go Debit Mastercard)

Nom de la Personne 2 : \_\_\_\_\_

Nom de l'Organisation 2 (si applicable) : \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_ Apt : \_\_\_\_\_

Ville : \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code Postal : \_\_\_\_\_

Communication électronique : Courriel : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (facultatif) SMS : Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (facultatif)

Adresse électronique (facultatif) \_\_\_\_\_

Langue préférée : \_\_\_\_\_ Un interprète est-il nécessaire ? Oui \_\_\_ ou Non \_\_\_

## Loi sur les Américains handicapés : Demande de modification raisonnable et d'aide à la communication pour les représentants autorisés (le cas échéant) :

**Le représentant autorisé souffre-t-il d'un handicap qui nécessitera une modification raisonnable ou une aide à la communication ? Oui \_\_\_ Non \_\_\_ (Si oui, veuillez décrire la modification raisonnable ou l'aide à la communication que vous demandez) :**

Interprète en langue des signes \_\_\_ ; TTY \_\_\_ ; Gros caractères \_\_\_ ; Communication électronique (courriel) \_\_\_ ; Braille \_\_\_ ; Relais vidéo \_\_\_ ; Interprète en langage codé \_\_\_ ; Interprète oral \_\_\_ ; Interprète tactile \_\_\_ ; Appel téléphonique rappelant les dates limites du programme \_\_\_ ; Signature téléphonique (le cas échéant) \_\_\_ ; Entretien en face à face (visite à domicile) \_\_\_ ; Autre : \_\_\_\_\_

**Est-ce que le représentant autorisé a besoin de cette modification raisonnable ou de cette aide à la communication ? unique \_\_\_ ou en continu \_\_\_ ? Si possible, expliquez brièvement quand et pendant combien de temps vous avez besoin de cette modification ou de cette aide ?** \_\_\_\_\_

Pour Usage Interne Seulement :

Date de réception : \_\_\_

## L'éligibilité Express Lane :

L'éligibilité Express Lane (ELE) est un processus automatique pour inscrire ou renouveler les enfants éligibles de moins de 19 ans qui bénéficient du programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), de l'assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF), de l'assistance en espèces pour les réfugiés (RCA), des services de garde d'enfants et des services aux parents (CAPS), ou des femmes, des nourrissons et des enfants (WIC), dans le programme d'assistance médicale.

La division des services à la famille et à l'enfance (DFCS) utilisera les informations relatives à la taille du ménage, à la résidence et aux revenus provenant de SNAP, TANF, RCA, CAPS ou WIC, mais la DFCS vérifiera la citoyenneté ou le statut d'immigrant à l'aide des règles de l'assistance médicale afin de déterminer si l'enfant est en situation d'exclusion sociale et de l'inscrire automatiquement ou de le renouveler dans Medicaid ou PeachCare for Kids®. La DFCS enverra un avis de décision une fois le processus terminé, permettra aux membres de faire des modifications et leur donnera la possibilité de se retirer du processus ELE ou de mettre fin au dossier d'assistance médicale à tout moment.



# Demande de prestations

## Suis-je admissible pour obtenir des SNAP plus rapidement ? (cette information est requise pour les demandeurs de SNAP uniquement)

Répondez à ces questions concernant le demandeur et tous les membres du ménage pour savoir si vous pouvez obtenir des SNAP dans les 7 jours.

1. Est-ce que vous ou un membre du ménage êtes un travailleur agricole migrant ou saisonnier ?  Oui  Non

Si **oui**, qui \_\_\_\_\_

2. Revenu **brut total** qui sera perçu pour ce mois : \$ \_\_\_\_\_  
Nom de l'employeur \_\_\_\_\_  
Date de début de l'emploi \_\_\_\_\_ Date de fin de l'emploi \_\_\_\_\_  
Taux de salaire \_\_\_\_\_ Heures travaillées par semaine \_\_\_\_\_  
À quelle fréquence êtes-vous payé : hebdomadaire/ bihebdomadaire/semi-mensuel/mensuel (encerclez une)

3. Total **des revenus bruts** non gagnés qui seront perçus pour ce mois : \$ \_\_\_\_\_  
Type de revenus non gagnés \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_  
Fréquence de réception : hebdomadaire/bihebdomadaire/semi-mensuelle/mensuelle (encerclez une)  
Type de revenu non gagné \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_  
Fréquence de réception : hebdomadaire/bihebdomadaire/semi-mensuelle/mensuelle (encerclez une)

4. Total des revenus gagnés et non gagnés pour ce mois : \$ \_\_\_\_\_

5. Combien d'argent vous et tous les membres du ménage possédez en espèces ou en banque ?  
\$ \_\_\_\_\_

6. Quel est le montant mensuel de votre loyer, de votre hypothèque, des taxes foncières et/ou de l'assurance du propriétaire ? \$ \_\_\_\_\_  
Une assurance ?

7. Quel est le montant total de vos factures d'électricité, d'eau, de gaz et/ou d'autres services publics ce mois-ci ?  
\$ \_\_\_\_\_

**(Ne pas inclure dans le total les montants en souffrance et les frais de retard)**

- a. Quelle est la principale source de chauffage ou de refroidissement de votre foyer ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

Electrique \_\_\_\_\_ Gaz \_\_\_\_\_ Fenêtre ou climatiseur central \_\_\_\_\_ Huile de kérosène \_\_\_\_\_ Bois \_\_\_\_\_

- b. Avez-vous bénéficié d'une assistance énergétique (LIHEAP) au cours des 12 derniers mois ?

Oui  Non Si **oui**, quel est le montant reçu \$ \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

## Parlez-nous du demandeur et de tous les membres du ménage

**Pour les demandeurs d'assistance médicale :** Veuillez inclure vous-même, votre conjoint, vos enfants (y compris les beaux-enfants) de moins de 21 ans qui vivent avec vous, votre partenaire non marié qui a besoin d'une couverture médicale, toute personne que vous incluez dans votre déclaration de revenus, même si elle ne vit pas avec vous, et toute autre personne moins de 21 ans dont vous vous occupez et qui vit avec vous. Vous ne devez pas inclure votre partenaire non marié qui n'a pas besoin d'une couverture santé, les enfants de votre partenaire non marié, vos parents qui vivent avec vous mais remplissent leur propre déclaration d'impôt (si vous avez plus de 21 ans), ou d'autres parents adultes qui remplissent leur propre déclaration d'impôt. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence (EMA), vous n'avez pas à fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigration.

**Veillez remplir le tableau ci-dessous concernant le demandeur et tous les membres du ménage. Les lois et règlements fédéraux suivants : Lalo sur l'alimentation et la nutrition 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, et 42 C.F.R. § 435.920,** autorise la DFCS à demander votre numéro de sécurité sociale et celui des membres de votre foyer. Toute personne vivant dans votre foyer et ne demandant pas de prestations peut être traitée comme un non-demandeur. Les non-demandeurs ne sont pas tenus de nous donner d'informations sur leur numéro de sécurité sociale, leur citoyenneté ou leur statut d'immigrant et n'ont pas droit aux prestations. Les autres membres du ménage peuvent encore bénéficier de prestations s'ils sont par ailleurs éligibles. Si vous voulez que nous décidions si certains membres du ménage ont droit à des prestations, vous devrez toujours nous informer de leur citoyenneté ou de leur statut d'immigration et nous donner leur numéro de sécurité sociale (SSN). Vous devrez toujours nous informer de leurs revenus et de leurs ressources afin de déterminer l'éligibilité et le niveau de prestations du ménage. Nous ne signalerons aucun membre du ménage non demandeur au système de vérification systématique des étrangers pour les droits à pension (SAVE) des services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis (USCIS) s'il ne nous communique pas sa citoyenneté ou son statut d'immigration. Toutefois, si des informations sur le statut d'immigrant ont été soumises sur votre demande, ces informations peuvent faire l'objet d'une vérification par le système SAVE et peuvent affecter l'éligibilité du ménage et le niveau des prestations. Nous comparerons vos informations avec celles d'autres organismes fédéraux, étatiques et locaux afin de vérifier vos revenus et votre éligibilité. Ces informations peuvent également être communiquées aux responsables de l'application des lois afin qu'ils les utilisent pour attraper les personnes qui fuient la loi. Si votre foyer a une réclamation SNAP, les informations fournies dans cette demande, y compris le numéro de sécurité sociale, peuvent être transmises aux agences fédérales et d'État ainsi qu'aux agences de recouvrement de créances privées pour qu'elles les utilisent dans le cadre du recouvrement de la réclamation. Nous ne refuserons pas les prestations aux membres du ménage demandeur parce que d'autres membres du ménage ne fournissent pas leur SSN, leur citoyenneté ou leur statut d'immigration.

NOM		Relation	Cette personne demande-t-elle des prestations ?	Cette personne a-t-elle besoin d'une couverture médicale ?	Date de naissance	Numéro de Sécurité Sociale	Sexe	Hispanique ou Latino ?	Code de la race	Êtes-vous un citoyen américain, un ressortissant américain, un immigrant qualifié ou en situation d'immigration satisfaisante ? <b>(Demandeurs uniquement)</b>
Prénom	Initiale du second nom de famille									
		SOI	(O/N)	(O/N)	Format (jj/mm/aa)	<b>(Facultatif pour les non-demandeurs)</b>	(M/F)	<b>(Optionnel)</b>  (O/N)	<b>(Optionnel)</b>  (Voir codes ci-dessous)	(O/N)

**Codes de la race** (Choisissez tous ceux qui s'appliquent) :  
**AI** - Amérindien ou autochtone d'Alaska      **AS** - Asiatique      **BL** - Noir ou afro-américain  
**HP** - Native Hawaïenne ou autre insulaire du Pacifique      **WH** - Blanc  
 En fournissant des informations sur votre race/ethnicité, vous nous aidez à administrer nos programmes de manière non discriminatoire. Votre ménage n'est pas tenu de nous fournir ces informations et celles-ci n'auront aucune incidence sur votre admissibilité ou votre niveau de prestations.



# Demande de prestations

**Si vous ou d'autres ménages demandeurs n'êtes pas des citoyens américains ou des ressortissants américains, remplissez le tableau suivant :**

(veuillez ajouter des pages supplémentaires si nécessaire)

NOM		Type de document d'immigration	Numéro d'identification de l'étranger/certificat/document	Avez-vous vécu aux États-Unis depuis 1996 ?  (O/N)	Date de naturalisation/Date d'entrée ou d'admission aux États-Unis (le cas échéant)  Format (jj/mm/aa)	Êtes-vous, ou votre conjoint ou un parent, un ancien combattant ou un membre en service actif de l'armée américaine ?  (O/N)
Prénom	Initiale du second prénom Nom de famille					

## Dites-nous en plus sur le demandeur et tous les membres du ménage

Nous avons besoin de plus d'informations sur le demandeur et sur tous les membres du ménage afin de décider qui a droit aux prestations. Veuillez répondre uniquement aux questions concernant les prestations que vous souhaitez recevoir sur la page ci-dessous.

1. Quelqu'un a-t-il reçu des prestations dans un autre comté ou état ? (uniquement pour SNAP et TANF)  Oui  Non

Si **oui** :

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

2. Est-ce que quelqu'un a été reconnu coupable d'avoir fourni de fausses informations sur son lieu de résidence et son identité afin d'obtenir des prestations SNAP multiples dans plusieurs zones après le 22/08/1996 ? (Pour SNAP uniquement)  Oui  Non

Si **oui** :

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

3. Est-ce qu'une personne de votre foyer a volontairement quitté son emploi ou réduit volontairement son temps de travail en dessous de 30 heures par semaine dans les 30 jours suivant la date de la demande ? (Pour SNAP et TANF uniquement)  Oui  Non

Si **oui**, qui a démissionné ? \_\_\_\_\_

Pourquoi a-t-il/elle démissionné ? \_\_\_\_\_

4. Quelqu'un est enceinte ? (cette question ne s'applique pas aux demandeurs de SNAP)  Oui  Non

Si **oui**,

Nom de la femme enceinte : \_\_\_\_\_

Quelle est la date prévue de l'accouchement ? \_\_\_\_\_ ; et combien de bébés sont attendus ? \_\_\_\_

Si non, est-ce que quelqu'un dans le ménage a accouché ou une grossesse a été interrompue au cours des 12 derniers mois ?  Oui  Non





# Demande de prestations

Si **oui**,

Nom de la femme enceinte : \_\_\_\_\_

Quelle était la date d'accouchement/de fin de grossesse ? \_\_\_\_\_ ; et combien de bébés ont été mis au monde/attendus ? \_\_\_\_\_

\*Pour les candidats au TANF seulement, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du père du futur bébé : \_\_\_\_\_ Adresse du père : \_\_\_\_\_

5. Pour les demandeurs de Medicaid, quelqu'un a-t-il des factures médicales impayées au cours des 3 derniers mois ?

Oui  Non

Si oui, veuillez envoyer les factures impayées si vous avez un dossier Medicaid.

6. Quelqu'un est-il exclu du programme SNAP ou TANF ? (uniquement pour SNAP et TANF)

Oui  Non

Si **oui** :

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

7. Est-ce que quelqu'un s'enfuit pour échapper à des poursuites ou à une prison pour un crime ? (uniquement pour SNAP et TANF)  Oui  Non

Si **oui**, qui : \_\_\_\_\_

8. Est-ce que quelqu'un viole les conditions de sa probation ou de sa libération conditionnelle ? (uniquement pour SNAP et TANF)  Oui  Non

Si **oui**, qui : \_\_\_\_\_

9. Est-ce que quelqu'un a une condamnation criminelle en raison de comportements liés à la possession, à l'utilisation ou à la distribution d'une substance contrôlée (c'est-à-dire, un criminel lié aux drogues) après le 22/08/1996 (uniquement pour SNAP et TANF) ou une condamnation criminelle violente (uniquement pour TANF) ?  Oui  Non

Si **oui**:

Qui : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_

a. Êtes-vous en conformité avec les conditions de probation liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime lié à la drogue ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

b. Êtes-vous en conformité avec les conditions de libération conditionnelle liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime lié à la drogue ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

c. Avez-vous terminé avec succès **toutes les conditions de probation ou de libération conditionnelle** liées à une condamnation pour drogue ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

10. Avez-vous été condamné, vous ou un membre de votre ménage, pour avoir échangé des prestations SNAP contre de la drogue après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

Si **oui** :

Qui : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

11. Avez-vous été condamné, vous ou un membre de votre foyer, pour avoir acheté ou vendu des prestations du SNAP d'une valeur supérieure à 500 \$ après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

12. Avez-vous été condamné, vous ou un membre de votre foyer, pour avoir échangé des SNAP contre des armes à feu, munitions, ou explosifs après le 22/08/1996 ? (uniquement pour SNAP)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

13. Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez été condamné comme adulte pour abus sexuel aggravé, meurtre, exploitation sexuelle et autres sévices sur enfants, infraction fédérale ou étatique impliquant des voies de fait, ou une infraction en vertu de la législation de l'État jugée essentiellement similaire par le Procureur général à une telle infraction, après le 07/02/2014 ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_

- a. Êtes-vous en conformité avec les conditions de probation liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non
- b. Êtes-vous en conformité avec les conditions de libération conditionnelle liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non
- c. Avez-vous terminé avec succès **toutes les conditions de probation ou de libération conditionnelle** liées à toute condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement)  Oui  Non

14. Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez reçu des gains de loterie ou de jeu ?  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_ Montant reçu : \_\_\_\_\_

15. Est-ce que quelqu'un a utilisé des fonds TANF ou la carte Way2Go dans les établissements suivants : magasins d'alcool, casinos, salles de poker, entreprises de divertissement pour adultes, cautions, boîtes de nuit, salons/tavernes, salles de bingo, hippodromes, magasins d'armes/munition, navires de croisière, lecteurs psychiques, boutiques de tabac, salons de tatouage/piercing, et salons de spa/massage ? (pour TANF uniquement)  Oui  Non

Si oui:

Qui : \_\_\_\_\_ Quand : \_\_\_\_\_

16. Est-ce que le demandeur de prestations reçoit actuellement une pension alimentaire ?  Oui  Non

Si oui:

Qui : \_\_\_\_\_

Montant mensuel reçu: \_\_\_\_\_

Date de finalisation ou de dernière modification de l'accord sur la pension alimentaire : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

## Parlez-nous des revenus du demandeur et de tous les membres du ménage

**Est-ce que vous ou une personne vivant dans votre foyer recevez un type de revenu tel que :** salaires, pourboires, primes, travail indépendant, sécurité sociale/retraite des chemins de fer, autre invalidité, pensions, chômage, ou tout autre revenu ? Pour les SNAP et le TANF, veuillez également indiquer les revenus tels que : revenu Anciens Combattants (VA), pension alimentaire pour enfants, argent provenant d'autres personnes ou indemnités d'accidents du travail. Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Nom du membre du foyer avec revenu	Type de revenu	Nom de l'employeur/Sour ce de revenu	Montant mensuel (Avant déductions)	Fréquence de réception (mensuelle, bihebdomadaire hebdomadaire)	Rémunération par heure	Heures par semaine	DATE(S) PAYÉE(S)

Quelqu'un est en grève ?  Oui  Non

Si vous êtes indépendant, veuillez indiquer le montant de vos dépenses professionnelles mensuelles :  
\$ \_\_\_\_\_

## Parlez-nous du demandeur et des ressources de tous les membres du foyer - Pour les demandeurs de l'aide TANF et SNAP, indiquez les ressources de tous les membres du foyer et les demandeurs de Medicaid qui sont âgés (65 ans ou plus), aveugles ou handicapés (handicap permanent qui vous empêche de travailler)

Est-ce que vous ou la personne pour laquelle vous postulez possédez des ressources ?  Oui  Non

Si oui, veuillez compléter les informations ci-dessous ( Cochez toutes les ressources (actifs) qui vous appartiennent, qui appartiennent à votre conjoint, qui appartiennent aux personnes à votre charge ou qui appartiennent conjointement à quelqu'un d'autre. Joignez des pages supplémentaires si nécessaire).

- |  |  |
|--|--|
| Comptes chèques <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                        | Plans funéraires/éléments d'enterrement prépayés <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |
| Comptes d'épargne <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      | Lots ou contrats d'inhumation <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                    |
| Obligations d'État <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                     | Actions et obligations <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                           |
| Fonds fiduciaires <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                      | Autre (IRA, CD, etc.) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non                            |
| Biens immobiliers/biens d'habitation ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |  |

Avez-vous, vous ou votre conjoint, donné des biens à un prix inférieur à leur valeur ?  Oui  Non

Si vous avez répondu par **oui** à l'une de ces questions, veuillez la décrire ci-dessous.

Nom du membre du ménage avec ressource	Type de ressource	Numéro de compte/police	Valeur	Nom de la banque, de la compagnie d'assurance, etc.

Est-ce que vous ou votre conjoint(e) êtes propriétaires d'un véhicule ?  Oui  Non

Si **oui**, veuillez décrire ci-dessous.



# Demande de prestations

Membre du ménage propriétaire du véhicule	Marque du véhicule	Modèle	Année	Montant dû

Est-ce que vous ou votre conjoint avez une police d'assurance-vie ?  Oui  Non

Si **oui**, veuillez compléter les informations suivantes.

Propriétaire de la police	Compagnie d'assurance	Numéro de Police	Valeur faciale	Valeur monétaire

## Parlez-nous des dépenses du demandeur et de tous les membres du ménage (facultatif pour les demandeurs Medicaid)

Prenez-vous en charge les soins d'un enfant à charge ou d'un membre adulte handicapé du ménage ?  Oui  Non

Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Personne qui a besoin de soins	Personne qui paie les soins	Motif des soins	Nom/Numéro du fournisseur	Montant payé au fournisseur	Fréquence de paiement

Prenez-vous en charge les frais de transport d'un enfant à charge ou d'un adulte handicapé membre du ménage ?  Oui  Non

Est-ce que ces dépenses sont incluses dans les frais de garde des personnes à charge ?  Oui  Non

Si **non**, veuillez répondre à cette question : **Kilométrage total parcouru chaque semaine** : \_\_\_\_\_

Est-ce que quelqu'un dans le ménage paie une pension alimentaire à une personne vivant à l'extérieur du foyer ?  Oui  Non

Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Membre du foyer obligé de payer	Nom de l'enfant pour lequel la pension alimentaire est versée	Montant obligatoire à payer	Montant réel payé	À qui la pension alimentaire pour enfants est-elle versée?

Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a des frais médicaux ?  Oui  Non

Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Membre du ménage qui a une dépense	Type de dépenses (visites chez le médecin, visite à l'hôpital, ordonnances, primes d'assurance-maladie ou d'assurance santé, lunettes)	Montant dû	Vous devez encore payer ? Oui/Non	Date de paiement	L'assurance va-t-elle payer ? Oui/Non



# Demande de prestations

Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a des frais médicaux pour le transport ?  Oui  Non  
Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Objectif du voyage (visite chez le médecin ou à l'hôpital ; retrait à la pharmacie)	Total des kilomètres parcourus	Coût du taxi, du bus, du parking ou logement :

Est-ce que vous ou l'un des membres du ménage avez des frais de logement et de services publics ?  Oui  Non  
Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous.

Dépenses	Montant	À quelle fréquence ?	Qui a payé ?
Loyer/Hypothèque			
Impôts sur la propriété			
Assurance des propriétés			
Électricité			
Gaz			
Mazout/bois/kérosène			
Puits/Septique Réservoir/eau/eaux usées			
Déchets			
Téléphone			
Autre			

Partagez-vous les dépenses mensuelles du ménage avec une personne du foyer ?  Oui  Non

Si **oui**, qui ? \_\_\_\_\_  
 Commentaires/Documentation \_\_\_\_\_  
 Payé à qui \_\_\_\_\_ Montant payé \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_  
 Nom du propriétaire \_\_\_\_\_  
 Adresse du propriétaire : \_\_\_\_\_

Est-ce que quelqu'un d'autre paie l'une de ces factures pour vous ?  Oui  Non Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous :

Qui paie la facture ?	Quelles sont les factures payées ?
Quel est le montant payé ?	A qui cette personne paie-t-elle les factures ?

**Veillez compléter les informations suivantes si vous demandez des prestations Medicaid.**

### Informations sur les déclarants

- Est-ce que l'un des membres du ménage prévoit de remplir une déclaration de revenus fédérale L'ANNÉE PROCHAINE ?  Oui  Non  
Si **oui**, qui (énumérer chaque personne qui prévoit de déposer une demande) \_\_\_\_\_
- Est-ce que l'un des déclarants énumérés fera une déclaration conjointe avec un conjoint ?  Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer le nom du conjoint : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

3. Est-ce que l'un des déclarants déclarera des personnes à charge dans sa déclaration de revenus ?  Oui  Non  
Si **oui**, veuillez indiquer le(s) nom(s) des personnes à charge:

\_\_\_\_\_

4. Est-ce que quelqu'un sera déclaré comme personne à charge dans la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ?  Oui  Non  
Si **oui**, veuillez indiquer le nom du déclarant et de la personne à charge :  
(Déclarant) \_\_\_\_\_  
(Dépendant) \_\_\_\_\_  
Quel est le lien entre la personne à charge et le déclarant ? \_\_\_\_\_

**Déductions** : Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence de vos paiements.

- Pension alimentaire versée \$ \_\_\_\_\_ Combien de fois ? \_\_\_\_\_  Intérêts sur les prêts étudiants \$ \_\_\_\_\_ À quelle fréquence ? \_\_\_\_\_
- Primes d'assurance maladie, 401K, et autres déductions avant impôt \$ \_\_\_\_\_ Combien de fois ? \_\_\_\_\_
- Autres déductions \$ \_\_\_\_\_ Combien de fois ? \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

**Autre couverture sanitaire**

1. Est-ce que quelqu'un a une autre assurance maladie qui couvre une personne de votre foyer ?  Oui  Non  
Si vous avez répondu oui à la question 4 ci-dessus, veuillez compléter les informations suivantes et l'annexe A :

Nom du titulaire de la police	Nom, adresse et numéro de téléphone de la compagnie d'assurance maladie	Type de couverture (Hôpital, Supplément Medicare, Médicaments, Soins médicaux majeurs)	Nom des personnes couvertes	Date effective	Numéro de police

2. Est-ce que l'une des personnes figurant sur cette demande bénéficie d'une couverture sanitaire dans le cadre d'un emploi ? Cochez oui même si la couverture provient de l'emploi d'une autre personne, comme un parent ou un conjoint.  
 Oui  Non Si **oui**, vous devez remplir l'annexe A.  
Est-ce un régime de prestations pour les employés de l'État ?  Oui  Non

3. Est-ce que vous ou une personne figurant sur cette demande avez perdu toute couverture sanitaire au cours des 2 derniers mois ?

a.  Oui Si **oui**, pourquoi a-t-elle été perdue ? \_\_\_\_\_

b.  Non

4. Est-ce que quelqu'un en famille d'accueil à l'âge de 18 ans a fait une demande pour Medicaid ?  Oui  Non

5. Est-ce que quelqu'un dans votre foyer est américain ou originaire d'Alaska ?  Oui  Non  
Si **oui**, remplissez l'Annexe B.

**Si quelqu'un est âgé (65 ans ou plus), aveugle ou handicapé (handicap permanent qui vous empêche de travailler), veuillez répondre aux questions. (Optionnel)**

1. Est-ce que quelqu'un qui demande une couverture sanitaire est aveugle ou handicapé ?  
 Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer le nom: \_\_\_\_\_
2. Est-ce que vous ou votre conjoint êtes actuellement couverts par Medicare ?  
 Oui  Non Si **oui**, veuillez indiquer le nom \_\_\_\_\_
3. Faites-vous une demande de Medicaid pour couvrir les factures médicales impayées des trois mois précédant une demande de Revenu de sécurité supplémentaire (SSI) ?  Oui  Non Si **oui**, date de la demande de SSI : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

4. Présentez-vous une demande pour une personne qui est maintenant décédée et qui a des factures médicales impayées au cours des trois (3) derniers mois ?  Oui  Non
5. Demandez-vous à bénéficier de Medicaid pour vous aider à payer les soins d'une personne qui se trouve dans une maison de retraite ?  Oui  Non
6. Faites-vous une demande de Medicaid pour une personne de plus de 18 ans dont le chèque SSI a été interrompu ?  Oui  Non
7. Demandez-vous à bénéficier de Medicaid pour vous aider à payer les services de renonciation à la communauté tels que les services de soins communautaires, NOW/COMP, les soins palliatifs, la renonciation aux soins indépendants ou la renonciation à l'exclusion (Katie Beckett) ?  Oui  Non

## Pénalités SNAP

Vous pouvez perdre vos prestations ou faire l'objet de poursuites pénales pour avoir fourni sciemment de fausses informations.

- Ne donnez pas de fausses informations ni cachez des informations pour obtenir des prestations que votre ménage ne devrait pas recevoir.
- N'utilisez pas de cartes SNAP ou EBT qui ne sont pas les vôtres et ne laissez pas quelqu'un d'autre utiliser les vôtres.
- N'utilisez pas les prestations de bons d'alimentation (SNAP) pour acheter des produits non alimentaires tels que de l'alcool ou des cigarettes ou pour payer avec des cartes de crédit.
- Ne pas échanger ou vendre des cartes SNAP ou EBT contre des articles illégaux, tels que des armes à feu, des munitions ou des substances contrôlées (drogues illégales).

**Tout membre d'un ménage qui enfreint délibérément l'une des règles du programme de bons d'alimentation (SNAP) peut se voir interdire l'accès à ce programme pendant un an ou de manière permanente, se voir infliger une amende pouvant aller jusqu'à 250 000\$ ou une peine de prison pouvant aller jusqu'à 20 ans, ou les deux. Elle/Il peut également faire l'objet de poursuites en vertu d'autres lois fédérales et étatiques applicables. Elle/il peut également être exclu(e) du SNAP pour une période supplémentaire de 18 mois si le tribunal l'ordonne.**

**Tout membre du ménage qui enfreint intentionnellement les règles peut se voir refuser les bons d'alimentation (SNAP) pendant un an pour la première infraction, deux ans pour la deuxième et définitivement pour la troisième.**

**Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre foyer, coupable d'avoir utilisé ou reçu des prestations du programme de bons d'alimentation (SNAP) dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée, vous ou ce membre du foyer ne pourrez pas bénéficier de prestations pendant deux ans pour la première infraction, et de manière permanente pour la deuxième infraction.**

**Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre foyer, coupable d'avoir utilisé ou reçu des avantages dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs, vous ou le membre de votre foyer ne pourrez plus participer au programme de bons d'alimentation (SNAP) dès la première infraction.**

**Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre foyer, coupable d'avoir fait le trafic de prestations pour un montant total de 500 \$ ou plus, vous ou le membre de votre foyer ne pourrez plus participer au programme de bons d'alimentation (SNAP) dès la première infraction.**

**Si vous ou un membre de votre ménage êtes reconnu(e) avoir fourni une déclaration ou une représentation frauduleuse concernant votre identité (qui vous êtes) ou votre lieu de résidence (où vous vivez) afin de recevoir des prestations SNAP multiples, vous ou ce membre du ménage serez inéligible à participer au SNAP pendant une période de 10 ans.**

## Pénalités du programme TANF

Dans le programme TANF, une IPV (Violation intentionnelle du programme) est une action intentionnelle d'un individu pour établir ou maintenir l'éligibilité d'une unité d'assistance (AU), ou pour augmenter ou empêcher une diminution des prestations de l'AU, en fournissant des informations fausses ou trompeuses ou en retenant des informations.



# Demande de prestations

- Tout membre du ménage qui cache des informations et ne signale pas les changements à temps ou ne dit pas la vérité perdra les allocations TANF pendant six mois pour la première violation, douze mois pour la deuxième violation et définitivement pour la troisième violation. L'utilisation abusive des fonds d'assistance en espèces ou de la carte de débit TANF pour retirer de l'argent ou effectuer des transactions dans des casinos, des magasins d'alcool, des établissements de divertissement pour adultes (clubs de strip-tease), des salles de poker, des cautions, des boîtes de nuit/salons/tavernes, des salles de bingo, des pistes de course, des établissements de jeux, les magasins d'armes et de munitions, les bateaux de croisière, les lecteurs psychiques, les fumeries, les boutiques de tatouage et de piercing, et les salons de spa et de massage est strictement interdite et entraînera la perte des prestations TANF pendant six mois pour la première infraction, douze mois pour la deuxième infraction et définitivement pour la troisième infraction.
- Si un tribunal constate que vous ou un membre du ménage cachez des informations, que vous ne signalez pas les changements à temps ou que vous ne dites pas la vérité et que vous êtes reconnu coupable, vous ne pourrez pas bénéficier du programme TANF pendant 6 mois pour la première infraction, 12 mois pour la deuxième et définitivement pour la troisième.
- Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre ménage, coupable d'avoir donné de fausses informations sur votre lieu de résidence afin de pouvoir bénéficier de prestations dans plus d'un État, vous serez interdit de séjour pendant 10 ans.
- Si un tribunal vous a condamné pour une accusation liée à la drogue, à une substance contrôlée ou à un crime violent grave le ou après le 01/01/1997, vous ou le membre du ménage ne serez pas éligible et/ou disqualifié de manière permanente.

## Pour tous les demandeurs de SNAP, TANF et Medicaid :

Je déclare, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les informations que je donne dans cette demande. Des informations peuvent être obtenues auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation aux activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences du programme SNAP et/ou TANF. Je déclarerai également si un membre de mon foyer reçoit des gains de loterie ou de jeux d'argent d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant toute retenue d'impôt ou d'autres montants). Je déclarerai ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage a reçu les gains. Je comprends que si une information est incorrecte, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu des programmes du DHS-DFCS pour avoir fourni sciemment des informations incorrectes. Je comprends que je peux être poursuivi en justice si je fournis de fausses informations ou si je cache des informations. Je comprends que si j'ometts d'informer le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses pendant la procédure de demande ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations SNAP.

Le Département des services sociaux de Géorgie ("DHS") recueille des informations personnelles identifiables (PII), telles que les noms, adresses, numéros de téléphone, adresses électroniques et dates de naissance, etc. lors de votre demande de prestations. En nous soumettant des informations personnelles, vous acceptez que nous puissions collecter, utiliser et divulguer ces informations personnelles conformément aux politiques et procédures de DHS, et comme le permettent ou l'exigent la loi et/ou les règlements.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

## **INFORMATIONS SUR L'INSCRIPTION DES ÉLECTEURS**

Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaitez-vous demander à vous inscrire sur les listes électorales de votre lieu de résidence aujourd'hui ?

\_\_\_\_\_ Oui

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Je ne veux pas répondre à la question sur l'inscription des électeurs





# Demande de prestations

Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'a aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de cette agence.

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous aiderons. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire de demande en privé.

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, à votre droit au respect de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou de demander à vous inscrire sur les listes électorales, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du secrétaire d'État à l'adresse 2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ou en appelant le (404) 656-2871.

**SI VOUS NE COCHEZ AUCUNE DES DEUX CASES, VOUS SEREZ CONSIDÉRÉ COMME AYANT DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE SUR LES LISTES ÉLECTORALES POUR LE MOMENT.**

**Une copie de la demande d'inscription sur les listes électorales de Géorgie est jointe aux demandes, aux renouvellements et aux formulaires de changement d'adresse de DFCS. Vous pouvez également demander un formulaire d'inscription sur les listes électorales à votre assistant social. Si vous remplissez une demande d'inscription sur les listes électorales, soumettez-la au bureau du secrétaire d'État de Géorgie en suivant les instructions fournies sur la demande d'inscription sur les listes électorales.**



# Demande de prestations

**(Conservez ces documents pour votre information)**

## Que signifient les mots utilisés dans cette demande ?

Ce tableau explique les mots que nous avons utilisés dans cette application.

<b>Demandeur</b>	Une personne qui demande à recevoir une aide ou des prestations publiques.
<b>Unité d'assistance (AU)</b>	Une unité d'assistance comprend des personnes <i>éligibles</i> qui vivent ensemble, y compris une personne enceinte et un enfant à naître, et qui reçoivent une aide/des prestations publiques.
<b>Gardien</b>	Un parent, une personne enceinte, un parent ou un tuteur légal qui demande et reçoit le TANF avec des enfants à sa charge, y compris un enfant à naître.
<b>Disqualifié</b>	L'action entreprise pour retirer un individu d'un dossier SNAP ou TANF parce qu'il n'a pas dit la vérité et a reçu des prestations qu'il n'aurait pas dû recevoir.
<b>Transfert électronique de prestations (EBT)</b>	Le système utilisé en Géorgie pour verser les prestations aux personnes éligibles à SNAP. Les bénéficiaires de l'aide reçoivent une carte de débit EBT, qui leur permet d'accéder à leur compte SNAP.
<b>Communications électroniques</b>	<p>Vous avez la possibilité de choisir comment vous souhaitez recevoir les notifications concernant vos informations. Si vous choisissez de recevoir des notifications par courriel ou par SMS, vous recevrez un message vous informant que vous avez un avis dans Mes avis situé dans le portail client de GA Gateway.</p> <p>Pour la communication par courriel, vous devez nous fournir votre adresse électronique et accepter les conditions générales relatives aux avis électroniques situées dans le portail client de GA Gateway après avoir créé un compte. Veuillez consulter le site Web du portail client de GA Gateway à l'adresse <a href="http://www.gateway.ga.gov">www.gateway.ga.gov</a> pour mettre à jour vos paramètres de notification.</p> <p>Pour la communication par texto, vous devez nous fournir votre numéro de téléphone. Les tarifs standard pour les messages et les données</p>
<b>Parent du bénéficiaire</b>	Un parent, une personne enceinte, un parent ou un tuteur légal qui demande et reçoit le TANF en son nom au nom des enfants, y compris un enfant à naître.
<b>Revenu brut</b>	Le revenu total d'une personne avant de prendre en compte les impôts ou autres déductions.
<b>Homeless Individual</b>	<p>Un particulier qui n'a pas de résidence nocturne fixe et régulière ou un particulier dont la résidence nocturne principale est :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• un refuge surveillé conçu pour fournir un hébergement temporaire (comme un hôtel-providence ou un refuge de groupe) ;</li> <li>• une maison de transition ou un établissement semblable qui offre un séjour temporaire aux personnes destinées à être placées en établissement ;</li> <li>• un logement temporaire d'au plus 90 jours dans la résidence d'un autre particulier ; ou</li> <li>• un endroit qui n'est pas conçu pour, ou habituellement utilisé, comme couchage régulier pour des êtres humains (un couloir, une gare routière, un hall d'entrée ou des endroits similaires).</li> </ul>
<b>Membres du ménage</b>	Les personnes qui vivent dans votre maison. Pour les bons d'alimentation (SNAP), les personnes qui vivent ensemble et achètent et préparent leurs repas ensemble.
<b>Revenu</b>	Les paiements tels que les salaires, les commissions, les primes, les indemnités pour les accidents du travail, l'invalidité, la pension, les prestations de retraite, les intérêts, les pensions alimentaires pour enfants ou toute autre forme d'argent reçu.
<b>Loi de 2012 sur l'allègement fiscal pour les classes moyennes</b>	Cette loi interdit l'utilisation des fonds d'assistance en espèces ou des cartes de débit TANF pour retirer de l'argent ou effectuer des transactions dans les casinos, les magasins d'alcool, les installations de divertissement pour adultes, les salles de poker, les cautions, les boîtes de nuit/salons/tavernes, les salles de bingo, les pistes de course, les établissements de jeux, les magasins d'armes à feu/de munitions, les navires de croisière, les lecteurs psychiques, les boutiques de tabac, les boutiques de tatouage/piercing et les salons de spa/massage. L'utilisation des fonds d'aide en espèces ou de la carte de débit TANF dans ces commerces constituera une violation intentionnelle du programme (fraude) de la part du bénéficiaire.
<b>Travailleurs agricoles migrants</b>	Les personnes qui sont des travailleurs agricoles saisonniers et qui se déplacent d'une base d'attache à une autre pour travailler ou chercher du travail agricole.



# Demande de prestations

<b>Non-demandeur</b>	Une personne qui ne demande ni ne reçoit d'aide ou de prestations publiques. Les non-demandeurs ne sont pas tenus de fournir un numéro de sécurité sociale, une citoyenneté ou un statut d'immigration.
<b>Étranger/immigrant qualifié</b>	<p>Un étranger/immigrant qualifié est une personne qui réside légalement aux États-Unis et qui appartient à l'une des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• une personne légalement admise à la résidence permanente (LPR) en vertu de la loi sur l'immigration et la nationalité (INA) ;</li> <li>• Immigrant amérasien en vertu de la section 584 de la loi de 1988 sur les crédits pour les opérations étrangères, le financement des exportations et les programmes connexes ;</li> <li>• Une personne qui obtient l'<i>asile</i> en vertu de la section 208 de l'INA ;</li> <li>• <i>Réfugiés</i>, admis en vertu de la section 207 de l'INA ;</li> <li>• Une personne mise en liberté conditionnelle en tant que réfugié ou demandeur d'asile en vertu de la section 212 (d)(5) de l'INA ;</li> <li>• Une personne dont l'expulsion est suspendue en vertu de la section 243(h) de l'INA, telle qu'elle était en vigueur avant le 1 avril 1997, ou de la section 241(b)(3) de l'INA, telle que modifiée ;</li> <li>• Une personne qui bénéficie d'une entrée conditionnelle en vertu de la section 203(a)(7) de l'INA telle qu'elle était en vigueur avant le 1 avril 1980 ;</li> <li>• Immigrants cubains ou haïtiens tels que définis à la section 501(e) de la loi de 1980 sur l'aide à l'éducation des réfugiés ;</li> <li>• <i>Victimes</i> de la traite des êtres humains en vertu de la section 107(b)(1) de la loi de 2000 sur la protection des victimes de la traite des êtres humains ;</li> <li>• Les immigrants battus qui remplissent les conditions énoncées à la section 431 (c) de la loi de 1996 sur la réconciliation des responsabilités personnelles et des possibilités de travail, telle que modifiée ;</li> <li>• Les immigrants afghans ou irakiens bénéficiant d'un statut d'immigrant spécial en vertu de la section 101(a)(27) de l'INA (sous réserve de certaines conditions) ;</li> <li>• Les Amérindiens nés au Canada et vivant aux États-Unis en vertu de l'article 289 de l'INA ou les non-citoyens d'une tribu indienne reconnue au niveau fédéral en vertu de l'article 4(e) de la loi sur l'autodétermination des Indiens et l'aide à l'éducation et ;</li> <li>• membres de la tribu des Hmong ou des Highland Laotian qui ont prêté assistance au personnel américain en prenant part à une opération militaire ou de sauvetage pendant l'ère du Vietnam (05/08/1964 - 07/05/1975).</li> </ul> <p>Pour les demandeurs d'assistance médicale uniquement, les ressortissants du Accord de libre association (COFA) sont des citoyens des États fédérés de Micronésie, de la République des Îles Marshall et de la République de Palau. Les migrants du COFA ne sont pas tenus de respecter la barre des 5 ans.</p>
<b>Ressources</b>	Argent liquide, biens ou actifs tels que comptes bancaires, véhicules, actions, obligations et assurance-vie.
<b>Travailleurs agricoles saisonniers</b>	Les personnes qui travaillent à certaines périodes de l'année pour planter, cueillir ou emballer des produits. Ils sont embauchés sur une base temporaire lorsqu'un travail nécessite plus de travailleurs que l'exploitation n'en emploie régulièrement.
<b>Trafic de SNAP</b>	<p><i>Trafic de prestations SNAP</i> signifie : (1) Acheter, vendre, voler ou échanger de quelque manière que ce soit des prestations SNAP émises et accessibles par le biais de cartes EBT, de numéros de cartes et de codes PIN ou de bons manuels et de signatures, contre de l'argent liquide ou une contrepartie autre que des aliments éligibles, que ce soit directement, indirectement, en complicité ou en entente avec d'autres personnes, ou en agissant seul ; (2) Échanger des armes à feu, des munitions, des explosifs ou des substances contrôlées ; (3) L'achat d'un produit avec des prestations SNAP dont le contenant nécessite un dépôt de retour dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant le produit et en retournant le contenant pour le montant du dépôt, en jetant intentionnellement le produit et en retournant intentionnellement le contenant pour le montant du dépôt ; (4) Acheter un produit avec des prestations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent ou une contrepartie autre que des aliments admissibles en revendant le produit, puis revendre intentionnellement le produit acheté avec des prestations SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments admissibles ; (5) Acheter intentionnellement des produits initialement achetés avec des prestations SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments admissibles ; (6) Tenter d'acheter, de vendre, de voler ou d'influencer de quelque manière que ce soit un échange de prestations SNAP émises et accessibles par le biais de cartes (EBT) Transfert électronique de bénéficiaires, de numéros de cartes et de numéros d'identification personnels (PIN), ou par le biais de pièces justificatives et de signatures manuelles, contre de l'argent ou des contreparties autres que des denrées alimentaires éligibles, que ce soit directement, indirectement, en complicité ou en entente avec d'autres, ou en agissant seul.</p>



# Demande de prestations

## Carte de débit MasterCard Way2Go

L'État de Géorgie a mis en place une option de paiement "électronique" pratique pour les bénéficiaires du TANF, appelée Way2Go Debit MasterCard. Dans le cadre de cette option de paiement, l'argent est déposé sur le compte du bénéficiaire le premier jour civil du mois. Si le premier tombe un week-end ou un jour férié, les prestations sont versées le dernier jour ouvrable du mois précédent. Le bénéficiaire a immédiatement accès à ses fonds car ceux-ci sont chargés électroniquement sur la carte de débit MasterCard.

### Pour tous les demandeurs de Medicaid :

Pour signaler une fraude présumée à Medicaid concernant des bénéficiaires ou des prestataires, appelez le Département de la santé communautaire de Géorgie - Bureau de l'inspecteur général au (local) (404) 463-7590 ou (gratuit) (800) 533-0686 ; par courriel à [oganonymous@dch.ga.gov](mailto:oganonymous@dch.ga.gov); par courrier au Département de la santé communautaire, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19<sup>e</sup> étage, tour est, Atlanta GA 30334 ; ou visitez <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

## **Avis sur les droits relatifs à la loi sur les Américains handicapés (ADA)/Section 504**

### **Aide aux personnes handicapées**

Le Département des services sociaux de Géorgie et le Département de la santé communautaire de Géorgie ("les départements") sont tenus, en vertu de la loi fédérale\*, de garantir aux personnes handicapées l'égalité des chances de participer et de bénéficier des programmes, services ou activités des départements. Cela comprend des programmes tels que le Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), l'aide temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) et l'assistance médicale.

Les départements apportent des modifications raisonnables lorsque ces modifications sont nécessaires pour éviter toute discrimination fondée sur le handicap. Par exemple, on peut changer les politiques, les pratiques ou les procédures pour assurer l'égalité d'accès. Pour garantir une communication aussi efficace, on met à la disposition des personnes handicapées ou de leurs accompagnateurs handicapés une aide à la communication, comme des interprètes en langue des signes. Notre assistance est gratuite. Les départements ne sont pas tenus d'apporter des modifications qui entraîneraient un changement fondamental dans la nature d'un service, d'un programme ou d'une activité ou des charges financières et administratives excessives.

### **Comment solliciter une modification raisonnable ou une aide à la communication**

Veillez vous adresser à votre assistant social si vous avez un handicap et avez besoin d'une modification raisonnable, d'une aide à la communication ou d'une aide supplémentaire. Par exemple, appelez si vous avez besoin d'une aide ou d'un service pour une communication efficace, comme un interprète en langue des signes. Vous pouvez contacter votre assistant social ou appeler le DFCS au (877) 423-4746 ou l'équipe Katie Beckett (KB) au (678-248-7449) 248-7449 pour faire votre demande. Vous pouvez également faire votre demande en remplissant le formulaire de demande de modification raisonnable de l'ADA de la DFCS, qui est disponible dans votre bureau local de la DFCS ou en ligne sur <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ou vous pouvez obtenir le formulaire de demande de modification raisonnable de l'ADA du DCH auprès de l'équipe KB ou en ligne sur <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>. Vous pouvez également envoyer votre demande de modification par courriel à l'adresse suivante [DCH.ADAassistance@dch.ga.gov](mailto:DCH.ADAassistance@dch.ga.gov).

### **Comment déposer une plainte**

Vous avez le droit de déposer une plainte si les départements ont fait preuve de discrimination à votre égard en raison de votre handicap. Par exemple, vous pouvez déposer une plainte pour discrimination si vous avez sollicité une modification raisonnable ou un interprète en langue des signes qui vous a été refusé ou auquel il n'a pas été donné suite dans un délai raisonnable. Vous pouvez porter plainte oralement ou par écrit en contactant votre assistant social, votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils, de l'ADA et de l'article 504 du DFCS au 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Pour le DCH, contacter le coordinateur ADA/Section 504 de l'équipe KB au 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ou P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Le courriel du DCH est : [dch.adarequests@dch.ga.gov](mailto:dch.adarequests@dch.ga.gov).

Vous pouvez demander à votre assistant social une copie du formulaire de plainte pour les droits civils de la DFCS. Le formulaire de plainte est également disponible sur <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte pour discrimination, vous pouvez contacter le personnel de la DFCS indiqué ci-dessus. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent appeler le 711 pour être mises en contact avec un opérateur. Le courriel pour les plaintes relatives aux droits civils du DCH est : [dch.civilrights@dch.ga.gov](mailto:dch.civilrights@dch.ga.gov). Le lien pour le processus des droits civils du DCH et le formulaire de plainte se trouve à l'adresse suivante : <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Vous pouvez également déposer une plainte pour discrimination auprès de l'agence fédérale compétente. Les coordonnées du Département américain de l'agriculture (USDA) et du département américain de la santé et des services sociaux (HHS) figurent dans la "Déclaration de non-discrimination" incluse dans le présent document.

*\*La section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973, la loi sur les Américains handicapés de 1990 et la loi sur les modifications de la loi sur les Américains handicapés de 2008 garantissent que les personnes handicapées sont à l'abri de toute discrimination illégale.*

En vertu de la politique du **département de la santé communautaire (DCH)**, les programmes d'assistance médicale ne peuvent pas vous refuser l'éligibilité ou les avantages en fonction de votre race, de votre âge, de votre sexe, de votre handicap, de votre origine nationale ou de votre religion.

## N'envoyez pas de demandes à l'USDA ou au HHS

### **Déclaration de non-discrimination**

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du département américain de l'agriculture (USDA) en matière de droits civils, il est interdit à l'USDA, à ses agences, bureaux et employés, ainsi qu'aux institutions participant aux programmes de l'USDA ou les administrant, de pratiquer une discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques, ou les représailles pour une activité antérieure en matière de droits civils dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA. Les programmes qui reçoivent une aide financière fédérale du département américain de la santé et des services sociaux (HHS), tels que l'assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF), et les programmes directement gérés par le HHS sont également interdits de discrimination en vertu des lois fédérales sur les droits civils et des règlements du HHS.

Les personnes handicapées nécessitant des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur les programmes (par exemple, le braille, les gros caractères, les cassettes audio, la langue des signes américaine), doivent contacter l'agence (d'État ou locale) auprès de laquelle elles ont demandé des prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par le biais du service de relais fédéral au (800) 877-8339. En outre, les informations sur le programme peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais.

### **PLAINTES RELATIVES AUX DROITS CIVILS IMPLIQUANT DES PROGRAMMES DE L'USDA**

L'USDA octroie une aide financière fédérale à de nombreux programmes de sécurité alimentaire et de lutte contre la faim, tels que le Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), le Programme de distribution alimentaire dans les réserves indiennes (FDPIR) et d'autres encore. Pour porter plainte pour discrimination, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination (AD-3027) disponible en ligne [sur https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf](https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf) et dans tous les bureaux de l'USDA ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et fournissez-y toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou votre lettre dûment rempli à l'USDA par :

1. **Courrier** : Service d'aliments et de nutrition, USDA  
1320 Place Braddock, Salle 334, Alexandria, VA 22314 ; ou
2. **fax** : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **téléphone** : (833) 620-1071; ou
4. **courriel** : [FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov).

Pour toute autre information concernant les questions relatives au SNAP, les personnes doivent contacter la ligne d'assistance SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, ou appeler [les numéros d'information/de ligne d'assistance de l'État](#) (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'assistance par État), disponibles en ligne à l'adresse suivante : [ligne d'assistance téléphonique SNAP](#).

### **PLAINTES RELATIVES AUX DROITS CIVILS IMPLIQUANT DES PROGRAMMES DU HHS**

Le HHS octroie une aide financière fédérale à de nombreux programmes visant à améliorer la santé et le bien-être, notamment le TANF, le programme Bon départ, le programme d'aide à l'énergie domestique à faible revenu (LIHEAP), et d'autres encore. Si vous pensez avoir été victime de discrimination en raison de votre race, de votre couleur, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre âge, de votre sexe (y compris la grossesse, l'orientation sexuelle et l'identité de genre) ou de votre religion dans le cadre de programmes ou d'activités gérés directement par le HHS ou auxquels le HHS apporte une aide financière fédérale, vous pouvez déposer une plainte auprès du Bureau des droits civils (OCR) pour vous-même ou pour une autre personne.

Pour déposer une plainte pour discrimination pour vous-même ou pour quelqu'un d'autre concernant un programme recevant une aide financière fédérale par le biais de HHS, remplissez le formulaire en ligne sur le portail des plaintes de l'OCR à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Vous pouvez également contacter l'OCR par courrier : Gestion centralisée des cas, Département américain de la santé et des services sociaux, 200 Avenue de l'indépendance, S.W., salle 509F HHH Bldg, Washington, D.C. 20201 ; fax : (202) 619-3818 ; ou courriel : [OCRmail@hhs.gov](mailto:OCRmail@hhs.gov). Pour un traitement plus rapide, nous vous invitons à utiliser le portail en ligne de l'OCR pour déposer vos plaintes plutôt que de les envoyer par courrier. Les personnes qui ont besoin d'aide pour déposer une plainte relative aux droits civils peuvent envoyer un courriel à l'OCR à l'adresse [OCRMail@hhs.gov](mailto:OCRMail@hhs.gov) ou appeler l'OCR gratuitement au 1-800-368-1019, ATS 1-800-537-7697. Pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution, veuillez composer le 7-1-1 pour accéder aux services de relais de télécommunications. Nous offrons également des formats alternatifs (tels que le braille et les gros caractères), des aides auxiliaires et des services d'assistance linguistique gratuits pour le dépôt d'une plainte.

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances.

Sous l'égide du département des services sociaux (DHS), vous pouvez également déposer d'autres plaintes pour discrimination en contactant votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils, de l'ADA et de l'article 504 du DFCS au département des services sociaux de Géorgie, bureau du conseil général, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Pour les plaintes alléguant une discrimination fondée sur une maîtrise limitée de l'anglais, contactez le programme de maîtrise limitée de l'anglais et de déficience sensorielle du DHS au département des services humains de Géorgie, bureau du conseil général, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

**N'envoyez pas de demandes à l'USDA ou au HHS**