Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce formulaire, ou si vous avez besoin d'aide pour communiquer avec nous, demandez-nous, ou appelez le 1-877-423-4746. Si vous êtes sourd(e) ou malentendant(e), appelez GA Relay au 1-800-255-0135. Nos services sont gratuits.

Quels services offrons-nous ici à la Division de services à la famille et aux enfants (DFCS - *Division of Family and Children Services*) ?

DFCS offre les services suivants :

Assistance alimentaire : les bons alimentaires sont des avantages que vous pouvez employer pour acheter de la nourriture dans n'importe quel magasin avec l'enseigne EBT/*Quest*. Nous soustrairons le montant de vos achats alimentaires de votre compte FS (*Food Stamps* - bons alimentaires).

Avantages en espèces/Services de soutien à l'Emploi : l'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF - *Temporary Assistance for Needy Families*) fournit de l'aide pécuniaire aux familles avec enfants à charge pendant un temps limité. Il est demandé aux parents ou gardiens inclus dans la subvention de participer à un programme de travail.
Le Programme d'avantages en espèces fournit aussi une aide financière pour les foyers de réfugiés qui ne sont pas éligibles pour le programme TANF.

Assistance médicale : Medicaid, pour ceux qui sont éligibles, peut contribuer à rembourser les frais médicaux, les frais de médecins, et les primes de Medicare.

Services d'approche communautaire : pour plus de renseignements sur les autres services offerts par le DHS, veuillez visiter notre site web http://www.dfcs.dhr.georgia.gov ou appeler le 1-877-423-4746.

Comment faire une demande d'assistance?

Étape nº 1 : remplissez le formulaire.

Lisez les questions avec soin et fournissez des renseignements corrects. Signez et datez le formulaire.

Étape nº 2 : envoyez votre formulaire. Vous devrez détacher les pages 1 à 3, et les conserver.

Envoyez les pages 4 à 13 de ce formulaire par la poste, par télécopieur, ou rapportez-les au bureau de la Division locale de services à la famille et aux enfants (DFCS - *Division of Family & Children Services*). Si vous, ou la personne pour laquelle vous faites la demande est éligible, des bons alimentaires ou avantages TANF seront accordés à partir de la date à laquelle nous recevons votre demande portant votre nom, adresse et signature.

Si vous faites une demande pour des bons alimentaires et/ou pour Medicaid, vous pouvez remplir un formulaire de demande d'avantages portant simplement votre nom, votre adresse et votre signature. Cependant, un formulaire complet nous aidera à traiter votre demande plus rapidement. Vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande conjointe pour plus d'un programme ou seulement pour le programme de bons alimentaires (FS - *Food Stamps*). Votre demande de bons alimentaires ne sera pas refusée au simple motif que votre demande pour un autre programme a été refusée. Nous déterminerons séparément votre éligibilité pour les bons alimentaires. Si vous vous trouvez actuellement dans un établissement (maison d'arrêt, hospice ou asile) et que vous demandez des bons alimentaires et des indemnités de sécurité sociale en même temps, la date de dépôt de votre demande correspond à la date de votre sortie de l'établissement.

Étape nº3 : communiquez avec nous.

Il se peut que vous deviez participer à un entretien avec un gestionnaire de cas. Dans ce cas, nous vous donnerons rendez-vous. Cet entretien peut se faire par téléphone.

Questions les plus fréquentes

Combien de temps faut-il avant de recevoir les avantages ?
Bons alimentaires : jusqu'à 30 jours
TANF: jusqu'à 45 jours
Medicaid : de 10 à 60 jours
Vous pouvez recevoir des bons alimentaires dans les 7 jours si vous remplissez certaines conditions. Voir page 7.

Combien vais-je recevoir ?
Votre revenu, vos ressources, et la taille de votre famille déterminent le montant des avantages. Nous pourrons vous fournir des renseignements plus spécifiques une fois que votre éligibilité aura été déterminée.

Comment vais-je recevoir mes avantages ?
Pour les bons alimentaires, vous recevrez une carte de transfert électronique des avantages (EBT - *Electronic Benefit Transfer*) pour avoir accès à vos avantages. Pour TANF, vous recevrez une carte de débit EPPIC Debit Master pour avoir accès à vos avantages. Pour Medicaid, vous recevrez une carte Medicaid pour chaque personne éligible.

Quels renseignements dois-je fournir ?
Il est utile de fournir ce qui suit :

- Pièce d'identité pour le demandeur s'il s'agit d'une demande de bons alimentaires et/ou TANF. Pièce d'identité pour tous ceux qui demandent Medicaid s'il s'agit d'une demande pour Medicaid. Ex : carte d'identité (ID) ou permis de conduire (DL)
- Justificatif de citoyenneté/statut d'immigrant qualifié pour tous les demandeurs d'avantages. **Si votre demande concerne uniquement les prestations médicales d'urgence, il n'est pas nécessaire de fournir votre numéro de Sécurité sociale (SSN) ou des renseignements sur votre statut d'immigration.**
- Numéros de Sécurité Sociale pour tous les demandeurs d'assistance.
- Justificatif de revenus. *Par exemple*, talons de chèques, paiements de pension alimentaire pour enfants, lettres d'attribution de revenu.
- Justificatifs de dépenses, p. ex. reçus de garde d'enfants, factures médicales, coûts de transports médicaux, et paiements de pension alimentaire pour enfants.

Vous aurez largement le temps de remettre ces renseignements à notre bureau. Si vous avez besoin d'aide pour obtenir ces renseignements, veuillez nous en informer.

Comment employons-nous les renseignements personnels du demandeur ?

- Il vous suffit de fournir le numéro de Sécurité Sociale (SSN) et le statut de citoyenneté ou d'immigration pour les personnes qui veulent faire une demande d'avantages. Ces renseignements seront employés pour vérifier les revenus et le système de vérification d'éligibilité (IEVS). Nous comparerons aussi vos renseignements avec d'autres organismes locaux, fédéraux et d'État pour vérifier vos revenus et votre éligibilité. Si un membre du foyer ne veut pas fournir de renseignements sur son SSN, sa citoyenneté ou son statut vis-à-vis de l'immigration, les autres membres pourront néanmoins recevoir des avantages. **Si votre demande concerne uniquement les prestations médicales d'urgence, il n'est pas nécessaire de fournir votre SSN ou des renseignements sur votre statut d'immigration.**

Quelqu'un d'autre peut-il m'inscrire?
Vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de vous inscrire pour les bons alimentaires et pour Medicaid.
Pour TANF, n'importe qui peut faire une demande, mais un parent ou un gardien doit passer un entretien.

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Il est interdit à cette institution de discriminer sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, de l'âge, du sexe et dans certains cas sur la base de la religion et des croyances politiques.

Le département de l'Agriculture des É.-U. interdit également la discrimination sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, les croyances religieuses, un handicap, l'âge, les croyances religieuses, ou les représailles pour les activités de droit civil dans le cadre de tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées nécessitant un autre moyen de communication pour obtenir les informations du programme (p. ex. braille, gros caractères, enregistrement audio, langage des signes américain, etc.) doivent s'adresser à l'agence (de l'État ou locale) auprès de laquelle elles ont déposé leur demande d'avantages. Les personnes sourdes, malentendantes ou qui ont de la difficulté à parler peuvent contacter l'USDA via le *Federal Relay Service* au (800) 877-8339. De plus, les informations du programme peuvent être disponibles dans des langues autres qu'en anglais.

Pour déposer une plainte de discrimination, veuillez remplir le formulaire de plainte de discrimination au programme de l'USDA (*USDA Program Discrimination Complaint Form*), (AD-3027), sur http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou auprès d'un bureau de l'USDA, ou écrire une lettre qui contient tous les renseignements demandés sur le formulaire. Pour demander un exemplaire du formulaire de plainte, veuillez appeler le (866) 632-9992. Veuillez envoyer votre formulaire ou lettre à l'USDA par :

(1) courrier : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, S.W.
Washington, D.C. 20250-9410

(2) fax : (202) 690-7442

(3) courrier électronique : program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information se rapportant à des problèmes avec le Programme d'assistance supplémentaire à l'alimentation (SNAP - *Supplemental Nutrition Assistance Program*), les personnes concernées peuvent appeler le numéro de téléassistance SNAP de l'USDA (800) 221-5689, qui est aussi en espagnol, ou appeler les numéros d'information de l'État/téléassistance (cliquer sur le lien pour obtenir une liste des numéros de téléassistance par État) ; les numéros sont disponibles en ligne à http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Pour déposer une plainte de discrimination concernant un programme bénéficiant d'une assistance financière fédérale par le Département de la santé et des services à la personne (HHS), veuillez écrire à : HHS Director, Office of Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou appeler le (202) 619-0403 (voix) ou le (800) 537-7697 (ATS).

Cette institution applique l'égalité des chances.

Vous pouvez également déposer une plainte de discrimination en contactant DFCS *Civil Rights Program*, Two Peachtree Street, N.W., Suite 19-248, Atlanta, Georgia 30303 ou appeler le (404) 657-3735 ou faxer le (404) 463-3978. Pour les services aux personnes ayant des compétences limitées en anglais et aux capacités sensorielles altérées, contactez DHS *Limited English Proficiency and Sensory Impaired Program* à : Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103 N.W., Atlanta, GA 30303 ou appeler le (404) 657-5244 ou faxer le (404) 651-6815.

Aux termes de la politique du Département de la santé communautaire (DCH - *Department of Community Health*), le programme Medicaid ne peut pas refuser votre éligibilité ou vos avantages sur la base de votre race, âge, sexe, handicap, origine nationale ou de vos convictions politiques ou religieuses. Pour signaler un cas de discrimination de Medicaid ou d'un prestataire, appelez le bureau d'intégrité du programme (*Office of Program Integrity*) du Département de la santé communautaire (*Department of Community Health*) de Géorgie (local) 404-463-7590 ou (gratuitement) 800-503-0686.

Que signifient les mots employés dans ce formulaire ?

Ce tableau explique quelques-uns des termes utilisés dans le formulaire.

Gardien	Un parent, proche ou tuteur légal avec enfants à charge qui demande et reçoit TANF.
Parent du bénéficiaire	Un parent, proche ou tuteur légal qui demande et reçoit TANF en son nom pour le compte des enfants.
Déchéance	Action prise pour éliminer une personne d'un cas de bons alimentaires ou TANF parce qu'il n'a pas dit la vérité et a reçu des avantages auxquels il n'avait pas droit.
Transfert électronique d'avantages (EBT)	Système utilisé en Géorgie pour payer des avantages aux personnes qui sont éligibles pour des bons alimentaires ou TANF. Une carte de débit EBT qui sert à prélever des avantages en espèces et à accéder à leur compte de bons alimentaires est délivrée aux personnes qui reçoivent cette assistance.

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Que signifient les mots employés dans ce formulaire ?

Carte EPPI – carte de débit MasterCard	Nouvelle carte de débit émise par Xerox pour les personnes recevant une assistance financière en Géorgie. La carte EPPI de débit MasterCard sera acceptée pour des achats et retraits en espèces partout où MasterCard est accepté.
Membres du Foyer	Les personnes qui vivent dans votre foyer. Pour les bons alimentaires, les personnes qui habitent ensemble, et qui achètent et préparent leurs repas ensemble.
Revenu	Paiements tels que gages, salaires, commissions, primes, indemnités d'accidents du travail, pensions, avantages pour la retraite, intérêt, pension alimentaire pour enfants ou de l'argent sous quelque forme que ce soit.
Revenu brut	Le revenu total d'une personne avant de prendre en compte les impôts et autres prélèvements.
Étranger/ Immigrant qualifié	Un *étranger/immigrant qualifié* est une personne qui réside légalement aux É.U. et appartient à l'une des catégories suivantes : une personne admise légalement pour résidence permanente (LPR - *permanent residence*) aux termes de l'Acte d'Immigration et Nationalité (INA - *Immigration and Nationality Act*) ; un immigrant *Amérasien* aux termes de l'Acte des Appropriations de 1988, section 584 des Opérations Étrangères, Financement à l'Exportation et Programme Associé ; une personne qui a profité du droit d'asile aux termes de la section 208 de INA ; Réfugiés admis aux termes de la section 207 de INA.; une personne *admise conditionnellement* aux É.U. aux termes de la section 212(d)(5) de l'INA pendant au moins un an ; une personne dont la *déportation* est refusée aux termes de la section 243(h) de l'INA, ayant pris effet avant le 1er avril 1997, ou la section 241(b)(3) de l'INA, modifiée ; une personne à qui a été accordé *l'entrée conditionnelle* aux termes de la section 203(a)(7) de l'INA ayant pris effet avant le 1er avril 1980 ; des immigrants *cubains ou haïtiens*, comme défini dans la section 501(e) de l'Acte d'Assistance à l'Éducation des Réfugiés ; des *victimes de trafic humain* aux termes de la section 107(b)(1) de l'Acte de Protection des Victimes de Trafic de 2000 ; des *immigrants maltraités* qui répondent aux conditions énoncées dans la section 431(c) de l'Acte de Réconciliation des Opportunités d'Emploi et de Responsabilité Personnelle de 1996 modifié ; des immigrants *Afghans ou Iraquiens* à qui a été accordé un statut spécial d'immigrants aux termes de la section 101(a)(27) de l'INA (sous réserve de conditions spécifiées) ; des *Amérindiens* nés au Canada et vivant aux É-U. aux termes de la section 289 de l'INA ou des non-citoyens de tribus indiennes reconnus par le gouvernement fédéral aux termes de la section 4(e) de l'Acte d'Assistance à l'Éducation et à l'Autodétermination et les *membres des tribus Hmong ou Laotiennes des Hauts Plateaux* ayant prêté assistance au personnel des É.U. en prenant part à des opérations militaires ou de sauvetage pendant l'Ère du Vietnam (05/08/1964 – 07/05/1975).

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Que signifient les mots employés dans ce formulaire ?

Loi de 2012 sur l'allègement fiscal de la classe moyenne	La présente loi interdit l'usage de fonds provenant de l'aide en espèces ou de cartes de débit TANF pour retirer de l'argent liquide ou effectuer des transactions dans des casinos, magasins de spiritueux, centres de divertissement pour adultes, salles de poker, cautions pour les détenus, boîtes de nuit/bars/tavernes, salles de bingo, champs de courses, établissements de jeux de hasard, magasin d'armes à feu/munitions, bateaux de croisière, voyants, bureaux de tabac, salons de tatouage/perçage et salons de spa/massage. L'utilisation de fonds provenant de l'aide en espèces ou de la carte de débit TANF dans ces négoces constitue une violation intentionnelle du programme (fraude) de la part du bénéficiaire.
Demandeur	Une personne qui demande une assistance publique/des avantages.
Non-demandeur	Une personne qui choisit de NE PAS DEMANDER d'assistance publique/avantages ; les non-demandeurs ne sont pas obligés de révéler leur Numéro de Sécurité Sociale (SSN) ou de confirmer leur statut de citoyenneté/immigration.
Unité d'assistance (AU)	Une unité d'assistance (AU - *Assistance Unit*) comprend les personnes *éligibles* qui vivent sous le même toit et reçoivent une assistance publique/des avantages.

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Que couvre ma demande ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent :

- ❑ **Bons alimentaires**
  Le programme de bons alimentaires est un programme financé au niveau fédéral qui fournit des avantages mensuels aux foyers à faibles revenus pour les aider à couvrir le coût de la nourriture. Le programme fournit en outre une éducation nutritionnelle et aide aux besoins alimentaires et nutritifs des foyers éligibles.

- ❑ **Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF)**
  L'Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF - *Temporary Assistance for Needy Families*) donne accès à des paiements mensuels temporaires en espèces, paiements individuels en espèces, ou autres services d'aide pour renforcer les familles éligibles avec enfants. Si vous êtes le parent de l'enfant ou le gardien qui voudrait être inclus dans la subvention, nous vous demanderons de participer à un programme de travail.

- ❑ **Assistance aux réfugiés en espèces**
  Le programme d'Assistance aux réfugiés en espèces donne accès à une assistance financière aux foyers de réfugiés non éligibles pour le programme TANF. Le terme réfugié comprend des réfugiés, des entrants cubains/haïtiens, des victimes de trafic humain, des Amérasiens, et réfugiés mineurs non-accompagnés.

- ❑ **Medicaid**
  Medicaid offre une couverture médicale pour personnes âgées, non-voyantes ou handicapées, femmes enceintes, enfants, et familles. Quand vous ferez une demande, nous examinerons tous les programmes Medicaid pour décider lesquels correspondent à votre éligibilité.

Renseignements sur le demandeur

Le demandeur ou la personne faisant la demande pour le compte du demandeur a-t-il/elle besoin d'assistance pour communiquer avec nous ? Dans l'affirmative, cochez les cases appropriées.

( ) ATS ( ) Braille ( ) Gros Caractères ( ) E-mail ( ) Relais vidéo ( ) Interprète de Langue des Signes _____

( ) Interprète (spécifiez la langue) _____ ( ) Autre _____

Remplissez les cases suivantes concernant le demandeur.

Prénom	Initiale du 2e prénom	Nom de famille	Suffixe

Adresse du domicile	Appartement

Ville	État	Code postal

Adresse postale (si différente de l'adresse ci-dessus)		

Ville	État	Code postal

Numéro de téléphone principal	Autre numéro de contact	Adresse e-mail (facultatif)

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Je déclare sous peine de parjure que, à ma connaissance, la personne (les personnes) pour le compte de laquelle (desquelles) je fais la demande est/sont un/des citoyen(s) des É.U. ou est (sont) légalement présente(s) aux États-Unis. Je certifie en outre que tous les renseignements fournis sur cette demande sont exacts et corrects à ma connaissance. Je comprends et j'accepte que le DHS (Département des services à la personne) et les organismes fédéraux autorisés peuvent vérifier les renseignements que je fournis dans ce formulaire. Des renseignements peuvent être obtenus auprès d'employeurs actuels et antérieurs. Je m'engage à signaler tout changement dans ma situation selon les exigences du programme de bons alimentaires/Medicaid et/ou TANF. Si n'importe quels renseignements sont inexacts, les avantages peuvent être réduits ou refusés et je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu(e) du programme pour avoir sciemment fourni des informations erronées. Je comprends que je peux être poursuivi(e) si je fournis de faux renseignements ou si je dissimule des renseignements. Je comprends que, si je manque à signaler certaines de mes dépenses dans ma demande ou pendant l'entretien de renouvellement et/ou je ne les confirme pas, le DHS ne prendra pas ces dépenses en compte dans le calcul du montant de mes avantages en bons alimentaires.

_____ _____

Signature **Date**

_____ _____

Signature du témoin si signé avec un « X » **Date**

Puis-je choisir un tiers pour faire une demande de bons alimentaires ou Medicaid pour mon compte ?

Complétez cette section seulement si vous voulez que quelqu'un d'autre fasse une demande, passe votre entretien, et/ou emploie votre carte EBT pour acheter de la nourriture quand vous ne pouvez pas vous déplacer. Si vous faites une demande pour Medicaid, vous pouvez choisir plus d'une personne pour faire la demande d'assistance médicale pour votre compte.

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Nom : _____ Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____ Appartement : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Pour Medicaid, voulez-vous que cette personne possède une copie de votre carte Medicaid ? ❑ Oui ❑ Non

For Office Use Only (À l'usage du bureau uniquement) Date Received: _____

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Est-ce que je remplis les conditions pour obtenir des bons alimentaires plus rapidement ?

Répondez à ces questions sur le demandeur et tous les membres du foyer pour savoir si vous pouvez obtenir des bons alimentaires dans les 7 jours.

1. Êtes-vous ou un membre du foyer un travailleur migrant ou saisonnier ? ❑ Oui ❑ Non
   Dans l'affirmative, qui : _____

2. **Revenu brut total gagné par le travail** à recevoir ce mois-ci : $_____
   Nom de l'employeur _____
   Date du début de l'emploi _____ Date de la fin de l'emploi _____
   Taux de paiement _____ Nombre d'heures de travail pendant la semaine _____
   chaque semaine/toutes les deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse)

3. **Revenu brut total non gagné par le travail** à recevoir ce mois-ci : $_____
   Type de revenu non gagné par le travail _____ Montant _____
   chaque semaine/toutes les deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse)

   Type de revenu non gagné par le travail _____ Montant
   chaque semaine/toutes les deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse)

4. Revenu total gagné et non gagné par le travail ce mois-ci : $_____

5. Quel montant, vous, et les membres de votre foyer avez-vous en espèces ou à la banque ? $_____

6. Quel montant mensuel payez-vous pour le loyer, l'hypothèque, l'impôt foncier et l'assurance habitation ? $_____

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

   (Exclure les montants en souffrance et les frais de retard dans le total)

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Renseignements sur le demandeur et tous les membres du foyer

Veuillez remplir les cases suivantes à propos du demandeur et de tous les membres du foyer. Les lois fédérales et les réglementations suivantes autorisent DFCS à demander votre numéro de sécurité sociale, ainsi que ceux des membres de votre foyer : *Food and Nutrition Act of 2008* (Loi 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. Les membres de votre foyer qui ne font pas de demande d'avantages peuvent être reconnus comme **non-demandeurs**. Les non-demandeurs ne sont pas obligés de nous fournir des renseignements sur leur numéro de sécurité sociale, citoyenneté, ou statut d'immigrant, et ne sont pas éligibles pour ces avantages. Cependant, les autres membres du foyer peuvent recevoir des avantages, s'ils sont déclarés éligibles. Si vous voulez que nous décidions si n'importe quel membre de votre foyer est éligible pour recevoir des avantages, vous devrez toujours nous communiquer leur citoyenneté ou leur statut d'immigrant, et nous faire part de leur numéro de Sécurité Sociale (SSN). Vous devrez toujours nous faire part de **leurs** revenus et ressources pour déterminer l'éligibilité et le montant des avantages pour votre foyer. Nous ne signalerons pas les membres du foyer non-demandeurs au système SAVE (Vérification systématique des droits des étrangers - *Systematic Alien Verification for Entitlements*) des Services d'immigration et de citoyenneté des États-Unis s'ils ne nous font pas part de leur citoyenneté ni de leur statut d'immigrant. Toutefois, si des renseignements concernant votre statut d'immigrant ont été fournis dans votre demande, ces renseignements peuvent faire l'objet d'une vérification par le système SAVE et peuvent influencer l'éligibilité de votre foyer et le seuil de vos avantages. Nous comparerons vos renseignements avec d'autres organismes fédéraux, locaux et d'état pour vérifier votre revenu et votre éligibilité. Ces renseignements pourront aussi être partagés avec des officiels chargés de l'application de la loi qui les utiliseront pour appréhender des individus qui cherchent à échapper à la loi. Si votre foyer a déposé une demande pour bons alimentaires, les renseignements contenus dans cette demande, y compris les numéros de Sécurité Sociale peuvent être fournis aux organismes fédéraux et d'État, et aux agences de recouvrement privées qui les utiliseront pour recouvrir les remboursements. Nous ne refuserons pas des avantages à des membres du foyer demandeur parce que d'autres membres du foyer manquent d'indiquer leur numéro de Sécurité Sociale et leur statut vis-à-vis de la citoyenneté ou de l'immigration.

NOM Prénom Init. du 2e prénom Nom de famille	Parenté avec vous	Est-ce que cette personne demande des avantages ? (O/N)	Date de naissance : Format (- -/ - -/ - -)	Numéro de Sécurité Sociale **(demandeurs seulement)**	Sexe (M/F)	Hispanique/ Latino **(facultatif)** (O/N)	Race/Code **(facultatif)** (Voir codes ci-dessous)	Est-ce vous êtes citoyen(e) américain(e), immigrant(e) qualifié(e)? **(demandeurs seulement)** (O/N)
	MOI-MÊME							

Codes raciaux (Choisissez tous ceux qui s'appliquent) :

AI – Amérindien/originaire d'Alaska **AS** – Asiatique **BL** – Noir/Afro-américain
HP – Insulaire originaire d'Hawaï/des îles du Pacifique **WH** – Blanc

En renseignant les codes raciaux/ethniques, vous contribuerez à l'administration de nos programmes de manière non-discriminatoire. Votre foyer n'est pas obligé de nous donner ces renseignements et ils n'affecteront pas votre éligibilité ni votre seuil d'avantages.

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Renseignements supplémentaires sur le demandeur et tous les membres du foyer

Nous avons besoin de plus de renseignements sur le demandeur et tous les membres du foyer pour décider qui est éligible pour les avantages. Sur cette page, veuillez répondre seulement aux questions ci-dessous qui ont trait aux avantages que vous voulez recevoir.

1. Est-ce que quelqu'un a reçu des prestations dans un autre comté ou autre état ? ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative,

   Qui : _____

   Où : _____

   Quand : _____

2. Est-ce que quelqu'un a été condamné pour avoir fourni de faux renseignements concernant où ils habitent ou qui ils sont afin de recevoir des avantages FS multiples dans plus d'une région après le 22.08.1996 ? (Pour les bons alimentaires seulement) ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative,

   Qui : _____

   Où : _____

   Quand : _____

3. Est-ce qu'un membre de votre foyer a volontairement quitté son emploi ou réduit ses heures de travail à moins de 30 heures par semaine pendant les 30 jours précédant la date de la demande ? (Pour les bons alimentaires et TANF seulement) ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative, qui a quitté son emploi ?_____

   Pourquoi a-t-il (elle) quitté ? _____

4. Y-a-t-il une femme enceinte ? * Veuillez fournir un justificatif de sa grossesse si possible. ❑ Oui ❑ Non

   Qui : _____

   Date prévue de la naissance :_____

   (Cette question ne s'applique pas aux demandes exclusives de bons alimentaires.)

5. Pour Medicaid, quelqu'un a-t-il des factures médicales impayées depuis 3 mois ? ❑ Oui ❑ Non

   (Cette question ne s'applique pas aux demandes exclusives de bons alimentaires ou TANF.)

6. Est-ce que quelqu'un est disqualifié des programmes de bons alimentaires ou TANF ? ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative,

   a. Qui : _____

   b. Où : _____

7. Est-ce que quelqu'un essaye d'éviter une poursuite judiciaire ou la prison pour un crime ? ❑ Oui ❑ Non

   (pour bons alimentaires et TANF seulement)

   Dans l'affirmative, qui : _____

Demande d'avantages

8. Est-ce que quelqu'un viole des conditions de mise en liberté surveillée ou conditionnelle ? (pour bons alimentaires et TANF seulement) ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative, qui : _____

9. Est-ce que quelqu'un a été reconnu coupable d'un crime ayant trait au comportement lié à la possession, utilisation ou distribution d'une substance contrôlée (stupéfiant) après le 22.08.1996 (pour les bons alimentaires et TANF seulement) ou d'un crime violent (TANF seulement) ? ❑ Oui ❑ Non

   Dans l'affirmative :

   Qui :_____

   Quand : _____ __

10. Est-ce que vous ou un autre membre de votre foyer avez été condamné(s) pour avoir échangé des avantages SNAP contre des stupéfiants après le 22.08.1996 ? (Pour les bons alimentaires seulement) ❑ Oui ❑ Non

    Dans l'affirmative,

    Qui : _____

    Quand : _____

11. Est-ce que vous ou un autre membre de votre foyer avez été condamné(s) pour achat ou vente d'avantages en bons alimentaires pour une somme excédant 500 $ après le 22.08.1996 ? (Pour les bons alimentaires seulement) ❑ Oui ❑ Non

    Dans l'affirmative,

    Qui : _____

    Quand : _____

12. Est-ce que vous ou un autre membre de votre foyer avez été condamné(s) pour avoir échangé des avantages en bons alimentaires contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs après le 22.08.1996 ? (Pour les bons alimentaires seulement) ❑ Oui ❑ Non

    Dans l'affirmative,

    Qui : _____

    Quand : _____

13. Quelqu'un a-t-il utilisé des fonds TANF ou la carte EPPIC aux endroits indiqués ci-dessous : boutiques de spiritueux, casinos, salles de poker, divertissement pour adultes, frais de caution, boîtes de nuit, bars/tavernes, salles de bingo, champs de courses, magasins d'armes/munitions, bateaux de croisière, voyants, débits de tabac, salons de tatouage/perçage et salons de massage/spas ? (pour TANF seulement)

    Dans l'affirmative,

    Qui : _____ ❑ Oui ❑ Non

    Quand : _____

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Renseignements supplémentaires sur les revenus du demandeur et de tous les membres du foyer

Est-ce que vous ou quelqu'un d'autre a fait une demande en vue de recevoir une forme quelconque de revenu comme : salaires, pourboires, primes, activités professionnelles non-salariées, Sécurité sociale/Retraite des chemins de fer, autre invalidité, revenus VA, pensions, chômage, pension alimentaire pour enfants, autre pension alimentaire, argent provenant d'autres personnes, indemnisations pour accidents du travail ou toute autre forme de revenus ?

Nom du membre du foyer ayant des revenus	**Type de revenus**	**Nom de l'employeur/ Source des revenus**	**Montant mensuel** (avant retenues)	**Fréquence des paiements (mensuels, toutes les 2 semaines, hebdomadaires)**	**Salaire horaire**	**Heures par semaine**	**Date(s) de paie**

Renseignements supplémentaires sur les dépenses du demandeur et de tous les membres du foyer

Est-ce que vous payez les dépenses d'un enfant à charge ou d'un membre du foyer en invalidité ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-après.

Personne demandant des soins	**Personne qui paie les soins**	**Raison pour les soins**	**Nom/Numéro du prestataire des soins**	**Montant payé au prestataire des soins**	**Fréquence des paiements**

Quelqu'un ayant 60 ans ou plus ou étant invalide a-t-il des dépenses médicales ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-après.

Membre du foyer ayant des dépenses	**Type de dépenses** (consultations de médecin, visites à l'hôpital, médicaments sur ordonnance, primes de Medicare ou assurance-maladie, lunettes)	**Montant devant être payé**	**Toujours à payer ? Oui/Non**	**Date du paiement**	**L'assurance va-t-elle payer ? Oui/Non**

Quelqu'un ayant 60 ans ou plus a-t-il des dépenses médicales pour des services de transport ? Oui ☐ Non ☐

Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-après.

Objectif du déplacement (Visite chez le médecin ou à l'hôpital, ou chercher des médicaments à la pharmacie)	**Distance totale parcourue en voiture (en miles) :**	**Prix du taxi, autobus, parking ou logement :**

Département des services à la personne de Géorgie

Demande d'avantages

Renseignements supplémentaires sur les dépenses du demandeur et de tous les membres du foyer

Est-ce que quelqu'un dans votre foyer paie une pension alimentaire pour enfants à quelqu'un qui <u>n'habite pas</u> dans le foyer ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, complétez le tableau ci-dessous.

Membre du foyer qui a l'obligation de payer	Nom de l'enfant pour lequel la pension alimentaire est payée	Montant de l'obligation	Montant réel payé	À qui est payée la pension alimentaire pour enfants ?

Veuillez remplir le tableau ci-dessous si vous ou un autre membre du foyer engagez des frais d'hébergement. Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, remplissez le tableau ci-dessous.

Dépense	Montant	Fréquence	Qui a payé ?
Loyer/Hypothèque			
Impôts fonciers			
Assurance sur la propriété			
Électricité			
Gaz			
Ordures			
Téléphone			
Autre			

Partagez-vous les dépenses mensuelles du foyer avec un autre membre du foyer ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, qui ?_____
Commentaires/Documentation_____
Payé à qui ? _____ Montant payé $_____ Fréquence _____
Nom du propriétaire : _____
Adresse du propriétaire : _____

Avez-vous reçu une assistance pour l'énergie pendant les derniers 12 mois ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, le montant reçu _____$

Quelqu'un d'autre paye-t-il une de ces factures du foyer pour vous ? Oui ☐ Non ☐
Dans l'affirmative, remplir le tableau ci-dessous.

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

Demande d'avantages

Pénalités dans le cadre du programme bons alimentaires

Vous risquez de perdre vos avantages ou être sujet à être poursuivi comme criminel pour fournir sciemment de faux renseignements.

- Ne donnez pas de faux renseignements et ne dissimulez pas certains renseignements pour obtenir des avantages auxquels votre foyer n'a pas droit.
- N'utilisez pas les bons alimentaires ni la carte EBT de quelqu'un d'autre et ne permettez pas à autrui d'utiliser la vôtre.
- N'utilisez pas les avantages de bons alimentaires pour acheter des articles non-alimentaires comme de l'alcool ou des cigarettes, ou pour rembourser votre carte de crédit.
- N'échangez pas et ne vendez pas des bons alimentaires ou vos cartes EBT pour des produits illicites : armes à feu, munitions ou substances contrôlées (stupéfiants illicites).

Tout membre de votre foyer qui enfreint n'importe quel règlement des bons alimentaires à dessein peut être éliminé du programme de bons alimentaires pour un an ou de façon permanente, peut avoir à payer une amende de 250 000 dollars et peut être emprisonné pour 20 ans maximum, ou les deux. Cette personne peut être poursuivie aux termes d'autres lois d'état ou fédérales applicables, et peut être éliminée du programme de bons alimentaires/du Programme SNAP pour une période supplémentaire de 18 mois si ordonné par le tribunal.

Tout membre de votre foyer qui enfreint ces règlements à dessein risque ne plus recevoir des bons alimentaires pour un an à la première infraction, pour deux ans à la deuxième infraction, et de façon permanente à la troisième infraction.

Si une cour de justice vous trouve, vous ou un autre membre de votre foyer, coupable(s) d'avoir utilisé ou reçu des avantages dans une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligible pour des avantages pour deux ans à la première infraction et de façon permanente à la deuxième infraction.

Si une cour de justice vous trouve, vous ou un autre membre de votre foyer, coupable(s) d'avoir utilisé ou reçu des avantages dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou explosifs, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligible pour participer au programme des bons alimentaires de façon permanente dès la première infraction.

Si une cour de justice vous trouve, vous ou un autre membre de votre foyer, coupable d'avoir fait du trafic avec des avantages pour une somme totale excédant 500 $, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligibles pour participer au programme des bons alimentaires de façon permanente dès la première infraction.

Si vous ou tout autre membre de votre foyer êtes reconnu(s) coupable(s) d'avoir fourni des déclarations ou des renseignements frauduleux concernant votre identité (qui vous êtes) ou votre lieu de résidence (où vous habitez) dans le but de recevoir plusieurs avantages de bons alimentaires, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligibles pour participer au programme des bons alimentaires pendant une période de 10 ans.

Pénalités dans le Programme TANF

Dans le programme TANF, l'action volontaire de fournir des renseignements faux ou trompeurs pour établir ou maintenir l'éligibilité d'une unité d'assistance (AU), augmenter les avantages, empêcher la diminution des avantages, en dissimulant des renseignements pour éviter une action punitive ou en utilisant l'assistance en espèces dans des endroits défendus est considérée une violation intentionnelle du programme.

- Tout membre du foyer qui dissimule des renseignements, qui ne signale pas les changements dans les délais, ou ne dit pas la vérité concernant son utilisation de l'assistance TANF en espèces ou qui se sert de la carte de débit TANF pour retirer de l'argent liquide ou pour réaliser des transactions aux endroits strictement interdits, comme les casinos, magasins de spiritueux, divertissement pour adultes comme les clubs de « striptease », salles de poker, frais de caution, boîtes de nuit/bars/tavernes, salles de bingo, champs de course, établissements de jeux de hasard, magasins d'armes/munitions, bateaux de croisière, voyants, bureaux de tabac, salons de tatouage/perçage et salons de massage/spas, qui dissimule des renseignements, et qui ne signale pas les changements perdra les avantages de TANF pour six mois à la première infraction, pour douze mois à la deuxième infraction, et de façon permanente à la troisième infraction.

- Si vous ou tout autre membre de votre foyer êtes reconnu(s) coupable(s) d'avoir dissimulé des renseignements ou de ne pas avoir signalé les changements dans les délais, vous risquez de ne plus recevoir TANF pour douze mois à la première infraction et de façon permanente à la deuxième infraction.
- Si vous ou tout autre membre de votre foyer êtes reconnu(s) coupable(s) d'avoir fourni de faux renseignements concernant où vous habitez de sorte que vous pouvez recevoir des avantages dans plus d'un état, vous serez exclus pendant dix ans.
- Si une cour de justice vous trouve, après le 01.01.1997, coupable d'une infraction ayant trait aux substances contrôlées ou d'un acte délictueux grave, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligibles et/ou serez exclus de façon permanente.

Pour tout demandeur de Medicaid, bons alimentaires et TANF :

Je déclare sous peine de parjure que, à ma connaissance, la personne (les personnes) pour le compte de laquelle (desquelles) je fais la demande est (sont) citoyen(s) des É.U. ou est (sont) légalement présente(s) aux États Unis. Je certifie en outre que tous les renseignements fournis sur cette demande sont exacts et corrects à ma connaissance. Je comprends et j'accepte que le DHS (Département des services à la personne) et les organismes fédéraux autorisés peuvent vérifier les renseignements que je fournis dans ce formulaire. Des renseignements peuvent être obtenus auprès d'employeurs actuels et antérieurs. Je m'engage à signaler tout changement dans ma situation selon les exigences du programme de bons alimentaires/Medicaid et/ou TANF. Si tout renseignement s'avère inexact, les avantages peuvent être réduits ou refusés et je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu(e) du programme pour avoir sciemment fourni des informations erronées. Je comprends que je peux être poursuivi(e) si je fournis de faux renseignements ou si je dissimule des renseignements. Je comprends que, si je manque à signaler au DHS certaines de mes dépenses dans ma demande ou pendant l'entretien de renouvellement et/ou si je ne les confirme pas, le DHS ne prendra pas ces dépenses en compte dans le calcul du montant de mes avantages en bons alimentaires.

_____ _____

Signature du demandeur Date

_____ _____

Signature du représentant autorisé Date

_____ _____

Nom et signature du gestionnaire de cas Date
(Case Manager's Name and Signature)