



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) ?**

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 Bons Alimentaires.



**Avantages en Espèces/Services de Soutien à la Formation et à l'Emploi :** L'Assistance Temporaire pour les Familles Nécessiteuses (TANF) 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 une formation 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 aider à payer les frais médicaux, les frais de médecins, et les primes de Medicare.



**Services d'Approche Communautaire :** Pour plus de renseignements sur les Services d'Approche Communautaire, veuillez visiter notre site web <http://www.dfcs.dhr.georgia.gov> ou appelez le 1-877-423-4746.

**Comment puis-je faire une Demande d'Assistance?**

**Étape N° 1 : remplir le formulaire.**

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



**Étape N° 2 : envoyer votre formulaire. Vous devrez arracher les pages de 1 à 3, et les garder.**

Envoyez par la poste, par télécopieur, ou rapportez les pages de 4 à 13 de ce formulaire au bureau de la Division locale de Services à la Famille et aux Enfants (DFCS). Si vous, ou la personne pour laquelle vous faites la demande, est éligible, bons alimentaires ou avantages de 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 (BA). Votre demande de BA ne sera pas refusée uniquement parce que votre demande pour un autre programme a été refusée. Nous ferons une détermination séparée de votre éligibilité pour BA.

**Étape N°3 : Parlez avec nous.**

Il se peut que vous deviez participer à une entrevue avec un gestionnaire de cas. Dans ce cas, on vous fixera un rendez-vous. Cette entrevue 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 peut-être obtenir les Bons Alimentaires dans les 7 jours si vous remplissez certaines conditions. Voir page 6.

### Combien vais-je recevoir ?

Votre revenu, vos ressources, et la taille de votre famille déterminent le montant des avantages. Nous pourrions 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) 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)
- Preuve de citoyenneté/statut d'immigrant qualifié pour tous ceux demandant des avantages.
- Numéros de Sécurité Sociale pour tous ceux demandant une assistance.
- Preuve de revenus. *Par exemple,* souches de chèques, paiement de pension alimentaire pour enfants, fiches de salaire.
- Preuves de dépenses, telles que reçus de garde d'enfants, factures médicales, coûts de transports médicaux, et paiement 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, dites-le nous SVP.

### Comment employons-nous les renseignements personnels du demandeur ?

Il vous suffit de fournir numéros de Sécurité Sociale (SSN) et 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 agences fédérales, agences d'Etat, et locales 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.

### Quelqu'un d'autre peut-il m'inscrire?

Oui, 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 une entrevue.



# Département des Services à la Personne de Géorgie

## Demande d'Avantages



Conformément à la loi fédérale et à la **politique du Département de l'Agriculture des É.-U. (USDA), et du Département de la Santé et des Services à la Personne (HHS)**, 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 aussi la discrimination à l'égard de ses clients, employés et demandeurs d'emploi sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, un handicap, le sexe, l'identité de genre, la religion, les représailles et le cas échéant, les croyances politiques, l'état civil, la situation familiale ou parentale, l'orientation sexuelle, ou si la totalité ou une partie du revenu d'une personne provient d'un programme d'assistance publique ou sur la base des informations génétiques protégées dans l'emploi ou dans tout programme ou toute activité réalisés ou financés par le Département. (Toutes les bases d'interdiction ne s'appliqueront pas forcément à l'ensemble des programmes ou activités.)

Pour déposer une plainte de discrimination au programme auprès de l'USDA pour atteinte aux droits civils, veuillez remplir le *Formulaire de plainte de discrimination au programme de l'USDA* sur [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), ou dans un bureau de l'USDA, ou appeler le (866) 632-9992 pour demander le formulaire. Vous pouvez aussi écrire une lettre qui contient tous les renseignements demandés sur le formulaire. Veuillez nous envoyer votre formulaire de plainte complété ou votre lettre par courrier à U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, par fax au (202) 690-7442 ou par courrier électronique à [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

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 ou (800) 845-6136 (espagnol).

Pour toute autre information se rapportant à des problèmes avec le Programme d'assistance supplémentaire à l'alimentation (SNAP), les personnes concernées peuvent appeler le numéro de téléassistance SNAP de l'USDA (800) 221-5689, qui est aussi en espagnol, ou cliquer sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'information/de téléassistance de l'état à [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](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).

USDA et HHS sont des employeurs qui appliquent l'égalité des chances en emploi.

Vous pouvez aussi 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 individus de compétence limitée de l'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)**, le programme Medicaid ne peut pas refuser votre éligibilité ou vos avantages sur la base de votre race, de l'âge, du sexe, du handicap, de l'origine nationale ou des convictions politiques ou religieuses. Pour faire un rapport sur la discrimination de Medicaid ou d'un fournisseur, appelez le Bureau d'Intégrité du Programme du Département de la Santé Communautaire de Géorgie (local 404-463-7590) (gratuitement) 800-503-0686.

### Que signifient les mots employés dans ce formulaire?

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

<b>Gardien</b>	Un parent, proche ou tuteur légal avec enfants à charge qui demande et reçoit TANF.
<b>Parent du bénéficiaire</b>	Un parent, proche ou tuteur légal qui demande et reçoit TANF en son nom pour le compte des enfants.
<b>Déchéance</b>	Action prise pour éliminer un individu 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.
<b>Transfert électronique d'avantages (EBT)</b>	Système utilisé en Géorgie pour payer des avantages aux individus 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 individus qui reçoivent cette assistance.
<b>Carte EPPI – carte de débit MasterCard</b>	Nouvelle carte de débit émise par Xerox pour les individus 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.
<b>Membres du Foyer</b>	Les individus qui vivent dans votre foyer. Pour les Bons Alimentaires, les individus qui habitent ensemble et qui achètent et préparent leurs repas ensemble.
<b>Revenu</b>	Paiements tels que gages, salaires, commissions, primes, indemnités d'accidents du travail, pensions, avantages pour la retraite, intérêt, pension alimentaire pour les enfants ou de l'argent sous quelque forme que ce soit.
<b>Revenu brut</b>	Le revenu total d'une personne avant de prendre en compte les impôts et autres prélèvements.



**Que signifient les mots employés dans ce formulaire?**

<b>Travailleurs agricoles migrants</b>	Individus qui sont travailleurs agricoles saisonniers qui se déplacent d'un lieu à l'autre pour travailler ou chercher du travail.
<b>Ressources</b>	Espèces, propriété ou biens tels que comptes en banque, véhicules, actions, obligations et assurance-vie.
<b>Travailleurs agricoles saisonniers</b>	Individus qui travaillent à certaines périodes de l'année pour planter, récolter, ou emballer les produits agricoles. Ils sont embauchés à titre temporaire quand un travail agricole requiert des travailleurs en plus des travailleurs réguliers.
<b>Trafic dans le programme SNAP/Bons Alimentaires</b>	<p><i>Trafic</i> avec les avantages SNAP signifie :</p> <p>(1) Achat, vente, vol, ou autre échange des avantages SNAP émis et utilisés par le biais de cartes EBT, de numéros de carte ou numéros PIN ou par des récépissés manuels et signature, contre ARGENT LIQUIDE ou rétribution autre que des aliments éligibles, soit directement, soit indirectement, soit en complicité ou en collusion avec d'autres, ou en agissant seul ; (2) L' échange d'armes à feu, munitions, explosifs ou substances contrôlées. (3) Utiliser les avantages SNAP pour l'achat d'un produit ayant un contenant avec consigne dans le but d'obtenir de l'argent liquide après s'être débarrassé du produit et avoir rendu le contenant, en se débarrassant intentionnellement du produit et en retournant le contenant intentionnellement pour la valeur de la consigne ; (4) Faire l'achat d'un produit avec des avantages SNAP dans le dessein d'obtenir de l'argent liquide ou une rétribution autre que des aliments éligibles en revendant le produit, et par la suite revendant intentionnellement le produit acquis avec des avantages SNAP pour de l'argent liquide ou rétribution autre que des aliments éligibles ; (5) Faire intentionnellement l'achat de produits acquis à l'origine avec des avantages SNAP en échange d'argent liquide ou d'une rétribution autre que des aliments éligibles ; (6) Tenter d'acheter, vendre, voler ou autrement échanger des avantages SNAP émis et utilisés par le biais de cartes EBT, de numéros de carte ou numéros PIN ou par des récépissés manuels et signature, contre argent liquide ou rétribution autre que des aliments éligibles, soit directement, soit indirectement, soit en complicité ou en collusion avec d'autres, ou en agissant seul.</p>
<b>Étranger/Immigrant Qualifié</b>	Un <i>étranger/immigrant qualifié</i> 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) aux termes de l'Acte d'Immigration et Nationalité (INA); un immigrant <i>Américain</i> 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 l'INA ; Réfugiés admis aux termes de la section 207 de l'INA.; une personne <i>admise conditionnellement</i> aux É.U. aux termes de la section 212(d)(5) de l'INA pendant au moins un an ; une personne dont la <i>déportation</i> 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 <i>l'entrée conditionnelle</i> aux termes de la section 203(a)(7) de l'INA ayant pris effet avant le 1er avril 1980; des immigrants <i>cubains ou haïtiens</i> , comme défini dans la section 501(e) de l'Acte d'Assistance à l'Éducation des Réfugiés ; des <i>victimes de trafic humain</i> aux termes de la section 107(b)(1) de l'Acte de Protection des Victimes de Trafic de 2000 ; des <i>immigrants maltraités</i> 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 <i>Afghans ou Iraquiens</i> 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 <i>Indiens Américains</i> 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(3) de l'Acte d'Assistance à l'Éducation et à l'Autodétermination et les <i>membres des tribus Hmong ou Laotiennes des Hauts Plateaux</i> 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).
<b>Loi de 2012 sur l'allègement fiscal de la classe moyenne</b>	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, clubs nocturnes/salons/tavernes, salles de bingo, champs de course, établissements de jeux de hasard, magasin d'armes à feu/munitions, bateaux de croisière, voyants, bureaux de tabac, échoppes 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 négoce constitue une violation intentionnelle du programme (fraude) de la part du bénéficiaire.
<b>Demandeur</b>	Un individu qui demande l'assistance publique/avantages.
<b>Non-demandeur</b>	Un individu qui choisit de NE PAS DEMANDER l'assistance publique/avantages; les non-demandeurs ne sont pas obligés de révéler leur Numéro de Sécurité Sociale (SSN) ou de vérifier leur statut de citoyeneté/immigration.
<b>Unité d'Assistance</b>	Une unité d'assistance comprend les individus <i>éligibles</i> qui vivent sous le même toit et reçoivent l'assistance publique/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 l'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) donne accès à des paiements mensuels temporaires en espèces, paiements individuels en espèces, ou autres services d'aide pour épauler 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 cubain/haïtiens, victimes de trafic humain, 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 auxquels vous avez droit.

**Parlez-nous du 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 ( ) Courriel ( ) Relais Vidéo ( ) Interprète de Langue des Signes \_\_\_\_\_

( ) Interprète (spécifiez la langue) \_\_\_\_\_ ( ) Autre \_\_\_\_\_

**Remplissez les cases suivantes concernant le demandeur.**

Prénom	Initiale du 2ème prénom	Nom de famille	Suffixe
Adresse du domicile		Appartement	
Ville	État	Code Postale	
Adresse postale (si différente de l'adresse ci-dessus)			
Ville	État	Code Postale	
Numéro de téléphone principal		Autre numéro de contact	Adresse courriel électronique (facultatif)



# Demande d'Avantages



Je déclare sous peine de parjure que, au mieux de 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 au mieux de 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 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 des renseignements faux ou si je dissimule des renseignements. Je comprends que, si je manque à signaler certaines de mes dépenses dans ma demande ou pendant l'entrevue de renouvellement, le DHS ne prendra pas ces dépenses en considération 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, complète votre interview, 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 : \_\_\_\_\_

**For Office Use Only (À l'usage du bureau uniquement)**

Date Received :



**Suis-je qualifié 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/chaque 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/chaque deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse)  
  
Type de revenu non gagné par le travail \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_  
chaque semaine/chaque deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse)
  
4. Revenu total gagné et non gagné 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 ? \$ \_\_\_\_\_  
(N'en incluez pas les montants en souffrance et les frais de retard dans le total)



**Département des Services à la  
 Personne de Géorgie**  
**Demande d'Avantages**



**Parlez-nous du demandeur et de tous les membres du foyer**

SVP remplissez les cases suivantes pour nous parler du demandeur et de tous les membres du foyer. Les lois fédérales et les réglementations suivantes: de l'Acte de l'Alimentation et de 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, autorisent DFCS à demander votre numéro de sécurité sociale, ainsi que ceux des membres de votre foyer. Les membres de votre foyer qui ne font pas une demande d'avantages peuvent être reconnus comme **non-demandeurs**. Les non-demandeurs ne doivent pas nous fournir des renseignements sur leur numéro de sécurité sociale, citoyenneté, ou statut d'immigrant, et ne seront pas éligibles pour ces avantages. Cependant, les autres membres du foyer pourront 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 faire connaître leur citoyenneté ou leur statut d'immigrant, et nous faire part de leur numéro de Sécurité Sociale (SSN). Vous devrez toujours nous parler 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) des Services d'Immigration et de Citoyenneté des Etats Unis s'ils ne nous font pas part de leur citoyenneté ou 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 agences fédérales, de l'état et locales 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 SSN, peuvent être fournis aux agences Fédérales et de l'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 SSN, et leur statut vis-à-vis de la citoyenneté ou de l'immigration.

NOM			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 un citoyen des États-Unis, immigrant qualifié, ou immigrant Hmong/Montagnard Laotien? <b>(demandeurs seulement)</b> (O/N)
Prénom	Init. du 2ème prénom	Nom de famille								
			MOI-MÊME							

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

- AI** – Indien Américain/Originaire d'Alaska
- AS** – Asiatique
- BL** – Noir/Américain Africain
- HP** – Insulaire Originaire d'Hawaï/ des îles du Pacifique
- WH** – Blanc

Vous aiderez à l'administration de manière non-discriminatoire de nos programmes en fournissant des renseignements de Codes raciaux/Ethnicité de manière non-discriminatoire. Il n'est pas exigé de votre foyer de nous donner ces renseignements et ils n'affecteront pas votre éligibilité ni votre seuil d'avantages.



**Dites-nous en plus 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. SVP, répondez seulement aux questions sur les avantages que vous voulez recevoir sur la page ci-dessous.

1. Est-ce que l'un d'entre eux 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 des renseignements faux concernant où ils habitent ou qui ils sont afin de recevoir des avantages BA 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 au-dessous 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 ? \* Donnez la preuve de son état si possible.  Oui  Non

(Cette question ne s'applique pas aux demandes exclusives de Bons Alimentaires.)

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

Date prévue de la naissance : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_



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, clubs nocturnes, salons/ tavernes, salles de bingo, champs de course, magasins d'armes/munitions, paquebots de croisière, voyantes, débits de tabac, salons de tatouage/perçage et salons de massage/ spas? (pour TANF seulement)  Oui  Non  
Dans l'affirmative,  
Qui : \_\_\_\_\_  
Quand : \_\_\_\_\_



### Dites-nous en plus 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, Sécurité sociale/Retraite des chemins de fer, autre handicap, revenus VA, pensions, compensations pour perte d'emploi, pension alimentaire des enfants, autre pension alimentaire, argent provenant d'autres personnes, compensations 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)	Payé à quelle fréquence : mensuelle, toutes les 2 semaines, hebdomadaire	Salaire horaire	Heures à la semaine	Date(s) de paie

### Dites-nous à propos des 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 handicapé ? Oui  Non

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

Personne demandant des soins	Personne qui paie des soins	Raison pour les soins	Nom/Numéro de la personne qui fournit des soins	Montant payé pour fournir des soins	Payé à quelle fréquence

Quelqu'un ayant 60 ans ou plus ou étant handicapé 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 (Visites de docteurs, 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 docteur ou à l'hôpital, ou prendre des médicaments à la pharmacie)	Total des miles en voiture	Prix du taxis, autobus, parking ou logement



**Dites-nous en plus sur les dépenses du Demandeur et de tous les membres du foyer**

**Est-ce que quelqu'un dans votre foyer paie une pension alimentaire aux enfants à quelqu'un qui n'habite pas 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 aux enfants ?

**SVP remplissez le tableau ci-dessous si vous ou un autre membre du foyer engagez des frais d'abri** Oui  Non

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

Dépense	Montant	Fréquence	Qui a payé ?
Loyer/Hypothèque			
Impôts sur la propriété			
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 \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse du propriétaire : \_\_\_\_\_

Avez-vous reçu de l'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-elles payées ?
Quel montant est payé ?	À qui cette personne paie-t-elle les factures ?



### Pénalités dans le 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 cachez pas les 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 Alimentaires pour acheter des articles non-alimentaires comme de l'alcool ou des cigarettes ou pour payer votre carte de crédit.
- N'échangez pas et ne vendez pas de Bons Alimentaires ou vos cartes EBT pour des articles illégaux : armes à feu, munitions ou substances contrôlées (stupéfiants illégaux).

**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 applicables de l'état ou fédérales, et peut être éliminée du programme de Bons Alimentaires/du Programme SNAP pour une période additionnelle 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 reconnus 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) de sorte que vous pouvez recevoir des avantages multiples des Bons Alimentaires, vous ou l'autre membre du foyer ne serez plus éligibles pour participer au programme des Bons Alimentaires pendant dix ans.**

### Pénalités dans le Programme TANF

Dans le programme TANF, l'action volontaire de fournir des renseignements faux ou trompeurs pour établir ou pour maintenir l'éligibilité d'une AU, pour augmenter les avantages, pour empêcher la diminution des avantages ; de cacher des renseignements pour éviter une action punitive ; ou d'utiliser l'assistance en espèces dans des endroits défendus est considérée 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 transaction aux endroits strictement interdits, comme les casinos, magasins de spiritueux, divertissement pour adultes comme les clubs de « striptease », salles de poker, frais de caution, clubs nocturnes/salons/tavernes, salles de bingo, champs de course, établissements de jeux, magasins d'armes/munitions, paquebots de croisière, voyantes, 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 reconnus coupable(s) d'avoir dissimulé des renseignements ou de n'avoir pas 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 reconnus coupable(s) d'avoir fourni des renseignements faux 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 éligible et/ou exclus de façon permanente.

**Pour tout Demandeur de Medicaid, Bons Alimentaires et TANF :**

Je déclare sous peine de parjure que, au mieux de 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 au mieux de 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 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 des renseignements faux ou si je dissimule des renseignements. Je comprends que, si je manque à signaler certaines de mes dépenses dans ma demande ou pendant l'entrevue de renouvellement, le DHS ne prendra pas ces dépenses en considération 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  
(Case Manager's Name and Signature)

\_\_\_\_\_  
Date