



Si vous avez besoin d'aide pour compléter ce formulaire, demandez-nous, ou appelez le 1-877-423-4746. Si vous êtes malentendant, 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 qui affiche le signe 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. Parents ou gardiens inclus dans la subvention sont obligés 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?

### Etape No. 1: remplir le formulaire.



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

### Etape No. 2: envoyer votre formulaire. Vous devrez arracher les pages de 1 à 3, et les garder.

Envoyez par la poste, par FAX, ou rapportez les pages de 4 à 8 de ce formulaire au bureau de la Division locale de Services à la Famille et aux Enfants (DFCS). Si vous, ou la personne pour qui 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.

### Etape No.3: Parlez avec nous.

Vous aurez peut-être besoin d'une entrevue avec un gestionnaire de cas. Cette entrevue peut être faite 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 les conditions requises. Voir page 5.

### 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 a été déterminée.

### Comment vais-je recevoir mes avantages ?

Vous recevrez un transfert électronique de bons (EBT) pour avoir accès à vos avantages de Bons Alimentaires et de TANF. 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 sexe, de l'âge ou du handicap. Aux termes de l'Acte de l'Alimentation et de la Nutrition de 2008 et de la politique de l'USDA, la discrimination est aussi interdite sur la base de la religion ou des convictions politiques. »

Pour déposer une plainte de discrimination, vous pouvez contacter USDA ou HHS.

Écrivez à USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9411 ou appeler (800) 795-3272 (voix) ou (202) 720-6382 (ATS).

Écrivez à HHS, Director, Office of Civil Rights, Room 509-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201, ou appelez (202) 619-0403 (voix) ou (202) 619-3257 (ATS).

USDA et HHS sont des fournisseurs et 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 (404) 657-3735 ou faxer (404) 463-3978.

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, d'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 ou 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 de l'assistance financière en Géorgie. La carte EPPI de débit MasterCard sera acceptée pour des achats et retraits d'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>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, stocks, obligations et assurance sur la 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.



## Que signifient les mots employés dans ce formulaire? (cont.)

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

<p><b>Trafic dans le programme SNAP/Bons Alimentaires</b></p>	<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.</p>
<p><b>Étranger/Immigrant Qualifié</b></p>	<p>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>Amérasien</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 INA; Réfugiés admis aux termes de la section 207 de 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 l'<i>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).</p>
<p><b>Demander</b></p>	<p>Un individu qui demande l'assistance publique/avantages.</p>
<p><b>Non-demandeur</b></p>	<p>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 citoyenneté/immigration.</p>
<p><b>Unité d'Assistance</b></p>	<p>Une unité d'assistance comprend les individus <i>éligibles</i> qui vivent sous le même toit et reçoivent l'assistance publique/avantages.</p>



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

- Bons Alimentaires**  
Le programme de Bons Alimentaires 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 du domicile		Autre numéro de contact	Adresse courriel (facultatif)
Signature		Date	
Signature du témoin si signé avec un 'X'		Date	
<b>For Office Use Only (À l'usage du bureau uniquement)</b>		Date Received By The County	



### 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
  
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 d'un cercle)
  
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 d'un cercle)  
  
 Type de revenu non gagné par le travail \_\_\_\_\_ Montant \_\_\_\_\_  
 chaque semaine/chaque deux semaines/deux fois par mois/chaque mois (encerclez la bonne réponse d'un cercle)
  
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 vous, et les membres de votre foyer payez-vous pour le loyer ou l'hypothèque ? \$ \_\_\_\_\_
  
7. Quel montant vous, et les membres de votre foyer payez-vous en notes d'électricité, eau, gaz, etc. ? \$ \_\_\_\_\_

### 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, et/ou 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 : _____
Name:	_____	Numéro de téléphone :	_____
Adresse:	_____	Appartement :	_____
Ville :	_____	État :	_____ Code Postal : _____

Pour Medicaid, voulez-vous que cet individu possède une copie de votre carte Medicaid ?  Oui  Non



# 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.** Si un membre de votre foyer ne veut pas fournir des renseignements sur sa citoyenneté, statut d'immigrant, ou numéro de sécurité sociale, cette personne pourra être reconnue comme non-demandeur. Ça veut dire que cette personne ne sera pas reconnue comme demandeur, et ne sera pas non-éligible pour ces avantages. Cependant, les autres membres du foyer sont éligibles 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 devez toujours nous faire connaître leur citoyenneté ou leur statut d'immigrant, et nous faire part de leur numéro de Sécurité Sociale. Vous devez toujours nous parler de vos revenus et de vos ressources financières pour déterminer l'éligibilité et le montant des avantages pour votre foyer. Les individus ne seront pas signalés 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.

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? (demandeurs seulement) (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-discrimatoire de nos programmes en fournissant des renseignements de Codes raciaux/Ethnicité de manière non-discrimatoire. 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 ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative,  
Qui: \_\_\_\_\_  
Où: \_\_\_\_\_  
Quand: \_\_\_\_\_
3. Est-ce qu'un membre de votre foyer a quitté son emploi ou réduit volontairement ses heures de travail au-dessous de 30 heures par semaine pendant les 30 jours précédant la date de la demande ?  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? (pour Bons Alimentaires et TANF seulement)  Oui  Non  
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 (BA 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 ?  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 SNAP pour une somme excédant 500\$ après le 22.08.1996 ?  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 SNAP contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs après le 22.08.1996 ?  Oui  Non  
Dans l'affirmative,  
Qui : \_\_\_\_\_  
Quand : \_\_\_\_\_
13. Quelqu'un a-t-il utilisé l'assistance TANF en espèces ou la carte EPPIC MasterCard aux endroits indiqués ci-dessous : boutiques de spiritueux, casinos, salles de poker, divertissement pour adultes, frais de caution, boîtes/salons/ tavernes de nuit, 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?  Oui  Non  
Dans l'affirmative,  
Qui : \_\_\_\_\_  
Quand : \_\_\_\_\_



# Demande d'Avantages



## Pénalités dans le Programme Bons Alimentaires

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 peut être éliminé du programme SNAP 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 des avantages 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 des avantages 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 (ou 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 des avantages pendant dix ans.

Pour tout Demandeur de Medicaid, Bons Alimentaires et TANF :

J'ai lu et répondu à toutes les questions qui s'appliquent au demandeur et au foyer du demandeur. Je certifie, sous peine de parjure, que tous les renseignements fournis sont vrais et complets au mieux de ma connaissance. Je comprends que je peux être puni par la loi si je ne dis pas l'entière vérité.

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

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du Représentant Autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Nom et Signature du Gestionnaire de cas  
(Case Manager's Name and Signature)

\_\_\_\_\_  
Date