



INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION DE L'ÉTAT DE NEW YORK POUR :

- **AIDE SOCIALE**
- **PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION
SUPPLÉMENTAIRE**
- **MEDICAID ET PROGRAMME D'AIDE DE
NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE**
- **MEDICAID ET AIDE SOCIALE**

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave et que vous avez besoin de cette demande/ce formulaire de recertification ou ces instructions dans un autre format, vous pouvez vous adresser à votre district de services sociaux (« District »). Les formats suivants sont disponibles :

- Gros caractères
- Format données (fichier électronique accessible par lecteur d'écran)
- Format audio (une transcription audio des instructions ou des questions de la demande/du renouvellement de la certification)
- Braille, si vous déclarez qu'aucun des formats susmentionnés ne sera aussi efficace pour vous.

Les demandes/formulaires de recertification et les instructions peuvent également être téléchargées en gros caractères, en format de données et en format audio à partir de www.otda.ny.gov ou www.health.ny.gov. Veuillez noter que les demandes/formulaires de recertification sont disponibles en format audio et en braille uniquement à titre informatif. Pour effectuer une recertification, vous devez présenter un formulaire de recertification au format écrit non alternatif.

Si vous avez des handicaps qui vous empêchent de remplir ce formulaire de recertification et/ou d'attendre pour un entretien, veuillez en informer votre district. Le district s'efforcera de fournir un aménagement raisonnable pour répondre à vos besoins.

Si vous avez besoin d'autres adaptations ou d'assistance pour remplir ce formulaire de recertification, veuillez contacter votre district. Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir de manière professionnelle et respectueuse.

CONSEILS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

Chaque fois que vous voyez « Aide sociale » ou « PA » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Assistance familiale » et/ou « Assistance Filet de sécurité ». Les deux programmes sont appelés « Aide sociale ». La PA et les autres programmes pour lesquels vous pouvez effectuer une recertification en utilisant ce formulaire de recertification ont été créés pour fournir une aide temporaire à ceux qui en ont besoin. Certains programmes limitent la durée de l'assistance, il est donc important pour vous d'atteindre l'autosuffisance dès que vous le pouvez. Le district est là pour vous aider à atteindre l'autosuffisance. Pour ce faire, nous devons savoir qui vous êtes et ce dont vous avez besoin. Voilà pourquoi vous devez remplir un formulaire de recertification.

Dans le cadre du processus de recertification, le district vous demandera de fournir et de vérifier des informations vous concernant et concernant d'autres personnes visées par le processus. Une liste des exigences en matière de documentation, qui se trouve à la fin de ces instructions, indique les types d'informations que vous pourriez devoir fournir et les types de documents à l'appui. Par exemple, pour prouver votre identité, vous pouvez fournir une photographie d'identité, un permis de conduire, un passeport américain, un certificat de naturalisation, des dossiers d'hôpitaux ou de médecins, ou des documents d'adoption. En outre, le district peut s'entretenir avec vous dans le cadre du processus de recertification. Dans la mesure du possible, le district peut combiner des entretiens pour plusieurs programmes.

Le formulaire de recertification et ces instructions sont numérotés par section pour vous aider. Veuillez garder les points suivants à l'esprit lorsque vous remplissez le formulaire de recertification :

- **VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE.**
- **N'ÉCRIVEZ PAS DANS LES ZONES OMBRÉES.**
- **ASSUREZ-VOUS DE REMPLIR CHAQUE SECTION PERTINENTE POUR LA OU LES PERSONNES POUR LESQUELLES VOUS EFFECTUEZ LA DEMANDE DE RECERTIFICATION.**
- **UTILISEZ TOUJOURS LES NOMS LÉGAUX, SAUF INDICATION CONTRAIRE.**
- **SI VOUS EFFECTUEZ LA RECERTIFICATION EN TANT QUE REPRÉSENTANT DE QUELQU'UN, VEUILLEZ FOURNIR DES INFORMATIONS SUR CETTE PERSONNE, PAS VOUS-MÊME. ASSUREZ-VOUS QUE VOUS ET LA PERSONNE QUE VOUS REPRÉSENTEZ SIGNEZ LA DERNIÈRE PAGE DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION.**
- **SI VOUS NE SAVEZ PAS COMMENT REMPLIR UNE PARTIE DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION, DEMANDEZ DE L'AIDE À VOTRE DISTRICT.**

En plus du formulaire LDSS-3174, « Formulaire de recertification pour certains services et allocations de l'État de New York », assurez-vous d'avoir des copies des brochures d'information suivantes, disponibles auprès du district ou à l'adresse www.otda.ny.gov :

- **LDSS-4148A : « Livre 1 : ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités »**
- **LDSS-4148B : « Livre 2 : Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux »**
- **Supplément au Livre 1, LDSS-4148A et Livre 2, LDSS-4148B : « Modifications importantes du programme Medicaid »**
- **LDSS-4148C : « Livre 3 ce que vous devez savoir en cas d'urgence »**

PAGE DE GARDE DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

Si vous êtes aveugle ou si vous avez une déficience visuelle grave, vous pouvez choisir de recevoir des avis concernant les programmes pour lesquels vous renouvelez votre certification dans un autre format. Les autres formats disponibles sont : gros caractères, CD de données, CD audio ou braille, si vous déclarez qu'aucun des formats susmentionnés ne sera aussi efficace pour vous.

SI VOUS ÊTES AVEUGLE OU AVEZ UNE DÉFICIENCE VISUELLE GRAVE, SOUHAITEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS ÉCRITS DANS UN AUTRE FORMAT ? Si vous êtes aveugle ou si vous avez une déficience visuelle grave, cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous souhaitez recevoir des avis concernant les programmes pour lesquels vous renouvelez votre certification dans un autre format.

SI OUI, COCHEZ LE TYPE DE FORMAT SOUHAITÉ : Si vous êtes aveugle ou si vous avez une déficience visuelle grave et que vous souhaitez recevoir des avis concernant le ou les programmes pour lesquels vous effectuez la demande de recertification dans un autre format, cochez (✓) le type de format que vous préférez : gros caractères, CD de données, CD audio ou braille. Le braille est disponible si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous.

Si vous avez besoin d'autres adaptations ou d'assistance pour remplir ce formulaire de recertification, veuillez contacter votre district.

PAGE 1 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 1 : COCHEZ CHAQUE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU TOUT MEMBRE DE VOTRE FOYER EFFECTUEZ UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION

Cochez (✓) la case pour chaque programme pour lequel vous ou tout membre de votre foyer effectuez une demande de recertification.

Medicaid comprend les programmes Medicaid, l'achat Medicaid pour les travailleurs en situation de handicap et l'allocation de planification familiale. Lorsque vous voyez « MA » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Medicaid », qui était appelé « Assistance médicale » auparavant. Vous ne pouvez effectuer une recertification pour le MA à l'aide de ce formulaire que si vous faites également une demande de recertification pour l'aide sociale (Public Assistance, PA) ou le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en même temps. Si vous souhaitez faire une demande de recertification pour Medicaid et SNAP, cochez (✓) la case « Medicaid (MA) et SNAP ». Si vous souhaitez faire une demande de recertification pour Medicaid et PA, cochez (✓) la case « Medicaid (MA) et PA ».

Si vous souhaitez faire une demande de recertification pour MA uniquement, vous pouvez vous rendre à l'adresse <https://nystateofhealth.ny.gov/> ou appeler le 1-855-355-5777 pour obtenir plus d'informations sur le processus. Vous pouvez également utiliser le formulaire de demande de MA seulement, le formulaire DOH-4220, que votre agent peut vous donner, ou appeler la ligne d'assistance de la MA au 1-800-541-2831. Si vous voulez effectuer une demande de recertification seulement pour le Programme d'épargne Medicaid (Medicare Savings Program, MSP), vous devez remplir le formulaire DOH-4328, que votre agent peut vous fournir. Si vous avez un besoin immédiat de services de soins personnels, vous devez faire une demande de MA séparément en utilisant le formulaire de demande de MA DOH-4220.

SECTION 2

QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ? Cochez (✓) la case « anglais », « espagnol » ou « autre » pour indiquer la langue que vous utilisez le plus souvent. Si vous cochez (✓) la case « autre », merci d'écrire le nom de la langue souhaitée en caractères d'imprimerie.

VOULEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS EN : Vous recevrez des avis concernant les programmes pour lesquels vous renouvelez votre certification. Cochez (✓) la case « anglais seulement » ou « anglais et espagnol » pour indiquer la ou les langues dans lesquelles vous souhaitez recevoir ces avis.

SECTION 3 : INFORMATIONS SUR LE DESTINATAIRE

NOM : Veuillez écrire votre nom en caractères d'imprimerie, y compris votre prénom, initiale du deuxième prénom (M.I.) et nom de famille.

STATUT MARITAL : Indiquez (en caractères d'imprimerie) si vous êtes actuellement célibataire, marié, veuf, légalement séparé ou divorcé. Si vous avez déjà été marié, écrivez le statut pertinent en caractères d'imprimerie, n'indiquez pas « célibataire ».

NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Inscrivez votre numéro de téléphone, si vous en avez un.

NUMÉRO DE MOBILE ? Indiquez s'il s'agit d'un numéro de téléphone mobile en cochant (✓) « OUI » ou « NON ».

ADRESSE RÉSIDENIELLE : **Adresse du domicile** : Indiquez en caractères d'imprimerie le numéro de la maison ou de l'immeuble, la rue, l'avenue, la route, etc. où vous habitez.

Num. app. Indiquez en caractères d'imprimerie le numéro de votre appartement, le cas échéant.

Ville : Indiquez en caractères d'imprimerie le nom de votre ville de résidence.

Comté : Indiquez en caractères d'imprimerie le nom de votre comté de résidence.

État : Indiquez en caractères d'imprimerie le nom de votre état de résidence.

Code postal : Indiquez en caractères d'imprimerie le code postal de votre adresse.

AUX BONS SOINS DE : Si quelqu'un d'autre reçoit votre courrier pour vous, indiquez en caractères d'imprimerie le nom de cette personne.

ADRESSE DE CORRESPONDANCE : Si vous recevez votre courrier ailleurs que là où vous vivez, indiquez en caractères d'imprimerie l'adresse postale (et le numéro d'appartement, le cas échéant) ou la boîte postale, la ville, le comté, l'état et le code postal de cet emplacement.

DEPUIS COMBIEN DE TEMPS VIVEZ-VOUS À VOTRE ADRESSE ACTUELLE ? Indiquez en caractères d'imprimerie le nombre d'années et/ou de mois depuis lesquels vous vivez à votre adresse actuelle.

EST-CE UN ABRI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si l'endroit où vous vivez est un abri.

UN AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ VOUS POUVEZ ÊTRE JOINT : Inscrivez un autre numéro de téléphone où l'on peut vous joindre, si vous en avez un.

ADRESSE ÉLECTRONIQUE (FACULTATIF) Inscrivez votre adresse électronique pour permettre au district de vous contacter par courrier électronique. **Il n'est pas nécessaire de fournir une adresse électronique pour soumettre une demande.**

INDICATIONS POUR L'ADRESSE ACTUELLE : Indiquez en caractères d'imprimerie comment trouver votre domicile. Utilisez des points de repère connus.

ANCIENNE ADRESSE : Indiquez en caractères d'imprimerie où vous viviez avant de déménager à votre adresse actuelle.

SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ CETTE CASE : Si vous n'avez nulle part où habiter/n'avez pas d'adresse, cochez (✓) cette case.

AGENCE AIDANT LE DEMANDEUR/PERSONNE DE CONTACT : Si quelqu'un vous aide pour votre demande de recertification, écrivez le nom de cette personne, son agence, le cas échéant, et le numéro de téléphone de la personne, en caractères d'imprimerie.

AVEZ-VOUS BESOIN QUE LA PARTIE MEDICAID DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION ET LA RÉCEPTION POTENTIELLE DE TOUTE COUVERTURE MEDICAID RESTENT CONFIDENTIELLES ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer sur le formulaire de recertification et/ou indiquez à votre agent si vous avez besoin que votre recertification et/ou votre correspondance liée à la réception de toute couverture Medicaid restent confidentielles.

ÉNUMÉREZ LES ÉLÉMENTS QUI ONT CHANGÉ DEPUIS VOTRE DEMANDE OU VOTRE DERNIÈRE RECERTIFICATION : Énumérez tous les changements survenus depuis votre dernière demande ou recertification, comme un changement d'adresse, un nouveau bébé, un changement de revenu, une perte d'emploi, etc.

SECTION 4 : SI VOUS EFFECTUEZ UNE NOUVELLE DEMANDE SNAP

Lisez la déclaration de la section 4 de la recertification, et signez et datez à la fin de la déclaration si elle s'applique à vous ou à toute personne pour qui vous effectuez le processus. Veuillez contacter le district si vous avez des questions concernant cette section.

SECTION 5 : L'UNE DE CES SITUATIONS VOUS CONCERNE-T-ELLE ?

Cochez (✓) chaque situation qui s'applique à vous ou à quelqu'un pour lequel vous effectuez la demande de recertification.

PAGE 2 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 6 : INFORMATIONS SUR LE FOYER

NOM : Indiquez en caractères d'imprimerie le prénom, l'initiale du deuxième prénom et le nom de famille de toute personne vivant avec vous, *même s'ils ne demandent pas de recertification*. Indiquez vous en premier.

CETTE PERSONNE EFFECTUE UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION POUR : Cochez (✓) le ou les types d'assistance pour lesquelles chaque personne effectue une demande de recertification : PA pour aide sociale, SNAP pour le Programme d'aide de nutrition supplémentaire, MA pour Medicaid.

DATE DE NAISSANCE : Indiquez en caractères d'imprimerie la date de naissance de chaque personne *effectuant une demande de recertification*.

SEXE et IDENTITÉ DE GENRE : L'État de New York garantit votre droit d'accéder aux allocations et/ou aux services de l'État indépendamment du sexe, de l'identité ou de l'expression de genre. Vous devez indiquer votre sexe et celui de tous les membres du ménage en tant qu'homme, femme ou « X ». Veuillez indiquer « M » pour homme, « F » pour femme, ou « X » pour non-binaire ou autre identité. Le sexe que vous déclarez est nécessaire pour traiter votre demande. Il n'apparaîtra sur aucune carte d'allocation que vous pourriez recevoir ou sur tout autre document public.

L'identité de genre est la façon dont vous vous percevez et comment vous vous décrivez. Votre identité de genre peut être identique ou différente du sexe ou du genre qui vous a été attribué à la naissance. L'identité de genre n'est pas requise pour cette application. Si votre identité de genre, ou l'identité de genre d'une personne de votre foyer, est différente du sexe que vous déclarez pour cette personne et que vous souhaitez indiquer l'identité de genre de cette personne, inscrivez « Homme », « Femme », « Non-binaire », « X », « Transgenre » ou « Identité différente » dans l'espace prévu à cet effet. Si vous indiquez « Identité différente », vous pouvez choisir de décrire plus en détail l'identité de genre de cette personne dans l'espace prévu à cet effet. La fourniture de ces informations est facultative. Cela n'aura pas d'incidence sur l'admissibilité de la ou des personnes à l'origine de la demande ou le niveau d'allocation reçue.

RELATION AVEC VOUS : Pour chaque personne, indiquez en caractères d'imprimerie sa relation avec vous (par exemple : conjoint, fils, enfant placé, ami, colocataire, pensionnaire, etc.).

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DES MEMBRES DU FOYER DEMANDANT UNE RECERTIFICATION : Indiquez en caractères d'imprimerie le numéro de sécurité sociale de chaque personne qui effectue une demande de recertification, *sauf si cette personne est une femme enceinte qui recertifie uniquement pour Medicaid.*

PLUS HAUT NIVEAU SCOLAIRE ATTEINT : Indiquez le plus haut niveau scolaire (de 1 à 12) atteint pour chaque personne *effectuant la demande de recertification*. Si le nombre d'années dépasse 12, indiquez 13.

CETTE PERSONNE (Y COMPRIS LES ENFANTS MINEURS) ACHÈTE-T-ELLE DE LA NOURRITURE OU PRÉPARE-T-ELLE DES REPAS AVEC VOUS ? Il est important de cocher (✓) « OUI » ou « NON » à cette question pour chaque personne qui vit avec vous, qu'elle fasse ou non une demande de recertification. Parfois, les personnes qui achètent de la nourriture et préparent les repas séparément peuvent obtenir plus d'allocations SNAP.

VEUILLEZ ÉNUMÉRER LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES NOMS PAR LESQUELS VOUS OU TOUTE PERSONNE DE VOTRE FOYER AVEZ ÉTÉ CONNUS : Indiquez en caractères d'imprimerie tous les noms de jeune fille, les noms d'un mariage précédent ou d'autres noms utilisés par toute personne répertoriée dans cette section. Indiquez le prénom, l'initiale du deuxième prénom (M.I.) et le nom de famille.

SECTION 7 : CHANGEMENT DES MEMBRES DU FOYER

Remplissez cette section si quelqu'un a emménagé dans votre foyer ou l'a quitté au cours de la dernière année.

PAGE 3 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 8 : RACE/ETHNIE

La fourniture de ces informations est facultative. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. La raison pour laquelle ces informations sont demandées est qu'elles permettent de garantir que les prestations soient distribuées sans tenir compte de la race, de la couleur ou de l'origine nationale. Si vous remplissez cette section, veuillez indiquer « Y » pour « OUI » pour chaque personne effectuant une demande de recertification dans la colonne intitulée « H » pour indiquer si la personne est hispanique et/ou latino-américaine. Indiquez « Y » pour « OUI » dans la (les) colonne(s) relative(s) à la race afin d'indiquer l'origine raciale de chaque personne :

- H = Hispanique ou latino
- I = Amérindien ou autochtone d'Alaska
- A = Asiatique
- B = Noir ou afro-américain
- P = Autochtone d'Hawaï ou des îles du Pacifique
- W = Blanc
- U = Inconnu

La fourniture de ces informations est facultative. Cela n'aura pas d'incidence sur l'admissibilité de la ou des personnes demandant une recertification ou le niveau d'allocation reçue. Nous demandons ces informations pour nous assurer que les allocations sont distribuées sans égard à la race, la couleur ou l'origine nationale.

PAGE 4 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 9 : CITOYENNETÉ/NON-CITOYEN AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT

Si vous ou quelqu'un de votre foyer demandez une recertification pour le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), vous devez indiquer *tous les membres* du foyer, même s'ils n'effectuent pas de demande de recertification pour SNAP. Vous devez également énumérer les frères et sœurs et les parents

qui vivent avec des enfants qui effectuent une demande de recertification pour l'aide sociale (PA). Si vous ne remplissez pas cette section pour une personne effectuant la demande de recertification, cette personne ne peut pas recevoir d'aide.

NOM : Indiquez en caractères d'imprimerie le prénom, l'initiale du deuxième prénom (MI) et le nom de chaque personne qui effectue une demande de recertification ou qui doit être inscrite.

COCHEZ « CITOYEN/NATIONAL » OU « NON-CITOYEN » POUR CHAQUE PERSONNE : À côté du nom de chaque personne, cochez (✓) soit la case « CITOYEN/NATIONAL » pour indiquer qu'il s'agit d'un citoyen américain, d'un Amérindien ou d'un ressortissant américain, soit la case « NON-CITOYEN » pour indiquer que la personne n'est pas un citoyen américain, un Amérindien ou un ressortissant.

NUMÉRO USCIS (NUMÉRO D'INSCRIPTION ÉTRANGER) OU NON-CITOYEN : Écrivez le numéro des services d'immigration et de citoyenneté américains (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) ou le numéro de non-citoyen de la personne, le cas échéant.

SECTION 10 : CERTIFICATION

Lisez attentivement les déclarations au bas de cette section, puis signez et datez l'attestation attestant le statut de citoyen ou de non-citoyen au statut d'immigration satisfaisant de chaque personne *effectuant une demande de recertification* pour l'un des programmes suivants. Si une personne qui effectue une demande de recertification n'est pas un citoyen américain, amérindien ou national, cochez (✓) les programmes pour lesquels cette personne effectue une demande de recertification et est non-citoyen au statut d'immigration satisfaisant :

- Aide sociale (PA) ;
- Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) ; et/ou
- Medicaid (MA).

« Statut de non-citoyen satisfaisant » désigne un statut de non-citoyen qui ne rend pas la personne inadmissible à un programme donné. Veuillez noter que différents programmes ont des exigences différentes en matière de statut de non-citoyen. LDSS-4148B, « Livre 2 : Le document intitulé « Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux » et le document LDSS-4148B, « Ce que vous devez savoir sur les programmes de services sociaux (LDSS-4148B.1) », contiennent de plus amples informations sur les statuts de non-citoyen satisfaisants. Vous pouvez également contacter votre district pour plus d'informations.

Tout membre adulte du foyer ou représentant autorisé peut signer l'attestation pour tous les membres du foyer effectuant la demande de recertification. Par exemple, un parent *sans* citoyenneté ou statut de non-citoyen satisfaisant peut signer l'attestation pour un enfant *avec* citoyenneté ou statut de non-citoyen satisfaisant. Si un membre du foyer effectuant la recertification a moins de 18 ans (ou est âgé de 18 ans ou plus mais est incapable de signer son propre nom en raison d'une déficience médicale ou d'une invalidité), un membre du foyer âgé de 18 ans ou plus *doit* signer pour lui.

Lorsque vous signez pour un autre membre du foyer, utilisez votre propre signature. Par exemple, Mary Doe, lorsqu'elle signe pour Johnny Doe en bas âge, devrait signer « Mary Doe ».

Cocher une case et signer la certification signifie que vous certifiez, sous peine de parjure, que vous et/ou la ou les personnes pour lesquelles vous signez, êtes citoyens américains, amérindiens, nationaux ou non-citoyens avec un statut d'immigration satisfaisant, pour chaque programme pour lequel vous/ils effectuez la demande de recertification. Si vous ne cochez pas l'une des cases ou ne fournissez pas de numéro des Services d'immigration et de citoyenneté américains (USCIS) pour un non-citoyen qui effectue la demande de recertification, cette personne peut ne pas recevoir d'aide.

Vous ne devez pas signer la certification pour vous ou toute autre personne qui n'est pas un citoyen américain, un Amérindien ou un citoyen national ou un non-citoyen avec un statut d'immigration satisfaisant. Les non-citoyens qui n'ont pas un statut d'immigration satisfaisant n'ont pas droit à la PA, aux prestations SNAP ou à Medicaid (à l'exception de Medicaid pour le traitement d'une

affection médicale d'urgence). Ces personnes peuvent également ne pas être admissibles à certains services (tels que les services de prévention/protection pour enfants ou adultes).

Nous pouvons confirmer le statut de non-citoyen d'un ou de tous les membres du foyer qui effectuent la demande de recertification pour la PA, l'allocation SNAP ou Medicaid en envoyant les informations que vous nous donnez à l'USCIS. Les informations fournies par l'USCIS peuvent affecter l'admissibilité et le niveau des allocations de votre foyer.

PAGE 5 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 11 : INFORMATIONS CONCERNANT LE RENVOI À L'UNITÉ D'EXÉCUTION DES PENSIONS ALIMENTAIRES POUR ENFANTS

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section si vous effectuez une demande de recertification uniquement pour Medicaid et que vous êtes enceinte, que vous avez accouché au cours des 60 derniers jours ou que vous effectuez une demande de recertification uniquement pour des enfants de moins de 21 ans.

1. Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous effectuez une demande de recertification pour une personne, *y compris vous-même*, âgée de moins de 21 ans, née de parents non mariés et/ou dont la filiation légale n'a pas été établie.
2. Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous effectuez une demande de recertification pour une personne, *y compris vous-même*, qui est âgée de moins de 21 ans et dont au moins un des parents ne vit pas au domicile.

Si vous avez coché (✓) « Non » pour ces deux questions, veuillez passer à la Section 12. Vous n'avez pas besoin de remplir le reste de la Section 11. Si vous avez coché (✓) « Oui » pour une des questions ou les deux, vous devez remplir le reste de la Section 11.

3. Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous avez plus ou moins de 21 ans.

NOM DE LA PERSONNE DE MOINS DE 21 ANS : Inscrivez en lettres majuscules le prénom, le deuxième prénom et le nom de famille de chaque personne pour laquelle vous avez coché « Oui » aux questions 1, 2 et/ou 3.

NOM ET ADRESSE, DATE DE NAISSANCE ET NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT NON-GARDIEN OU DU PARENT PRÉSUMÉ : Si connu, inscrivez le prénom, le deuxième prénom et le nom de famille, l'adresse, la date de naissance, et le numéro de sécurité sociale de la personne qui n'a pas la garde de l'enfant, parent présumé de chaque personne pour laquelle vous avez coché (✓) « Oui » pour les questions 1, 2, et/ou 3. Le « parent non gardien » comprend le parent génétique/biologique, le parent légal, le beau-parent ou le parent adoptif de tout enfant lorsque ce parent est déclaré absent du foyer de l'enfant. En ce qui concerne un enfant placé en famille d'accueil, un parent non gardien ou un « parent absent » comprend également un parent génétique/biologique, un parent légal, un beau-parent ou un parent adoptif de tout enfant lorsque ce parent était présent dans le ménage de l'enfant lorsque celui-ci a été placé en famille d'accueil. Le « parent présumé » est la personne qui peut être le parent génétique/biologique de l'enfant, mais qui n'a pas encore été déclaré comme étant le parent. Le « parent présumé » est la personne qui entend être légalement liée en tant que parent d'un enfant issu de la procréation médicalement assistée. Le parent présumé peut être marié au parent biologique.

PAGE 6 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 12 : DÉCLARATION D'IMPÔT/STATUT DÉPENDANT

Écrivez en caractères d'imprimerie les informations suivantes pour chaque personne vivant dans le foyer :

PRÉNOM, INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM et NOM DE FAMILLE : Écrivez en caractères d'imprimerie le prénom, l'initiale du deuxième prénom et le nom de famille de chaque membre du foyer.

STATUT FISCAL : Cochez (✓) le statut de déclaration fiscale approprié pour chaque membre du foyer.

Veillez énumérer toutes les personnes à votre charge ou celle de tout membre de votre foyer qui ne vivent pas avec vous. Si vous n'effectuez pas de déclaration d'impôt, vous pouvez ignorer ces questions.

NOM DE LA PERSONNE À CHARGE FISCALEMENT : Écrivez en caractères d'imprimerie le prénom, l'initiale du deuxième prénom et le nom de toute personne qui ne vit pas avec vous, mais que vous ou toute personne qui vit avec vous indiquez comme à charge fiscalement.

NOM DU DÉCLARANT FISCAL : Pour chaque personne à charge, écrivez en caractères d'imprimerie le prénom, l'initiale du deuxième prénom et le nom de famille de chaque membre du foyer ayant une personne à charge.

SECTION 13 : INFORMATIONS RELATIVES À UN CONJOINT ABSENT/DÉCÉDÉ

NOM DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE DE RECERTIFICATION : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom de toute personne qui effectue la demande de recertification qui est/a été mariée, mais dont le conjoint ne vit pas avec elle ou est décédé.

NOM DU CONJOINT : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom du conjoint de toute personne qui effectue la demande de recertification qui est/a été mariée, mais dont le conjoint ne vit pas avec elle ou est décédé.

DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT et DATE DU DÉCÈS DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT : Écrivez en caractères d'imprimerie le mois, le jour et l'année de naissance et de décès (le cas échéant) du conjoint de toute personne qui effectue la demande de recertification qui est/a été mariée, mais dont le conjoint ne vit pas avec elle ou est décédé.

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CONJOINT : Écrivez en caractères d'imprimerie le numéro de sécurité sociale du conjoint de toute personne qui effectue la demande de recertification qui est/a été mariée, mais dont le conjoint ne vit pas avec elle ou est décédé.

ADRESSE DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT : Écrivez en caractères d'imprimerie la rue, la ville, le comté, l'état et le code postal du conjoint de toute personne mariée effectuant la demande de recertification, dont le conjoint ne vit pas avec elle. Si vous ne connaissez pas l'adresse, écrivez en caractères d'imprimerie la dernière adresse connue du conjoint.

SECTION 14 : INFORMATIONS RELATIVES À UN ENFANT ABSENT

NOM DE LA PERSONNE EFFECTUANT LA DEMANDE DE RECERTIFICATION : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom de toute personne qui effectue la demande de recertification qui a un enfant de moins de 21 ans qui ne vit pas avec elle.

NOM et DATE DE NAISSANCE DE L'ENFANT ABSENT : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom, le mois, le jour et l'année de naissance de l'enfant de moins de 21 ans qui ne vit pas avec la personne effectuant la demande de recertification.

ADRESSE DE L'ENFANT : Écrivez en caractères d'imprimerie la rue, la ville, le comté, l'état et le code postal de tout enfant de moins de 21 ans qui ne vit pas avec une personne effectuant la demande de recertification.

FILIATION LÉGALE ÉTABLIE ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si la filiation légale a été établie pour tout enfant de moins de 21 ans qui ne vit pas avec la personne effectuant la demande de recertification.

VERSEZ-VOUS UNE PENSION ALIMENTAIRE ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si une personne effectuant la demande de recertification verse une pension alimentaire pour un enfant de moins de 21 ans qui ne vit pas avec elle.

SECTION 15 : INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS ADOLESCENTS

Remplissez cette section seulement si vous effectuez une demande de recertification pour l'aide sociale.

Y A-T-IL UN PARENT ÂGÉ DE MOINS DE 18 ANS (« PARENT ADOLESCENT ») DANS LE FOYER ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si toute personne effectuant une demande de recertification est un parent de moins de 18 ans.

NOM : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom de toute personne qui effectue la demande de recertification qui est un parent de moins de 18 ans.

L'ENFANT DU PARENT ADOLESCENT VIT-IL DANS LE FOYER ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si l'enfant de tout parent de moins de 18 ans effectuant une demande de recertification vit avec vous.

NOM DE L'ENFANT DU PARENT ADOLESCENT : Écrivez en caractères d'imprimerie le nom de l'enfant de toute personne de moins de 18 ans qui effectue la demande de recertification.

PAGE 7 ET 8 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 16 : INFORMATIONS RELATIVES AU REVENU

INDIQUEZ SI VOUS OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS RECEVEZ DE L'ARGENT, DE QUI et QUI : Cochez la case (✓) « OUI » ou « NON » aux lignes 1 à 27 pour indiquer si vous ou quelqu'un qui vit avec vous recevez de l'argent de l'un des types de revenus énumérés, et pour chaque « OUI », écrivez en caractères d'imprimerie le nom de la ou des personnes qui reçoivent l'argent.

MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE : Pour chaque réponse « OUI », écrivez en caractères d'imprimerie le montant ou la valeur en dollars (\$) et la fréquence à laquelle chaque personne reçoit ce type de revenu. Par exemple, si vous recevez des prestations d'assurance-chômage de 100 \$ par semaine, écrivez en caractères d'imprimerie « \$100 per week » ou « \$100/wk ».

ALLOCATION SUPPLÉMENTAIRE DE REVENU DE SÉCURITÉ (SUPPLEMENTAL SECURITY INCOME, SSI) (TOTAL DE L'ÉTAT ET FÉDÉRAL) : Si vous ou toute personne qui vit avec vous recevez une allocation du Programme de supplément de l'État de New York (State Supplement Program, SSP) en plus de l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI), additionnez ces montants et écrivez-les dans la colonne MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE pour l'allocation SSI à la ligne 2. Si vous ou toute personne qui vit avec vous recevez l'allocation SSP uniquement, écrivez le montant dans la colonne MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE pour l'allocation SSI à la ligne 2.

PAIEMENTS RELATIFS AU SERVICE DE FAMILLE D'ACCUEIL (PERÇUS) : Si vous ou une personne vivant avec vous recevez des paiements au titre de famille d'accueil, inscrivez ce montant dans la colonne MONTANT/VALEUR & FRÉQUENCE pour les paiements au titre de l'entretien de la famille d'accueil à la ligne 17. Si vous ou une personne qui vit avec vous recevez des allocations de placement familial pour les soins d'un enfant placé en famille d'accueil et que vous effectuez une demande de recertification pour l'allocation du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), vous disposez de deux options : Vous pouvez choisir d'inclure l'enfant en famille d'accueil et la pension alimentaire de la famille d'accueil dans votre ménage SNAP ou vous pouvez choisir de ne pas inclure l'enfant en famille d'accueil et la pension alimentaire de la famille d'accueil dans votre ménage SNAP. Demandez à votre district quel choix vous permettrait d'obtenir plus d'allocations SNAP.

PENSIONS ALIMENTAIRES (REÇUES) : Si vous ou toute personne qui vit avec vous recevez une pension alimentaire pour enfants, écrivez le nom de la personne qui paie la pension alimentaire après « Received from » à la ligne 18.

AUTRES REVENUS : Décrivez tout autre montant reçu par vous ou toute personne qui vit avec vous, y compris qui reçoit l'argent, combien ils reçoivent et à quelle fréquence.

DÉDUCTIONS, QUI et MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE : Si vous effectuez une demande de recertification pour Medicaid, cochez (✓) « OUI » ou « NON » aux lignes 1 à 15 pour indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous demanderez l'une des déductions fiscales fédérales énumérées dans la déclaration d'impôt sur le revenu de l'année en cours. Pour chaque « OUI », écrivez le nom de la ou des personnes qui demanderont la ou les déductions, ainsi que le montant ou la valeur et la fréquence des dépenses qui seront indiquées dans la déclaration de revenus.

AUTRES AJUSTEMENTS : Décrivez toute autre déduction fiscale fédérale que vous ou toute personne qui vit avec vous demanderez dans la déclaration de revenus de l'année en cours, y compris qui demandera la ou les déductions, ainsi que le montant ou la valeur et la fréquence des dépenses qui seront indiquées dans la déclaration de revenus.

SECTION 17 : INFORMATIONS RELATIVES AU BEAU-PARENT/PARRAIN NON-CITOYEN AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT

LE BEAU-PARENT DE TOUT ENFANT QUI VIT AVEC VOUS A-T-IL DES RESSOURCES OU DES REVENUS DE QUELQUE NATURE QUE CE SOIT et QUI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si toute personne effectuant une demande de recertification, y compris vous-même, a un beau-parent qui ne vit pas avec vous et qui a des ressources financières ou reçoit de l'argent de quelque source que ce soit. (Si le beau-parent vit avec vous, les ressources/revenus du beau-parent doivent être incluses dans la section 16, Informations relatives au revenu.) Si « OUI », indiquez le nom du beau-parent en caractères d'imprimerie.

UN MEMBRE DE VOTRE FOYER EST-IL UN NON-CITOYEN AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT QUI A ÉTÉ PARRAINÉ POUR L'ADMISSION AUX ÉTATS-UNIS et QUI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous ou une personne de votre foyer êtes un non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant qui a été parrainé par quelqu'un pour être admis aux États-Unis. Si « OUI », écrivez le nom du non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant en caractères d'imprimerie.

NOM, ADRESSE et NUM. DE TÉLÉPHONE DU PARRAIN : Si vous avez coché « OUI » ci-dessus, écrivez le nom de la personne qui vous a parrainé pour l'admission aux États-Unis, vous ou toute personne de votre foyer, son adresse et son numéro de téléphone en caractères d'imprimerie.

PAGE 9 ET 10 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 18 : INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOI

Remplissez cette section pour vous et pour tous ceux qui vivent avec vous. Même si vous avez un travail, vous pouvez être admissible à l'aide. Aux fins de la présente section, « âge de travailler » (working age) s'entend comme 18 ans ou plus, ou 16 ans ou plus pour toute personne qui ne va pas à l'école.

JE SUIS ACTUELLEMENT : Cochez (✓) « salarié » (employed), « travailleur indépendant » (self-employed) ou « chômeur » (unemployed) pour indiquer si vous travaillez et, dans l'affirmative, si vous travaillez pour vous-même ou pour quelqu'un d'autre.

REVENUS BRUTS : Écrivez en caractères d'imprimerie le montant perçu avant prélèvements fiscaux sur une base hebdomadaire, bihebdomadaire ou mensuelle (non annuelle), le cas échéant. Incluez tous les salaires, traitements, heures supplémentaires, commissions et pourboires.

HEURES TRAVAILLÉES PAR MOIS : Indiquez en caractères d'imprimerie le nombre d'heures travaillées par mois, le cas échéant.

RÉMUNÉRATION : Cochez (✓) « hebdomadaire » (Weekly), « bihebdomadaire » (Biweekly) ou « mensuelle » (Monthly) pour indiquer votre fréquence de rémunération, le cas échéant.

JOUR DE LA SEMAINE DE LA RÉMUNÉRATION : Écrivez en caractères d'imprimerie le jour de la semaine où vous êtes payé, le cas échéant.

NOM, ADRESSE et NUM. DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR : Écrivez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre employeur en caractères d'imprimerie, le cas échéant. Écrivez « self » (indépendant), ainsi que votre adresse et numéro de téléphone professionnels caractères d'imprimerie, si vous êtes indépendant.

UNE AUTRE PERSONNE VIVANT AVEC VOUS EST-ELLE ACTUELLEMENT SALARIÉE OU INDÉPENDANTE et QUI ? Cochez (✓) « salarié » (employed) ou « travailleur indépendant » (self-employed) si quelqu'un qui vit avec vous travaille et écrivez son nom en caractères d'imprimerie.

REVENU BRUT, HEURES DE TRAVAIL MENSUELLES, RÉMUNÉRÉES, JOURS DE LA SEMAINE RÉMUNÉRÉS, NOM ET ADRESSE DE L'EMPLOYEUR, et NUMÉRO DE TÉLÉPHONE : Remplissez cette section pour toute personne qui vit avec vous et travaille, selon les instructions ci-dessus.

L'ASSURANCE MALADIE EST-ELLE DISPONIBLE AUPRÈS DE VOTRE EMPLOYEUR ? Si vous êtes salarié, cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si une couverture médicale est disponible par le biais de votre employeur.

UNE PERSONNE VIVANT AVEC VOUS A-T-ELLE UNE ASSURANCE MALADIE PAR LE BIAIS D'UN EMPLOYEUR et QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si quelqu'un qui vit avec vous a une couverture médicale par l'intermédiaire d'un employeur, et si « Oui », écrivez son nom en caractères d'imprimerie.

NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE : Écrivez le nom de votre compagnie d'assurance-maladie et/ou de la compagnie d'assurance-maladie de toute personne qui vit avec vous en caractères d'imprimerie, le cas échéant.

AVEZ-VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS A-T-ELLE, DES FRAIS DE GARDE D'ENFANTS OU DE PERSONNES À CHARGE EN RAISON DE VOTRE EMPLOI et QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, avez des frais de garde d'enfants ou de personnes à charge (par exemple, pour un parent âgé) en raison de votre emploi et indiquez le nom de la personne qui a ces frais en caractères d'imprimerie.

AVEZ-VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS A-T-ELLE, D'AUTRES FRAIS LIÉS À VOTRE EMPLOI et QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous ou quelqu'un qui vit avec vous avez des frais liés à l'emploi (par exemple, le transport, les uniformes), et si « Oui », indiquez votre/son nom en caractères d'imprimerie.

EN L'ABSENCE D'EMPLOI, QUAND AVEZ-VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS A-T-ELLE, TRAVAILLÉ POUR LA DERNIÈRE FOIS, QUI, QUAND et OÙ ? Si vous, ou toute personne en âge de travailler qui vit avec vous, êtes au chômage, écrivez votre/leurs noms, les dates auxquelles vous avez travaillé pour la dernière fois et où vous avez été employés pour la dernière fois.

POURQUOI AVEZ-VOUS (OU ONT-ILS) ARRÊTÉ DE TRAVAILLER ? Écrivez la ou les raisons pour lesquelles vous, ou toute personne en âge de travailler qui vit avec vous, êtes au chômage en caractères d'imprimerie.

AVEZ-VOUS, OU TOUTE PERSONNE VIVANT AVEC VOUS A-T-ELLE, DÉPOSÉ UNE DEMANDE DE CHÔMAGE, QUI, QUAND et QUEL EST LE STATUT DE LA DEMANDE ? Si vous, ou toute personne en âge de travailler qui vit avec vous, êtes au chômage, cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous/ils avez demandé le chômage. Si « Oui », écrivez, en caractères d'imprimerie, votre/son nom, la date où vous/ils avez déposé une demande de chômage et le statut de la demande.

PARTICIPEZ-VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS, À UNE GRÈVE ET QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, êtes en grève (c'est-à-dire que vous avez cessé de travailler pour protester contre la décision ou les pratiques d'un employeur), et si « Oui », écrivez votre/son nom en caractères d'imprimerie.

DATE DE DÉBUT DE LA GRÈVE : Si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous êtes en grève, écrivez la date à laquelle vous avez commencé la grève en caractères d'imprimerie.

ÊTES-VOUS, OU QUELQU'UN QUI VIT AVEC VOUS EST-IL, UN TRAVAILLEUR AGRICOLE MIGRANT OU SAISONNIER et QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, vous rendez dans différentes fermes pour le travail ou travaillez dans une ferme uniquement pendant la saison agricole, et si « Oui », écrivez votre/son nom en caractères d'imprimerie.

EST-CE QUE VOUS, OU TOUT AUTRE ADULTE QUI VIT AVEC VOUS, AVEZ DES PROBLÈMES MÉDICAUX QUI LIMITENT LA CAPACITÉ DE TRAVAIL OU LE TYPE DE TRAVAIL QUI PEUT ÊTRE EFFECTUÉ et QUI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou une personne en âge de travailler qui vit avec vous, avez un problème médical qui vous empêche de travailler à temps plein ou de faire certains types de travail, et si « Oui », écrivez votre/son nom en caractères d'imprimerie.

DÉCRIRE LES LIMITES : Si vous, ou une personne en âge de travailler qui vit avec vous, avez un problème médical qui vous empêche de travailler à temps plein ou de faire certains types de travail, expliquez en quoi vous/elle êtes limité.

POURRIEZ-VOUS ACCEPTER UN EMPLOI AUJOURD'HUI et SI NON, POURQUOI ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous pourriez accepter un emploi aujourd'hui s'il était disponible, et si « Non », expliquez pourquoi.

QUEL TYPE DE TRAVAIL AIMERIEZ-VOUS FAIRE ? Indiquez quel type d'emploi vous conviendrait le mieux.

PAGE 11 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 19 : ÉDUCATION/FORMATION

QUEL EST LE PLUS HAUT NIVEAU SCOLAIRE QUE VOUS AVEZ TERMINÉ ? Cochez (✓) la description qui correspond le mieux au niveau scolaire que vous avez atteint.

LE CAS ÉCHÉANT, DERNIÈRE ANNÉE TERMINÉE ? Si vous n'avez pas terminé vos études secondaires, indiquez la dernière année que vous avez terminée en caractères d'imprimerie.

UN AUTRE MEMBRE DU FOYER A-T-IL UN DIPLÔME D'ÉTUDES SECONDAIRES, UN DIPLÔME D'ÉQUIVALENCE GÉNÉRALE (GENERAL EQUIVALENCY DIPLOMA, GED) OU UN TEST ÉVALUANT L'ACHÈVEMENT DES ÉTUDES SECONDAIRES (TEST ASSESSING SECONDARY COMPLETION, TASC™), OU UN NIVEAU D'ÉDUCATION SUPÉRIEUR, QUI, DIPLÔME OBTENU et DATE D'OBTENTION ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si quelqu'un qui vit avec vous a un diplôme d'études secondaires, un diplôme d'équivalence générale (GED) ou un test évaluant l'achèvement des études secondaires (TASC™) ou un niveau d'éducation supérieur. Si « Oui », indiquez le nom de la personne, le niveau atteint et la date d'obtention en caractères d'imprimerie.

Répondez aux questions suivantes pour vous-même et toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide.

SUIT OU A SUIVI UN PROGRAMME DE FORMATION AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS, QUI, OÙ, PROGRAMME, DATE DE PARTICIPATION et DATE DE FIN ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide, avez participé à un programme de formation professionnelle au cours des 12 derniers mois, et si oui, écrivez le nom de cette personne, où cette personne a suivi le programme de formation, le nom ou le type du programme et les dates auxquelles cette personne a suivi et terminé le programme.

A 16 ANS OU PLUS ET VA À L'ÉCOLE OU À L'UNIVERSITÉ, QUI et OÙ ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide, avez *16 ans ou plus* et allez à l'école ou à l'université, et si « Oui » écrivez le nom de cette personne, ainsi que de son école ou université, en caractères d'imprimerie.

REÇOIT UNE ALLOCATION DE FORMATION, QUI et MONTANT ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide, recevez une allocation de formation. Si « Oui », indiquez le nom de la ou des personnes et le montant perçu en caractères d'imprimerie.

REÇOIT DES BOURSES OU PRÊTS D'ÉTUDES, QUI et MONTANT ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide, recevez des bourses ou prêts d'études. Si « Oui », indiquez le nom de la ou des personnes et le montant perçu en caractères d'imprimerie.

A MOINS DE 16 ANS ET VA À L'ÉCOLE, QUI et OÙ ? Cochez (✓) « Oui » ou « Non » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification ou obtient de l'aide, avez moins de 16 ans et si « Oui » écrivez le nom de cette ou ces personnes, ainsi que de son/leur école, en caractères d'imprimerie.

PAGE 12 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 20 : INFORMATIONS RELATIVES AUX RESSOURCES

Si vous effectuez une demande de recertification pour l'allocation du Programme d'aide de nutrition supplémentaire, vous n'avez pas à indiquer si vous avez une assurance-vie.

INDIQUEZ SI VOUS OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS QUI EFFECTUE UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION : Pour les lignes 1 à 23, cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une recertification pour une demande d'aide avez l'une des ressources financières énumérées.

QUI : Pour chaque « OUI », écrivez le nom de la ou des personnes disposant des ressources en caractère d'imprimerie.

SI OUI, MONTANT/VALEUR : Pour chaque « OUI », écrivez le montant ou la valeur en dollars (\$) des ressources en caractère d'imprimerie. Assurez-vous d'énumérer toutes les participations conjointes (ressources appartenant à deux personnes ou plus, telles que les comptes bancaires conjoints). Toute personne effectuant une demande de recertification pour l'aide sociale ou Medicaid doit inclure les ressources de tout parent légalement responsable. Ce sont des personnes qui sont tenues par la loi de vous soutenir financièrement ou de soutenir toute personne effectuant une demande de recertification, comme un conjoint ou, si vous avez moins de 21 ans, tout parent ou beau-parent qui vit avec vous ou toute personne effectuant une demande de recertification.

A UN TITRE OU UNE IMMATRICULATION POUR UN OU PLUSIEURS VÉHICULES À MOTEUR OU AUTRES, ANNÉE, MARQUE/MODÈLE ET AUTRE : Si votre nom ou le nom de toute personne qui habite avec vous et qui effectue une demande de recertification est indiqué sur le titre d'une voiture ou d'un autre véhicule, indiquez l'année, la marque et le modèle de chaque véhicule en caractères d'imprimerie à la ligne 6. Écrivez les ressources, comme les camping-cars, les motoneiges et les bateaux, après « Other » (Autres) à la ligne 6.

DISPOSE DE RESSOURCES AUTRES QUE CELLES ÉNUMÉRÉES CI-DESSUS : Il est très important d'informer immédiatement votre district si vous recevez ou prévoyez de recevoir une somme forfaitaire. Un versement forfaitaire est un paiement unique, tel qu'un règlement d'assurance, un héritage, une compensation d'un procès ou des gains de loterie. Voir LDSS-4148A, « Livre 1 : Ce que vous devez savoir sur vos droits et responsabilités », pour obtenir plus d'informations sur les paiements forfaitaires.

QUELQU'UN A-T-IL CRÉÉ UNE FIDUCIE PAR LE PASSÉ OU TRANSFÉRÉ DES ACTIFS DANS UNE FIDUCIE AU COURS DES 60 DERNIERS MOIS ? Si vous ou votre conjoint transférez ou donnez des actifs dans les 36 mois (60 mois pour les transferts à une fiducie) avant le premier jour du mois au cours duquel vous recevez des services d'établissement de soins infirmiers et que vous avez soumis une demande pour Medicaid, vous pourriez ne pas être admissible à recevoir des services d'établissement de soins infirmiers ou des services dispensés à domicile et dans la communauté dans le cadre du programme Medicaid.

Si vous ou une personne à l'origine de la demande, ou votre conjoint ou une personne à l'origine de la demande (même si le conjoint ne fait pas la demande ou ne vit pas dans le foyer), avez créé une fiducie ou placé de l'argent dans une fiducie au cours des cinq dernières années, indiquez à la ligne 23 la date à laquelle la fiducie a été créée ou quand de l'argent y a été placé en caractères d'imprimerie.

PAGES 13 À 15 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 21 : INFORMATIONS MÉDICALES

INDIQUEZ SI VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS QUI EFFECTUE UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION et SI OUI, QUI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si une des situations présentées s'applique à vous ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une recertification pour une demande d'aide et si « OUI », indiquez le nom de la personne à laquelle chaque situation s'applique en caractères d'imprimerie. Assurez-vous d'énumérer toutes les assurances maladie et hospitalisation/accident que vous avez ou qui sont disponibles pour toute personne effectuant la demande de recertification.

A DES FACTURES MÉDICALES PAYÉES OU IMPAYÉES AU COURS DES 3 MOIS PRÉCÉDANT LE MOIS DE CETTE RECERTIFICATION : Medicaid peut être en mesure de payer les frais médicaux pour les soins que vous avez reçus au cours des trois mois précédant le mois où vous demandez de l'aide. Si vous avez déjà payé la facture, nous pourrions être en mesure de vous rembourser si nous déterminons que vous auriez été admissible à Medicaid à ce moment-là. Nous pourrions être en mesure de payer même si le docteur ou autre prestataire n'accepte pas Medicaid, mais nous ne pouvons régler que le montant que Medicaid aurait versé et seulement si la facture concerne des services que Medicaid aurait couvert.

EST ENCEINTE : Si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification, êtes enceinte, écrivez la date de l'accouchement et le nombre prévu d'enfants à naître à la ligne 14.

SÉLECTION DU RÉGIME D'ASSURANCE MALADIE : Remplissez cette section pour toute personne effectuant une recertification pour Medicaid. La plupart des personnes inscrites à Medicaid doivent adhérer à un régime de soins gérés, sauf si elles font partie d'une catégorie exonérée. Utilisez cette section pour choisir un régime d'assurance maladie. Si vous ne savez pas quels sont les régimes d'assurance maladie disponibles, demandez à votre agent ou appelez la ligne d'assistance au choix des soins gérés Medicaid au 1-800-505-5678.

NOM DU RÉGIME AUQUEL VOUS VOUS INSCRIVEZ : Écrivez le nom du ou des régimes d'assurance maladie auxquels toute personne effectuant une recertification pour Medicaid souhaite s'inscrire. Si vous ne savez pas quels sont les plans de santé qui vous sont proposés, renseignez-vous auprès du district.

NOM et PRÉNOM : Indiquez le nom et le prénom de chaque personne effectuant la recertification pour Medicaid en caractères d'imprimerie.

DATE DE NAISSANCE : Indiquez en caractères d'imprimerie les deux chiffres du mois, du jour et de l'année de la date de naissance de chaque personne effectuant une recertification pour Medicaid.

SEXE : Indiquez « M » pour homme, « F » pour femme, ou « X » pour non-binaire ou autre identité pour indiquer le sexe de chaque personne effectuant une recertification pour Medicaid.

IDENTIFIANT (DE LA CARTE MEDICAID SI VOUS EN AVEZ UNE) : Lors de la recertification de Medicaid, indiquez le numéro d'identification de la carte Medicaid en caractères d'imprimerie ici.

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE : Indiquez le numéro de sécurité sociale de chaque personne effectuant la recertification pour Medicaid en caractères d'imprimerie.

FOURNISSEUR DE SOINS PRIMAIRES (PCP) OU CENTRE DE SANTÉ (COCHER LA CASE S'IL S'AGIT D'UN FOURNISSEUR ACTUEL) : Écrivez le nom du prestataire de soins principal (c'est-à-dire le médecin généraliste ou de famille) ou du centre de soins que toute personne effectuant une recertification pour Medicaid souhaite utiliser. Si c'est déjà le prestataire ou le centre utilisé par cette personne, cochez (✓) la case. Vous devez vous assurer que le prestataire ou centre accepte Medicaid avant de recevoir des soins médicaux.

NOM ET IDENTIFIANT DE L'OB/GYN (COCHER LA CASE S'IL S'AGIT DU PRESTATAIRE ACTUEL) : Si une personne effectuant la recertification pour Medicaid a besoin de soins et de services d'obstétricien/gynécologue (OB/GYN), indiquez le nom de l'OB/GYN que le demandeur souhaite utiliser en caractères d'imprimerie. Si le demandeur utilise déjà cet OB/GYN, cochez (✓) la case. Vous devez vous assurer que le prestataire ou centre accepte Medicaid avant de recevoir des soins médicaux.

Vous devez vous assurer que tout docteur ou prestataire médical accepte Medicaid *avant* de recevoir des soins médicaux.

SECTION 22 : LOGEMENT

QUEL EST LE NOM DE VOTRE PROPRIÉTAIRE, SON ADRESSE et SON NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ? Si vous avez un logeur, écrivez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de votre logeur en caractères d'imprimerie.

EST-CE QUE VOUS, OU QUELQU'UN QUI VIT AVEC VOUS, AVEZ DES FRAIS DE LOYER, D'HYPOTHÈQUE OU D'AUTRES FRAIS DE LOGEMENT ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, payez un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement (par exemple, chambre et pension), et si « OUI », indiquez le montant que vous/elle payez par mois. Si vous avez des versements pour des prêts hypothécaires, incluez le montant des taxes foncières et de l'assurance habitation (y compris l'assurance incendie).

EST-CE QUE VOUS, OU QUELQU'UN QUI VIT AVEC VOUS, AVEZ UNE FACTURE DE CHAUFFAGE DISTINCTE DE VOTRE LOYER OU D'AUTRES FRAIS DE LOGEMENT ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, payez du chauffage séparément de votre loyer, hypothèque ou d'autres frais de logement, et si « OUI », indiquez le montant que vous/elle payez par mois.

EST-CE QUE VOUS, OU QUELQU'UN QUI VIT AVEC VOUS, PAYEZ LES DÉPENSES SUIVANTES DISTINCTES DE VOTRE LOYER OU D'AUTRES FRAIS DE LOGEMENT ? Pour les lignes 1 à 8, cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, payez des frais indiqués séparément de votre loyer, hypothèque ou d'autres frais de logement, et si « OUI », indiquez le montant que vous/elle payez par mois. Pour les questions des lignes 9 à 11, cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou toute personne effectuant la demande de recertification, utilisez une de ces dispositions.

SECTION 23 : AUTRES FRAIS

INDIQUEZ SI VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS QUI EFFECTUE UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION et SI OUI, MONTANT : Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une recertification, effectuez l'un des paiements énumérés aux lignes 1 à 5. Indiquez à la ligne 6 toutes les dépenses qui ne sont pas énumérées. Pour chaque « OUI », indiquez le montant du versement ou de la dépense et la fréquence de règlement (p. ex., \$100 per week ou \$100/wk.)

EST-CE QUE VOUS, OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS ET QUI EFFECTUE UNE RECERTIFICATION, DEVEZ AU MOINS QUATRE MOIS DE PENSION POUR UN ENFANT DE MOINS DE 21 ANS : Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou toute personne qui vit avec vous et qui effectue une demande de recertification, doit quatre mois ou plus de pension alimentaire.

PAGE 16 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

SECTION 24 : AUTRES INFORMATIONS

ACHETEZ-VOUS OU ENVISAGEZ-VOUS D'ACHETER DES REPAS AUPRÈS D'UN SERVICE DE LIVRAISON À DOMICILE OU DE RESTAURATION COMMUNAUTAIRE ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui effectue la recertification, achetez actuellement ou envisagez d'acheter des repas d'un service de livraison à domicile (par exemple, repas à domicile) ou de restauration collective (par exemple, une cafétéria dans le bâtiment où vous vivez).

ÊTES-VOUS EN MESURE DE CUISINER OU DE PRÉPARER DES REPAS À LA MAISON ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous avez un endroit chez vous où vous pouvez cuisiner.

Aux fins des questions des lignes 10 à 12, le terme « forces armées américaines » désigne :

- l'armée américaine
- la marine américaine
- les gardes-côtes américains
- les marines américains
- l'armée de l'air américaine
- la marine marchande américaine pendant la Seconde Guerre mondiale

AVEZ-VOUS, OU UN MEMBRE DE VOTRE FOYER A-T-IL, DÉJÀ SERVI DANS LES FORCES ARMÉES AMÉRICAINES et QUI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, avez déjà été dans l'une des branches militaires énumérées ci-dessus, et si « OUI », indiquez son nom en caractères d'impression.

VOTRE CONJOINT A-T-IL DÉJÀ SERVI DANS LES FORCES ARMÉES AMÉRICAINES ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si votre conjoint a déjà été dans l'une des branches militaires énumérées ci-dessus.

UN MEMBRE DE VOTRE FOYER EST-IL UNE PERSONNE À CHARGE DE QUELQU'UN QUI EST OU ÉTAIT DANS LES FORCES ARMÉES AMÉRICAINES et QUI ? Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, êtes financièrement dépendant de quelqu'un qui est ou a déjà été dans l'une des branches militaires énumérées ci-dessus, et si « OUI », indiquez le nom de la personne à charge en caractères d'impression.

INDIQUEZ SI VOUS OU TOUTE PERSONNE QUI VIT AVEC VOUS QUI EFFECTUE UNE DEMANDE DE RECERTIFICATION et QUI : Cochez (✓) « OUI » ou « NON » pour indiquer si les situations présentées décrites dans les neuf questions suivantes s'applique à vous ou toute personne qui vit avec vous et si « OUI », indiquez le nom de la personne à laquelle la situation s'applique en caractères d'imprimerie. Si vous ne comprenez pas ces questions, demandez à votre district de vous expliquer. Veuillez noter que la législation de l'État de New York prévoit des amendes ou une peine de prison, ou les deux, pour toute personne coupable d'obtenir une aide sociale, Medicaid, une allocation SNAP, une assistance à la garde d'enfants ou des services en dissimulant des faits ou la vérité.

STATUT DE TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ : Cochez (✓) la case « Je l'ai fait » (I have) ou « Je ne l'ai pas fait » (I have not) pour indiquer si vous ou quelqu'un qui effectue la recertification a vendu, transféré ou cédé un bien afin de recevoir une aide sociale ou une allocation SNAP. Veuillez noter que la législation de l'État de New York prévoit des amendes ou une peine de prison, ou les deux, pour toute personne coupable d'obtenir une aide sociale, Medicaid, une allocation SNAP, une assistance à la garde d'enfants ou des services en dissimulant des faits ou la vérité.

PAGES 17 À 23 DU FORMULAIRE DE RECERTIFICATION

AVIS, ASSIGNATIONS, AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

Lisez attentivement **TOUTES** les informations contenues dans cette section ou demandez à quelqu'un de vous les lire. Cette section comprend des informations importantes sur vos droits et responsabilités concernant le fait de recevoir une assistance, ainsi que les pénalités potentielles (comme une amende et/ou des peines de prison) si vous ne respectez pas vos responsabilités dans le cadre de cette section. En signant et en envoyant un formulaire de recertification, vous indiquez que vous comprenez et acceptez les déclarations de cette section.

REPRÉSENTANT AUTORISÉ DU PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE : Si vous voulez que quelqu'un effectue une recertification pour l'allocation du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) et/ou si vous voulez que quelqu'un qui ne vit pas avec vous obtienne l'allocation SNAP pour vous et/ou l'utilise pour acheter de la nourriture pour vous, indiquez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone de cette personne en caractères d'imprimerie dans le cadre. Cette personne est votre « représentant autorisé ». Le représentant autorisé doit signer et dater la section signature à la fin du formulaire de recertification. Si votre foyer n'habite pas dans une institution, un membre adulte responsable de votre foyer doit également signer et dater le formulaire de recertification, à moins que votre foyer n'ait désigné autrement le représentant autorisé à le faire par écrit.

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES Cochez (✓) « Ne pas divulguer les informations relatives au VIH/SIDA », « Ne pas divulguer les informations relatives à la santé mentale » et/ou « Ne pas divulguer les informations relatives aux drogues et à l'alcool » si vous n'acceptez pas que ces informations médicales vous concernant et/ou les membres de votre famille qui effectuent la recertification soient divulguées comme le permet la loi.

SECTION SIGNATURE : Lisez cette section attentivement ou demandez à quelqu'un de vous la lire. La législation de l'État de New York prévoit des amendes ou une peine de prison, ou les deux, pour toute personne coupable d'obtenir une aide sociale, Medicaid, une allocation du Programme d'aide de nutrition supplémentaire, une assistance à la garde d'enfants ou des services en dissimulant des faits ou la vérité. **En signant et en envoyant un formulaire de recertification, vous indiquez que vous comprenez et acceptez les déclarations de cette section et que toutes les informations que vous avez fournies sur ce formulaire de recertification ou que vous fournirez à l'avenir au district sont complètes et correctes, à votre connaissance.**

SIGNATURE DU DEMANDEUR et DATE DE SIGNATURE : Signez votre nom et indiquez la date à laquelle vous avez signé le formulaire de recertification, à moins que vous ayez désigné un représentant autorisé du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) sur le formulaire de recertification et que vous viviez en institution, auquel cas le représentant autorisé peut signer et dater le formulaire de recertification. Si vous ne résidez pas en institution, vous et le représentant autorisé devez signer et dater le formulaire de recertification, à moins que vous ayez préalablement désigné un représentant SNAP autorisé à le faire par écrit. Si vous avez rempli le formulaire de recertification pour quelqu'un d'autre, signez *votre* nom, et non le nom de la personne que vous représentez, et indiquez la date de signature.

SIGNATURE DU CONJOINT OU DU REPRÉSENTANT PROTECTEUR et DATE DE SIGNATURE : Si vous êtes marié et que vous effectuez une recertification pour l'aide sociale ou Medicaid, votre conjoint doit signer et dater le formulaire de recertification. Si vous êtes marié et que vous effectuez une recertification pour le Programme d'aide de nutrition supplémentaire uniquement, un seul des conjoints doit signer et dater le formulaire de recertification. Si vous avez un représentant protecteur, cette personne doit signer et dater le formulaire de recertification.

SIGNATURE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ et DATE DE SIGNATURE : Si vous avez un représentant SNAP autorisé désigné sur le formulaire de recertification, cette personne doit signer et dater le formulaire de recertification.

JE DEMANDE QUE MON DOSSIER SOIT CLOS POUR : Ne cochez aucune des cases, ne signez et ne datez pas cette section, si vous souhaitez envoyer une recertification. Ne cochez cette section que si vous voulez *clôturer votre dossier* pour un ou plusieurs programmes. Pour demander la clôture de votre dossier, cochez (✓) la case en regard de ce programme, et signez et datez où indiqué. Veuillez indiquer le motif de votre demande.

FORMULAIRE D'INSCRIPTION D'ÉLECTEUR : Les deux dernières pages de ce formulaire de recertification sont un formulaire d'inscription d'électeur. L'utilisation du formulaire pour vous inscrire ou refuser votre inscription sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur la décision prise concernant votre recertification pour les allocations, ni sur le montant de l'aide que vous pourriez recevoir. Si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire d'inscription, adressez-vous à votre district.

Fins informationnelles

EXIGENCES RELATIVES AUX DOCUMENTS

Cette liste de facteurs d'admissibilité et d'exigences en matière de documentation est fournie uniquement à titre informatif. Votre district vous informera des facteurs d'éligibilité que vous devrez prouver. On peut vous demander de prouver d'autres facteurs d'admissibilité non indiqués ci-dessous. Vous pouvez peut-être fournir des documents non indiqués ci-dessous pour apporter une preuve pour les exigences d'admissibilité. Si vous avez des questions concernant les exigences relatives aux documents, veuillez contacter votre district.

		Facteur d'éligibilité	Pour prouver ce facteur, fournissez :	Facteur d'éligibilité	Pour prouver ce facteur, fournissez l'un des éléments suivants :
			✓ ▼ UN des éléments suivants OU ✓ ▼ DEUX des éléments suivants (Si vous faites une demande d'allocation SNAP ou Medicaid uniquement , vous devez apporter uniquement un formulaire pour chaque facteur d'admissibilité coché.)		
<input type="checkbox"/>	Identité Vous devez prouver votre identité.	Carte d'identité avec photo Permis de conduire Passport américain Certificat de naturalisation Dossiers hospitaliers/médicaux Papier d'adoption	Déclaration d'une autre personne Numéro de sécurité sociale validé Certificat de naissance/baptême	<input type="checkbox"/> Numéro de sécurité sociale (Pour l'aide sociale, l'allocation SNAP et Medicaid uniquement , vous n'avez pas à fournir une preuve de votre numéro de sécurité sociale (SSN) à moins que le SSN que vous fournissez ne corresponde pas aux dossiers de SSA ou ne puisse pas être vérifié par l'agence.)	Carte de sécurité sociale Correspondance officielle de la SSA Un numéro de sécurité sociale n'est pas nécessaire pour les non-citoyens qui demandent à bénéficier de Medicaid uniquement pour des traitements d'urgence ou pour les femmes enceintes qui demandent à bénéficier de Medicaid uniquement.
<input type="checkbox"/>	Statut marital Vous devez prouver si vous êtes marié, divorcé, séparé ou veuf.	Certificats de mariage/décès Accord de séparation Décret de divorce Dossiers de sécurité sociale Dossiers VA	Déclaration du clergé Dossiers de recensement Avis dans un journal Déclaration d'une autre personne	<input type="checkbox"/> Statut de citoyenneté ou de non-citoyen actuel : les citoyens américains sont admissibles à l'aide sociale, SNAP et Medicaid. Les non-citoyens doivent avoir un statut d'immigration satisfaisant pour pouvoir bénéficier de l'aide sociale, de SNAP ou de Medicaid. Le statut d'immigration n'est pas un facteur d'admissibilité pour les femmes enceintes ou les enfants immigrés qui demandent le programme Child Health Plus B. Les immigrés sans papiers et les non-immigrants temporaires ne sont admissibles qu'au traitement d'une affection médicale d'urgence.	Certificat de naissance Certificat de baptême Dossiers hospitaliers Passport américain Dossiers de service militaire Certificat de naturalisation Documents USCIS Preuve d'une résidence continue aux États-Unis depuis avant le 01/01/1972.
<input type="checkbox"/>	Résidence Vous devez prouver où vous habitez.	Déclaration du propriétaire Quittance de loyer ou bail actuel Registres hypothécaires	Déclaration d'une autre personne Courrier actuel Dossiers scolaires	<input type="checkbox"/> Revenu professionnel D'un employeur	Talons de salaire actuels Enveloppes de paie Sur papier à en-tête, taux de rémunération horaire ; heures travaillées par semaine ; date du premier salaire, si nouveau et numéro de téléphone de l'employeur Contact avec l'employeur Dossiers commerciaux Dossiers fiscaux Dossiers et documents liés relatifs aux recettes et dépenses de l'activité indépendante Déclaration de revenus actuelle
<input type="checkbox"/>	Composition/Taille du ménage Vous devez prouver qui vit avec vous.	Déclaration d'un propriétaire non membre de la famille Dossiers scolaires	Déclarations d'autres personnes	<input type="checkbox"/> D'une activité indépendante	Dossiers commerciaux Dossiers fiscaux Dossiers et documents liés relatifs aux recettes et dépenses de l'activité indépendante Déclaration de revenus actuelle
<input type="checkbox"/>	Âge Vous devez prouver l'âge de chaque personne demandant une assistance, le cas échéant.	Certificat de naissance Certificat de baptême Dossiers hospitaliers Dossiers d'adoption Certificat de naturalisation Permis de conduire	Police d'assurance Dossiers de recensement Dossiers scolaires Déclaration d'une autre personne Déclaration du médecin Correspondance officielle de la SSA	<input type="checkbox"/> Revenus du loyer ou de la chambre/pension	Chèque de contribution actuel Déclaration du locataire d'appartement, chambre ou pension Dossiers d'impôts sur le revenu
<input type="checkbox"/>	Parent absent Si le parent d'un enfant dans votre maison ne vit pas avec vous, vous devez le prouver.	Certificat de décès Allocation de survivant Dossiers hospitaliers Dossiers VA ou militaires Papiers de divorce Preuve de remariage	Avis dans un journal Dossiers de la compagnie d'assurance Dossiers institutionnels Dossiers d'agence et de paiement de l'enterrement Déclaration d'une autre personne	<input type="checkbox"/> Revenus non professionnels Pension alimentaire	Déclaration d'un tribunal des affaires familiales Déclaration de la personne versant la pension
<input type="checkbox"/>	Informations relatives au parent absent Vous devez fournir toutes les informations dont vous disposez : nom, adresse, numéro de sécurité sociale, date de naissance, emploi	Talons salariaux Déclarations fiscales Dossiers de sécurité sociale ou VA Lettres de détermination monétaire Cartes d'identification (assurance maladie) Permis de conduire ou numéro d'immatriculation		<input type="checkbox"/> Allocations d'assurance chômage (Unemployment Insurance benefits, UIB)	Talons de chèques Certificat d'attribution actuel Chèque de prestations actuel Correspondance officielle avec le Département du travail de l'État de New York
				<input type="checkbox"/> Allocations de sécurité sociale (y compris SSI)	Certificat d'attribution actuel Chèque de prestations actuel Correspondance officielle de la SSA
				<input type="checkbox"/> Allocation de vétéran	Certificat d'attribution actuel Chèque de prestations actuel Correspondance officielle de la VA

Facteur d'éligibilité	Pour prouver ce facteur, fournissez l'un des éléments suivants :	Facteur d'éligibilité	Pour prouver ce facteur, fournissez l'un des éléments suivants :
<input type="checkbox"/> Revenu non gagné (suite) <input type="checkbox"/> Indemnisation de travail <input type="checkbox"/> Bourses d'études et prêts <input type="checkbox"/> Intérêts/dividendes/redevances <input type="checkbox"/> Pension privée/rente <input type="checkbox"/> Autre	Lettre d'attribution Talon salarial Déclaration scolaire Lettre d'attribution de la déclaration bancaire Déclaration de la banque ou de la caisse Déclaration du courtier/agent Lettre d'attribution actuelle Chèque de prestations actuel Correspondance officielle de la source de revenus	<input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Dépenses de logement Vous devez prouver combien cela vous coûte de vivre où vous le faites (vous devrez peut-être fournir des documents distincts pour chaque article de frais de logement.) Medicaid ne nécessite pas de documenter de frais d'hébergement.	Quittance de loyer actuelle Bail actuel Livre/registres hypothécaires Registres fiscaux fonciers et scolaires Déclaration du propriétaire Factures d'égouts et d'eau Dossiers d'assurance du propriétaire Factures de carburant Factures de services publics hors chauffage Factures téléphoniques
		<input type="checkbox"/> Factures médicales	Copies des factures médicales (payées et impayées)
		<input type="checkbox"/> Assurance maladie Si vous ou quelqu'un qui fait une demande avez une couverture d'assurance maladie (même si elle est payée par quelqu'un d'autre), vous devez le prouver.	Police d'assurance Carte d'assurance Déclaration du fournisseur de la couverture Carte Medicare
		<input type="checkbox"/> Handicap/incapacité/grossesse Si vous ou toute personne vivant avec vous êtes malade ou enceinte, vous devez fournir une preuve.	Déclaration du professionnel de santé vérifiant la grossesse et la date d'accouchement prévue Déclaration du professionnel de santé Preuve d'allocation de SSA ou de SSI pour invalidité ou cécité
		<input type="checkbox"/> Factures impayées Loyer, services publics	Copie de chaque facture indiquant le montant dû, la période des services et le fournisseur
		<input type="checkbox"/> Renvoi Programme de traitement de la toxicomanie et de l'alcoolisme	Déclaration du fournisseur du traitement
		<input type="checkbox"/> Service d'emploi	Déclaration du service d'emploi
		<input type="checkbox"/> Autres frais/coûts liés aux personnes à charge Vous devez fournir une preuve si vous payez une pension alimentaire ordonnée par le tribunal, des services de garde d'enfants, des prêts récurrents ou des services d'aide médicale à domicile.	Décision judiciaire Déclaration de la garderie ou d'un autre fournisseur de services de garde d'enfants Déclaration de l'aide ou du préposé Reçus ou chèques annulés
		<input type="checkbox"/> Fréquentation scolaire Vous devez prouver qui va à l'école	Dossier scolaire (bulletin actuel) Déclaration de l'école ou de l'établissement d'enseignement supérieur
		<input type="checkbox"/> Autres :	