

NE PAS ÉCRIRE DANS LES PARTIES GRISÉES DE CETTE DEMANDE

LDSS-2921 Statewide-FR (Rev. 07/23)

CENTER/ OFFICE	APPLICATION DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	SERV. IND	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS	DISTRICT	SUFFIX	SNAP SUFFIX	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME						EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> DENIAL <input type="checkbox"/> REASON CODE <input type="checkbox"/> WITHDRAWAL			SERVICES TRANSACTION TYPE <input type="checkbox"/> NEW OPENING <input type="checkbox"/> REOPEN <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION				
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):			DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):			DATE	FORM _____ OF _____		SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION _____ DATE _____				
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____												
PA AUTHORIZATION PERIOD			MA AUTHORIZATION PERIOD			SNAP AUTHORIZATION PERIOD			SERVICES AUTHORIZATION PERIOD					
FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO	FROM		TO			

FORMULAIRE DE DEMANDE DE CERTAINES PRESTATIONS ET DE CERTAINS SERVICES À L'ÉTAT DE NEW YORK

Si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave et avez besoin de ce formulaire de demande dans un autre format, veuillez vous adresser à votre district de services sociaux. Pour de plus amples informations concernant les types de formats disponibles et la procédure à suivre pour introduire une demande dans un format alternatif, voir le manuel d'instructions pour cette demande (PUB-1301 Statewide), disponible à l'adresse www.otda.ny.gov ou <https://www.health.ny.gov/>.

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ? Oui Non

Si oui, veuillez cocher le type de format de votre choix :

<input type="checkbox"/> Gros caractères	<input type="checkbox"/> CD de données
<input type="checkbox"/> CD audio	<input type="checkbox"/> Braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous

Si vous nécessitez d'autres aménagements, veuillez contacter votre district de services sociaux.

Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir de manière professionnelle et respectueuse. Chaque fois que vous voyez « Aide sociale » ou « PA » sur la demande, cela signifie « Assistance familiale » et/ou « Assistance Filet de sécurité ». Les deux programmes sont appelés « Aide sociale ». **Veuillez consulter le manuel d'instructions (PUB-1301 Statewide) et les livres 1, 2 et 3 « What you should know » (Ce que vous devez savoir) (LDSS-4148A, LDSS-4148B et LDSS-4148C) lorsque vous remplissez cette demande, et contactez votre district de services sociaux si vous avez des questions.**

Dans le formulaire, « MA » renvoie à « Medicaid ». Vous pouvez solliciter une assistance de MA en remplissant ce formulaire, à condition de solliciter en même temps l'aide sociale ou l'assistance du Programme d'aide de nutrition supplémentaire. Si vous souhaitez demander uniquement une assistance de MA, vous pouvez vous reporter au site internet <https://nystateofhealth.ny.gov/> et/ou appeler le 1-855-355-5777 pour en savoir plus ou pour soumettre une demande. Vous pouvez aussi utiliser un formulaire DOH-4220 disponible auprès de votre assistant social ou appeler le service d'assistance de MA au 1-800-541-2831. Si vous souhaitez obtenir uniquement une assistance du Medicare Savings Program (programme d'Épargne Medicare, MSP) vous devez remplir le formulaire DOH-4328 disponible auprès de votre assistant social. Si vous avez un besoin urgent de services de soins personnels, vous devez solliciter une assistance de MA séparément en utilisant le formulaire de demande DOH- 4220 de MA.

SECTION 1 COCHEZ CHAQUE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU UN MEMBRE DU MÉNAGE INTRODUISIEZ UNE DEMANDE		<input type="checkbox"/> Aide sociale (PA) <input type="checkbox"/> Garde d'enfants en lieu et place de PA <input type="checkbox"/> Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et PA <input type="checkbox"/> Services (S), y compris une Famille d'accueil (Foster Care, FC) <input type="checkbox"/> Aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance, CC) <input type="checkbox"/> Aide d'urgence uniquement (Emergency Assistance Only, EMRG)						
SECTION 2				VOULEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS EN :		SECTION 5 QUELLE OPTION DÉCRIT VOTRE SITUATION ?		
QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ?		<input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> ESPAGNOL		<input type="checkbox"/> ANGLAIS UNIQUEMENT <input type="checkbox"/> EN ANGLAIS ET EN ESPAGNOL				
<input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) _____								
SECTION 3				VEUILLEZ ÉCRIRE CLAIREMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE				
PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM		ÉTAT CIVIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL	NUMÉRO DE MOBILE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
ADRESSE DU DOMICILE			NUM APP. NUM.	VILLE		COMTÉ	ÉTAT	CODE POSTAL
À L'ATTENTION DE (NOM) (À REMPLIR SI VOUS RECEVEZ VOTRE COURRIER AUX SOINS D'UNE AUTRE PERSONNE)								
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE)			NUM APP. NUM.	VILLE		COMTÉ	ÉTAT	CODE POSTAL
DEPUIS COMBIEN DE TEMPS HABITEZ-VOUS À VOTRE ADRESSE ACTUELLE ?	ANS	MOIS	S'AGIT-IL D'UN REFUGE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ L'ON PEUT VOUS JOINDRE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL		ADRESSE ÉLECTRONIQUE (FACULTATIF)	
ITINÉRAIRES POUR SE RENDRE À L'ADRESSE ACTUELLE								
ANCIENNE ADRESSE			NUM APP. NUM.	VILLE		COMTÉ	ÉTAT	CODE POSTAL
SI VOUS ÊTES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ ICI <input type="checkbox"/>								
AGENCE QUI AIDE LE DEMANDEUR/PERSONNE À CONTACTER						NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL		
SOUHAITEZ-VOUS QUE LA PARTIE DE LA PRÉSENTE DEMANDE RÉSERVÉE À MEDICAID AINSI QUE L'ACCÈS ÉVENTUEL À L'AIDE DE MEDICAID RESTENT CONFIDENTIELS ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON								
SECTION 4 – Si vous faites une demande pour SNAP : Vous pouvez déposer une demande le jour où vous l'obtenez. Pour déposer une demande SNAP, elle doit comporter au minimum votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et la signature. Vous devez fournir toutes les informations demandées dans votre dossier de candidature. Remplissez jusqu'à la dernière page où vous devez signer, après quoi vous devez passer un entretien. Si vous êtes admissible, vous recevrez les allocations SNAP calculées à compter de la date à laquelle vous avez déposé la demande. Vous devez être informé de l'acceptation ou du rejet de votre demande sous 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez présenté (déposé) votre demande d'allocations SNAP. Si votre famille a peu ou pas de revenus ou de ressources liquides, ou si vos dépenses liées au loyer et aux services publics sont supérieures à vos revenus et à vos ressources liquides, vous pouvez avoir droit à des allocations SNAP dans les cinq jours civils suivant la date de votre demande. Si vous êtes résident d'une institution et demandez à la fois l'allocation supplémentaire de revenu de sécurité (SSI) et les allocations SNAP avant de quitter l'institution, la date de dépôt de la demande est la date à laquelle vous quittez l'institution.								
SIGNATURE DU DEMANDEUR DES ALLOCATIONS SNAP OU DE SON REPRÉSENTANT				DATE DE SIGNATURE				
x								

- Enceinte 1
- Victime de violence domestique 2
- Besoin d'établir la filiation 3
- Besoin des services d'aide à l'enfance 4
- Problème de toxicomanie/d'alcoolisme 5
- Coupure du carburant ou des services publics 6
- Pas de logement/sans abri 7
- Incendie ou autre catastrophe 8
- Aucun revenu 9
- Problème médical grave 10
- Expulsion imminente 11
- Pas de nourriture 12
- Nécessite une famille d'accueil 13
- Besoin de services de garde d'enfants 14
- Problèmes avec l'anglais 15
- Aménagements raisonnables 16
- Autres _____ 17

NE PAS ÉCRIRE DANS LES PARTIES GRISÉES DE CETTE DEMANDE

SECTION 6 – INFORMATIONS SUR LE MÉNAGE – Indiquez toutes les personnes qui *vivent* avec vous, même si elles n'introduisent pas la demande avec vous. Indiquez votre nom sur la première ligne.

Cette personne (y compris les enfants mineurs) achète-t-elle de la nourriture ou prépare-t-elle des repas avec vous ?

Plus haut niveau scolaire atteint

RI	LN	Prénom, initiale du second prénom, nom	Cette personne fait la demande pour :							Date de naissance : (jj/mm/aaaa)	Sexe : (M/F/X)	Identification sexuelle (facultatif) : (Homme, femme, non-binaire, X, transgenre, identité différente [veuillez décrire])	Lien de parenté avec vous :	Numéro de sécurité sociale des membres du ménage demandeurs (Voir le manuel d'instructions, PUB-1301 Statewide, ou contacter votre district de services sociaux)	OUI / NON		
			PA	SNAP	MA	CC	FC	S	EMRG								
	01												SOI-MÊME				
	02																
	03																
	04																
	05																
	06																
	07																
	08																

VEUILLEZ INDICER LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES SOUS LESQUELS VOUS OU UNE PERSONNE DE VOTRE FOYER AVEZ PU ÊTRE CONNUS	Ligne N°	ONC	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM
	Ligne N°	ONC	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM
IS ANYONE SANCTIONED?	<input type="checkbox"/> YES	<input type="checkbox"/> NO	IF YES, WHO	REASON	END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION							
LN	FIRST NAME	LAST NAME	LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?	CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME	CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD
			YES	NO			

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION											INDIVIDUAL EDUCATION				CONSIDER	
LN	NON-CITIZEN STATUS	STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED	LN	DEGREE RECEIVED	✓ RCA/RMA REFERRAL	
		YES	NO	MONTH	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO						
											01		05			
											02		06			
											03		07			
											04		08			

LN	SECTION 7 – RACE/ETHNICITÉ – Ces informations sont fournies volontairement. Elles sont sans incidence sur l'éligibilité des demandeurs ou sur le niveau des prestations reçues. Nous demandons ces informations pour nous assurer que les allocations soient distribuées sans égard à la race, la couleur ou l'origine nationale.							CLIENT IDENTIFICATION NUMBER	ENTER APPROPRIATE CODES								
	H	I	A	B	P	W	U		REL	SSN	SFUI	MS	SI	LA	EM	CI	EL
	H I A B P W U HISPANIQUE OU LATINO NATIF D'AMÉRIQUE OU D'ALASKA ASIATIQUE NOIR OU AFRO-AMÉRICAIN NATIF DE HAWAII OU DES ILES DU PACIFIQUE BLANC INCONNU (MA SEULEMENT)																
	↓ POUR CHAQUE PERSONNE DE LA SECTION 6, VEUILLEZ INSCRIRE Y (OUI) SI HISPANIQUE OU LATINO POUR CHAQUE PERSONNE DE LA SECTION 6, VEUILLEZ INSCRIRE Y (OUI) SI APPLICABLE POUR LA RACE. VOUS POUVEZ SÉLECTIONNER PLUS D'UNE RACE.																
01																	
02																	
03																	
04																	
05																	
06																	
07																	
08																	
ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS			CONSIDER				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE			
LINE NO.	CODE	DATE						✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance		Photo ID							
										Birth Verification							
										Marriage License							
SERVICE ELIGIBILITY PROCESS CODE										Social Security Card							
SFUI	CODE	SFUI	CODE							Code 9 Resolution							
SFUI	CODE	SFUI	CODE							Immigration Status							
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED				Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)								
		Legal															
		Services															
		SSA															
		NYSoH															
		Chronic Care/SSI-Related															
		MA-Only															
		Medicare Savings Program															

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette page avant de la remplir. Si vous avez des questions, reportez-vous au manuel d'instruction (PUB-1301 Statewide) ou adressez-vous à votre district de services sociaux.

SECTION 8 – CITOYEN/NON-CITOYEN AVEC STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT

ÉCRIVEZ LE NOM DE TOUTES LES PERSONNES QUI DÉPOSENT UNE DEMANDE OU QUI SONT TENUES DE LE FAIRE.

Vous devez remplir les sections 8 et 9 si :

- vous déposez une demande de services aux enfants **uniquement**, mais devez fournir exclusivement les informations des enfants qui en bénéficieraient.
- vous déposez une demande de placement en famille d'accueil **uniquement**, mais devez fournir exclusivement les informations des enfants qui en bénéficieraient.
- vous demandez d'autres services dans certaines circonstances.

SECTION 9 – CERTIFICATION

Certains programmes de services sociaux exigent que vous certifiez que vous êtes un citoyen américain, un Amérindien ou un ressortissant des États-Unis, ou un non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant. Ce n'est pas le cas pour d'autres programmes.

Vous NE DEVEZ signer l'attestation ci-dessous que si vous êtes un citoyen des États-Unis, un Amérindien ou un ressortissant des États-Unis, ou un non-citoyen ayant un statut d'immigration favorable, et que vous demandez :

- Une aide sociale, ou
- le Programme d'aide de nutrition supplémentaire, ou
- Medicaid, ou
- Aide à la garde d'enfants (l'attestation n'est nécessaire **que** pour les enfants), ou
- Famille d'accueil (la certification n'est nécessaire **que** pour les enfants), ou
- D'autres services dans certaines circonstances ;
- Assistance au paiement d'urgence

Un adulte de la famille ou un représentant autorisé peut signer pour tous les membres de la famille. Exemple : En l'absence d'un statut de non-citoyen satisfaisant, un parent peut signer pour son enfant ayant un statut de non-citoyen satisfaisant.

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)	

Une demande SNAP doit énumérer toutes les personnes vivant dans le ménage SNAP. Une demande du PA doit mentionner tous les enfants pour lesquels vous faites une demande, leurs frères et sœurs, et tous les parents de ces enfants qui vivent ensemble. Si vous ne vérifiez pas si une personne figurant sur la liste est un citoyen américain, un ressortissant des États-Unis ou un non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant, ou si vous ne fournissez pas un numéro des services d'immigration et de citoyenneté américains (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) (numéro d'enregistrement des étrangers) ou un numéro de non-citoyen (le cas échéant), cette personne ne recevra pas d'aide et les autres membres du ménage recevront des prestations limitées. Si vous êtes Amérindien(ne), cochez Citoyen(ne)/Ressortissant(e) des États-Unis.

SIGNER* ET DATER LE CHAMP CI-DESSOUS POUR CHAQUE DEMANDEUR.

Dans le cas d'un non-citoyen demandeur ayant un statut d'immigration satisfaisant, cochez le ou les programmes pour lesquels chaque non-citoyen demandeur a un statut d'immigration satisfaisant. (Reportez-vous au manuel d'instruction, Pub-1301 Statewide).

LN	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM	Cochez soit « CITOYEN / NATIONAL », soit « NON CITOYEN » pour chaque personne.		NUMÉRO USCIS (NUMÉRO D'IMMIGRATION ET DE CITOYENNETÉ AMÉRICAINS) OU NUMÉRO DE NON-CITOYEN (le cas échéant)	CERTIFICATION	DATE	P	S	N	A	M	A	C	C	F	C	S	E	M	R	G	
				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL	<input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)																			
01				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
02				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
03				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
04				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
05				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
06				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
07				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	
08				<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	A	Signature X																	

En cochant la case ci-dessus et en signant la certification à la section 9, je certifie par la présente, sous peine de parjure, que moi-même et/ou la (les) personne(s) au nom de laquelle (desquelles) je signe, suis (sont) citoyen(s) américain(s), amérindien(s) ou ressortissant(s) américain(s), ou non-citoyen(s) bénéficiant d'un statut d'immigration satisfaisant. Je suis conscient(e) que la signature de cette certification peut entraîner la transmission d'informations sur les membres de mon ménage qui aux Services de citoyenneté et de l'immigration des États-Unis pour vérification du statut de non-citoyen, le cas échéant. L'utilisation ou la divulgation des informations ci-dessus est limitée aux personnes et aux organisations directement liées à la vérification du statut de citoyenneté, et à l'administration ou à l'application des dispositions des programmes d'aide sociale, d'aide de nutrition supplémentaire, de Medicaid, de services aux enfants, de placement en famille d'accueil et de services.

*Une personne qui souhaite signer l'attestation mais qui ne sait pas écrire peut faire un « X » sur la ligne devant un témoin. Le témoin doit signer ci-dessous.

J'ai assisté aux repères faits aux lignes : _____ Signature du témoin : _____ Date signée : _____

SECTION 10 – INFORMATION SUR L'ORIENTATION VERS L'UNITÉ D'EXÉCUTION DES PENSIONS ALIMENTAIRES POUR ENFANT

Si vous demandez uniquement des services aux enfants, vous n'êtes pas tenu de demander une pension alimentaire et vous n'avez pas à remplir cette section. Si vous demandez Medicaid en plus de l'aide sociale ou du Programme d'aide de nutrition supplémentaire, vous devrez peut-être nous aider à obtenir une aide médicale pour vous et vos enfants demandeurs. Répondez aux questions suivantes pour déterminer si vous devez remplir cette section. Veuillez vous inclure, le cas échéant :

1. Introduisez-vous une demande pour une personne âgée de moins de 21 ans née de parents non mariés et/ou pour laquelle la filiation légale n'a pas été établie ? Oui Non
2. Introduisez-vous une demande pour une personne âgée de moins de 21 ans dont le parent est absent (parent ne possédant pas le droit de garde) ? Oui Non

Vous ne devez pas remplir cette section si vous avez répondu « Non » à ces deux questions. Allez à la section 11.

Vous devez remplir cette section si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre de ces questions ou aux deux. Indiquez les noms de toutes les personnes âgées de moins de 21 ans pour lesquelles vous introduisez une demande et toutes les informations dont vous disposez actuellement sur le(s) parent(s) qui n'a (n'ont) pas la garde de ces personnes, qui est (sont) présumé(s) être le(s) parent(s).

3. Êtes-vous âgé(e) de moins de 21 ans ? Oui Non

Si vous avez répondu « Oui » à cette question, veuillez fournir les informations suivantes concernant le(s) parent(s) qui n'a (n'ont) pas la garde de l'enfant, le parent présumé ou le parent pressenti :

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
<input checked="" type="checkbox"/>	Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	<input checked="" type="checkbox"/> Child Health Plus
		<input checked="" type="checkbox"/> TASA
<input checked="" type="checkbox"/>	Petition to Family Court	<input checked="" type="checkbox"/> SSI/SSA

NOM DE LA PERSONNE DE MOINS DE 21 ANS	NOM ET ADRESSE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESSENTI	DATE DE NAISSANCE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESSENTI			NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESSENTI
		MOIS	JOUR	ANNÉE	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

SECTION 11 – DÉCLARATION D'IMPÔT/STATUT DÉPENDANT – Veuillez sélectionner la situation fiscale de chaque personne vivant dans le ménage.

			SITUATION FISCALE						
PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM	CÉLIBATAIRE	MARIÉ(E) AVEC UNE DÉCLARATION COMMUNE	MARIÉ(E) AVEC UNE DÉCLARATION INDIVIDUELLE	CHEF DE FAMILLE (AVEC PERSONNE ADMISSIBLE)	VEUF (VEUVE) ADMISSIBLE AVEC ENFANT À CHARGE	PERSONNE À CHARGE QUI REMPLIRA UNE DÉCLARATION DE REVENUS	PAS DE DÉCLARATION DE REVENUS REMPLIE

Personnes à charge sur le plan fiscal ne vivant pas dans le foyer. Veuillez énumérer toutes les personnes à charge sur le plan fiscal qui ne vivent pas avec vous et qui sont alignées par vous ou par une personne de votre ménage. Si vous ne remplissez pas de déclaration fiscale, vous pouvez ignorer cette question.

NOM DE LA PERSONNE À CHARGE SUR LE PLAN FISCAL			NOM DU/DE LA CONTRIBUABLE		
PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM	PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM

SECTION 12 – INFORMATIONS RELATIVES À UN CONJOINT ABSENT/DÉCÉDÉ – Si le conjoint/la conjointe de la personne qui fait la demande vit ailleurs ou est décédé(e), veuillez l'indiquer ci-dessous.

NOM DU DEMANDEUR	NOM DU CONJOINT OU DE LA CONJOINTE	DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT	DATE DE DÉCÈS DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CONJOINT
ADRESSE DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT		VILLE	COMTÉ	ÉTAT
CODE POSTAL				

SECTION 13 – INFORMATIONS RELATIVES À UN ENFANT ABSENT – Si une personne qui fait une demande a un enfant de moins de 21 ans qui vit ailleurs, veuillez l'indiquer ci-dessous.

NOM DU DEMANDEUR	NOM DE L'ENFANT ABSENT	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE DE L'ENFANT (RUE, VILLE, COMTÉ, ÉTAT ET CODE POSTAL)	LA FILIATION LÉGALE EST-ELLE ÉTABLIE ?		PAYEZ-VOUS UNE PENSION ALIMENTAIRE ?	
				Oui	Non	Oui	Non

SECTION 14 – INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS ADOLESCENTS

SECTION 14 – INFORMATIONS RELATIVES AUX PARENTS ADOLESCENTS	PARENT ADOLESCENT	TEEN PARENT CHILDREN
Y a-t-il un parent âgé de moins de 18 ans (« parent adolescent ») dans le foyer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom _____	LN NO. _____ Statut marital _____ Diplôme d'études secondaires/équivalent ? _____ LN NO. _____ Statut marital _____ Diplôme d'études secondaires/équivalent ? _____	LN NO _____ LN NO _____
L'enfant du parent adolescent vit-il dans le ménage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Nom de l'enfant du parent adolescent _____		

SECTION 15 – INFORMATIONS RELATIVE AU REVENU :											
Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous recevez de l'argent de :	OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	CD	INCOME			
								LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Allocations d'assurance chômage	1						49				
Allocations du Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) (total des allocations étatiques et fédérales)	2						45				
Prestations d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD)	3						42				
Pension pour personne à charge de la Sécurité sociale	4										
Prestations de sécurité sociale destinées aux survivants	5						43				
Allocations de retraite de la Sécurité sociale	6						44				
Allocations de retraite des chemins de fer	7						38				
Allocations de retraite (pension)	8						39				
Dividendes/intérêts de titres, bons du Trésor, épargne, etc.	9						03				
Indemnités pour accident du travail	10						59				
Prestations d'invalidité de l'État de New York	11						33				
Pensions/allocations/aide et subvention d'ancien combattant	12						55				
Allocation d'aide sociale	13						37				
Allocations pour personne à charge GI	14						10				
Subventions ou prêts étudiants	15										
Contributions/cadeaux (reçus)	16										
Paiements de soutien aux familles d'accueil (reçus)	17										
Paiements de pension alimentaire (Reçus) Reçus à partir du :	18						06	CONSIDER <input checked="" type="checkbox"/> Child Support Disregard/Pass-Through <input type="checkbox"/> Explained <input type="checkbox"/> Budgeted			
Pension alimentaire pour conjoint(e) (reçue)	19						02				
Revenus d'une assurance maladie-invalidité privée/police d'assurance pour accidents	20							<input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> Disability Review			
Prestations d'assurance sans égard à la responsabilité	21						50				
Indemnités syndicales (dont indemnités de grève)	22							<input checked="" type="checkbox"/> Reception and Placement Grant (SNAP Only) <input checked="" type="checkbox"/> Refugee Matching Grant			
Prêts, autres que pour l'éducation (reçus)	23										
Revenu d'un fonds fiduciaire (y compris les revenus que vous êtes actuellement en droit de recevoir, ou que vous étiez en droit de recevoir dans le passé, et qui n'ont pas été distribués)	24										
Allocations/subsides de formation	25						31				
Revenus de location (reçus)	26						14				
Revenus des pensionnaires/locataires (reçus)	27										
Autres revenus											
(Veuillez préciser)											

Si vous introduisez une demande pour Medicaid, veuillez compléter la section suivante : Dédutions : Certains types de budgétisations Medicaid permettent aux demandeurs/bénéficiaires de réduire leurs revenus imposables grâce aux déductions qu'ils effectuent sur leurs impôts fédéraux. Il s'agit de dépenses spécifiques que l'Internal Revenue Service (IRS) autorise les gens à déduire pour réduire leurs revenus imposables. N'inscrivez les déductions ici que si vous comptez les revendiquer dans la déclaration d'impôt de l'année en cours.	OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	
Frais d'éducateur	1						
Dédution pour compte individuel d'épargne retraite (IRA)	2						
Dédution des intérêts sur les prêts étudiants	3						
Droits d'inscription et frais de scolarité	4						
Certains frais professionnels (réservistes, artistes, fonctionnaires avec honoraires)	5						
Dédution pour compte d'épargne santé	6						
Frais de déménagement liés à l'emploi	7						
Partie déductible de l'impôt sur le travail indépendant (self-employment, S/E)	8						
Plans pour le travail indépendant, SIMPLE et admissibles	9						
Dédution pour l'assurance maladie de travailleur indépendant	10						
Pénalité pour retrait anticipé de l'épargne	11						
Pension alimentaire versée	12						
Dédution pour activités de production nationale	13						
Ajustements supplémentaires ajoutés à la ligne 36 (formulaire IRS 1040 uniquement)	14						
Dédution pour compte d'épargne médicale (MSA) Archer	15						
Autre ajustement (veuillez préciser)							

**SECTION 16 – INFORMATIONS RELATIVES AU BEAU-PARENT/PARRAIN
NON-CITOYEN AVEC UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT**

Répondez à toutes les questions énumérées ci-dessous.

	OUI	NON	QUI ?
Le beau-parent des enfants qui vivent avec vous dispose-t-il de ressources ou perçoit-il des revenus de quelque nature que ce soit ?			
Une personne de votre foyer est-elle une personne non citoyenne avec un statut d'immigration satisfaisant ayant été parrainée pour être admise aux États-Unis ?			
NOM DU PARRAIN :		N° DE TÉLÉPHONE :	
ADRESSE :			

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECTION 17 – INFORMATIONS RELATIVES À L'EMPLOI

Je suis actuellement : employé(e) indépendant sans emploi

Revenu brut en USD _____ Nombre d'heures de travail par mois _____

(incluez les salaires, le traitement, la rémunération des heures supplémentaires, les commissions et les pourboires)

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle

Jour de la semaine où la rémunération est perçue : _____

Nom et adresse de l'employeur : _____ **1**

_____ N° de téléphone _____

Est-ce qu'une autre personne vivant avec vous est actuellement : employé(e) indépendant

Qui : _____

Revenu brut en USD _____ Nombre d'heures de travail par mois _____

Rémunération : Hebdomadaire Bihebdomadaire Mensuelle

Jour de la semaine où la rémunération est perçue : _____ **2**

Nom et adresse de l'employeur : _____

_____ N° de téléphone _____

Votre employeur offre-t-il une assurance maladie ? Oui Non

Une personne qui vit avec vous a-t-elle une assurance maladie auprès d'un employeur ? Oui Non

Qui : _____ **3**

Nom de la compagnie d'assurance : _____

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez des frais de garde d'enfants ou de personnes à charge en raison de votre emploi ? Oui Non

Qui : _____ **4**

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez d'autres frais liés à votre emploi ? Oui Non

Qui : _____ **5**

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CAP	
	Disability	
	Employment	
	TPHI/COBRA	
	UIB	
	Workers' Compensation	
	Drug/Alcohol	
	Domestic Violence	
	Refugee Cash Assistance	

CONSIDER
<input checked="" type="checkbox"/> Limited English Proficiency
<input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
<input checked="" type="checkbox"/> Explaining Periodic Reporting Requirements
<input checked="" type="checkbox"/> Net Loss of Cash Income
<input checked="" type="checkbox"/> P.A.S.S. Income Amount and Sources
<input checked="" type="checkbox"/> Employment Sanctions
<input checked="" type="checkbox"/> Temporary Employment
<input checked="" type="checkbox"/> Disability Review
<input checked="" type="checkbox"/> Individual Development Account (IDA)
<input checked="" type="checkbox"/> Voluntary Quit

SECTION 18 – ÉDUCATION/FORMATION

Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ?

- Études secondaires sans diplôme
Le cas échéant, quelle est la dernière année d'études que vous avez achevée ? _____
- Plan d'éducation individualisé (Individualized Education Plan, IEP)
- Diplôme de fin d'études secondaires ou équivalence générale (GED) ou Test d'évaluation de fin d'études secondaires (TASC™) 1
- Diplôme d'associé (diplôme universitaire de 2 ans)
- Diplôme de licence (diplôme universitaire de 4 ans)

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

Une personne de votre ménage a-t-elle un diplôme d'études secondaires, un diplôme d'équivalence d'études secondaires (GED), un test d'évaluation de fin d'études secondaires (TASC™) ou un niveau d'éducation supérieur ? Oui Non

Si oui, qui : _____ 2

Diplôme obtenu : _____

Date d'obtention : _____

Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous qui fait une demande d'aide ou en bénéficie :

Participe ou a participé à un programme de formation ? Oui Non

Qui _____ 3

Où _____

Programme _____

Dates de participation _____

Dates d'achèvement _____

Est âgé(e) de 16 ans ou plus et fréquente une école ou une université ? Oui Non

Qui _____ 4

Où _____

Est âgé(e) de moins de 16 ans et fréquente une école ? Oui Non

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____

Qui _____

École _____ 5

Qui _____

École _____

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 19 – INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES						
Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande :	OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR	QUI	MONTANT/VALEUR
Avez de l'argent en espèces disponible	1					
Avez un ou plusieurs comptes courants	2					
Avez un ou plusieurs comptes d'épargne ou certificats de dépôt	3					
Avez un ou plusieurs comptes de caisse d'épargne	4					
Avez une assurance vie	5					
Avez un titre ou une immatriculation pour un ou plusieurs véhicules à moteur ou un ou plusieurs autres véhicules : Année _____ Marque/Modèle _____ Année _____ Marque/Modèle _____ Autre _____	6					
Avez des titres, bons du Trésor, certificats ou fonds communs	7					
Avez des obligations d'épargne	8					
Avez un compte IRA, Keogh, 401(k) ou un compte de rémunération différée	9					
Avez un fonds d'obseques irrévocable	10					
Avez un fonds d'obseques	11					
Avez une concession funéraire	12					
Avez votre propre maison	13					
Avez des biens immobiliers, générant un revenu ou non	14					
Êtes admissible à un remboursement d'impôts sur le revenu	15					
Avez une rente annuelle	16					
Êtes bénéficiaire d'une fiducie	17					
Êtes en attente de la réception de fonds en fiducie, du règlement d'une action en justice, d'un héritage ou de revenus provenant d'autres sources	18					
Avez un ou plusieurs comptes en « fiducie »	19					
Avez un ou plusieurs coffres de banque	20					
Avez des ressources autres que celles énumérées ci-dessus	21					
Quelqu'un (y compris votre conjoint(e), même s'il ne fait pas de demande ou ne vit pas avec vous) a-t-il donné de l'argent liquide ou vendu/transféré des biens immobiliers, des revenus ou des biens personnels au cours des 36 derniers mois ?	22					
Quelqu'un (y compris votre conjoint(e), même s'il ne fait pas de demande ou ne vit pas avec vous) a-t-il déjà créé une fiducie dans le passé ou transféré des actifs à une fiducie au cours des 60 derniers mois ? Si oui, quand ? _____	23					

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

- | CONSIDER | |
|----------|--------------------------------------|
| ✓ | Children's Resources |
| ✓ | Lump Sum |
| ✓ | Boats, Campers, Snowmobiles |
| ✓ | Individual Development Account (IDA) |
| ✓ | Exempt Vehicles |

VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

*IF EXEMPT, WHY?

SECTION 20 – INFORMATIONS MÉDICALES				REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande :	OUI	NON	SI OUI, QUI		Pregnancy Statement	
A des factures médicales ou des dépenses médicales	1				Med/Psych Statement	
Bénéficie de Medicaid avec une dépense réduite	2				Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)	
Possède une assurance maladie ou hospitalisation/accident (y compris l'assurance de l'employeur)	3			N° DE LA POLICE :	Drug/Alcohol Statement	
A une assurance maladie par le biais d'un employeur	4			MONTANT :	Paid or Unpaid Medical Bills	
Bénéficie de Medicare (carte rouge, blanche et bleue)	5			FRÉQUENCE DU VERSEMENT :	SSI Application Verification (PA ONLY)	
A un(e) préposé(e) aux soins/aide en hygiène familiale	6			NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :	CONSIDER	
Est aveugle, malade ou handicapé(e)	7			QUI EST COUVERT :	<input checked="" type="checkbox"/> AD/SSI Related <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Aged/Disabled Indicator <input checked="" type="checkbox"/> SNAP Medical Deduction <input checked="" type="checkbox"/> TPHI Reimbursement <input checked="" type="checkbox"/> Buy-In Eligibility <input checked="" type="checkbox"/> Kreiger (LDSS-3664) <input checked="" type="checkbox"/> Domestic Violence <input checked="" type="checkbox"/> SSI Referral <input checked="" type="checkbox"/> Earned Income Credit	
Est un enfant présentant une déficience intellectuelle	8			DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :	NEEDED	REFERRALS
Est dans un hôpital, un établissement de soins infirmiers ou une autre institution médicale	9			Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 17 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?		COMPLETED
A des factures médicales payées ou impayées dans les 3 mois précédant le mois de cette demande	10				SSI (D-CAP)	
Est ou a été toxicomane ou alcoolique	11				Disability Interview (LDSS-1151)	
A besoin de soins à domicile/soins personnels	12				Medical Report (LDSS-486, 486t)	
Bénéficie duSSI ou a déjà fait une demande de SSI	13				Disability Report	
Est enceinte Si vous êtes enceinte, indiquez la date d'accouchement : _____ Nombre de naissances prévues : _____	14				AD	
Reçoit un traitement dans le cadre d'un programme de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme	15				TPHI	
N'a pas été en mesure de travailler pendant au moins 12 mois en raison d'un handicap ou d'une maladie	16				ACCES-VR	
A une activité quotidienne limitée en raison d'un handicap ou d'une maladie qui a duré ou va durer au moins 12 mois	17				CTHP	
A été impliqué(e) dans un accident de voiture ou du travail au cours de deux dernières années	18				Family Planning	
A reçu l'aide d'une agence gouvernementale (programme public) autre que Medicaid ou Medicare pour payer une partie de vos factures médicales Si oui, nom de l'agence _____	19				SSA (RSDI)	
La facturation d'une autre assurance maladie portera-t-elle atteinte à votre santé physique ou émotionnelle ou à votre sécurité, ou interférera-t-elle avec le respect de votre vie privée et la confidentialité de votre demande ou la réception des prestations Medicaid ?	20				Veteran's Benefits	
					Veteran's Counseling	
					Child Health Plus	
					COBRA Eligibility	
					Nurse's Aide Service	
					Home Care	
					NYSOH	
					MA-Only (DOH-4220)	
					SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
					LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: YES NO **TPHI:** YES NO

CHOIX DU PLAN DE SANTÉ

La plupart des personnes inscrites à Medicaid sont tenues de s'inscrire à un plan de soins de santé géré, sauf si elles font partie d'une catégorie exempte. Utilisez cette section pour choisir un plan de santé. Si vous ne savez pas quels régimes de soins sont disponibles, demandez à votre employé(e) ou appelez le 1-800-505-5678.

Nom du plan auquel vous vous inscrivez	Nom	Prénom	Date de naissance jj/mm/aaaa	Sexe M/F/X	Numéro d'identification (de la carte Medicaid si vous en avez une)	Numéro de sécurité sociale #	Prestataire de soins primaires (Primary Care Provider, PCP) ou centre de santé (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)	Nom et numéro d'identification du gynécologue-obstétricien (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION 21 – LOGEMENT				<table border="1"> <thead> <tr> <th>SHELTER COSTS</th> <th>MONTHLY ACTUAL COST</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>A. Room and Board</td><td> </td></tr> <tr><td>B. Rent</td><td> </td></tr> <tr><td>C. Trailer Lot Rent</td><td> </td></tr> <tr><td>D. Mortgage Payment</td><td> </td></tr> <tr><td>1. Principal</td><td> </td></tr> <tr><td>2. Interest</td><td> </td></tr> <tr><td>3. Property Tax (including School Tax)</td><td> </td></tr> <tr><td>4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)</td><td> </td></tr> <tr><td>5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)</td><td> </td></tr> <tr><td>6. Assessments (Sewer, etc.)</td><td> </td></tr> <tr><td>E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)</td><td> </td></tr> <tr><td>TOTAL (Lines A - E)</td><td> </td></tr> </tbody> </table>		SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST	A. Room and Board		B. Rent		C. Trailer Lot Rent		D. Mortgage Payment		1. Principal		2. Interest		3. Property Tax (including School Tax)		4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)		5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)		6. Assessments (Sewer, etc.)		E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		TOTAL (Lines A - E)																																															
SHELTER COSTS	MONTHLY ACTUAL COST																																																																												
A. Room and Board																																																																													
B. Rent																																																																													
C. Trailer Lot Rent																																																																													
D. Mortgage Payment																																																																													
1. Principal																																																																													
2. Interest																																																																													
3. Property Tax (including School Tax)																																																																													
4. Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)																																																																													
5. Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)																																																																													
6. Assessments (Sewer, etc.)																																																																													
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)																																																																													
TOTAL (Lines A - E)																																																																													
QUEL EST LE NOM DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? _____ _____																																																																													
QUELLE EST L'ADRESSE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? _____ _____ _____																																																																													
QUEL EST LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? () _____																																																																													
	OUI	NON	SI OUI, MONTANT	<table border="1"> <thead> <tr> <th>REQUESTED</th> <th>DOCUMENTATION</th> <th>IN FILE</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td> </td><td>Landlord Statement</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Rent Receipt</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Tenant of Record</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Customer of Record</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Voluntary Restrict</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Mandatory Restrict</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Subsidized Housing</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Mortgage/Title Search</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Property Lien</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>Shelter/Utility Repayment Agreement</td><td> </td></tr> <tr><td colspan="3">CONSIDER</td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Utility and/or Fuel Restrict</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Utility Guarantee</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ HEAP</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Foster Care-Related Additional Allowances</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ SNAP Household Composition Rules</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ SNAP Aged/Disabled Indicator</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Real Property Tax Credit</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ Property Lien</td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td>✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household</td><td> </td></tr> </tbody> </table>		REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		Landlord Statement			Rent Receipt			Tenant of Record			Customer of Record			Voluntary Restrict			Mandatory Restrict			Subsidized Housing			Mortgage/Title Search			Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office			Property Lien			Shelter/Utility Repayment Agreement		CONSIDER				✓ Utility and/or Fuel Restrict			✓ Utility Guarantee			✓ HEAP			✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount			✓ Foster Care-Related Additional Allowances			✓ SNAP Household Composition Rules			✓ SNAP Aged/Disabled Indicator			✓ Real Property Tax Credit			✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance			✓ Property Lien			✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household	
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																																																																											
	Landlord Statement																																																																												
	Rent Receipt																																																																												
	Tenant of Record																																																																												
	Customer of Record																																																																												
	Voluntary Restrict																																																																												
	Mandatory Restrict																																																																												
	Subsidized Housing																																																																												
	Mortgage/Title Search																																																																												
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office																																																																												
	Property Lien																																																																												
	Shelter/Utility Repayment Agreement																																																																												
CONSIDER																																																																													
	✓ Utility and/or Fuel Restrict																																																																												
	✓ Utility Guarantee																																																																												
	✓ HEAP																																																																												
	✓ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount																																																																												
	✓ Foster Care-Related Additional Allowances																																																																												
	✓ SNAP Household Composition Rules																																																																												
	✓ SNAP Aged/Disabled Indicator																																																																												
	✓ Real Property Tax Credit																																																																												
	✓ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance																																																																												
	✓ Property Lien																																																																												
	✓ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household																																																																												
			\$																																																																										
			\$																																																																										
Avez-vous ou quiconque vivant avec vous un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement ?																																																																													
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez une facture de chauffage distincte de votre loyer ou des autres frais de logement ?																																																																													

SECTION 21 – LOGEMENT (SUITE)			
Avez-vous ou quiconque vivant avec vous les dépenses suivantes en dehors de votre loyer ou de vos autres frais de logement ?	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Électricité (pour les besoins autres que le chauffage ; exemple : éclairage, cuisine, eau chaude, etc.)	1		\$
Gaz naturel (pour des besoins autres que le chauffage ; exemple : cuisine, eau chaude, etc.)	2		\$
Eau	3		\$
Climatisation	4		\$
Propane (pour des besoins autres que le chauffage)	5		\$
Égouts	6		\$
Ordures	7		\$
Autres services publics et frais Veuillez préciser _____	8		\$
Vivez-vous dans un logement social ?	9		
Habitez-vous un logement de la section 8, du Département du logement et du développement urbain (HUD), ou un autre logement subventionné ?	10		
Vivez-vous dans un établissement de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ?	11		

***Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas Oil PSC Electric Coal Other _____
 Kerosene Propane Municipal Electric Wood

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES

SECTION 22 – AUTRES DÉPENSES

Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous ayant fait une demande :	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Paiement d'une pension alimentaire	1		\$
Paiement d'une pension alimentaire pour conjoint(e)	2		\$
Paiement de services de garde d'enfants	3		\$
Paiement de services de garde de personnes à charge	4		\$
Paiement de frais de scolarité, de frais d'inscription ou d'autres frais de scolarité	5		\$
A des dépenses supplémentaires (exemple : paiement de la voiture, paiement de l'assurance du véhicule, paiement des cartes de crédit, paiement d'autres prêts, etc.) Veuillez préciser: _____	6		\$
Est-ce que vous ou une personne qui vit avec vous et ayant fait une demande devez vous acquitter d'au moins quatre mois de pension alimentaire pour un enfant de moins de 21 ans ?	7	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
	YES	NO	YES	NO

SECTION 23 – AUTRES INFORMATIONS						AUTRES INFORMATIONS (SUITE)			OUI	NON	QUI	
Achetez-vous ou prévoyez-vous d'acheter des repas auprès d'une entreprise de livraison à domicile ou d'un service de restauration collective ? 8		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			Avez-vous, ou quiconque vivant avec vous et introduisant une demande, déménagé dans ce comté depuis un autre comté de l'État de New York au cours des deux derniers mois ?						
Êtes-vous en mesure de cuisiner ou de préparer des repas à la maison ? 9		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez été déclaré(e) coupable ou déclaré(e) non admissible à l'aide sociale ou au Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) en raison d'une fraude/violation intentionnelle du programme ?						
Avez-vous (ou toute personne de votre foyer) déjà servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 10		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez perçu des indemnités indues et ne les avez pas intégralement remboursées à cette agence ou à une autre.						
Votre conjoint(e) a-t-il/elle déjà servi dans l'armée des États-Unis ? 11		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour déclaration frauduleuse ou représentation de résidence dans le but de recevoir une Aide sociale dans au moins deux États ?						
Une personne de votre foyer est-elle à la charge d'une personne qui sert ou qui a servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 12		<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			Avez-vous été condamné, ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné, pour avoir perçu frauduleusement des prestations SNAP en double dans un État après le 22 septembre 1996 ?						
Recevez-vous, ou quiconque vivant avec vous, une aide ou des services <i>actuellement</i> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 13												
SI OUI, QUI	TYPE D'ASSISTANCE	LIEU DE PERCEPTION	DATE DE PERCEPTION									
Avez-vous, ou quiconque vivant avec vous, bénéficié d'une aide ou de services <i>dans le passé</i> ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON 14												
SI OUI, QUI (Veuillez indiquer tous les noms précédents)	TYPE D'ASSISTANCE	LIEU DE PERCEPTION	DATE DE PERCEPTION									
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER									
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions									
	UIB											
STATUT DE TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ												
J'ai <input type="checkbox"/> Je n'ai pas <input type="checkbox"/> vendu, transféré ou cédé mes biens à qui que ce soit pour bénéficier de l'aide sociale ou des prestations du programme SNAP.												
DOCUMENTATION	DEMANDÉE						DANS LE DOSSIER					
	Fiche de calcul de l'allocation d'études											
	Déclaration relative à la garde d'enfants/de personnes à charge											
	Recouvrement											
	Trop-perçu non remboursé											
	Suspension en cours											

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses	\$	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">CONSIDER</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Shelter</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Actual Fuel/Utility Costs</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Telephone Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Car Expenses</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Furniture/Appliance Rental</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Cable TV</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Tuition</td> </tr> <tr> <td>✓</td> <td>Out-of-Pocket Medical Expenses</td> </tr> </tbody> </table>	CONSIDER		✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.	✓	Actual Shelter	✓	Actual Fuel/Utility Costs	✓	Telephone Expenses	✓	Car Expenses	✓	Furniture/Appliance Rental	✓	Cable TV	✓	Tuition	✓	Out-of-Pocket Medical Expenses
CONSIDER																						
✓	Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.																					
✓	Actual Shelter																					
✓	Actual Fuel/Utility Costs																					
✓	Telephone Expenses																					
✓	Car Expenses																					
✓	Furniture/Appliance Rental																					
✓	Cable TV																					
✓	Tuition																					
✓	Out-of-Pocket Medical Expenses																					
- Actual Income	\$																					
= Difference	\$																					
Does Client Receive Contribution Towards Difference	YES <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>																					
If Yes, From Whom?	_____																					

EMERGENCY CASH ASSISTANCE

Is there an immediate need? If not, why not?

NOTES/COMMENTS

AVIS, ASSIGNATIONS, AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

COLLECTE ET UTILISATION DES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE – La collecte des numéros de sécurité sociale (SSN) est autorisée pour chaque membre du ménage dans le cadre du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), conformément à la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (telle qu'amendée). Toute personne déposant une demande SNAP est tenue de fournir son SSN afin de bénéficier des allocations. Si vous ou la personne qui fait la demande n'avez pas de SSN, cette personne doit en faire la demande auprès de l'administration de la sécurité sociale (voir www.SSA.gov ou appeler 1-800-772-1213).

En ce qui concerne tous les autres programmes pour lesquels ce formulaire de demande requiert un SSN, la collecte des SSN est également obligatoire et est autorisée en vertu d'une ou de plusieurs des sections suivantes de la loi : Section 205(c) de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S. Code 405), section 1137 de la loi sur la sécurité sociale (42 U.S. Code 1320b-7) et section 7(a)(2) de la loi sur la protection de la vie privée de 1974. Reportez-vous au manuel d'instruction (PUB-1301 Statewide) ou adressez-vous à votre district de services sociaux si vous avez des questions.

Les informations que nous collectons seront utilisées pour déterminer si votre ménage est éligible ou reste éligible à l'assistance ou aux prestations. Ces informations seront utilisées pour vérifier l'identité, vérifier les revenus professionnels et non professionnels, déterminer si les parents absents peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie pour les demandeurs ou les bénéficiaires, déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent obtenir une pension alimentaire pour enfant(s) ou conjoint(e), et déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent recevoir de l'argent ou d'autres aides. Nous vérifierons ces informations via des programmes de correspondance informatique. Ces informations seront également utilisées pour vérifier la conformité aux conditions du programme et pour la gestion du programme. En plus d'utiliser les informations que vous nous fournissez de cette manière, l'État les utilisera pour établir des statistiques sur toutes les personnes bénéficiant du programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP) (voir ci-dessous).

Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou étatiques pour étude officielle ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Les informations recueillies concernant les demandeurs et les bénéficiaires de l'assistance familiale et de l'assistance filet de sécurité, y compris les numéros de sécurité sociale, peuvent être utilisées pour aider à la constitution de groupes de jurés. Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et de l'État, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des créances, pour une action de recouvrement des créances.

Les SSN des membres de votre ménage non admissibles seront également utilisés et divulgués de la manière décrite ci-dessus.

Outre l'utilisation des informations que vous nous fournissez conformément à la manière décrite ci-dessus, l'État les utilise pour établir des statistiques sur les personnes percevant des allocations du programme HEAP. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts de services sociaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur énergétique et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION – Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du Département américain de l'agriculture (USDA) en matière de droits civils, cette institution s'interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour des activités antérieures en faveur des droits civils.

L'État de New York interdit en outre la discrimination fondée sur le statut de transgenre, la dysphorie de genre, l'état civil, le statut militaire, le statut de victime de violence domestique, les conditions liées à la grossesse, les caractéristiques génétiques prédisposantes, les antécédents d'arrestation ou de condamnation, le statut familial et les représailles pour s'être opposé à des pratiques discriminatoires illégales.

Les informations sur le programme pourront être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui nécessitent des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (braille, caractères de grande taille, cassette audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (étatique ou locale) où elles ont déposé leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Service fédéral de relais (Federal Relay Service) au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, intitulé Formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du programme de l'USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), qui peut être obtenu en ligne sur <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA en appelant le (833) 620-1071, ou en écrivant une lettre à l'adresse de l'USDA. La lettre doit contenir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'action discriminatoire présumée suffisamment détaillée pour informer le secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils. Le formulaire AD-3027 ou la lettre dûment remplie doit être soumis par : 1) courrier : Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 ; 2) : fax at (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou 3) e-mail : FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Pour toute autre information concernant le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), les personnes doivent contacter la ligne d'assistance SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également disponible en espagnol, ou appeler les numéros d'information/de ligne d'assistance de l'État trouvés en ligne à l'adresse suivante : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances.

CONSENTEMENT À UNE ENQUÊTE – J'accepte toute enquête pour vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies dans le cadre de ma demande d'aide sociale (PA), de Medicaid, de prestations du programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), de prestations du programme d'assistance à l'énergie domestique, de services ou d'assistance à la garde d'enfants. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je coopérerai également pleinement avec le personnel de l'État et du gouvernement fédéral dans le cadre de tout examen de contrôle de la qualité du PA et/ou du SNAP.

Si je fais une demande de SNAP, je suis conscient(e) que le district des services sociaux demandera et utilisera les informations disponibles par le biais du système de vérification des revenus et de l'éligibilité pour étudier ma demande, et pourra vérifier ces informations par le biais de contacts collatéraux si des contradictions sont constatées. Je comprends également que ces informations peuvent avoir une incidence sur mon éligibilité au programme SNAP et/ou sur le niveau des prestations SNAP que je reçois.

CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR L'ASSURANCE CHOMAGE – J'autorise le Département du travail de l'État de New York (DOL) à divulguer toute information confidentielle conservée par le DOL aux fins de l'assurance chômage (UI) au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent mes demandes d'allocations UI et les antécédents de mes salaires. Je comprends que l'OTDA, ainsi que les employés des agences locales et de l'État travaillant dans les bureaux de district des services sociaux, utiliseront les informations relatives à l'assurance-chômage pour établir ou vérifier l'éligibilité et le montant de l'aide sociale, de Medicaid, des prestations du programme d'aide de nutrition supplémentaire, des prestations du programme d'assistance énergétique domestique ou de l'assistance à la garde d'enfants, faisant l'objet de la présente demande, et pour mener des enquêtes afin de déterminer si j'ai reçu des prestations auxquelles je n'avais pas droit. L'OTDA peut également partager ces informations avec le Bureau des services de l'enfance et de la famille (Office of Children and Family Services, OCFS) de l'État de New York et le Département de la santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York. L'OCFS utilisera ces informations pour surveiller le programme d'aide à la garde d'enfants.

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES – J'autorise la circonscription des services sociaux et l'État de New York à partager des informations concernant l'aide sociale ou les prestations du programme d'aide de nutrition supplémentaire que moi-même ou tout membre de mon foyer pour lequel je peux légalement donner une autorisation avons reçues, dans le but de vérifier mon éligibilité aux services et aux paiements liés à l'administration du programme fourni par un contractant local ou de l'État. Lesdits services peuvent inclure, sans y être limités, des services de placement professionnel et de formation pour m'aider personnellement ou pour aider un membre de mon foyer à obtenir et à conserver un emploi.

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES – J'autorise le Département de la santé de l'État de New York et la circonscription des services sociaux à obtenir toute information concernant mes dossiers scolaires et/ou ceux de mon (mes) enfant(s) mineur(s) dans les buts suivants : 1) vérifier mon éligibilité à l'aide sociale, au programme d'aide de nutrition supplémentaire et/ou à Medicaid ; 2) mener des examens ou des enquêtes résultant d'informations contradictoires fournies dans le cadre du processus d'éligibilité ; 3) demander le remboursement de Medicaid pour des services éducatifs liés à la santé ; et 4) permettre à l'agence gouvernementale fédérale appropriée d'accéder à ces informations dans le seul but d'effectuer des vérifications.

CONSENTEMENT DES RÉSIDENTS DE L'AUTORITÉ DU LOGEMENT DE LA VILLE DE NEW YORK AU PARTAGE D'INFORMATIONS – Si vous sollicitez une aide dans la ville de New York, ce consentement permettra à l'autorité du logement de la ville de New York (New York City Housing Authority, NYCHA) de partager des informations vous concernant avec l'administration des ressources humaines de la ville de New York/Département des services sociaux (Human Resources Administration, HRA) afin de vous aider, vous et votre ménage, à solliciter une aide dans le cadre du programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) et/ou une aide en espèces de l'HRA, qui peut inclure le paiement d'arriérés de loyer.

Si vous signez la demande ci-dessous, NYCHA peut partager avec HRA des informations relatives à votre éligibilité ou à votre niveau de prestations SNAP et/ou d'assistance en espèces, y compris votre nom, votre adresse, votre date de naissance et les informations relatives au paiement du loyer et des services publics (telles que le montant du loyer mensuel, l'historique des paiements de loyer, le solde du loyer et les frais d'appareils ménagers). En outre, en signant cette demande ci-dessous, vous déclarez que vous avez l'autorité de consentir au nom des enfants mineurs énumérés dans cette demande et vous autorisez NYCHA à partager le nom, l'adresse et la date de naissance de cet enfant avec HRA.

L'HRA gardera confidentielles toutes les informations que la NYCHA partage et ne pourra les partager qu'avec les agences locales, étatiques et fédérales qui supervisent les programmes de prestations SNAP et d'assistance en espèces de l'HRA.

SIGNALEMENT DES CHANGEMENTS – Je m'engage à informer **rapidement** l'agence de tout changement d'adresse, de besoins, de revenus et de biens, de mon statut d'adulte valide sans personne à charge (able-bodied adult without dependents, ABAWD), de mon état de grossesse ou de mes conditions de vie, pour autant que je le sache ou que je le croie.

Si je demande une aide à la garde d'enfants, je m'engage à informer l'agence **immédiatement** de tout changement concernant le revenu familial, les personnes vivant dans mon foyer, l'emploi, les modalités de garde d'enfants ou d'autres changements susceptibles d'affecter le maintien de mon éligibilité ou le montant de mon allocation.

PÉNALITÉS – Les lois fédérales et d'État prévoient des peines d'amende, d'emprisonnement ou les deux si vous dissimulez la vérité lorsque vous faites une demande d'aide sociale, de Medicaid, de Programme d'aide de nutrition supplémentaire, de services ou de services aux enfants (« assistance, prestations ou services ») ou à chaque fois que vous êtes interrogé sur votre éligibilité, ou si vous incitez quelqu'un d'autre à dissimuler la vérité concernant votre demande ou votre éligibilité continue. Des sanctions s'appliquent également si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits concernant votre éligibilité initiale et actuelle à l'assistance, aux prestations ou aux services, ou si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits qui pourraient affecter le droit d'une personne pour laquelle vous avez fait une demande d'obtenir ou de continuer à recevoir l'assistance, les prestations ou les services. Si vous êtes un représentant autorisé, cette Assistance, ces prestations ou ces services doivent être utilisés pour l'autre personne et non pour vous-même. La législation fédérale et celle des États prévoient que tout transfert d'actifs pour un montant inférieur à la valeur marchande équitable effectué par une personne ou son conjoint, dans les 60 mois précédant le premier du mois au cours duquel la personne reçoit des services d'un établissement de soins et a soumis une demande Medicaid, peut rendre la personne inadmissible aux services d'un établissement de soins ou à l'exemption pour des services communautaires ou à domicile pour une période donnée. Il est illégal d'obtenir de l'aide, des allocations ou des services en dissimulant des informations ou en fournissant de fausses informations.

PÉNALITÉS DE DISQUALIFICATION DU PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE – Toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de participation au Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) fera l'objet d'une vérification par des fonctionnaires fédéraux, étatiques et locaux. Si l'une de ces informations est incorrecte, les prestations du SNAP peuvent vous être refusées. L'indication délibérée d'informations incorrectes affectant votre admissibilité ou le montant de vos allocations vous expose à des poursuites judiciaires. Toute personne reconnue coupable d'un délit pour avoir sciemment utilisé, transféré, acquis, modifié ou possédé des cartes d'autorisation SNAP ou des dispositifs d'accès peut encourir une amende allant jusqu'à 250 000 USD, une peine de prison allant jusqu'à 20 ans ou les deux. Cette personne pourra également faire l'objet de poursuites au titre des lois étatiques et fédérales en vigueur. Toute personne qui viole une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne qui fuit pour éviter les poursuites, la garde ou l'emprisonnement pour un crime et qui est activement recherchée par les forces de l'ordre, n'a pas le droit de recevoir des prestations SNAP.

Vous pouvez être déclaré inéligible au SNAP ou avoir commis une violation intentionnelle du programme (Intentional Program Violation, IPV) si vous faites une déclaration fautive ou trompeuse, ou si vous déformez, dissimulez ou cachez des faits, afin de pouvoir bénéficier de prestations ou d'en recevoir davantage ; si vous achetez un produit avec des prestations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent en jetant intentionnellement le produit et en retournant le contenant pour le montant de la consigne ; commettre ou tenter de commettre tout acte constituant une violation de la loi fédérale ou de l'État dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquies, de recevoir, de posséder ou de faire le trafic de prestations SNAP, de cartes d'autorisation ou de documents réutilisables utilisés dans le cadre du système de transfert électronique de prestations (Electronic Benefit Transfer, EBT). En outre, ce qui suit n'est pas autorisé et vous risquez d'être exclu du bénéfice des prestations du SNAP et/ou d'être soumis à des pénalités pour des actions qui comprennent :

- utiliser les allocations SNAP pour acheter des produits non alimentaires, comme de l'alcool ou des cigarettes ;
- utiliser les allocations SNAP pour payer des aliments précédemment achetés à crédit ;
- autoriser un tiers à utiliser votre carte de virement électronique des allocations (EBT) en échange de liquide, d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de drogues, ou pour acheter des aliments pour des personnes non-membres de votre foyer SNAP ; ou
- utiliser ou détenir des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte.

Les personnes qui ont été reconnues coupables d'une violation intentionnelle du programme à l'issue d'une audience de disqualification administrative ou par un tribunal fédéral, étatique ou local, ou qui ont signé une renonciation au droit à une audience de disqualification administrative ou un accord de consentement à la disqualification dans les cas faisant l'objet de poursuites judiciaires, ne peuvent pas participer au programme SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la *première* violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la *deuxième* violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la *première* violation intentionnelle du programme SNAP fondée sur une décision judiciaire selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations du SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certaines drogues pour lesquelles une ordonnance médicale est nécessaire) ; ou
 - 120 mois s'il est établi que la personne a fait une déclaration frauduleuse sur son identité ou son lieu de résidence afin d'obtenir simultanément plusieurs prestations du SNAP, à moins qu'elle ne soit définitivement exclue pour une troisième violation intentionnelle du programme SNAP.
- De plus, un tribunal peut prolonger une période d'admissibilité SNAP de 18 mois supplémentaires.

Une personne peut être définitivement exclue du bénéfice des prestations SNAP pour les raisons suivantes :

- La *première* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une décision de justice selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs ;
- La *première* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une condamnation judiciaire pour trafic de prestations SNAP pour un montant combiné de 500 \$ ou plus (le trafic comprend l'utilisation illégale, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession de cartes d'autorisation SNAP ou de dispositifs d'accès) ;
- La *deuxième* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une décision de justice selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (médicaments illégaux ou certains médicaments pour lesquels une prescription médicale est nécessaire) ; ou
- Une *troisième* violation intentionnelle du programme SNAP.

EXIGENCE DE DÉCLARATION/VÉRIFICATION DES DÉPENSES DU MÉNAGE – Votre ménage doit déclarer les frais de garde d'enfants et de services publics afin de bénéficier d'une déduction au titre du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) pour ces dépenses. Votre foyer est tenu de déclarer et de contrôler les paiements du loyer/du prêt hypothécaire, de la taxe foncière, de l'assurance, des frais médicaux et de garde de pension alimentaire pour enfant(s) versés à un membre hors du foyer pour être admissible à une

déduction SNAP pour lesdites dépenses. Toute omission de déclaration/contrôle des dépenses ci-dessus sera perçue comme un renoncement de votre foyer à toute déduction pour ces dépenses non déclarées/non contrôlées. La déduction de ces dépenses peut vous rendre éligible au SNAP ou peut augmenter vos prestations SNAP. Vous pouvez déclarer/contrôler ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction serait alors appliquée au calcul des prestations SNAP pour les mois suivants, conformément aux règles de déclaration de changement (voir la déclaration de changement ci-dessus).

REPRESENTANT AUTORISÉ POUR LE PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE – Vous pouvez autoriser une personne qui connaît la situation de votre ménage à demander pour vous des prestations au titre du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP). Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre foyer à percevoir les prestations SNAP à votre place ou à les utiliser pour acheter de la nourriture pour vous. Pour autoriser une personne à exercer l'une des deux fonctions ci-dessus, vous devez remplir un document écrit. Vous pouvez autoriser une personne en saisissant son nom, son adresse et son numéro de téléphone ci-dessous et en lui demandant de signer dans la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire. Lorsqu'un représentant autorisé fait une demande au nom d'un ménage SNAP qui ne réside pas dans un établissement, le représentant autorisé et un adulte responsable du ménage doivent tous deux signer et dater la section des signatures à la fin de la présente demande, à moins que la famille SNAP n'ait autrement désigné le représentant autorisé pour le faire par écrit.

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

ALLOCATIONS POUR LES FACTURES ÉNERGÉTIQUES NORMALES – Je comprends que les bénéficiaires de l'aide sociale et du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) sont formellement admissibles au Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP) du fait de leurs revenus. Je comprends également que si je n'ai pas perçu d'allocation HEAP supérieure à 20 \$ pour le mois en cours ou sur les 12 derniers mois, ni aucune autre allocation au titre d'un autre programme d'assistance énergétique, je dois payer mes frais de chauffage et de climatisation séparément de mon loyer pour avoir droit à une allocation pour les factures énergétiques normales de chauffage et de climatisation (c.-à-d. une déduction) dans le cadre du programme SNAP. Je suis conscient(e) que l'État utilisera mon numéro de sécurité sociale pour vérifier auprès de mes fournisseurs d'énergie domestique la réception de l'allocation HEAP. Cette autorisation comprend également la permission pour tout fournisseur d'énergie domestique (y compris ma compagnie d'électricité) de divulguer certaines informations statistiques, y compris, notamment, ma consommation annuelle d'électricité, le coût de l'électricité, la consommation de carburant, le type de carburant, le coût annuel du carburant et l'historique des paiements au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district local de services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mesurer les performances du Programme d'aide à l'énergie résidentielle pour les ménages à faibles revenus.

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES – J'autorise la communication de toute information médicale me concernant ainsi que celle des membres de ma famille pour lesquels je donne mon autorisation : par mon médecin traitant, les autres prestataires de soins de santé ou le Département de la Santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York à mon régime d'assurance maladie et aux prestataires de soins de santé engagés dans les soins qui me sont dispensés ou qui sont dispensés à ma famille, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie ou mes prestataires pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé ; par mon régime d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé au DOH et aux autres agences fédérales, étatiques et locales autorisées aux fins de l'administration du programme Medicaid ; et, par mon régime d'assurance maladie à d'autres personnes physiques ou morales, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé. J'autorise la divulgation de toute information relative à ma santé et à celle des membres de ma famille pour lesquels je peux légalement donner une autorisation concernant la fourniture d'assistance et de services et ma capacité à participer à des activités professionnelles, y compris l'emploi, au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York (OTDA), au Bureau des services à l'enfance et à la famille de l'État de New York ou au district local de services sociaux, dans la mesure où cela est raisonnablement nécessaire pour la fourniture de prestations d'aide sociale ; pour les services, y compris les services de protection de l'enfance ; pour déterminer les affectations d'activités professionnelles appropriées ; pour déterminer la nécessité de demander et d'introduire une demande de prestations de revenu de sécurité supplémentaire ; pour établir des plans de traitement appropriés en vue de restaurer la capacité d'emploi ; et pour déterminer l'éligibilité aux exemptions de la limite de soixante mois imposée par l'État à la réception de l'assistance en espèces. Si je dois poser ma candidature pour bénéficier des avantages octroyés par l'administration de la sécurité sociale, les informations indiquées ci-dessus peuvent être partagées avec l'administration de la sécurité sociale. J'accepte également que les renseignements divulgués puissent inclure des informations en matière de VIH, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme me concernant ainsi que les membres de ma famille, dans les limites autorisées par la loi, sauf si une case est cochée ci-dessous. Si plusieurs adultes de la famille adhèrent au régime d'assurance maladie Medicaid, la signature de chaque adulte déposant une demande est nécessaire pour le consentement à la divulgation des renseignements. Je comprends que ma capacité à consentir à la divulgation d'informations relatives à un enfant mineur pour lequel je peux donner mon consentement est limitée par la mesure dans laquelle je peux obtenir en leur nom des informations concernant le traitement, le diagnostic et les procédures.

_____ Ne pas divulguer d'informations sur le VIH/SIDA
 _____ Ne pas divulguer d'informations sur la santé mentale

_____ Ne pas divulguer d'informations sur la drogue et l'alcool

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ – J'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager des informations avec les prestataires de services de santé, tels que désignés par le district de services sociaux ou l'État de New York, concernant les allocations d'aide sociale que moi-même ou tout membre de mon foyer pour lequel je peux légalement donner mon autorisation avons reçues ou sommes en droit de recevoir, dans le but d'améliorer la qualité de mes soins de santé et mon bien-être général, et de faciliter la réception d'allocations supplémentaires auxquelles moi-même ou les membres de mon foyer pouvons avoir droit.

DIVULGATION D'INFORMATIONS POUR LE PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE – Si mon enfant est évalué ou participe au programme d'intervention précoce de l'État de New York, j'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'éligibilité de mon enfant à Medicaid avec le programme d'intervention précoce du comté ou de la municipalité dans le but de le facturer à Medicaid.

PROGRAMME DE SANTÉ POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS – Je suis conscient que si mon enfant bénéficie de Medicaid, il peut recevoir des soins primaires et préventifs complets, y compris tous les traitements nécessaires, par le biais du programme de santé pour enfants et adolescents. Je peux obtenir plus d'informations sur ce programme auprès du district des services sociaux.

MEDICARE – J'autorise les paiements au titre de « Medicare » (Partie B du Titre XVIII, Programme d'assurance médicale complémentaire) (Supplementary Medical Insurance Program) à être effectués directement aux médecins et aux fournisseurs médicaux sur toutes les factures futures impayées pour les services médicaux et autres services de santé qui me sont prodigués pendant que je suis admissible à Medicaid.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX DANS LE CADRE DE MEDICAID – Je comprends que j'ai le droit, dans le cadre de ma demande Medicaid, ou dans les deux ans suivant la date de ma demande, de demander le remboursement des frais que j'ai payés pour des soins, des services et des fournitures médicaux couverts reçus au cours de la période de trois mois précédant le mois de ma demande. Je comprends qu'après la date de ma demande, le remboursement des soins, services et fournitures médicaux couverts ne sera possible que s'ils sont obtenus auprès de prestataires inscrits à Medicaid.

CESSION DES ALLOCATIONS D'ASSURANCE/AUTRES ALLOCATIONS ET PAIEMENT DIRECT – Pour l'aide sociale et Medicaid, j'accepte de déposer toute demande de d'allocation d'assurance maladie ou d'assurance accident, et de poursuivre toute réclamation pour dommages corporels ou toute autre ressource à laquelle je pourrais avoir droit, et je cède par la présente ces ressources au district de services sociaux auquel cette demande est adressée. En outre, j'aiderai à mettre à la disposition du district de services sociaux auquel la présente demande est adressée toutes les prestations cédées.

J'autorise les paiements qui me sont dus ou qui sont dus aux membres de mon foyer pour les prestations d'assurance maladie ou accident à être versés directement au district de services sociaux approprié pour les services médicaux et autres services de santé fournis pendant la période où nous sommes éligibles à Medicaid.

RECOUVREMENTS MEDICAID – Dès réception de Medicaid, un droit de rétention peut être déposé et un recouvrement peut être effectué sur vos biens immobiliers dans certaines circonstances si vous êtes dans une institution médicale et qu'il n'est pas prévu que vous retourniez chez vous. La MA payée en votre nom peut être récupérée auprès des personnes qui avaient la responsabilité légale de subvenir à vos besoins au moment où les services médicaux ont été obtenus. MA peut également récupérer le coût des services et des primes indûment payés.

Je comprends qu'à partir du 1er avril 2014, si je bénéficie de Medicaid par l'intermédiaire de New York State of Health :

- Aucun droit de rétention ne sera placé sur mes biens immobiliers avant mon décès ;
- Le recouvrement des actifs de ma succession à mon décès est limité au montant payé par Medicaid pour le coût de l'établissement de soins infirmiers, des services de soins à domicile et communautaires, et des services hospitaliers et de prescription de médicaments connexes reçus à partir de mon 55e anniversaire.

RECOUVREMENT DE L'AIDE SOCIALE – L'aide sociale (PA) que vous recevez pour vous-même et pour les personnes dont vous êtes légalement responsable est recouvrable sur l'argent que vous possédez ou que vous pouvez acquérir. Vos remboursements d'impôt et une partie de vos gains de loterie peuvent être utilisés pour rembourser votre dette au titre de le PA.

AUTORISATION DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS DU PA À PARTIR DU REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE RÉTROACTIF – J'autorise le commissaire de l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) à utiliser mon premier versement de revenu de sécurité complémentaire (Supplemental Security Income, SSI), c'est-à-dire mon versement rétroactif de SSI, pour rembourser le district local de services sociaux (social services district, SSD) pour l'aide sociale (PA) que le SSD me verse à partir de fonds de l'État ou locaux pendant que la SSA décide si j'ai droit à un SSI. La SSA ne remboursera pas au SSD le PA qui a été payé à l'aide de fonds fédéraux.

Cette autorisation deviendra exécutoire uniquement si l'État informe la SSA qu'un représentant du SSD et moi-même l'avons signée. L'État dispose d'un délai de 30 jours civils pour l'informer que mon dossier SSI et mon dossier national correspondent. La SSA ne l'acceptera pas au-delà de ce délai. Une fois le délai dépassé, la SSA m'enverra mon paiement SSI rétroactif conformément aux règles de la SSA.

Seul mon premier paiement de SSI peut être utilisé. Si mon premier paiement est supérieur au montant dû au SSD, la SSA m'enverra le solde conformément à ses règles.

La SSA peut rembourser le SSD dans les deux situations suivantes :

- (1) elle remboursera le SSD si je fais la demande de SSI et que la SSA décide que je remplis les critères d'admissibilité ;
- (2) elle remboursera le SSD si mes allocations de SSI sont rétablies après la résiliation ou la suspension.

La SSA remboursera au SSD le PA qu'elle m'a versée exclusivement pendant le délai d'attente de décision de la SSA concernant mon admissibilité. C'est ce qu'on appelle une « assistance provisoire ». La période débute : (1) au premier mois où je deviens admissible pour le paiement des allocations SSI ou (2) le premier jour où ma SSI est rétablie après sa suspension ou sa résiliation. La période inclut le mois où ont réellement débuté les paiements de SSI. Si le SSD ne peut pas stopper mon dernier paiement du PA, la période se termine le mois suivant.

Au plus tard dix jours après le remboursement de la SSA au SSD, ce dernier devra m'envoyer un avis m'informant du montant de l'aide provisoire versé. L'avis précisera également que la SSA m'enverra un courrier m'informant de la manière dont un solde éventuel de SSI me sera versé par la SSA et, si je conteste une décision de l'État, comment je peux faire appel de cette décision.

Conformément à ses règles, la SSA peut utiliser la date où je signe la présente autorisation comme date de début d'admissibilité au SSI. Cela sera possible uniquement si je fais la demande de SSI dans les 60 prochains jours.

La présente autorisation concerne n'importe quelle demande de SSI ou n'importe quel appel en cours auprès de la SSA. La présente autorisation expirera une fois qu'une décision définitive aura été rendue pour mon dossier SSI. Elle expirera dès que j'aurai reçu le premier versement de SSA. L'État et moi-même pouvons également convenir de mettre fin à l'autorisation. Je devrai signer une nouvelle autorisation conforme aux règles de l'État de New York si je renouvelle ma demande de SSI après l'expiration de la présente autorisation ou si je fais une nouvelle demande de SSI alors que j'ai une demande de SSI ou un appel en cours.

Je pourrai demander une audience équitable si je conteste une décision rendue par le SSD à propos d'un remboursement.

J'ai reçu un exemplaire de la brochure intitulée « What You Should Know About Social Services Programs » (Ce que vous devez savoir sur les programmes d'aide sociale). Je comprends son contenu à propos de l'aide provisoire.

SUPPORT – Le fait de demander ou de bénéficier de l'assistance familiale (Family Assistance, FA), de l'assistance « filet de sécurité » (Safety Net Assistance, SNA) ou d'un placement en famille d'accueil au titre IV-E équivaut à une cession à l'État et au district de services sociaux de tous les droits à l'aide de toute autre personne que le demandeur ou le bénéficiaire peut avoir en son nom propre ou au nom de tout autre membre de la famille pour lequel le demandeur ou le bénéficiaire demande ou reçoit une aide (législation relative aux services sociaux [Social Services Law], sections 158 et 348). Cette cession est limitée dans certaines situations. D'autres sections de cette demande contiennent des cessions supplémentaires.

CESSION DES DROITS DE SOUTIEN – Je comprends que l'on me fournira le formulaire LDSS-5145, "Referral for Child Support Services" (Renvoi aux services de soutien à l'enfance), à remplir et à renvoyer à l'unité chargée de l'exécution des obligations alimentaires envers les enfants. Sauf en cas de violence domestique ou pour d'autres raisons valables, je comprends que, pour obtenir une aide, je suis tenu(e) de coopérer avec l'unité chargée de l'application des pensions alimentaires pour enfants afin de localiser tout parent non gardien, présumé ou intentionnel ; d'établir la filiation légale pour chaque personne de moins de 21 ans née de parents non mariés ; et d'établir, de modifier et/ou d'appliquer les ordonnances de pension alimentaire. Je comprends également que je recevrai le formulaire LDSS-4279, « Avis de responsabilités et de droits en matière de pension alimentaire » (Notice of Responsibilities and Rights for Support), qui explique mes responsabilités et mes droits si je ne coopère pas avec l'unité chargée de l'exécution des pensions alimentaires pour enfants.

Je cède à l'État et à la circonscription de services sociaux tous les droits que j'ai à une pension alimentaire de la part des personnes ayant la responsabilité légale de ma pension alimentaire et tous les droits que j'ai à une pension alimentaire au nom d'un membre de ma famille pour lequel je demande ou reçois une aide. Lorsque je demande ou reçois une assistance familiale ou une assistance « filet de sécurité », ma cession des droits à une aide est limitée à l'aide qui s'accumule pendant la période où moi-même ou un membre de ma famille recevons une aide. Toutefois, les droits à une aide que j'ai cédés à l'État en mon nom ou au nom d'un membre de ma famille avant le 1er octobre 2009 continuent d'être cédés à l'État.

PROGRAMME D'AIDE À L'ÉNERGIE RÉSIDENTIELLE – Je comprends qu'en signant cette demande/certification, je consens à toute enquête visant à vérifier ou à confirmer les informations que j'ai fournies et à toute autre enquête menée par une agence gouvernementale autorisée en rapport avec les prestations du programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program – HEAP). Je consens également à ce que les renseignements fournis dans la présente demande soient utilisés dans le cadre de l'aiguillage vers les programmes d'aide à l'intempérisation disponibles et les programmes pour personnes à faible revenu de ma compagnie de services publics. Je consens également à ce que les informations fournies dans la présente demande soient utilisées pour orienter les personnes vers les programmes d'aide à l'amélioration des conditions météorologiques et les programmes pour les personnes à faible revenu de ma compagnie de services publics.

Je suis conscient(e) que l'État utilisera mon numéro de sécurité sociale pour vérifier auprès de mes fournisseurs d'énergie domestique la réception de l'allocation HEAP. Cette autorisation comprend également la permission pour tout fournisseur d'énergie domestique (y compris ma compagnie d'électricité) de divulguer certaines informations statistiques, y compris, notamment, ma consommation annuelle d'électricité, le coût de l'électricité, la consommation de carburant, le type de carburant, le coût annuel du carburant et l'historique des paiements au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district local de services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mesurer les performances du Programme d'aide à l'énergie résidentielle pour les ménages à faibles revenus.

INFORMATIONS RELATIVES AUX AGRESSIONS SEXUELLES – Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous avez le droit de demander des informations de renvoi auprès du district de services sociaux. Si vous demandez des informations de renvoi, le district de services sociaux doit vous fournir les adresses et les numéros de téléphone : 1) des hôpitaux locaux offrant des services d'examen médico-légal des agressions sexuelles certifiés par le Département de la Santé de l'État de New York ; 2) des centres locaux d'aide aux victimes de viol ; et 3) des services locaux de défense, de conseil et d'assistance téléphonique adaptés aux victimes d'agressions sexuelles. En outre, le district de services sociaux doit vous fournir les numéros de la ligne d'assistance téléphonique de l'État de New York pour les agressions sexuelles et les violences familiales : (800) 942-6906 et (800) 818-0656 (téléscripteur).

CERTIFICATION POUR L'AIDE À LA GARDE D'ENFANTS – Si je demande une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance), je certifie que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000 \$.

J'ai lu et je comprends les avis ci-dessus. Je comprends et j'accepte les cessions, autorisations et consentements ci-dessus. Je jure ou j'affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai indiquées ou que j'indiquerai au district de services sociaux sont complètes et correctes.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR (DE LA DEMANDERESSE) x	DATE DE SIGNATURE	SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) OU DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) DES SERVICES DE PROTECTION x	DATE DE SIGNATURE
SIGNATURE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AGRÉÉ(E) x	DATE DE SIGNATURE		

NE REMPLISSEZ LE FORMULAIRE SUIVANT QUE SI VOUS SOUHAITEZ RETIRER VOTRE DEMANDE À UN OU PLUSIEURS PROGRAMMES.

Je consens à *retirer* ma demande :

- Aide sociale (PA)
 Services aux enfants au lieu de le PA
 Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP)
 Medicaid et SNAP
 Medicaid et PA
 Services , y compris le placement en famille d'accueil
 Services aux enfants
 Assistance d'urgence uniquement

Je suis conscient que je peux faire une nouvelle demande à tout moment.

SIGNATURE DU CANDIDAT/REPRÉSENTANT AUTORISÉ

DATE DE SIGNATURE

x



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- YES** If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- NO** because I choose not to register **OR**
- I am already registered at my current address **OR**
- I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / _____ / _____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency. If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683

으로 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চালাতে চান তবে 1-800-367-8683 নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO , do not complete this form	2	A) Will you be 18 years old on or before election day? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.
3	Last Name _____ First Name _____ Middle Initial _____ Suffix _____		
4	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____ City/Town/Village _____ Zip Code _____ County _____		For Board Use Only
5	Address where you get your mail (if different than above) _____ P.O. Box, Star Route, etc. _____ Post Office _____ Zip Code _____		
6	Date of Birth	7	8
		Gender (optional)	Telephone (optional)
10		9	
The last year you voted _____ Your address was (give house number, street and city) _____		Under the name (if different from your name now) _____	
11		12	
Political Party I wish to enroll in a political party <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____		ID Number (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number	
<input type="checkbox"/> I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		Affidavit: I swear or affirm that <ul style="list-style-type: none"> • I am a citizen of the United States. • I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. • I will meet all requirements to register to vote in New York State. • This is my signature or mark on the line below. • The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years. 	
		Signature or Mark in ink _____	Date _____ / _____ / _____

(Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____		
First Name _____	Middle Initial _____	Suffix _____
Address _____		
Apt Number _____	City/Town/Village _____	Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Eye Color _____	Height _____ Ft. _____ In.	
Email _____	DMV or ID NYC Number _____	

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.

Signature _____

Date _____ / _____ / _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver's license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write "None." If you can't remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write "Same."

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.