

BUREAU D'ASSISTANCE TEMPORAIRE ET D'INVALIDITÉ DE L'ÉTAT DE NEW YORK  
**FORMULAIRE DE DÉCLARATION DE CHANGEMENTS POUR L'OBTENTION DE  
 BONS D'ALIMENTS**

(Veuillez écrire en caractères d'imprimerie)

NUMÉRO DE DOSSIER

**EN VERTU DES RÈGLES DÉCRITES CI-DESSOUS, VOUS ÊTES TENU(E)  
 DE DÉCLARER TOUT CHANGEMENT DE VOTRE SITUATION**

DATE : \_\_\_\_\_

**VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE ET L'ENVOYER À :**

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DISTRICT LOCAL :

À : \_\_\_\_\_  
 ADRESSE : \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**VOTRE OBLIGATION DE DÉCLARER TOUT CHANGEMENT DE SITUATION**

**Veillez lire attentivement les questions et les règles. Si vous ne déclarez pas tous les changements que vous êtes obligé(e) de déclarer en vertu des règles, il se peut que nous invoquions l'existence d'un paiement excédentaire de prestations en bons d'aliments afin de récupérer le montant excédentaire qui vous aurait été payé.**

Les changements que vous DEVEZ déclarer sont exposés ci-dessous. Vous pouvez toutefois déclarer volontairement tout changement de situation de votre ménage pouvant affecter l'obtention de bons d'aliments ; si ce changement est susceptible d'augmenter le niveau de vos prestations et que vous prouvez son existence, nous augmenterons vos prestations.

**FAITES-VOUS DES « DÉCLARATIONS SEMESTRIELLES » OU DES « DECLARATIONS DE CHANGEMENTS » ? VOUS POUVEZ RÉPONDRE À CES QUESTIONS POUR SAVOIR SI VOUS FAITES DES « DÉCLARATIONS SEMESTRIELLES » OU DES « DECLARATIONS DE CHANGEMENTS ».**

1. Bénéficiez-vous de prestations transitoires en bons d'aliments (Transitional Food Stamp Benefits – TBA) ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Prestations transitoires en bons d'aliments (TBA) » à la page 3</b> (sautez les questions 2 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 2</b> ci-dessous.
2. Bénéficiez-vous des prestations du Projet d'amélioration de la nutrition de l'État de New York (New York State Nutrition Improvement Project – NYSNIP) ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Projet d'amélioration de la nutrition de l'État de New York (NYSNIP) » à la page 3</b> (sautez les questions 3 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 3</b> ci-dessous.
3. Vous qualifiez-vous pour des prestations en bons d'aliments pendant cinq mois à la fois ou moins ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2</b> (sautez les questions 4 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 4,</b> ci-dessous.
4. Quelqu'un dans votre ménage a-t-il gagné des revenus professionnels qui sont comptés dans le montant de vos prestations en bons d'aliments ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration semestrielle » au bas de cette page</b> (sautez les questions 5 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 5</b> ci-dessous.
5. Les adultes (âgés de 18 ans ou plus) faisant partie de votre ménage sont-ils tous invalides ou âgés de 60 ans ou plus ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2</b> (sautez les questions 6 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 6</b> ci-dessous.
6. Votre ménage ne bénéficie-t-il d'aucun revenu (ni d'aucune assistance temporaire) ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2</b> (sautez les questions de 7 à 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous à la question n° 7</b> ci-dessous.
7. Êtes-vous sans abri (sans domicile) ou un travailleur agricole itinérant ou saisonnier ?	<input type="checkbox"/> <b>OUI – Reportez-vous à la section « Déclaration de changements » à la page 2</b> (sautez le point 8).	<input type="checkbox"/> <b>NON – Reportez-vous au point n° 8</b> ci-dessous.
8. Si vous avez répondu par « NON » à toutes les 7 questions ci-dessus	<input type="checkbox"/> <b>Reportez-vous à la section « Déclaration semestrielle » en haut de la page 2.</b>	

**RÈGLES RÉGISSANT LA DÉCLARATION SEMESTRIELLE DE CHANGEMENTS** : si votre ménage est bénéficiaire de prestations en bons d'aliments soumises aux règles des déclarations semestrielles, vous ne devez déclarer des changements de situation que lors de votre prochain renouvellement de qualification, sauf dans les trois situations suivantes :

1. **si le revenu mensuel brut de votre ménage est supérieur à 130 % du seuil de pauvreté, vous DEVEZ communiquer ce montant mensuel au bureau des services sociaux de votre district, par téléphone, par écrit ou en personne, dans les 10 jours suivant la fin du mois civil au cours duquel vous excédez le niveau de 130 %.** Le revenu brut est le montant du revenu avant imposition et toute autre retenue et non le montant que vous percevez lors de l'encaissement de votre chèque. Nous devons nous baser sur le montant brut de votre revenu pour déterminer votre admissibilité à des prestations en bons d'aliments. Le responsable chargé de votre dossier d'assistance sociale vous expliquera ce que signifie le taux de 130 % du seuil de pauvreté pour une famille dont la taille est semblable à la vôtre. Toute autre somme perçue en sus de vos revenus professionnels doit être ajoutée à votre revenu professionnel brut, pour savoir si vous excédez 130 % du seuil de pauvreté. Les autres sources de revenus dont il faut tenir compte sont, par exemple, les pensions alimentaires aux enfants, les indemnités d'assurance-chômage, les prestations d'assistance temporaire (TA), les indemnités pour accident de travail ou d'invalidité, les prestations de la Sécurité sociale, les revenus de sécurité supplémentaires (programme SSI) et les paiements d'assurance invalidité privée. Si vous ne déclarez pas que votre revenu brut est supérieur à 130 % du seuil de pauvreté pendant un mois civil quelconque, toutes les prestations reçues après ce mois pourront être considérées comme un trop-perçu. Cela s'appliquera également si votre revenu brut descend au-dessous de 130 % du seuil de pauvreté au cours d'un mois ultérieur.

2. **si la période de qualification de votre ménage est supérieure à 6 mois** : au point de contrôle semestriel au cours de votre période de qualification, vous recevrez un formulaire de déclaration que vous **DEVEZ** renvoyer dans les 10 jours qui suivent la réception de ce formulaire. Si la situation de votre ménage subit l'un des changements énumérés ci-dessous, vous **DEVEZ** le déclarer sur le formulaire de déclaration qui vous est envoyé au point de contrôle semestriel.

**Liste des changements que vous devez déclarer lors du point de contrôle semestriel :**

- changements relatifs à toute **source de revenu** de tout membre de votre ménage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 50 dollars par mois, **si ces revenus proviennent d'une source publique** telle que des prestations de la Sécurité sociale ou des indemnités d'assurance-chômage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois, **si ces revenus proviennent d'une source privée** telle que la pension alimentaire pour enfants ou une caisse privée d'assurance invalidité ;
- changements dans les **paiements d'une pension alimentaire pour enfants**, ordonnée par un tribunal, **que vous payez** pour un enfant en dehors de votre ménage bénéficiant de prestations en bons d'aliments ;
- changements relatifs aux **personnes qui vivent avec vous** ;
- **en cas de déménagement**, votre nouvelle adresse et le nouveau montant de votre loyer ou de votre hypothèque, de vos frais de chauffage et des services publics ;
- acquisition d'une **voiture neuve, changement de voiture** ou de tout autre véhicule ;
- toute augmentation des **liquidités disponibles de votre ménage, des actions, des obligations, d'argent placé en banque** ou dans une caisse d'épargne, si le montant total des liquidités et des économies de tous les membres du ménage est supérieur à 2000 dollars (ou supérieur à 3000 dollars si un membre de votre ménage est invalide ou âgé de 60 ans ou plus) ;
- tout changement dans votre ménage qui ferait l'objet de sanctions, comme décrit à la page 6.

3. **si quelqu'un dans votre ménage bénéficiaire de bons d'aliments est un adulte valide sans enfants à charge (ABAWD)**, vous **DEVEZ** nous informer, dans les 10 jours qui suivent la fin de ce mois, si votre volume horaire de travail est inférieur à 80 heures par mois.

**RÈGLES RÉGISSANT LES DÉCLARATIONS DE CHANGEMENTS :**

Si votre ménage est bénéficiaire de prestations en bons d'aliments soumises aux règles de déclarations de changements, vous **DEVEZ** déclarer les changements ci-dessous dans les 10 jours :

- changements relatifs à toute **source de revenu** de tout membre de votre ménage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 50 dollars par mois, **si ces revenus proviennent d'une source publique** telle que des prestations de la Sécurité sociale ou des indemnités d'assurance-chômage ;
- changements relatifs au montant total des **revenus non professionnels** perçus par votre ménage, lorsqu'il augmente ou diminue de plus de 100 dollars par mois, **si ces revenus proviennent d'une source privée** telle que la pension alimentaire pour enfants ou une caisse privée d'assurance invalidité ;
- changements dans les montants d'**une pension alimentaire pour enfants**, ordonnée par un tribunal, **que vous payez** pour un enfant ne faisant pas partie de votre ménage bénéficiant de prestations en bons d'aliments ;
- changements relatifs aux **personnes qui vivent avec vous** ;
- **en cas de déménagement**, votre nouvelle adresse et le nouveau montant de votre loyer ou de votre hypothèque, de vos frais de chauffage et des services publics ;
- acquisition d'une **voiture neuve, changement de voiture** ou de tout autre véhicule ;
- toute augmentation des **liquidités disponibles de votre ménage, des actions, des obligations, d'argent placé en banque** ou dans une caisse d'épargne, si le montant total des liquidités et des économies de tous les membres du ménage est supérieur à 2000 dollars (ou supérieur à 3000 dollars si un membre de votre ménage est invalide ou âgé de 60 ans ou plus) ;
- si quelqu'un dans votre ménage bénéficiaire de bons d'aliments est un **adulte valide sans enfants à charge (ABAWD)**, vous **DEVEZ** nous dire, dans les 10 jours qui suivent la fin de ce mois, si votre volume horaire de travail est inférieur à 80 heures par mois ;
- tout changement dans votre ménage qui ferait l'objet de sanctions telles que décrites à la page 6.

**DÉCLARATION DE CHANGEMENTS RELATIFS AUX PRESTATIONS TRANSITOIRES EN BONS D'ALIMENTS pour les ménages bénéficiaires de prestations transitoires :**

- les prestations transitoires en bons d'aliments peuvent continuer pendant un maximum de cinq mois après la clôture de votre dossier d'assistance temporaire ;
- vous n'êtes pas tenu(e) de déclarer les changements de situation pendant la période transitoire. Si vous faites l'objet d'un changement susceptible d'augmenter vos prestations, vous pouvez contacter le responsable de votre dossier pour introduire une demande anticipée de renouvellement de qualification à n'importe quel moment pendant la période transitoire, afin de bénéficier de l'augmentation. L'augmentation ne peut être accordée avant qu'une demande signée de renouvellement de qualification ne soit déposée et que le processus complet correspondant n'ait été effectué ;
- vous devez vous qualifier à nouveau vers la fin de votre période transitoire pour savoir si vous pouvez continuer à bénéficier des prestations en bons d'aliments après la fin de votre période transitoire. Nous vous enverrons un avis vous rappelant votre obligation de renouveler votre qualification. Si vous ne vous qualifiez pas à nouveau, nous ne vous enverrons pas d'autre avis et nous devons clôturer votre dossier de bons d'aliments.

**DÉCLARATION DE CHANGEMENTS RELATIFS AU NYSNIP pour les participants au NYSNIP :**

- vous recevrez une lettre de reprise de contact 24 mois après le début de votre participation au NYSNIP, lettre que vous devrez remplir et renvoyer ;
- en dehors des changements déclarés dans votre lettre de reprise de contact après 24 mois, vous n'êtes obligé(e) de faire aucune autre déclaration de changements survenus pendant votre période de qualification. Vous pouvez déclarer volontairement toute augmentation de vos frais médicaux, de votre loyer ou des factures de services publics, ainsi que toute diminution de revenu. Si vous déclarez de tels changements et que vous pouvez le prouver, vous pouvez éventuellement vous qualifier pour obtenir plus de prestations en bons d'aliments. Vous pouvez également déclarer votre nouvelle adresse si vous déménagez, de manière à continuer à recevoir les avis que nous vous envoyons.

**Frais médicaux :** vous n'êtes pas tenu(e) de déclarer les changements relatifs à vos frais médicaux au cours de votre période de qualification. Cependant, vous pouvez communiquer volontairement les changements relatifs aux frais médicaux pour les membres de votre ménage qui :

- |   |   |
|---|---|
| - sont âgés de 60 ans au moins                                      | - reçoivent des indemnités d'invalidité de vétéran                                    |
| - sont les époux ou les enfants invalides d'un vétéran défunt       | - reçoivent du gouvernement une pension de retraite pour invalidité                   |
| - reçoivent des revenus de sécurité supplémentaires (programme SSI) | - reçoivent d'une compagnie de chemins de fer une pension de retraite pour invalidité |
| - reçoivent des indemnités d'invalidité de la Sécurité sociale      | - bénéficient d'une assistance médicale pour cause d'invalidité.                      |

Si vous déclarez et prouvez une augmentation de vos frais médicaux, vous pourriez bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments. Les changements relatifs aux frais médicaux devront être déclarés lors de votre prochaine qualification.

**Règles de déclaration de changements pour l'obtention d'une assistance temporaire (Temporary Assistance – TA) :** les règles décrites ci-dessus s'appliquent exclusivement au programme de prestations en bons d'aliments. Si vous bénéficiez également d'une assistance temporaire, vous êtes toujours tenu(e) de déclarer les changements affectant vos prestations d'assistance temporaire dans les 10 jours qui suivent ces changements, à l'aide de formulaires de déclaration périodique, de questionnaires d'admissibilité à l'assistance temporaire et lors de la nouvelle qualification.

**Quand utiliser ce formulaire ?**

Ce formulaire peut être utilisé pour déclarer tout changement obligatoire ou volontaire. Vous pouvez également utiliser ce formulaire pour déclarer les changements de vos frais de garde d'enfants ou d'adultes invalides ou les changements relatifs aux frais de logement, même si vous n'avez pas déménagé. Si ces dépenses augmentent, vous pourriez vous qualifier pour plus de prestations en bons d'aliments.

Si vous disposez d'une preuve des changements que vous déclarez, veuillez la joindre au présent formulaire. Cela nous aidera à nous assurer que vous obtenez le montant correct pour vos prestations en bons d'aliments. **Les changements déclarés doivent être vérifiés avant que nous puissions augmenter vos prestations.**

Vous devez envoyer ce formulaire par la poste ou l'apporter à l'agence dont l'adresse figure ci-dessus. Si, pour un motif quelconque, vous ne pouvez pas envoyer ce formulaire ni l'apporter en personne, vous pouvez déclarer ces changements par téléphone au numéro de téléphone indiqué à la page 1.

Si vous ne souhaitez plus bénéficier de prestations en bons d'aliments, apposez votre signature ci-dessous pour renoncer au programme de prestations en bons d'aliments. Celles-ci seront interrompues. Vous avez le droit de contester ce désistement si vous pensez avoir reçu des informations erronées ou incomplètes quant à votre admissibilité au programme de prestations en bons d'aliments, en demandant une audition équitable dans les 90 jours qui suivent. Vous pouvez soumettre une nouvelle demande pour bénéficier de prestations en bons d'aliments à tout moment après votre désistement.

X \_\_\_\_\_

**SI VOUS DISSIMULEZ DES INFORMATIONS RELATIVES AUX CHANGEMENTS SURVENUS DANS VOTRE MÉNAGE ET DEVANT ÊTRE DÉCLARÉS, VOUS DEVREZ NOUS REMBOURSER LA VALEUR DU TROP-PERÇU EN PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS AINSI OBTENUS. SI VOUS DISSIMULEZ SCIEMMENT DES INFORMATIONS QUE VOUS DEVEZ DÉCLARER, VOUS VOUS EXPOSEZ ÉGALEMENT À VOTRE RADIATION DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS ET À DES POURSUITES PÉNALES (VOIR CI-JOINT « AVERTISSEMENT RELATIF AUX SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS » À LA PAGE 6).**

## Utilisez le formulaire ci-dessous pour déclarer des changements

<b>CHANGEMENTS RELATIFS AU REVENU OU A LA SOURCE DE REVENU</b> – Si vous devez déclarer des changements tous les six mois, les règles qui régissent vos déclarations sont expliquées à la page 2. Si vous faites vos déclarations lors de changements, les règles qui les régissent sont également expliquées à la page 2.						
NOM DE LA PERSONNE BÉNÉFICIAIRE DU REVENU	SOURCE DE REVENU		NOUVEAU MONTANT	FRÉQUENCE DU REVENU		
1.			\$			
2.			\$			
3.			\$			
<b>CHANGEMENTS DANS LE MÉNAGE</b> - Indiquez ci-dessous tous les nouveaux membres de votre ménage y compris les nouveau-nés. Indiquez également les personnes qui ont emménagé ou quitté le ménage ou qui sont décédées.						
NOM	ÂGE	LIEN DE PARENTÉ	CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)	DATE	MONTANT DU REVENU	SOURCE
1.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
2.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
3.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
4.			<input type="checkbox"/> A EMMÉNAGÉ <input type="checkbox"/> EST PARTI(E)		\$	
<b>CHANGEMENT D'ADRESSE</b>						
NOUVELLE ADRESSE POSTALE		VILLE	ÉTAT		CODE POSTAL	
SI VOUS NE DISPOSEZ PAS D'UNE ADRESSE RÉELLE, INDIQUEZ COMMENT SE RENDRE À VOTRE DOMICILE (si vous êtes sans domicile, laissez la case en blanc)				NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ L'ON PEUT VOUS JOINDRE ( ) INDICATIF RÉGIONAL		
<b>CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE LOGEMENT</b> - Si vous avez déménagé, vous devez indiquer ci-dessous le montant de vos nouveaux frais. Même si vous n'avez pas déménagé, vous pouvez utiliser cette section pour nous communiquer le montant de votre loyer, de votre hypothèque ou de tout autre frais ayant changé.						
Êtes-vous locataire ou pensionnaire ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, les repas sont-ils <input type="checkbox"/> INCLUS <input type="checkbox"/> NON INCLUS						
LOYER	OUI	NON	SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT MENSUEL	CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)		
Payez-vous un loyer ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
Payez-vous pour ce qui suit en plus de votre loyer ?	OUI	NON				
• Chauffage ou climatisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Services publics (électricité, gaz de cuisine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
PAIEMENT DE L'HYPOTHÈQUE	OUI	NON	SI OUI, INDIQUEZ LE MONTANT MENSUEL	CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)		
Devez-vous payer une hypothèque ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
Payez-vous pour ce qui suit en plus de l'hypothèque ?	OUI	NON				
• Impôts fonciers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
• Assurance-habitation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$	<input type="checkbox"/> Identique <input type="checkbox"/> Plus <input type="checkbox"/> Moins		
• Chauffage ou climatisation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Services publics (électricité, gaz de cuisine, etc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
• Téléphone	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>				
Résidez-vous dans un logement figurant dans la section 8 ou dans un autre logement subventionné ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			Habitez-vous dans un logement public ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON			

**CHANGEMENTS RELATIFS AU NOMBRE DE VOITURES OU DE VÉHICULES** - Y a-t-il une personne dans votre ménage qui a acheté, vendu ou échangé une voiture, un camion, un bateau, une camionnette de camping, une motocyclette ou un autre véhicule, depuis la dernière fois que vous nous avez informés concernant les véhicules que vous possédez ?

MARQUE	MODÈLE	ANNÉE	EN CAS DE VENTE, MONTANT REÇU
1.			\$
2.			\$
3.			\$

**CHANGEMENTS RELATIFS À VOS ÉCONOMIES** - Veuillez indiquer le montant **total** de l'argent dont les membres de votre ménage disposent. Incluez les espèces, les comptes d'épargne, les comptes-chèques, les actions, les obligations ou tout autre investissement. Vous devez nous indiquer si les économies de votre ménage ont **augmenté** en atteignant plus de 2000 dollars (plus de 3000 dollars si un membre de votre ménage est âgé de 60 ans ou plus ou a été déclaré invalide).

\$

**CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS DE GARDE D'ENFANTS OU DE SOINS AUX PERSONNES À CHARGE OU DU MONTANT PAYÉ POUR LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS** - Vos frais de garde d'enfants ou de soins aux personnes à charge ont-ils changé ? Le cas échéant, vous pourriez peut-être bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments.

CHANGEMENTS (COCHEZ CE QUI CONVIENT)	POUR QUI ?	QUI PAYEZ- VOUS ?	NOUVEAU MONTANT	FRÉQUENCE DES PAIEMENTS
1. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	
2. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	
3. <input type="checkbox"/> JE N'AI PLUS DE FRAIS <input type="checkbox"/> J'AI DES FRAIS			\$	

**CHANGEMENTS RELATIFS AUX FRAIS MÉDICAUX (médecins, dentistes, hôpitaux, ordonnances, etc.)** - Vous n'êtes tenu(e) de déclarer les changements relatifs à vos frais médicaux que lors de votre nouvelle qualification. Cependant, vous pouvez volontairement nous déclarer à tout moment des changements survenus dans vos frais médicaux pour les membres du ménage qui :

- sont âgés de 60 ans au moins ;
- sont les époux ou les enfant invalides d'un vétéran défunt ;
- perçoivent un revenu de sécurité supplémentaire (programme SSI) ;
- perçoivent des indemnités d'invalidité de la Sécurité sociale ;
- perçoivent des indemnités d'invalidité de vétéran ;
- perçoivent du gouvernement une pension de retraite pour invalidité ;
- perçoivent d'une compagnie de chemins de fer une pension de retraite pour invalidité ;
- bénéficient d'une assistance médicale pour cause d'invalidité.

Si vous déclarez et attestez une augmentation de vos frais médicaux, vous pourriez bénéficier d'une augmentation de vos prestations en bons d'aliments.

NOM	TYPE DE FRAIS	MONTANT	FRÉQUENCE DE CHAQUE PAIEMENT
		\$	
		\$	
		\$	
		\$	

**PENSEZ-VOUS QUE LES CHANGEMENTS DÉCLARÉS VONT CONTINUER LE MOIS PROCHAIN ?**

OUI  NON

Si vous avez répondu par « **NON** », expliquez :

COCHEZ ICI SI VOUS N'AVEZ AUCUN E DÉCLARATION À FAIRE CONCERNANT UN CHANGEMENT DE SITUATION DE VOTRE MÉNAGE POUVANT AFFECTER L'OBTENTION DE BONS D'ALIMENTS

AUCUN CHANGEMENT

### CHANGEMENT DES PRESTATIONS

Nous utiliserons vos réponses fournies sur le présent formulaire pour déterminer si les prestations dont bénéficie votre ménage doivent changer. Avant de modifier vos prestations, nous vous enverrons un avis vous expliquant les mesures qui seront prises. Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision, vous avez le droit de demander une audition équitable pour contester notre décision.

### AVERTISSEMENT RELATIF AUX SANCTIONS PRÉVUES DANS LE CADRE DU PROGRAMME DE PRESTATIONS EN BONS D'ALIMENTS

Toutes les informations fournies dans votre demande de prestations en bons d'aliments pourront être vérifiées par des fonctionnaires fédéraux, des fonctionnaires de l'État de New York et des fonctionnaires locaux. Si une information quelconque est incorrecte, vous pourrez vous voir refuser les prestations en bons d'aliments. Vous vous exposerez également à des poursuites pénales pour avoir sciemment fourni des informations erronées.

Vous ne pourrez **plus jamais** bénéficier de prestations en bons d'aliments si vous vous trouvez dans l'un des cas suivants :

- vous êtes, pour la deuxième fois, reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir acheté ou vendu des substances réglementées (drogues illicites ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est obligatoire) en échange de bons d'aliments ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir vendu ou obtenu des armes à feu, des munitions ou des explosifs en échange de bons d'aliments ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal de doit commun de vous être livré(e) au commerce illicite de bons d'aliments se chiffrant à 500 dollars ou plus. Le commerce illicite comprend l'utilisation illégale, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession de bons d'aliments, de cartes d'autorisation ou de dispositifs d'accès ;
- vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal de droit commun d'avoir commis une troisième violation volontaire du programme (Intentional Program Violation – IPV).

Vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant deux ans si vous êtes, pour la première fois, reconnu(e) coupable par un tribunal d'avoir acheté ou vendu des substances réglementées (drogues illicites ou certains médicaments pour lesquels une ordonnance médicale est obligatoire) en échange de bons d'aliments.

Si vous avez commis votre :

- première violation volontaire du programme, vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant un an ;
- deuxième violation volontaire du programme, vous ne pourrez pas recevoir de bons d'aliments pendant deux ans ;

Un tribunal pourra également vous condamner à ne pas bénéficier de prestations en bons d'aliments pendant une période supplémentaire de 18 mois.

Si vous faites une fausse déclaration quant à votre identité ou votre domicile afin de cumuler des prestations en bons d'aliments, vous ne pourrez pas bénéficier de prestations en bons d'aliments pendant dix ans (ou **définitivement** s'il s'agit de votre troisième violation volontaire du programme).

Vous pourrez être reconnu(e) coupable d'une violation volontaire du programme dans l'un des cas suivants :

- vous faites des déclarations fausses ou trompeuses ou vous donnez une image inexacte, dissimulez ou omettez de relater des faits ;
- vous commettez tout acte constituant une violation des lois fédérales ou de l'État de New York dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou de vous livrer au commerce illicite de bons d'aliments, de cartes d'autorisation ou de documents réutilisables dans le cadre du système de transfert électronique des prestations (Electronic Benefit Transfer - EBT).

Vous vous exposez également à une amende maximale de 250 000 dollars, à une peine de prison maximale de 20 ans ou aux deux.

### ATTESTATION

**Je comprends les sanctions encourues pour avoir dissimulé des informations ou avoir fourni de faux renseignements. Je comprends également que je serai tenu(e) de rembourser tout montant de trop-perçu en bons d'aliments, suite au fait que je n'aurais pas déclaré entièrement les changements survenus dans mon ménage. Je m'engage à prouver tout changement déclaré, s'il y a lieu. Les réponses fournies sur le présent formulaire sont, à ma connaissance, correctes et complètes. Je comprends que l'apposition de ma signature sur ce formulaire autorise les fonctionnaires fédéraux, les fonctionnaires de l'État de New York et les fonctionnaires locaux à contacter d'autres personnes ou organisations en vue de vérifier les informations que j'ai fournies.**

SIGNATURE

X

DATE