

## DEMANDE D'AIDE POUR L'ÉNERGIE DOMESTIQUE

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 en savoir plus sur les types de formats disponibles et comment obtenir un formulaire dans un autre format, reportez-vous aux instructions ci-jointes ou consultez le site : [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov).

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

Si oui, cochez le type de format souhaité :

Gros caractères     CD de données     CD audio

Braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous.

Si vous avez besoin d'autres adaptations, veuillez contacter votre district de services sociaux.



# DEMANDE D'AIDE POUR L'ÉNERGIE DOMESTIQUE

VEUILLEZ LIRE LES INSTRUCTIONS JOINTES, AU DOS DU FORMULAIRE DE DEMANDE. RÉPONDEZ À **TOUTES** LES QUESTIONS. **N'ÉCRIVEZ PAS** DANS LES ZONES GRISÉES. VEUILLEZ ÉCRIRE LISIBLEMENT, EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE ET SIGNER LE FORMULAIRE À LA PAGE 5. **COMPLÉTEZ LES CASES BLANCHES CI-DESSOUS À L'ENCRE BLEUE OU NOIRE.**

CONTACTEZ L'AGENCE CI-DESSUS SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE.								AGENCY USE ONLY			
								DSS			
								DATE RECEIVED			
								DATE RECEIVED			
AGENCY USE ONLY											
APPLICATION DATE	OFFICE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	REGISTRY NUMBER	VERS.				
CASE NAME						<input type="checkbox"/> REGULAR	<input type="checkbox"/> HEATING EQPT	<input type="checkbox"/> COOLING			
						<input type="checkbox"/> EMERGENCY	<input type="checkbox"/> CLEAN & TUNE	<input type="checkbox"/> OTHER			

## SECTION 1 : COMPOSITION DU FOYER

INFORMATIONS RELATIVES AU DEMANDEUR											
PRÉNOM				INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM		NOM DE FAMILLE					
AUTRES NOMS SOUS LESQUELS J'AI ÉTÉ CONNU·E				AUTRE NOM				AUTRE NOM			
ADRESSE DU DOMICILE ACTUEL						APT N°		VILLE			
ÉTAT		CODE POSTAL		COMTÉ		DEPUIS COMBIEN DE TEMPS HABITEZ-VOUS À CETTE ADRESSE ? ANNÉES _____ MOIS _____					
NUMÉRO DE TÉLÉPHONE AUQUEL JE SUIS JOIGNABLE EN JOURNÉE (Code de région + N° de téléphone)						LE MEILLEUR MOMENT POUR ME CONTACTER EST :		SI UN ENTRETIEN EST NÉCESSAIRE, JE PRÉFÈRE : <input type="checkbox"/> Un entretien téléphonique <input type="checkbox"/> Un entretien en personne			

Quelle langue souhaitez-vous privilégier à l'oral ?

Quelle langue souhaitez-vous privilégier à l'écrit ?

Souhaitez-vous bénéficier gratuitement des services d'un interprète ?

### MON ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE CI-DESSUS) :

ADRESSE	APT N°	VILLE	COMTÉ	ÉTAT	CODE POSTAL
---------	--------	-------	-------	------	-------------

AVEZ-VOUS DÉJÀ FAIT UNE DEMANDE D'HEAP PAR LE PASSÉ ?     OUI     NON    SI OUI, PRÉCISEZ LA DATE DE VOTRE DERNIÈRE DEMANDE.

### NOMMEZ TOUTES LES PERSONNES, VOUS COMPRIS, QUI RÉSIDENT SOUS LE MÊME TOIT (SI VOUS VIVEZ SEUL·E, ÉCRIVEZ **NÉANT** SOUS VOTRE NOM) :

CD	LN	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM DE FAMILLE	DATE DE NAISSANCE			SEXE H/F	IDENTITÉ DE GENRE (facultatif) homme, femme, non-binaire, X, transgenre, ne souhaite pas répondre, identité différente (veuillez préciser)	LIEN AVEC MOI	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	CITOYEN(NE)/RESS ORTISSANT(E) DES ÉTATS-UNIS OU ÉTRANGER QUALIFIÉ
					MOIS	JOUR	ANNÉE					
1	01									MOI-MÊME		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1	02											<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1	03											<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1	04											<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1	05											<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
1	06											<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Si votre foyer compte plusieurs membres, veuillez joindre une feuille séparée.

Total de personnes dans le foyer : \_\_\_\_\_

Votre foyer compte-t-il une personne aveugle ou handicapée ?     OUI     NON    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

BÉNÉFICIEZ-VOUS, VOUS OU L'UNE DES PERSONNES VIVANT SOUS VOTRE TOIT, DU PROGRAMME D'AIDE ALIMENTAIRE SUPPLÉMENTAIRE (SNAP) OU EN AVEZ-VOUS RÉCEMMENT FAIT LA DEMANDE ?

OUI     NON    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_    NUMÉRO DE DOSSIER \_\_\_\_\_

BÉNÉFICIEZ-VOUS, VOUS OU L'UNE DES PERSONNES VIVANT SOUS VOTRE TOIT, DE L'ASSISTANCE TEMPORAIRE OU EN AVEZ-VOUS RÉCEMMENT FAIT LA DEMANDE ?

OUI     NON    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_    NUMÉRO DE DOSSIER \_\_\_\_\_

VOTRE FOYER COMPTE-T-IL UN ANCIEN COMBATTANT ?     OUI     NON    Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

**SECTION 2 : HÉBERGEMENT – COCHEZ (✓) UNE SEULE CASE**

<b>PROPRIÉTAIRE</b> <input type="checkbox"/> Maison individuelle ou mobil-home <input type="checkbox"/> Logement collectif ; nombre de lots _____ <input type="checkbox"/> Coopérative d'habitation/copropriété <input type="checkbox"/> Propriété en viager/en usufruit <b>AUTRES</b> <input type="checkbox"/> Je vis avec quelqu'un d'autre et nous partageons les frais <input type="checkbox"/> Je loue une chambre <input type="checkbox"/> Je loue une chambre en pension complète  <input type="checkbox"/> Chambre d'hôtel/motel à l'année <input type="checkbox"/> Autre situation _____	<b>LOCATAIRE</b> <input type="checkbox"/> Maison privée, appartement ou mobil-home  <b>LOYER SUBVENTIONNÉ</b> <input type="checkbox"/> Logement privé subventionné <input type="checkbox"/> Logement social ou pour personnes âgées <input type="checkbox"/> Logement social subventionné  Percevez-vous une allocation du Département de l'habitat et du développement urbain (HUD) ? <input type="checkbox"/> Oui Si oui, combien ? \$ _____ <input type="checkbox"/> Non
<b>FRAIS MENSUEL DE LOYER OU DE PRÊT HYPOTHÉCAIRE :</b> \$ _____ <input type="checkbox"/> AUCUN	
<b>LE CAS ÉCHÉANT, NOM DE VOTRE IMMEUBLE OU DE VOTRE RÉSIDENCE :</b> _____	
<b>BÉNÉFICIEZ-VOUS, VOUS OU L'UNE DES PERSONNES VIVANT SOUS VOTRE TOIT, DE L'EXEMPTION À L'AUGMENTATION DES LOYERS DES CITOYENS SENIORS (SCRIE) ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

**SECTION 3 : INFORMATIONS RELATIVES AU CHAUFFAGE ET AUX SERVICES PUBLICS**

<b>1. PAYEZ-VOUS VOTRE CHAUFFAGE SÉPARÉMENT ?</b> <input type="checkbox"/> Oui- Complétez les informations ci-dessous <input type="checkbox"/> Non	
<b>Ma principale source de chauffage est</b> <input type="checkbox"/> Gaz naturel <input type="checkbox"/> Fioul <input type="checkbox"/> Électrique <input type="checkbox"/> Charbon ou maïs <input type="checkbox"/> Bois/pellets de bois <input type="checkbox"/> Kérosène <input type="checkbox"/> Gaz propane ou en bouteille <input type="checkbox"/> Autres _____	
Ma cuve à fioul est : <input type="checkbox"/> Individuelle <input type="checkbox"/> Avec compteur	
La facture de chauffage est-elle libellée à votre nom ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si <b>non</b> , quel est le nom sur la facture : _____ Lien de parenté avec vous : _____	
Êtes-vous directement responsable du règlement de la facture ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
Nom de votre entreprise de chauffage : _____	
Adresse de votre entreprise de chauffage : _____ _____	
Votre numéro de compte auprès de l'entreprise de chauffage : _____	
<b>2. PAYEZ-VOUS UNE FACTURE D'ÉLECTRICITÉ À PART POUR LES SERVICES AUTRES QUE LE CHAUFFAGE ?</b> <input type="checkbox"/> OUI – Complétez les informations ci-dessous <input type="checkbox"/> NON	
Si oui, la facture de chauffage est-elle libellée à votre nom ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si non, quel est le nom sur la facture _____	
Votre numéro de compte pour l'électricité (le cas échéant) : _____	
Nom de votre compagnie de services publics : _____	
L'électricité est-elle nécessaire pour faire fonctionner la chaudière ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
L'électricité est-elle nécessaire pour faire fonctionner le thermostat de votre appartement ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
<b>3. L'ÉLECTRICITÉ ET LE CHAUFFAGE SONT-ILS INCLUS DANS VOTRE LOYER ?</b> <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

## SECTION 4 : REVENUS DU FOYER

INDIQUEZ LES REVENUS DE **TOUS LES MEMBRES DU FOYER**. POUR CHAQUE SOMME, INDIQUEZ LE **REVENU MENSUEL BRUT** AVANT TOUTE DÉDUCTION. JOIGNEZ DES FEUILLETS SUPPLÉMENTAIRES, SI NÉCESSAIRE.

COCHEZ OUI OU NON (✓)	TYPE DE REVENU	SI OUI, MONTANT	INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES	PERÇU PAR
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MONTANT DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AVANT PARTIE B & D DE MEDICARE	REVENU MENSUEL EXCÉDENTAIRE \$	Indiquez le montant que vous réglez pour : Medicare Partie B :  Medicare Partie D :	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	MONTANT DE L'INVALIDITÉ DE LA SÉCURITÉ SOCIALE AVANT PARTIE B & D DE MEDICARE	REVENU MENSUEL EXCÉDENTAIRE \$	Indiquez le montant que vous réglez pour : Medicare Partie B :  Medicare Partie D :	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REVENU COMPLÉMENTAIRE DE SÉCURITÉ (SSI)	REVENU MENSUEL EXCÉDENTAIRE \$		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	SALAIRES  JOINDRE LES BULLETINS DE SALAIRE POUR LES <b>4 DERNIÈRES SEMAINES</b> .  Remarque : le salaire <b>hebdomadaire brut</b> est multiplié par 4,333333 pour calculer le revenu mensuel.  le salaire <b>bihebdomadaire brut</b> est multiplié par 2,166666 pour calculer le revenu mensuel.	<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> BIHEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> MENSUEL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUEL	Employeur	
		<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> BIHEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> MENSUEL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUEL	Employeur	
		<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> BIHEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> MENSUEL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUEL	Employeur	
		<input type="checkbox"/> HEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> BIHEBDOMADAIRE \$ <input type="checkbox"/> MENSUEL \$ <input type="checkbox"/> BIMENSUEL	Employeur	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PENSION/RETRAITE privée et/ou gouvernementale	REVENU MENSUEL BRUT \$	Origine de la pension	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ALLOCATION D'ANCIEN COMBATTANT	REVENU MENSUEL BRUT \$		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ASSURANCE INVALIDITÉ privée ou de l'État de New York	REVENU MENSUEL BRUT \$	Source	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	AIDE FINANCIÈRE d'une personne extérieure au foyer	REVENU MENSUEL BRUT \$	Nom du donateur	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PENSION ALIMENTAIRE	REVENU MENSUEL BRUT \$	Source	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PENSION DE COMPENSATION/PENSION ALIMENTAIRE POUR CONJOINT incluant les mensualités de prêt, les factures des services publics, etc.	REVENU MENSUEL BRUT \$	Source	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REVENUS LOCATIFS (appartement, garage, terrain, etc.)	REVENU MENSUEL BRUT \$	Type de location	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	CHAMBRE/PENSION COMPLÈTE (perçue), etc.	REVENU MENSUEL BRUT \$	Nom de l'occupant de la chambre/du pensionnaire	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	INDEMNITÉS POUR ACCIDENT DU TRAVAIL	REVENU MENSUEL BRUT \$		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	ALLOCATIONS CHÔMAGE	REVENU MENSUEL BRUT \$	Date de début :	
			Date de fin :	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Revenus provenant de l'épargne, de comptes chèques rémunérés, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, d'actions, d'obligations, de titres, de comptes épargne-retraite, d'annuités et de plans 401K.	<b>RENSEIGNEZ LES INFORMATIONS SUR LA PAGE SUIVANTE</b>		
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	PERCEVEZ-VOUS D'AUTRES REVENUS PROVENANT D'UNE AUTRE SOURCE ? JOINDRE UNE EXPLICATION	MONTANT \$	Source	PERÇU PAR
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	REVENU DE TRAVAILLEUR INDÉPENDANT _____ TYPE D'ENTREPRISE _____			
	Si oui, vous pouvez choisir de calculer votre revenu de travailleur indépendant d'après la déclaration d'impôts fédérale que vous avez déposée pour l'année en cours, ou d'après l'année fiscale précédente si vous n'avez pas encore rempli la déclaration de l'année en cours, y compris toutes les annexes applicables, ou sur la base des trois (3) mois précédant votre demande. Veuillez choisir une méthode de calcul :  <input type="checkbox"/> Déclaration d'impôts fédérale remplie <input type="checkbox"/> Trois mois			

VOTRE FOYER COMPTE-T-IL UNE OU PLUSIEURS PERSONNE(S) DE 18 ANS OU PLUS QUI NE PERÇOIT **AUCUN** REVENU D'AUCUNE SORTE ?

OUI, Liste des membres du foyer sans revenus :  NON

VOTRE FOYER COMPTE-T-IL UN OU PLUSIEURS ÉTUDIANT(S) SUIVANT DES ÉTUDES SUPÉRIEURES, ET DONT VOUS ASSUMEZ LA CHARGE À PLEIN TEMPS ?

OUI, liste des membres concernés :  NON

### INTÉRÊTS ET REVENUS PROVENANT D'INVESTISSEMENTS

INDIQUEZ CHAQUE COMPTE SÉPARÉMENT. JOIGNEZ DES FEUILLES SUPPLÉMENTAIRES, SI NÉCESSAIRE.	SOMME PERÇUE DEPUIS LE DÉBUT DE L'EXERCICE	SOURCE
INTÉRÊTS provenant de l'épargne, de comptes chèques rémunérés, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, etc.	\$	Nom de la banque
INTÉRÊTS provenant de l'épargne, de comptes chèques rémunérés, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, etc.	\$	Nom de la banque
INTÉRÊTS provenant de l'épargne, de comptes chèques rémunérés, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, etc.	\$	Nom de la banque
INTÉRÊTS provenant de l'épargne, de comptes chèques rémunérés, de certificats de dépôt, de comptes du marché monétaire, etc.	\$	Nom de la banque
DIVIDENDES provenant d'actions, d'obligations, de titres, etc.	\$	Origine des dividendes
DIVIDENDES provenant d'actions, d'obligations, de titres, etc.	\$	Origine des dividendes
DIVIDENDES provenant d'actions, d'obligations, de titres, etc.	\$	Origine des dividendes
DIVIDENDES provenant d'actions, d'obligations, de titres, etc.	\$	Origine des dividendes
REVENUS de comptes épargne-retraite, de plans 401K, d'annuités, etc.	\$	Origine des revenus
REVENUS de comptes épargne-retraite, de plans 401K, d'annuités, etc.	\$	Origine des revenus
REVENUS de comptes épargne-retraite, de plans 401K, d'annuités, etc.	\$	Origine des revenus

### REPRÉSENTANT AUTORISÉ

Vous avez la possibilité de mandater une personne qui connaît les conditions de votre foyer en tant que représentant autorisé. Votre représentant autorisé a le pouvoir de : renseigner et déposer votre demande d'HEAP, contacter l'agence et s'entretenir avec votre interlocuteur, accéder aux informations liées à l'admissibilité de votre dossier, remplir tous les formulaires en votre nom, fournir les documents requis, faire appel aux décisions de l'agence. Vous devez signer la présente demande. Le mandat du représentant autorisé que vous avez désigné restera en vigueur pendant toute la période d'attribution de l'HEAP en cours, sauf révocation par vos soins. Au début de chaque période d'attribution de l'HEAP, il vous sera demandé si vous souhaitez désigner un représentant autorisé.

Je souhaite désigner un représentant autorisé.  OUI – Complétez les informations ci-dessous  NON

Nom du représentant autorisé :

Adresse et numéro de téléphone :

**VEUILLEZ SIGNER CETTE DEMANDE EN PAGE 5**

**SECTION 5 : REMARQUES IMPORTANTES****AVIS IMPORTANT**

VEUILLEZ NOTER QUE LA SOMME TOTALE ALLOUÉE POUR LE PAIEMENT DES ALLOCATIONS DE L'HEAP EST LIMITÉE. UNE FOIS CETTE SOMME ÉPUISEE, PLUS AUCUNE ALLOCATION NE PEUT ÊTRE ACCORDÉE. NOUS VOUS RECOMMANDONS FORTEMENT DE REMPLIR ET D'ENVOYER VOTRE DEMANDE LE PLUS TÔT POSSIBLE.

**LOI SUR LA PROTECTION DE LA VIE PRIVÉE - INFORMATION AUX CLIENTS**

La loi sur la protection de la vie privée en vigueur depuis le 1<sup>er</sup> septembre 1984 nous impose de vous informer de l'utilisation qui est faite par l'État de vos données privées et de celles de votre famille. Ces informations sont utilisées pour établir votre éligibilité au programme d'aide pour l'énergie domestique et, le cas échéant, dans le montant des allocations. Nous collectons des informations vous concernant conformément au droit qui nous est conféré par la section 21 de la législation relative aux services sociaux (Social Services Law). Pour nous assurer que vous et votre famille recevez toute l'aide à laquelle vous pouvez légalement prétendre, nous croisons les informations que vous nous avez fournies avec d'autres sources, afin d'en savoir plus. Par exemple :

- Nous pouvons ainsi vérifier si vous-même ou un membre de votre foyer avez travaillé. À cette fin, et dans l'optique de nous assurer du salaire que vous avez perçu le cas échéant, nous envoyons votre nom et votre numéro de sécurité sociale au Département des impôts et des finances de l'État de New York, ainsi qu'à des employeurs connus.
- Nous pouvons demander aux services de l'État de vérifier auprès de sa Division de l'assurance-chômage si vous ou un membre de votre foyer avez perçu des allocations chômage.
- Nous pouvons vérifier auprès des banques tout revenu que vous ou l'un des membres de votre foyer pourriez avoir perçu.

En plus de l'utilisation qui est décrite ci-dessus, l'État exploite les informations que vous nous fournissez pour établir des statistiques sur les personnes percevant l'aide pour l'énergie domestique. Ces informations servent pour la planification et la gestion du programme. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts locaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur d'énergie et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur. Si vous ne nous fournissez pas les informations dont nous avons besoin, nous risquons de ne pas pouvoir établir si vous êtes éligible à cette aide et donc de refuser votre demande. Ces renseignements sont conservés par le Commissaire, Office of Temporary and Disability Assistance, 40 North Pearl Street, Albany, New York 12243-0001. Merci de ne pas envoyer votre demande à cette adresse. Si vous-même ou l'un des membres de votre foyer ne possédez pas de numéro de sécurité sociale, vous devez en faire la demande auprès des services de sécurité sociale des États-Unis.

**Informations importantes à lire ci-dessous :**

Je déclare sur l'honneur que les informations fournies dans le cadre de cette demande et des entretiens téléphoniques qui suivront sont vraies et exactes. J'ai conscience que toute fausse déclaration ou déformation de la réalité faite sciemment dans le cadre de cette demande de l'aide HEAP et des échanges qui suivront peut entraîner ma non-éligibilité à l'allocation d'aide perçue par moi ou en mon nom. De plus, toute fausse déclaration ou déformation de la réalité faite sciemment dans le but d'obtenir l'aide prévue par ce programme me rend passible de poursuites pouvant entraîner des sanctions civiles et/ou pénales.

**CONSENTEMENT**

Je comprends qu'en signant la présente demande/certification, j'accepte toute enquête visant à vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et à toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec cette demande ou toute autre demande liée aux allocations du Programme d'aide à l'énergie domestique (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 comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur d'énergie domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, y compris sans y être limité : ma consommation énergétique, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (Office of Temporary and Disability Assistance), au district de services sociaux (Social Services District) local et au Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis (United States Department of Health and Human Services) aux fins d'évaluer les performances du Programme d'aide pour l'énergie domestique des foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Program, LIHEAP).

**POUR OBTENIR L'HEAP: VOUS DEVEZ AVOIR RÉPONDU À TOUTES LES QUESTIONS, AINSI QUE SIGNÉ ET DATÉ VOTRE DEMANDE CI-DESSOUS.**

<b>SIGNEZ ICI :</b>  X	DATE DE SIGNATURE
NOM DE LA PERSONNE QUI VOUS A AIDÉ, LE CAS ÉCHÉANT :	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE :





AGENCY USE ONLY			
APPLICATION TYPE: <input type="checkbox"/> Full Documentation <input type="checkbox"/> Simplified			
Vendor	Account Number	Vendor Code	Vendor Relationship: <input type="checkbox"/> Current Bill/Vendor Statement <input type="checkbox"/> Collateral Contact
IDENTITY OF HOUSEHOLD MEMBERS			
LN	HOUSEHOLD MEMBER'S NAME	DOCUMENTATION	
01			
02			
03			
04			
05			
06			
IS ANYONE IN THE HOUSEHOLD VULNERABLE? <input type="checkbox"/> Under the age of 6 <input type="checkbox"/> Age 60 or older <input type="checkbox"/> Permanently Disabled Who _____ Documentation _____			
RESIDENCE – CHECK TYPE OF DOCUMENTATION OBTAINED			
<input type="checkbox"/> Current Rent Receipt w/Name & Address <input type="checkbox"/> Water, Sewage, or Tax Bill <input type="checkbox"/> Mortgage Payment Book/Receipts w/Address <input type="checkbox"/> Homeowner's/Renter's Insurance Policy <input type="checkbox"/> Copy of Lease w/Address <input type="checkbox"/> Utility Bill <input type="checkbox"/> Other _____			
INCOME DOCUMENTATION/CALCULATION		Categorically Eligible: <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> Code A SSI	
Comments, resolution activities, income calculation/documentation, verification of emergency for expedited regular benefit, vendor contract, etc. SHOW ALL CALCULATIONS		REGULAR BENEFIT (EMERGENCY USE PART B)	
<b>Gross Bi-Weekly</b> Income x 2.166666 <b>Gross Weekly</b> Income x 4.333333		<input type="checkbox"/> <b>SEPARATE HEAT (check one)</b> <input type="checkbox"/> Oil <input type="checkbox"/> Kerosene <input type="checkbox"/> LP Gas <input type="checkbox"/> Natural Gas <input type="checkbox"/> Wood <input type="checkbox"/> Wood Pellets <input type="checkbox"/> Coal/Corn <input type="checkbox"/> PSC Electric <input type="checkbox"/> Municipal Electric	
		<input type="checkbox"/> <b>HEAT INCLUDED IN RENT</b> <input type="checkbox"/> Payment to Household <input type="checkbox"/> Payment to Utility	
		Benefit \$ _____	
<b>TOTAL INCOME \$</b>			
<input type="checkbox"/> Application compared to previous information    Interview Completed <input type="checkbox"/> Yes, Date _____ <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> N/A <input type="checkbox"/> No prior application <input type="checkbox"/> No Changes <input type="checkbox"/> WMS Inquiry <input type="checkbox"/> Changes verified    How: _____			
<input type="checkbox"/> Pended	START: _____	END: _____	<input type="checkbox"/> APPROVED <input type="checkbox"/> DENIED
CERTIFYING AGENCY			
WORKER'S SIGNATURE/DATE			
SUPERVISOR'S SIGNATURE/DATE			
ACCORD POUR LA RÉVOCATION DE VOTRE DEMANDE			
<b>Signez ici uniquement si vous souhaitez révoquer votre demande d'HEAP.</b>			
<b>JE CONSENS À RÉVOQUER MA DEMANDE</b>		<b>SIGNEZ ICI X</b> _____	
JE COMPRENDS QUE JE PEUX DÉPOSER UNE NOUVELLE DEMANDE POUR BÉNÉFICIER DE L'HEAP À TOUT MOMENT AU COURS DE LA PÉRIODE DE DÉPOSE DES DEMANDES.			

**AGENCY USE ONLY**

**NOTES AND INCOME CALCULATION WORKSHEET**

**FEDERAL REPORTING STATUS OF HOME ENERGY SERVICE**

**THE HOUSEHOLD HAS ONE OR MORE OF THE FOLLOWING - CHECK ALL THAT APPLY**

- A disconnect notice. Company Name: \_\_\_\_\_
- Disconnection from service. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than ¼ tank of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Less than a 10-day supply of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- Out of fuel. Company Name: \_\_\_\_\_
- A non-working furnace/boiler/heat system that needs replacement
- Electricity as supplemented heating fuel.
- Wood as supplemental heating fuel.
- Other supplemental heating fuel.
- Central air conditioning.
- A window or wall air conditioner.

PROGRAMME D'AIDE POUR L'ÉNERGIE DOMESTIQUE DE L'ÉTAT DE NEW YORK  
(HEAP)

**INSTRUCTIONS POUR BIEN REMPLIR LA DEMANDE**

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

- gros caractères ;
- format données (fichier électronique accessible par lecteur d'écran) ;
- format audio (une transcription audio des instructions ou des questions de la demande) ; et
- braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous.

Le formulaire de demande et les instructions peuvent également être téléchargés en gros caractères, en format données et audio depuis [www.otda.ny.gov](http://www.otda.ny.gov). Veuillez noter que les demandes sont disponibles en format audio et en braille uniquement à titre informatif. Pour postuler, vous devez présenter une demande au format écrit non alternatif.

Si vous avez des handicaps qui vous empêchent de remplir cette demande et/ou d'attendre pour un entretien, veuillez en informer votre SSD. Le SSD fera tout son possible pour fournir des ajustements raisonnables pour répondre à vos besoins.

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

**INFORMATIONS IMPORTANTES SUR LE CALENDRIER DU PROGRAMME**

Les allocations HEAP sont disponibles uniquement lorsque le programme est ouvert. Les dates d'ouverture et de clôture des demandes sont redéfinies chaque année. Les dates d'attribution des allocations ordinaires et de celles d'urgence peuvent être différentes. Pour connaître les dates d'ouverture et de clôture du programme de cette année, consultez le site Internet de l'OTDA : <http://www.otda.ny.gov> ou appelez le numéro gratuit : 1-800-342-3009.

**AUTRES FORMATS :** Cochez « OUI » ou « NON » pour indiquer si vous êtes aveugle ou souffrez d'une déficience visuelle grave et souhaitez recevoir des informations écrites dans un autre format. Si oui, veuillez cocher le type de format que vous souhaitez. Les autres formats disponibles sont : gros caractères, CD de données, CD audio ou braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous. Si vous avez besoin d'autres adaptations ou d'assistance pour remplir cette demande, veuillez contacter votre district de services sociaux.

**INSTRUCTIONS POUR BIEN REMPLIR LA DEMANDE :**

Renseignez toutes les zones non grisées et répondez à toutes les questions.

**Qui doit remplir et signer la présente demande ?**

La présente demande doit être remplie par la personne directement responsable du paiement des factures de chauffage ou par le locataire principal si les frais de chauffage sont compris dans la location.

**Quelle adresse dois-je indiquer ?**

Votre adresse actuelle. Il doit s'agir de votre lieu de résidence principale et permanente.

**Pourquoi dois-je fournir le numéro de téléphone auquel je suis joignable en journée ?**

Il est important que vous fournissiez un numéro de téléphone auquel nous pouvons vous joindre. Cela nous permettra de ne pas perdre de temps dans le traitement de votre demande si des informations supplémentaires sont requises.

**Devrais-je me soumettre à un entretien ?**

Pour certains demandeurs, un entretien peut être nécessaire. Vous avez le choix entre un appel téléphonique ou un rendez-vous en présentiel. Veuillez indiquer votre préférence en cochant la case correspondante, page 1. Pour certains demandeurs, un entretien peut être nécessaire.

Toutes les demandes de réparation ou de remplacement d'un appareil de chauffage nécessitent un rendez-vous en présentiel.

**Qui dois-je mentionner dans la liste des membres de mon foyer ?**

Mentionnez toutes les personnes qui vivent chez vous, même si elles n'ont pas de lien de parenté avec vous ou si elles ne contribuent pas financièrement au fonctionnement du foyer. L'administration pourra vous demander de fournir une preuve d'identité pour tous les membres de votre foyer. Indiquez-vous en premier, sur la ligne 1. Si vous vivez seul-e, écrivez le mot « néant » sur la ligne 2.

**Identité de genre**

L'État de New York garantit votre droit d'accéder aux allocations et/ou aux services de l'État indépendamment du sexe, de l'identité ou de l'expression de genre. Vous devez déclarer votre sexe et le sexe de tous les membres du foyer comme masculin ou féminin. Le sexe que vous indiquez doit correspondre à la désignation de sexe actuellement enregistrée auprès de l'Administration de la sécurité sociale des États-Unis. Le sexe que vous déclarez est nécessaire pour traiter votre demande. Il n'apparaîtra sur aucune carte d'allocation que vous pourriez recevoir ou sur tout autre document public.

L'identité de genre est la façon dont vous vous percevez et comment vous vous décrivez. Votre identité de genre peut être identique ou différente de votre sexe attribué à la naissance. L'identité de genre n'est pas requise pour cette application. Si votre identité de genre, ou l'identité de genre de quelqu'un dans votre foyer, est différente du sexe que vous déclarez pour cette personne et que vous souhaitez fournir l'identité de genre de cette personne, indiquez en caractères d'imprimerie « Homme », « Femme », « Non-binaire », « X », « Transgenre », « Ne souhaite pas répondre » ou « Identité différente » dans l'espace prévu à cet effet. Si vous indiquez « Identité différente », vous pouvez choisir de décrire l'identité de genre de cette personne dans l'espace prévu à cet effet.

**Informations relatives aux citoyens/étrangers :**

Pour recevoir l'HEAP, un membre de votre foyer doit être un citoyen américain, un étranger qualifié ou un ressortissant non citoyen des États-Unis. Pour plus d'informations sur ce qu'est un étranger qualifié ou un ressortissant non citoyen des États-Unis, veuillez contacter la ligne d'assistance téléphonique du Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York au 1-800-342-3009 ou consultez le site Internet de l'OTDA : <http://www.otda.ny.gov>.

**Pourquoi dois-je fournir les numéros de sécurité sociale de tout le monde ?**

Vous devez fournir les numéros de sécurité sociale de tous les membres de votre foyer qui en possèdent un. Cette information est contrôlée auprès de l'administration de la sécurité sociale. Si l'un des membres de votre foyer ne possède pas de numéro de sécurité sociale, mais en a fait la demande, merci d'écrire « demandé » dans la case prévue pour le numéro de sécurité sociale. Si l'un des membres de votre foyer ne possède pas de numéro de sécurité sociale, merci d'écrire « néant » dans la case prévue pour le numéro de sécurité sociale. Ces informations peuvent être utilisées dans le cadre de recoupements avec d'autres agences fédérales ou de l'État afin de contrôler l'éligibilité de votre foyer à l'HEAP.

**Informations sur le logement**

Veuillez cocher la case correspondant à votre logement.

**Chauffage**

Veuillez répondre aux trois (3) questions.

**Comment dois-je compléter la section dédiée aux revenus ? Devrai-je fournir des preuves ?**

Indiquez les revenus de TOUS les membres du foyer. Pour toutes les sommes, indiquez le revenu brut avant toute déduction. On entend notamment par déductions (sans s'y limiter) : les impôts sur le revenu, les pensions alimentaires, les saisies-arrêts, l'assurance-maladie et les cotisations syndicales. Vous devez fournir des justificatifs de tous les revenus perçus, y compris ceux liés au travail indépendant et aux revenus locatifs. L'administration pourra vous demander de fournir une preuve pour tout autre revenu. Pour connaître les types de justificatifs acceptés, veuillez consulter la page 6 de ces instructions. N'envoyez pas les originaux des documents : ils ne vous seront pas renvoyés. Votre éligibilité sera déterminée d'après les revenus bruts mensuels de votre foyer, le mois de la demande.

Merci d'indiquer le montant de vos allocations de sécurité sociale avant toute déduction pour Medicare. Indiquez ensuite séparément les sommes que vous payez pour les parties B et/ou D de Medicare. Elles seront déduites de vos revenus.

Indiquez uniquement les intérêts ou parts de dividendes provenant de vos comptes bancaires, certificats de dépôt, actions, obligations ou de tout autre investissement. Indiquez chaque compte séparément. Si vous manquez de place, joignez des feuillets supplémentaires. Indiquez les sommes perçues depuis le début de l'exercice.

**Que signifie « représentant autorisé » ?**

Un représentant autorisé est une personne qui vous citez dans votre demande et à qui vous donnez le pouvoir d'agir en votre nom dans le cadre de votre demande d'HEAP. Ce statut de représentant autorisé n'est valable que pour le programme en cours et peut être révoqué par vos soins à tout moment au cours du programme en envoyant une déclaration correspondante à votre district de services sociaux local. Dans la mesure où cette personne sera amenée à fournir des informations en votre nom, il doit s'agir de quelqu'un qui connaît bien votre situation.

**Veillez à SIGNER et dater cette demande.** La demande doit être signée par la personne dont le nom figure sur la facture de chauffage ou par celle qui règle la facture, si celle-ci est libellée à un autre nom. Si le chauffage est inclus dans le loyer, c'est au locataire principal de remplir et de signer la présente demande.

**Inscription sur les listes électorales en application de la loi nationale d'inscription électorale**

Veillez joindre votre formulaire d'inscription sur les listes électorales à votre demande. Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales, mais souhaitez l'être, merci de renseigner ce formulaire. Cette démarche n'a aucune incidence sur votre éligibilité à l'HEAP ni sur le montant de l'allocation.

**DE QUELS DOCUMENTS AI-JE BESOIN POUR CETTE DEMANDE ?**

Les nouveaux demandeurs devront joindre les documents suivants à leur demande :

- Justificatif d'identité de tous les membres de leur foyer
- Numéro de sécurité sociale valide pour chaque membre du foyer qui en possède un
- Justificatif de domicile
- Une facture de fioul et/ou de service public si vous payez des frais de chauffage ou une attestation indiquant que les frais de chauffage sont inclus dans le loyer
- Justificatifs de revenus pour tous les membres du foyer

Pour connaître les types de justificatifs acceptés, veuillez consulter la page 6 de ces instructions. En outre, les nouveaux demandeurs devront se soumettre à un entretien. Vous avez le choix entre un appel téléphonique ou un rendez-vous en présentiel. Si vous optez pour un entretien par téléphone, merci de préciser un numéro de téléphone valide et l'heure la plus propice pour vous contacter à la page 1 de votre demande.

Toutes les demandes de réparation ou de remplacement d'un appareil de chauffage nécessitent un rendez-vous en présentiel et la production de tous les justificatifs requis.

**OU FAIRE LA DEMANDE ?**

Vous devez déposer votre demande dans le comté où se situe votre résidence actuelle. Vous pouvez déposer votre demande en personne, l'envoyer par courrier à l'adresse tamponnée en haut du formulaire de demande, ou vous adresser aux autres organismes de certification indiqués sur notre site Internet : <http://www.otda.ny.gov>.

**MES ALLOCATIONS**

Vous pouvez déposer votre demande d'HEAP en ligne sur <https://www.mybenefits.ny.gov>. Une fois que votre demande d'HEAP a été déposée, vous pouvez suivre l'avancée de son traitement depuis votre compte en ligne sécurisé : <https://www.mybenefits.ny.gov>. Si votre demande est acceptée, l'allocation vous sera versée. Vous pourriez également être éligible à un programme d'aide alimentaire. Vérifiez si vous êtes éligible et faites une demande de SNAP sur <https://www.mybenefits.ny.gov>. Pour plus d'informations sur l'HEAP et sur les autres programmes de services sociaux, consultez <https://www.mybenefits.ny.gov>.

**Comment mon allocation me sera-t-elle versée ?**

Si votre demande est acceptée et que c'est vous qui payez le chauffage, votre allocation sera envoyée à votre fournisseur de combustible de chauffage. Votre notification d'éligibilité mentionnera le nom du fournisseur. En cas d'erreur de fournisseur, merci d'en informer immédiatement le district de services sociaux local. Dans certains cas, votre allocation sera versée à votre compagnie d'électricité si vos frais de chauffage sont inclus dans le loyer. La notification que vous recevrez précisera le montant de l'allocation, son mode de versement et la méthode de calcul utilisée.

Les fournisseurs ne sont pas autorisés à faire de livraison avant réception du paiement ou tant que le district de services sociaux local n'en a pas donné l'ordre. Il n'est pas possible de demander des allocations pour des livraisons antérieures de combustible. Si vous avez besoin de combustible avant que votre fournisseur n'ait été payé ou ait reçu la notification requise, vous devez contacter votre district de services sociaux local.

Les allocations HEAP ordinaires constituent une aide ponctuelle pour vos frais de chauffage annuels, mais n'ont pas vocation à remplacer vos propres versements. Vous devez continuer à payer vos factures d'énergie.

**Qu'est-ce qu'une urgence HEAP ?**

- Vous n'avez plus de combustible ou il vous reste moins d'¼ de cuve de fioul, kérosène ou propane, ou moins de dix (10) jours de réserve, pour tout autre combustible de chauffage livrable.
- Votre chauffage au gaz naturel ou électrique a été coupé ou va bientôt l'être.
- L'appareil de chauffage du demandeur ne fonctionne pas.

**QUE FAIRE SI UNE SITUATION D'URGENCE SE PRÉSENTE ?**

Les allocations HEAP peuvent aider dans les situations d'urgence suivantes :

- Vous n'avez plus de combustible ou il vous reste moins d'¼ de cuve de fioul, kérosène ou propane, ou moins de dix (10) jours de réserve, pour tout autre combustible de chauffage livrable.
- Votre chauffage au gaz naturel ou électrique a été coupé ou va bientôt l'être.
- L'appareil de chauffage du demandeur ne fonctionne pas.

Si vous vous trouvez dans une situation d'urgence et que vous avez déjà demandé votre allocation ordinaire, mais que vous ne l'avez pas reçue, vous devez contacter votre district de services sociaux local après le lancement du programme. Dans la mesure du possible, les allocations HEAP ordinaires sont utilisées en priorité pour répondre à des urgences.

*N'ATTENDEZ PAS D'ÊTRE À COURT DE COMBUSTIBLE OU QUE VOTRE GAZ/ÉLECTRICITÉ AIT ÉTÉ COUPÉ POUR DEMANDER DE L'AIDE. SI VOTRE SERVICE PUBLIC A ÉTÉ COUPÉ, VOTRE FOURNISSEUR N'EST PAS TENU DE RESTAURER LE SERVICE, MÊME SI VOUS ÊTES ÉLIGIBLE À L'ALLOCATION HEAP.*

**AUDIENCE ÉQUITABLE**

Lorsque vous remplissez votre demande d'HEAP, vous disposez de certains droits. Vous avez le droit de savoir si votre demande a été acceptée ou refusée dans les trente (30) jours ouvrés à compter de la date de réception de votre demande complétée et signée par l'organisme de certification HEAP.

Même si vous avez reçu le formulaire de demande avant l'ouverture du programme, dans le cadre de nos efforts de sensibilisation, votre demande ne sera pas traitée avant la date d'ouverture du programme. Vous avez le droit de demander un rendez-vous et/ou une audience équitable si vous n'avez pas été informé de la décision concernant votre éligibilité dans les trente (30) jours ouvrés suivant la date de dépôt de votre demande complétée et signée auprès d'un organisme de certification HEAP (ou dans les trente (30) jours ouvrés suivant l'ouverture du programme si l'organisme de certification a reçu votre demande avant l'ouverture du programme).

Si vous souhaitez un rendez-vous, nous vous conseillons de le demander dès que possible. Lors du rendez-vous, s'il est établi que la décision prise n'était pas juste, ou si les éléments d'information que vous apportez permettent de changer la décision, des mesures correctives seront prises.

Si vous souhaitez un rendez-vous, merci de contacter votre district de services sociaux local sur : <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>. Cette page est réservée aux demandes de rendez-vous. Elle ne vous permet pas de demander une audience équitable. Si vous demandez ou avez demandé un rendez-vous, vous pouvez toujours bénéficier d'une audience équitable.

Les politiques et manuels du Bureau d'aide temporaire et aux personnes handicapées (Office of Temporary and Disability Assistance, OTDA) sont disponibles sur le site Web de l'OTDA à l'adresse [otda.ny.gov/legal](http://otda.ny.gov/legal). Ces documents et manuels sont à votre disposition ou à celle de votre représentant pour déterminer si une audience équitable doit être demandée ou pour s'y préparer. De plus, sur demande auprès de votre district de services sociaux local, des politiques et des manuels spécifiques de l'OTDA seront également fournis pour vous aider, vous ou votre représentant.

Si vous habitez n'importe où dans l'État de New York, vous pouvez demander une audience équitable par téléphone, fax, en ligne ou en écrivant à l'adresse ci-dessous :

**Téléphone** : Le numéro de téléphone gratuit pour les demandes à l'échelle de l'État est le 800-342-3334. Veuillez avoir l'avis à portée de main, le cas échéant, avec vous lorsque vous appelez.

**Fax** : Envoyez votre demande d'audience équitable au : 518-473-6735

**En ligne** : Remplissez le formulaire de demande en ligne sur <http://www.otda.ny.gov/oah/>

**Par courrier postal** : Pour toute notification, remplissez l'espace prévu à cet effet et envoyez une copie de la notification, ou écrivez au

NYS Office of Temporary and Disability Assistance  
Office of Administrative Hearings  
P.O. Box 1930  
Albany, NY 12201-1930

Si vous demandez une audience équitable, l'État de New York vous enverra une notification précisant la date, l'heure et le lieu de l'audience. Vous avez le droit de vous faire représenter par un conseiller juridique, un parent, un ami ou toute autre personne, ou de vous défendre vous-même. Lors de l'audience, votre avocat ou votre représentant aura l'occasion de produire des preuves écrites et orales, mais aussi d'interroger les personnes qui comparaitront à l'audience. Vous avez également le droit de convoquer des témoins qui parleront en votre faveur. Vous devez présenter, lors de l'audience, tous les documents susceptibles d'appuyer votre dossier.

Si vous avez besoin d'une assistance juridique gratuite, vous avez peut-être la possibilité d'en obtenir une en contactant votre société d'assistance juridique locale ou tout autre groupement de juristes. Pour localiser la société d'aide juridique ou le groupement de juristes le plus proche de chez vous, consultez les pages jaunes sous « juristes ».

Vous avez le droit de consulter votre dossier. Sur demande, vous pouvez également vous procurer gratuitement les copies des documents que votre département de services sociaux local compte produire comme preuves lors de l'audience équitable. Sur demande également, vous pouvez obtenir gratuitement des copies de tous les autres documents contenus dans votre dossier et pouvant vous être utiles lors de l'audience équitable. Pour demander ces documents ou savoir comment faire pour consulter votre dossier, contactez votre district de services sociaux local sur <http://otda.ny.gov/programs/heap/contacts>.

Si vous avez besoin d'un interlocuteur parlant l'espagnol, contactez la ligne d'assistance téléphonique de l'OTDA de l'État de New York au 1-800-342-3009.

## **D'AUTRES PROGRAMMES AUXQUELS VOUS POURRIEZ AVOIR DROIT :**

### **AIDE À L'INTEMPÉRISATION**

Vous pourriez être éligible aux programmes d'aide à l'intempérisation proposés par la Rénovation des logements et de la collectivité de l'État de New York (NYS Homes and Community Renewal, HCR) ou l'Autorité de recherche et de développement en matière d'énergie de l'État de New York (New York State Energy Research and Development Authority, NYSEDA). Vous trouverez une liste d'interlocuteurs locaux pour les bénéficiaires de subventions d'intempérisation sur : <http://hcr.ny.gov/weatherization-providers>. Pour plus d'informations sur les services d'énergie proposés par la NYSEDA, consultez <http://www.nyserda.ny.gov>. Votre signature sur le formulaire de demande d'HEAP nous autorise à transmettre et échanger des informations avec les programmes d'aide à l'intempérisation en votre nom.

### **PROGRAMME DE SERVICES PUBLICS POUR FAIBLES REVENUS**

Vous pouvez également être éligible au programme pour faibles revenus de votre fournisseur de services publics. Votre signature sur le formulaire de demande d'HEAP nous autorise à transmettre et échanger des informations avec votre fournisseur de services publics en votre nom.

## TYPES DE DOCUMENTS ACCEPTÉS

### RÉSIDENCE (lieu où vous vivez)

- Quittance de loyer actuelle précisant le nom et l'adresse du locataire et du propriétaire, ou bail avec nom et adresse
- Facture d'eau, de traitement des eaux usées, ou relevé d'imposition
- Police d'assurance du propriétaire/locataire
- Facture de services publics
- Relevé/reçus des mensualités de prêt payées, mentionnant l'adresse

### IDENTITÉ

Vous devez fournir un ou plusieurs des justificatifs ci-dessous pour chaque membre de votre foyer :

- Permis de conduire
- Pièce d'identité avec photo
- Passeport des États-Unis ou certificat de naturalisation
- Certificat de naissance ou de baptême\*
- Numéro de sécurité sociale valide\*
- Papiers d'adoption
- Dossier d'hospitalisation/dossier médical
- Dossiers scolaires
- Déclaration sur l'honneur d'une tierce personne\*

**\*Avec ces pièces, il est nécessaire de produire un second justificatif.**

### NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

Vous devez fournir des numéros de sécurité sociale valides pour tous les membres de votre foyer qui en possèdent un.

### VULNÉRABILITÉ

Vous devez fournir un des justificatifs suivants pour attester de la vulnérabilité de l'un des membres de votre foyer (enfant de moins de 6 ans, adultes de 60 ans ou plus, ou toute personne souffrant d'un handicap) :

- Certificat de naissance
- Certificat de baptême comportant la date de naissance
- Courrier d'allocation de SSA
- Passeport
- Permis de conduire
- Attestation écrite d'éligibilité à des allocations

### CHAUFFAGE

Si vous payez une facture de combustible ou de services publics, joignez une copie de votre dernière facture ou une attestation de votre fournisseur.

Si vous ne payez pas le chauffage, joignez une quittance de loyer actuelle précisant le nom et l'adresse du locataire et du propriétaire, un bail avec nom et adresse ou une attestation de votre propriétaire déclarant que les frais de chauffage sont inclus dans votre loyer.

### REVENUS

- Fiches de paie des quatre (4) dernières semaines
- Si vous travaillez à votre compte, rapports d'activité des trois (3) derniers mois ou déclaration d'impôts fédérale pour l'année en cours, avec toutes les annexes applicables.
- Revenus/Dépenses locatifs des trois (3) derniers mois ou déclaration d'impôt fédéral pour l'année en cours, avec toutes les annexes applicables.
- Pension alimentaire pour enfant ou pour conjoint
- Déclaration fiscale ou relevé bancaire/d'intérêts/de dividendes
- Déclaration sur l'honneur du locataire de la chambre/pensionnaire

### COPIE DU COURRIER D'ATTRIBUTION OU CORRESPONDANCE OFFICIELLE POUR LES SOURCES DE REVENUS CI-DESSOUS :

- Sécurité sociale/Revenu complémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI)
- Allocation d'ancien combattant
- Retraites
- Indemnités pour accident du travail/invalidité
- Prestations d'assurance-chômage

### RESSOURCES (uniquement pour les demandes d'allocations d'urgence)

- Argent liquide
- Actions/obligations
- Relevés de comptes chèque, comptes d'épargne et/ou certificats de dépôt
- Annuité
- Relevés de comptes épargne-retraite
- Paiements forfaitaires provenant de la vente de propriétés ou de prestations d'assurance.

**Pour toute demande de réparation ou de remplacement d'appareils de chauffage, des documents supplémentaires seront demandés. Si vous déposez une demande dans ce sens, vous recevrez une liste séparée de documents à fournir.**



# Formulaire d'inscription sur les listes électorales via les agences de l'État de New-York, en application de la loi nationale d'inscription électorale

Si vous n'êtes pas inscrit-e sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaitez-vous déposer une demande pour y être inscrit-e aujourd'hui ? »

- OUI** Si vous avez coché **OUI**, veuillez compléter la **DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ELECTORALES** ci-dessous :
- NON**, parce que j'ai décidé de ne pas m'inscrire sur les listes électorales **OU**
- Je suis déjà inscrite à mon adresse actuelle **OU**
- J'ai demandé et reçu un formulaire d'inscription par voie postale

*Si vous ne cochez aucune case, il sera considéré que vous n'avez pas souhaité vous inscrire sur les listes électorales.*

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_

Veuillez écrire votre nom en caractères d'imprimerie

## Important !

Le dépôt d'une demande pour vous inscrire ou refuser votre inscription sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur le montant des allocations que vous pourriez percevoir de la part de cette agence.

Nous sommes à votre disposition si vous avez besoin d'aide pour remplir le formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales. Il vous revient de demander ou d'accepter l'aide que nous vous proposons. Vous avez la possibilité de remplir votre formulaire de demande en privé.

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 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683 으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ইংরেজিতে পেতে চান, তাহলে, 1-800-367-8683 নম্বরে ফোন করুন

Rev. 01/2019

## DEMANDE D'INSCRIPTION SUR LES LISTES ÉLECTORALES (instructions au dos)

- Oui, j'ai besoin de faire une demande de vote par procuration **Veuillez remplir en caractères d'imprimerie ou à la machine, à l'encre bleue ou noire**  Oui, j'aimerais participer en tant qu'agent de bureau de vote

1	Étes-vous citoyen des États-Unis ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Aurez-vous 18 ans révolus le jour des élections ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Réservé à l'administration
	Si vous avez répondu <b>NON</b> , merci de ne pas renseigner ce formulaire		Si vous avez répondu <b>NON</b> , merci de ne pas renseigner ce formulaire, sauf si vous allez avoir 18 ans avant la fin de l'année		
3	Nom Prénom		Initiale du second prénom		Suffixe
4	Adresse de votre lieu de résidence (merci de ne pas indiquer de boîte postale)		N° d'appt	Ville/Village	Code postal Pays
5	Adresse de réception de votre courrier (si différente de celle indiquée ci-dessus)		B.P., relais postal, etc.		Bureau de poste Code postal
6	Date de naissance	7	Genre (facultatif)	8	Téléphone (facultatif) E-mail (facultatif)
10	Dernière fois où vous avez voté (année)	Votre adresse était (merci d'indiquer le numéro de maison, la rue et la ville)			9
	Dans le comté/l'État de	Sous le nom (si différent de votre nom actuel)			
11	Parti politique				12
	<input type="checkbox"/> Je souhaite intégrer un parti politique <input type="checkbox"/> Parti démocrate (Democratic party) <input type="checkbox"/> Parti libertarien (Libertarian party) <input type="checkbox"/> Parti républicain (Republican party) <input type="checkbox"/> Parti indépendant (Independence party) <input type="checkbox"/> Parti conservateur (Conservative party) <input type="checkbox"/> Parti SAM (SAM party) <input type="checkbox"/> Parti familles et travail (Working Families party) <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Parti vert (Green party) <input type="checkbox"/> Je ne veux pas intégrer de parti politique et souhaite rester un électeur <input type="checkbox"/> Aucun parti				
Numéro d'identification (veuillez cocher la case correspondante et indiquer votre numéro) <input type="checkbox"/> DMV de l'État de New York _____ <input type="checkbox"/> Quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale _____ <input type="checkbox"/> Je n'ai pas de DMV de l'État de New York ni de numéro de sécurité sociale					
Déclaration sous serment : J'atteste sur l'honneur que • Je suis citoyen des États-Unis. • J'aurai vécu dans ce comté, cette ville ou ce village pendant au moins 30 jours avant l'élection. • Je remplis toutes les exigences pour m'inscrire sur les listes électorales dans l'État de New York. • J'ai apposé ma signature ou une marque de ma main sur la ligne ci-dessous. • Les informations ci-dessus sont exactes. Je comprends que, dans le cas contraire, j'encours une amende pouvant aller jusqu'à 5 000 \$ et/ou 4 ans d'emprisonnement.					Signature ou marque à l'encre _____ Date _____

## (Facultatif) S'inscrire pour le don d'organes et de tissus

Nom de famille		
Prénom	Initiale second prénom	Suffixe
Adresse		
Numéro d'appt	Ville/Village	Code postal
Date de naissance	Genre <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Couleur des yeux	Taille	Ft. In.
E-mail	Numéro DMV ou ID de la ville de New York	

En signant ci-dessous, vous attestez que :

- Vous avez 16 ans ou plus ;
- Vous consentez à faire don de tous vos organes et tissus à des fins de greffe, recherche ou les deux ;
- Vous autorisez la commission électorale à communiquer vos nom et informations d'identification pour qu'ils soient inscrits au registre de dons pour la vie de l'État de New York (Donate Life Registry) ;
- Vous donnez également votre consentement pour que, après votre décès, le registre donne accès à ces informations aux organismes de collecte d'organes, réglementés par le gouvernement fédéral, ainsi qu'aux banques des yeux et des tissus homologuées par l'État de New York et à toute autre institution agréée par le commissaire chargé de la santé de l'État de New York.



Signature \_\_\_\_\_

Date \_\_\_\_\_

## Pré-requis pour l'inscription

### Vous pouvez utiliser ce formulaire pour :

- vous inscrire sur les listes électorales dans l'État de New York ;
- modifier votre nom et/ou adresse, en cas de changement depuis la dernière fois que vous avez voté ;
- intégrer un parti politique ou changer de parti politique.

### Pour vous inscrire, vous devez :

- être citoyen des États-Unis ;
- être âgé de 18 ans, au plus tard le 31 décembre de l'année de dépôt de ce formulaire  
(à noter : vous devez avoir 18 ans révolus le jour des élections présidentielles, primaires ou autres, si vous souhaitez pouvoir voter.) ;
- résider dans le comté ou la ville de New York au moins 30 jours avant une élection ;
- ne pas être en prison ou en liberté conditionnelle suite à une affaire criminelle (sauf si vous êtes en liberté conditionnelle après avoir été gracié ou si vos droits de citoyen ont été rétablis) ;
- ne pas déjà être inscrit sur les listes électorales ailleurs ;
- ne pas avoir été déclaré inapte à voter par une cour de justice.

## Important !

Si vous pensez qu'une tierce personne a porté atteinte à votre droit à vous inscrire ou à refuser de vous inscrire sur les listes électorales, à votre vie privée dans cette prise de décision ou dans la dépose de votre demande d'inscription aux listes électorales, à votre droit à choisir votre parti ou toute autre inclination politique, vous pouvez porter plainte auprès de :

NYS Board of Elections  
40 North Pearl St, Suite 5  
Albany, NY 12207-2729  
Téléphone : 1-800-469-6872 ;

Les utilisateurs de TDD/TTY sont invités à contacter le relais de l'État de New York au 711 ou à consulter notre site Internet - [www.elections.ny.gov](http://www.elections.ny.gov)

Votre décision de vous enregistrer restera confidentielle et ne sera utilisée qu'à des fins d'inscription sur les listes électorales. Toute décision de ne pas s'inscrire sur les listes électorales et/ou toute information sur le bureau où votre demande a été déposée restera confidentielle et ne sera utilisée qu'à des fins d'inscription sur les listes électorales.

## Vérification de votre identité

Nous essaierons de contrôler votre identité avant le jour de l'élection à l'aide de votre numéro DMV (numéro de permis de conduire ou numéro d'identification de non-conducteur) ou des quatre derniers chiffres de votre numéro de sécurité sociale, tels qu'indiqués dans la section 9.

Si vous n'avez ni numéro DMV ni numéro de sécurité sociale, vous pouvez utiliser une pièce d'identité avec photo valide, une facture récente de services publics, une attestation bancaire, une fiche de paie, un chèque du gouvernement ou tout autre document officiel portant la mention de vos nom et adresse. Vous pouvez joindre une copie de l'un de ces justificatifs d'identité au présent formulaire.

Si vous n'avez pas pu justifier de votre identité avant le jour de l'élection, on vous demandera de présenter votre pièce d'identité le jour où vous viendrez voter pour la première fois.

## Pour remplir le présent formulaire :

**Toute fausse inscription ou toute communication de fausses informations à la commission électorale constitue un crime.**

*Section 9 :* Vous devez choisir une seule option. Pour toute question, veuillez vous référer au paragraphe « Vérification de votre identité » ci-dessus.

*Section 10 :* Si vous n'avez jamais voté auparavant, veuillez écrire « Néant ». Si vous ne savez plus quand vous avez voté pour la dernière fois, mettez un point d'interrogation (?). Si vous avez voté auparavant sous un autre nom, merci d'indiquer ce nom ici. Dans le cas contraire, écrivez « Idem ».

*Section 11 :* Cochez une seule case. L'intégration dans un parti politique est facultative, mais, pour voter lors de l'élection primaire d'un parti politique, l'électeur doit appartenir à ce parti, sauf disposition contraire dans le règlement du parti à l'échelle de l'État.