

**Département des services sociaux**  
**Liste de vérification**  
 Département du comté pour Services à l'Enfance et à la Famille

Nom \_\_\_\_\_

Gestionnaire de cas/charge de travail : \_\_\_\_\_

Adresse \_\_\_\_\_

Numéro de dossier : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Posté/Donné le : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Les éléments cochés ci-dessous doivent être reçus avant le \_\_\_\_\_. **Sans ces éléments il se peut que nous ne pouvions pas déterminer votre éligibilité. Votre demande ou dossier actif pourront être refusés ou clôturés, ou certains membres ne pourront pas être éligibles.** Veuillez envoyer vos informations par télécopieur à \_\_\_\_\_. Si vous ne pouvez pas obtenir les informations nécessaires ou si vous aviez besoin de plus de temps, veuillez contacter votre agent au numéro du téléphone \_\_\_\_\_ ou par la poste.

Coupons Alimentaires	Medicaid	TANF		Coupons Alimentaires	Medicaid	TANF	
			Talons des chèques ou déclaration de l'employeur pour :  Fournissez ____ talons pour la période de :				Preuve de la source de Social Security (Couverture Sociale), SSI, Vétérans ou allocation de chômage, pension alimentaire pour enfants, indemnisation des accidentés du travail ou autre revenu du ménage pour :
			Preuve de citoyenneté /Statut d'étranger pour :				Déclaration(s) signée(s)/datée(s) de la personne/des personnes donnant de l'argent, de la pension alimentaire pour enfants, ou autre aide à votre ménage.
			Preuve de numéro de Social Security /demande d'un numéro pour :				Autre : (toute vérification nécessaire pour déterminer l'éligibilité)
			Preuve d'identité pour :				

Veuillez apporter avec vous, ou envoyer par la poste, des preuves pour les éléments cochés ci-dessous ou nous ne déduisons pas les frais dans les Coupons Alimentaire, et votre éligibilité pour TANF ou pour Medicaid ne pourra pas être déterminée.

Seulement pour Coupons Alimentaires	Seulement pour Medicaid	Seulement pour TANF
<input type="checkbox"/> Loyer actuel/paiements hypothécaires	<input type="checkbox"/> Informations sur le(s) parent(s) absent(s) de :	<input type="checkbox"/> Informations sur le(s) parent(s) absent(s) de :
<input type="checkbox"/> Assurance de propriétaire de la maison et/ou paiement d'impôts	<input type="checkbox"/> Preuve de demande pour :	<input type="checkbox"/> Preuve de demande pour :
<input type="checkbox"/> Frais actuels pour gaz, électricité, téléphone, ou autres dépenses pour les services publics	<input type="checkbox"/> Déclaration du médecin ou du fournisseur des soins de santé confirmant la grossesse et la date prévue de la naissance :	<input type="checkbox"/> Déclaration du médecin ou du fournisseur des soins de santé confirmant la grossesse et la date prévue de la naissance :
<input type="checkbox"/> Dépenses médicales (médecin, voyage, ordonnances, assurance médicale, prime d'assurance, hospitalisation) pour :	<input type="checkbox"/> Dépenses médicales (médecin, voyage, ordonnances, assurance médicale, prime d'assurance, hospitalisation) pour :	<input type="checkbox"/> Dossier d'immunisation pour :
<input type="checkbox"/> Obligation légale du montant de la pension alimentaire pour enfant(s) due et payée à quelqu'un qui n'est pas dans votre logement :	<input type="checkbox"/> Déclaration de Citoyenneté pour :	<input type="checkbox"/> Obligation légale du montant de la pension alimentaire pour enfants due et payée à quelqu'un qui n'est pas dans votre logement :
<input type="checkbox"/> Frais pour la garde d'enfant pour :	<input type="checkbox"/> Preuve d'Autre Assurance Médicale ou Assurance de Responsabilité Civile pour :	<input type="checkbox"/> Frais pour la garde d'enfant pour :
<input type="checkbox"/> Autre : (Résidence etc.)	<input type="checkbox"/> Autre :	<input type="checkbox"/> Autre : (Preuve des Soins Prénataux, Relevé Bancaire actuel etc.)