




**Département des services sociaux de Géorgie
Formulaire de renouvellement SNAP/MEDICAID/TANF**

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou compléter ce document ou pour communiquer avec nous, demandez-nous ou appelez le (877) 423-4746. Nos services, y compris les interprètes, sont gratuits. Si vous êtes sourd, malentendant, sourd-aveugle ou avez des difficultés à parler, vous pouvez nous appeler au numéro ci-dessus en composant le 711 (Georgia Relay).

A utiliser au bureau uniquement : Date de réception _____ Numéro d'identification du client _____	
Date d'ouverture : _____	
Programmes lancés :  TANF  SNAP  Medicaid	

Si vous faites une nouvelle demande des prestations SNAP ou si vous renouvelez vos prestations TANF ou Medicaid, vous pouvez remplir ce formulaire de renouvellement/demande en indiquant uniquement votre nom, votre adresse et votre signature. **Cependant, nous pourrions traiter plus rapidement votre demande, votre recertification/renouvellement si vous remplissez le formulaire en entier et fournissez une vérification des informations, si elle est demandée.** Vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande de renouvellement conjointe pour le programme SNAP/Medicaid et/ou TANF ou pour le programme SNAP uniquement. Votre renouvellement du programme SNAP ne sera pas interrompu au seul motif que votre renouvellement/demande pour un autre programme a été refusé/terminé. Nous effectuerons une évaluation d'éligibilité distincte pour votre renouvellement du programme SNAP.

Veillez INDIQUER le nom et l'adresse de la personne qui présente une nouvelle demande de prestations dans l'espace ci-dessous :

Nom du client :	Date de naissance :	Numéro de Sécurité Sociale : (Facultatif pour les non-demandeurs*)
Vous êtes SDF ? Oui _____ Non _____		*Voir citoyenneté, statut d'immigration et numéros de sécurité sociale ci-dessous.
Adresse de la rue :		
Adresse postale :		
Numéro de téléphone principal :	Autre numéro de téléphone :	
Communication électronique : Courriel : Oui __ ou Non __ (Facultatif) SMS : Oui _____ ou Non _____ (Facultatif)	Adresse électronique : (facultatif)	
Quelle est votre langue préférée ?	Si un entretien est nécessaire, aurez-vous besoin d'un interprète ? Oui _____ ou Non _____	

Loi sur les Américains handicapés : Demande de modification raisonnable et d'aide à la communication (si nécessaire) :

Avez-vous un handicap qui nécessite une modification raisonnable ou une aide à la communication ? Oui _____ Non _____

(Si oui, veuillez décrire la modification raisonnable ou l'aide à la communication que vous demandez) :

Interprète en langue des signes _____; TTY _____; Gros caractères _____; Communication électronique (courriel) _____; Braille _____;

Relais Vidéo____; Interprète de la parole codée_; Interprète oral____; Interprète tactile____; Appel téléphonique pour rappeler les échéances du programme____; Signature téléphonique (le cas échéant)____; Entretien en face à face (visite à domicile)____; Autre : _____

Avez-vous besoin de cette modification raisonnable ou d'une aide à la communication une seule fois _____ ou en continu _____? Si possible, expliquez brièvement quand et pendant combien de temps vous avez besoin de cette modification ou de cette aide ?

Je déclare, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les informations que je donne dans cette demande. Des informations peuvent être obtenues auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation aux activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences des programmes de SNAP et/ou TANF. Je déclarerai également si une personne de mon ménage reçoit des gains de loterie ou de jeu d'argent, d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant que les impôts ou autres montants soient retenus). Je déclarerai ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage a reçu les gains. Je comprends que si une information est incorrecte, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu des programmes du DHS-DFCS pour avoir fourni sciemment des informations incorrectes. Je comprends que je peux être poursuivi en justice si je fournis de fausses informations ou si je cache des informations. Je comprends que si j'ometts d'informer le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses pendant la procédure de demande ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations SNAP.

Le Département des Services Sociaux de Géorgie ("DHS") recueille des informations personnellement identifiables (PII), telles que les noms, adresses, numéros de téléphone, adresses électroniques et dates de naissance, etc. lors de votre demande de prestations. En nous soumettant des informations personnelles, vous acceptez que nous puissions collecter, utiliser et divulguer ces informations personnelles conformément aux politiques et procédures de DHS, et comme le permettent ou l'exigent la loi et/ou les règlements.

Signature :

Date

Signature du témoin si signé par "X"

Date

Assistance médicale Pathways :

L'assistance médicale Pathways est un programme qui offre une couverture Medicaid gratuite ou à coût réduit aux personnes âgées de 19 à 64 ans, qui ont un revenu du ménage jusqu'à 100 % du niveau fédéral de pauvreté (FPL), qui ne sont pas admissibles à Medicaid et qui remplissent les conditions d'admissibilité. Si vous souhaitez être pris en considération pour le programme Pathways, veuillez également remplir l'annexe D.

Représentant autorisé :

Ne remplissez cette section que si vous souhaitez qu'une personne ou une organisation remplisse votre demande/renouvellement, réalise votre entretien pour les bons d'alimentation (SNAP) ou le TANF, et/ou utilise votre carte SNAP EBT pour acheter de la nourriture lorsque vous ne pouvez pas vous rendre au magasin. Veuillez cocher pour chaque type de programme la personne que vous souhaitez désigner comme représentant autorisé. Veuillez cocher les fonctions que vous souhaitez confier à la personne ou à l'organisation. Si vous faites une demande de Medicaid, vous pouvez choisir plus d'une personne pour faire une demande d'assistance médicale en votre nom.

Représentant Autorisé 1 Types de Programmes : SNAP TANF Assistance médicale

Représentant Autorisé 1 Fonctions : Signer la demande au nom du demandeur Remplir et soumettre le formulaire de renouvellement Recevoir des copies des avis et autres communications Agir au nom du demandeur pour toute autre question Recevoir une carte de prestation TANF (Way2Go)

Nom de la Personne 1 : _____
Nom de l'organisation 1 (le cas échéant) : _____ Téléphone : _____

Adresse : _____ Apt : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Communication électronique : Courriel : Oui _____ Non _____ (Facultatif) SMS : Oui _____
Non _____ (Facultatif)

Adresse électronique (facultatif) _____
Langue préférée : _____ Un interprète est-il nécessaire ? Oui _____ ou Non _____

Représentant autorisé 2 Types de programmes : SNAP TANF Assistance médicale

Représentant Autorisé 2 Fonctions : Signer la demande au nom du demandeur Remplir et soumettre le formulaire de renouvellement Recevoir des copies des avis et autres communications Agir au nom du demandeur pour toute autre question Recevoir une carte de prestation TANF (Way2Go)

Nom de la Personne 2 : _____
Nom de l'organisation 2 (le cas échéant) : _____ Téléphone : _____
Adresse : _____ Apt : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Communication électronique : Courriel : Oui _____ Non _____ (facultatif) SMS : Oui _____
Non _____ (facultatif)

Adresse électronique (facultatif) _____
Langue préférée : _____ Un interprète est-il nécessaire ? Oui _____ ou Non _____

Loi sur les Américains handicapés : Demande de modification raisonnable et d'aide à la communication pour les représentants autorisés (le cas échéant) :

Le représentant autorisé souffre-t-il d'un handicap qui nécessitera une modification raisonnable ou une aide à la communication ? Oui ___ Non ___

(Si oui, veuillez décrire la modification raisonnable ou l'aide à la communication que vous demandez) :

Interprète en langue des signes _____ ; TTY _____ ; Gros caractères _____ ; Communication électronique (courriel) _____ ; Braille _____ ; Relais Vidéo _____ ; Interprète en langage parlé codée _____ ; Interprète oral _____ ; Interprète tactile _____ ; Appel téléphonique pour rappeler les échéances du programme _____ ; Signature téléphonique (le cas échéant) _____ ; Entretien en face à face (visite à domicile) _____ ;

Autre : _____

Le représentant autorisé a-t-il besoin de cette modification raisonnable ou de cette aide à la communication une seule fois ___ ou en permanence ___ ? Si possible, expliquez brièvement quand et pendant combien de temps vous avez besoin de cette modification ou de cette aide ? _____

Pour Medicaid seulement :

Envisagez-vous de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (vous pouvez toujours demander une assurance maladie même si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus fédérale.)

Oui Non Si **oui**, veuillez répondre aux questions a, b, et c. Si Non, veuillez répondre à cette question c.

- a. Allez-vous déposer une demande conjointe avec un conjoint ? Oui Non Si **oui**, nom du conjoint : _____
- b. Allez-vous déclarer des personnes à charge dans votre déclaration de revenus ? Oui Non
Si **oui**, veuillez indiquer le(s) nom(s) des personnes à charge : _____
- c. Est-ce que quelqu'un sera déclaré comme personne à charge dans la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ?
 Oui Non

Si **oui**, veuillez indiquer le nom du déclarant et de la personne à charge: _____
Quel est le lien entre la personne à charge et le déclarant ? _____

SERVICES DE SENSIBILISATION DE LA COMMUNAUTÉ :

Pour plus d'informations sur les autres services du DHS, veuillez consulter notre site Web à l'adresse www.dfcs.georgia.gov ou appeler le (877) 423-4746.

Veuillez répondre à toutes les questions et fournir les preuves de tous les revenus et de toutes les dépenses demandées.

LA CITOYENNETÉ LE STATUT D'IMMIGRATION ET LES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE :

Veuillez remplir le tableau ci-dessous concernant le demandeur et tous les membres du ménage. Les lois et règlements fédéraux suivants : La loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008, 7 U.S.C. § 7-2036, 2011-2036, 7. C.F.R. § 273.2, 45 C.F.R.

§ 205.52, 42 C.F.R. § 435.910, et 42 C.F.R. § 435.920, autorise la DFCS à demander votre numéro de sécurité sociale et celui des membres de votre foyer. Toute personne vivant dans votre foyer et ne demandant pas de prestations peut être traitée comme un **non-demandeur**. Les non-demandeurs ne sont pas tenus de nous donner d'informations sur leur numéro de sécurité sociale, leur citoyenneté ou leur statut d'immigrant et n'ont pas droit aux prestations. Les autres membres du ménage peuvent encore bénéficier de prestations s'ils sont par ailleurs éligibles. Si vous voulez que nous décidions si certains membres du ménage ont droit à des prestations, vous devrez toujours nous informer de leur citoyenneté ou de leur statut d'immigration et nous donner leur numéro de sécurité sociale (SSN). Vous devrez toujours nous informer de **leurs** revenus et de leurs ressources afin de déterminer l'éligibilité et le niveau de prestations du ménage. Nous ne signalerons aucun membre du ménage non demandeur au système de vérification systématique des étrangers pour les droits à pension (SAVE) des services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis (USCIS) s'il ne nous communique pas sa citoyenneté ou son statut d'immigration. Toutefois, si des informations sur le statut d'immigrant ont été soumises sur votre demande, ces informations peuvent faire l'objet d'une vérification par le système SAVE et peuvent affecter l'éligibilité du ménage et le niveau des prestations. Nous comparerons vos informations avec celles d'autres organismes fédéraux, étatiques et locaux afin de vérifier vos revenus et votre éligibilité. Ces informations peuvent également être communiquées aux responsables de l'application des lois afin qu'ils les utilisent pour attraper les personnes qui fuient la loi. Si votre foyer a une réclamation SNAP, les informations fournies dans cette demande, y compris le numéro de sécurité sociale, peuvent être transmises aux agences fédérales et d'État ainsi qu'aux agences de recouvrement de créances privées pour qu'elles les utilisent dans le cadre du recouvrement de la réclamation. Nous ne refuserons pas les prestations aux membres du ménage demandeur parce que d'autres membres du ménage ne fournissent pas leur SSN, leur citoyenneté ou leur statut d'immigration. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence, vous n'avez pas à fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigrant.

Prénom	M I	Nom de famille	Hispanique ou Latino ? (Facultatif)	Race (Facultatif)	Sexe M/F	Date de naissance Format (jj/mm/aa)	Lien avec vous	Numéro de sécurité sociale (facultatif pour les non-demandeurs)	Êtes-vous un citoyen américain, un ressortissant américain, un immigrant qualifié ou en situation d'immigration satisfaisante ? (Demandeurs uniquement) (O/N)	Est-ce que la mère de cet enfant vit dans le foyer ? (O/N)	Est-ce que le père de cet enfant vit dans le foyer ? (O/N)	Est-ce que vous voulez Medicaid ? (O/N)
			O/N				SOI		O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N
			O/N						O/N	O/N	O/N	O/N

Codes de la race (Choisissez tous ceux qui s'appliquent) :

AI - Amérindien ou autochtone d'Alaska

AS - Asiatique

BL - Noir ou afro-américain

HP - Native Hawaïenne ou autre insulaire du Pacifique

WH - Blanc

En fournissant des informations sur votre race/ethnicité, vous nous aidez à administrer nos programmes de manière non discriminatoire. Votre ménage n'est pas tenu de nous fournir ces informations et celles-ci n'auront aucune incidence sur votre admissibilité ou votre niveau de prestations. Toutefois, si vous ne fournissez pas ces informations, l'identification visuelle de la race et de l'ethnicité sera effectuée lors du premier entretien en face à face.

Si vous ou les autres membres du ménage êtes un citoyen naturalisé ou un étranger/immigrant qualifié, remplissez le tableau suivant :

(veuillez ajouter des pages supplémentaires si nécessaire)

NOM		Type de document d'immigration	Numéro d'identification de l'étranger/certificat/document	Avez-vous vécu aux États-Unis depuis 1996 ? (O/N)	Date de naturalisation/Date d'entrée ou d'admission aux États-Unis (le cas échéant) Format (jj/mm/aa)	Êtes-vous, ou votre conjoint ou un parent, un ancien combattant ou un membre en service actif de l'armée américaine ? (O/N)
Prénom	Initiale du second prénom Nom de famille					

Pour Medicaid seulement :

Est-ce que quelqu'un dans votre foyer était en famille d'accueil à l'âge de 18 ans ? Oui Non

Si vous avez des personnes à charge en matière d'impôts qui ne vivent pas dans le foyer avec vous, veuillez en dresser la liste ci-dessous.

Nom : _____ Numéro de Sécurité Sociale _____ Sexe : M F (veuillez encercler un choix)

Date de naissance : _____ Citoyenneté : _____

Lien avec vous: _____ (veuillez ajouter des pages supplémentaires si nécessaire)

Dites-nous en plus sur le demandeur et tout les membres du ménage

Nous avons besoin de plus d'informations sur le demandeur et sur tous les membres du ménage afin de décider qui a droit aux prestations. Veuillez répondre uniquement aux questions concernant les prestations que vous souhaitez recevoir sur la page ci-dessous.

1. Quelqu'un a-t-il reçu des prestations dans un autre comté ou état ? (uniquement pour SNAP et TANF)
 Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____

Où : _____

Quand : _____

2. Est-ce que quelqu'un a été reconnu coupable d'avoir fourni de fausses informations sur son lieu de résidence et son identité afin d'obtenir des prestations SNAP multiples dans plusieurs zones après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

Si **oui**:

Qui : _____

Où : _____

Quand : _____

3. Est-ce qu'une personne de votre foyer a volontairement quitté son emploi ou réduit volontairement son temps de travail en dessous de 30 heures par semaine dans les 30 jours suivant la date de la demande ? (uniquement pour SNAP et TANF) Oui Non

Si **oui**, qui a démissionné ? _____

Pourquoi a-t-il/elle démissionné ? _____

4. Quelqu'un est enceinte ? (cette question ne s'applique pas aux demandeurs de SNAP) Oui Non

Si **oui**, nom de la femme enceinte : _____

Quelle est la date d'accouchement prévue ? ____ et combien de bébés sont attendus ? _____

Si non, est-ce que quelqu'un dans le ménage a accouché ou une grossesse a été interrompue au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Si **oui**, nom de la femme enceinte : _____

Quelle a été la date de l'accouchement/de la fin de la grossesse ? _____ et combien de bébés ont été mis au monde/attendus ? _____

*Pour les candidats au TANF seulement, veuillez fournir les renseignements suivants :

Nom du père du futur bébé : _____ Adresse du père : _____

5. Pour les demandeurs de Medicaid, quelqu'un a-t-il des factures médicales impayées au cours des 3 derniers mois ? Oui Non

Si **oui**, veuillez envoyer les factures impayées si vous avez un dossier Medicaid.

6. Quelqu'un est-il exclu du programme SNAP ou TANF ? (uniquement pour SNAP et TANF) Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____

Où : _____

7. Est-ce que quelqu'un s'enfuit pour échapper à des poursuites ou à une prison pour un crime ? (uniquement pour SNAP et TANF) Oui Non

Si **oui**, qui ? _____

8. Est-ce que quelqu'un viole les conditions de sa probation ou de sa libération conditionnelle ? (uniquement pour SNAP et TANF) Oui Non

Si **oui**, qui ? _____

9. Est-ce que quelqu'un a été condamné pour un crime en raison d'un comportement lié à la possession, l'utilisation ou la distribution d'une substance médicamenteuse contrôlée (c'est-à-dire un crime lié à la drogue) après le 22/08/1996 (pour les bons alimentaires (SNAP) et le TANF uniquement) ou pour un crime violent (pour le TANF uniquement) ? Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____ Quand : _____

- a. Êtes-vous en conformité avec les conditions de probation liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime lié à la drogue ? (pour SNAP uniquement) Oui Non
- b. Êtes-vous en conformité avec les conditions de libération conditionnelle liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime lié à la drogue ? (pour SNAP uniquement) Oui Non
- c. Avez-vous terminé avec succès **toutes les conditions de probation ou de libération conditionnelle** liées à une condamnation pour drogue ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

10. Avez-vous été condamné, vous ou un membre de votre ménage, pour avoir échangé des prestations SNAP contre de la drogue après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____ Quand : _____

11. Avez-vous été condamné, vous ou un membre de votre foyer, pour avoir acheté ou vendu des prestations SNAP d'un montant supérieur à 500 dollars après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____

Quand : _____

12. Avez-vous, ou un membre de votre foyer, été condamné pour avoir échangé des prestations SNAP contre des armes, des munitions ou des explosifs après le 22/08/1996 ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____

Quand : _____

13. Est-ce que vous ou un membre de votre foyer a été condamné en tant qu'adulte pour abus sexuel aggravé, meurtre, exploitation sexuelle et autres abus sur des enfants, une infraction fédérale ou d'État impliquant une agression sexuelle, ou une infraction à la loi d'État déterminée par le procureur général comme étant substantiellement similaire à une telle infraction, après le 07/02/2014 ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

Si **oui** :

Qui : _____

Quand : _____

- a. Êtes-vous en conformité avec les conditions de probation liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement) Oui Non
- b. Êtes-vous en conformité avec les conditions de libération conditionnelle liées à toute peine reçue à la suite d'une condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement) Oui Non
- c. Avez-vous terminé avec succès toutes les conditions de probation ou de libération conditionnelle liées à toute condamnation pour crime ? (pour SNAP uniquement) Oui Non

14. Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez reçu des gains de loterie ou de jeu ?

Oui

Non

Si **oui** :

Qui : _____ Quand : _____ Montant reçu : _____

15. Est-ce que quelqu'un a utilisé des fonds TANF ou la carte Way2Go dans les établissements suivants : magasins d'alcool, casinos, salles de poker, entreprises de divertissement pour adultes, cautions, boîtes de nuit, salons/tavernes, salles de bingo, pistes de course, magasins d'armes à feu/de munitions, bateaux de croisière, lecteurs psychiques, boutiques de tabac, de tatouage/de piercing, et salons de spa/massage ? (uniquement pour TANF) Oui Non

Si oui :

Qui : _____ Quand : _____

16. La personne qui demande des prestations perçoit-elle actuellement une pension alimentaire ? Oui Non

Si oui :

Qui : _____

Montant mensuel reçu : _____

Date de finalisation ou de dernière modification de l'accord sur la pension alimentaire : ____

Uniquement pour SNAP et TANF :

ÉTUDIANTS DANS L'ENSEIGNEMENT SUPÉRIEUR : Est-ce que quelqu'un dans votre ménage est inscrit au moins à mi-temps dans un collège, une université, une école professionnelle ou technique ?

Oui Non Si oui, qui : _____

Nom de l'école: _____ Classe/Statut : _____ Date d'obtention du diplôme : ____

L'étudiant a-t-il un emploi ? Oui Non Inscrit à un programme d'études professionnelles ?

Oui Non

Si oui, nombre d'heures travaillées par semaine__ (veuillez également remplir la section relative à l'emploi ci-dessous.)

Pour le SNAP uniquement :

Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a des frais médicaux ? Oui Non

Est-ce que vos dépenses médicales telles que les primes Medicare, le coût des médicaments sur ordonnance ou les factures d'hôpital ont changé ? Oui Non

Si oui, indiquez les dépenses dans le tableau ci-dessous et joignez les factures du (des) mois le(s) plus récent(s).

Membre du ménage facturé	Type de dépense (médecin, hôpital, ordonnance)	Montant dû	Date de la facture	Est-ce que l'assurance paiera ? Oui/Non

Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a des frais médicaux pour le transport ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations ci-dessous. Si vous bénéficiez de Medicaid, fournissez-en la preuve :

Objet du voyage (visite chez le médecin ou à l'hôpital ; retrait à la pharmacie)	Total des kilomètres parcourus :	Coût du taxi, du bus, du stationnement ou de l'hébergement :
--	----------------------------------	--

Est-ce que quelqu'un d'autre paie l'un de ces frais médicaux pour vous ? Oui Non

Si oui, veuillez fournir les informations ci-dessous :

Quelle est la dépense payée ?	Qui paie la facture ?
A qui cette personne paie-t-elle les factures ?	Adresse :

Pour Medicaid seulement :

AUTRE COUVERTURE SANITAIRE

Est-ce que quelqu'un est inscrit à l'assurance maladie maintenant parmi les personnes suivantes ?

- Département des services sociaux de Géorgie Medicaid ☎ PeachCare for Kids® (en anglais) ☎ Assurance-maladie
- Programmes de soins de santé des VA ☎ TRICARE (ne cochez pas si vous bénéficiez de soins directs ou si vous avez fait votre service militaire)
- Assurance de l'employeur : Nom de l'assurance _____ Numéro de Police _____
- Autre : Nom de l'assurance _____ Numéro de Police _____

Avez-vous une assurance maladie **autre que** Medicaid ? Oui Non

Si oui, envoyez-nous une copie de votre carte d'assurance.

RESSOURCES :

(Pas nécessaire pour MAGI Medicaid) : Est-ce qu'une personne de votre foyer dispose de l'une des ressources suivantes ?

Oui Non (Si oui, fournissez les informations ci-dessous. Si vous bénéficiez du programme Medicaid pour personnes âgées, aveugles ou handicapées (autre que les plans d'épargne Medicare tels que QMB, SLMB ou QI-1 uniquement), fournissez une preuve.

Type de ressource	Propriétaire	Numéro de compte/police (ne pas remplir si votre numéro de compte/police est le même que votre SSN)	Valeur	Nom de la banque, de la compagnie d'assurance, etc.
Espèces				
Chèque/Épargne				
Caisse populaire				
Rentes				
Actions ou obligations				
Coffre-fort				
Compte de retraite (pour les non-MAGI)				
Véhicules (pour les non-MAGI)				
CD/Rentes (pour les non-MAGI)				
Plans funéraires prépayés				
Parcelles de cimetière (pour les non-MAGI)				
Fonds fiduciaires (pour les non-MAGI)				
Biens non domiciliés				
Biens domiciliés (pour les non-MAGI)				
Assurance vie (pour les non-MAGI)				
Autre				

Uniquement pour les personnes âgées, aveugles ou handicapées de Medicaid :

Est-ce que vous, votre conjoint ou une personne pour laquelle vous faites une demande avez vendu, échangé ou donné une ressource au cours des 60 derniers mois. Oui Non

Si oui, quoi ? _____ Quand ? _____

Pour SNAP, TANF et Medicaid :

EMPLOI : Est-ce que quelqu'un dans votre ménage travaille ? Oui Non

Si oui, indiquez les informations relatives à la rémunération de la personne employée, telles que les salaires, les primes et les pourboires, et joignez la preuve de TOUS les revenus bruts perçus au cours des 4 dernières semaines.

PERSONNE TRAVAILLANT	EMPLOYEUR	PAYER PAR HEURE	HEURES PAR SEMAINE	FRÉQUENCE DE PAIEMENT	DATE(S) PAYÉE(S)	PRIME AU RENDEMENT	POURBOIRES

Quelqu'un est en grève ? Oui Non

Pour Medicaid seulement : DÉPENSES AVANT IMPÔT :

Assurance maladie _____ \$ À quelle fréquence ? _____ Assurance vision \$ _____ À quelle fréquence ? _____

Assurance dentaire \$ _____ À quelle fréquence ? _____ Autre type de déduction \$ _____ À quelle fréquence ? _____

Autre type de déduction \$ _____ À quelle fréquence ? _____ Autre type de déduction \$ _____ À quelle fréquence ? _____

Autre type de déduction \$ _____ À quelle fréquence ? _____
Plus d'informations ? Veuillez les joindre sur une feuille séparée.

Les dépenses avant impôt sont des déductions prélevées sur votre revenu avant imposition. Les déductions ne sont pas toutes hors taxes.

DÉDUCTIONS DE LA DÉCLARATION DE REVENUS :

Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence de vos paiements.

NOTE : Vous ne devriez pas inclure un coût que vous avez déjà pris en compte dans votre réponse à la question du travail indépendant.

Pension alimentaire versée \$ _____ À quelle fréquence ? _____ Intérêts sur les prêts étudiants \$ _____ À quelle fréquence ? _____

Autre type de déduction _____ \$ À quelle fréquence ? _____ Autre type de déduction _____ \$ À quelle fréquence ? _____

Pour SNAP, TANF et Medicaid :

Quelqu'un a-t-il cessé de travailler ? Oui Non

Si oui, complétez le formulaire suivant et fournissez une preuve :

Quel est le travail arrêté ?	Nom du membre du ménage qui a arrêté de travailler :	
Lieu d'emploi :		
Date d'arrêt du paiement :	Date du dernier chèque :	Montant du dernier salaire (brut) :

Quelqu'un a-t-il commencé à travailler ? Oui Non

Si oui, complétez le formulaire suivant et fournissez une preuve :

Nom de la personne qui a commencé à travailler :	Date de début :	Numéro de téléphone :
Nom de l'employeur/entreprise :	Taux de salaire : \$	Date du premier chèque reçu/à recevoir :
Fréquence de paiement (veuillez cocher une case) :		
<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bi-hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre		

TRAVAIL INDÉPENDANT :

Y a-t-il des travailleurs indépendants ?

Oui Non (Si oui, qui ?) _____

Veuillez fournir la preuve du revenu d'un travail indépendant par des dossiers fiscaux, des documents commerciaux, des reçus, des factures ou des déclarations de clients d'une entreprise établie.

Cette entreprise est-elle constituée en société ? Oui Non

Cette personne a-t-elle des dépenses liées à l'exercice d'une activité indépendante ? Oui Non

Si **oui**, quel type de dépenses cette personne a-t-elle ? _____

Pour Medicaid et TANF uniquement : fournissez la preuve des dépenses liées au travail indépendant.

REVENUS NON GAGNÉS :

Est-ce que quelqu'un dans votre foyer reçoit de l'argent provenant de cotisations, de la sécurité sociale, du SSI, de la VA, de la pension alimentaire, du chômage, de la retraite ou de tout autre revenu ? Oui Non

Si **oui**, remplissez les informations ci-dessous et fournissez la preuve de tous les revenus perçus au cours des 4 dernières semaines ou la lettre d'attribution la plus récente.

Nom	Source	Montant	À quelle fréquence ?

Pour MAGI Medicaid : Les revenus provenant d'une pension alimentaire, d'une allocation d'ancien combattant, d'un revenu complémentaire de sécurité (SSI) ou d'indemnités pour accident du travail ne sont pas pris en compte.

COÛTS DES SOINS AUX PERSONNES DÉPENDANTES :

Prenez-vous en charge les soins d'un enfant à charge ou d'un membre adulte handicapé du ménage ?

Oui Non

Si **oui**, répondez aux questions ci-dessous.

Personne qui a besoin de soins :		Personne qui paie les soins :	
Nom du prestataire :		Combien de prestataires sont payés :	Fréquence de paiement :
N° de téléphone du prestataire :	Motif des soins :		

Prenez-vous en charge les frais de transport d'un enfant à charge ou d'un adulte handicapé membre du ménage ?

Oui Non

Est-ce que ces dépenses sont incluses dans les frais de garde des personnes à charge ? Oui Non

Si **non**, veuillez répondre à cette question : **Kilométrage total parcouru chaque semaine** : _____

FRAIS D'HÉBERGEMENT :

Est-ce que vous ou un membre du ménage avez commencé à payer des frais d'hébergement ou est-ce que vos frais d'hébergement ont changé ? Oui Non

Si oui, remplissez le tableau ci-dessous.

Dépenses	Montant	À quelle fréquence ?	Qui a payé ?
Loyer/Hypothèque			
Impôts sur la propriété			
Assurance des propriétés			
Électricité			
Gaz			
Mazout/bois/kérosène			
Puits/fosse septique			
Réservoir/eau/eaux usées			
Déchets			
Téléphone			
Autre			

Quelle est la principale source de chauffage ou de refroidissement du logement ? (électricité, gaz ou les deux)

Est-ce que quelqu'un d'autre paie l'une de ces factures pour vous ? Oui Non **Si oui, remplissez le tableau ci-dessous :**

Qui paie la facture ?	Quelles sont les factures payées ?
Quel est le montant payé ?	A qui cette personne paie-t-elle les factures ?

Avez-vous bénéficié d'une assistance énergétique (LIHEAP) au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

Si **oui**, quel est le montant reçu \$ _____

Partagez-vous les dépenses mensuelles du ménage avec une personne du foyer ?

Oui Non

Si **oui**, qui? _____

Commentaires/Documentation _____

Payé à qui _____ Montant payé \$ _____ par _____

Nom du propriétaire _____ Adresse du propriétaire _____

PAIEMENT DE LA PENSION ALIMENTAIRE POUR ENFANTS :

Est-ce que vous ou un membre de votre ménage paie une pension alimentaire à une personne vivant à l'extérieur du foyer ? Oui Non

Si **oui**, remplissez le tableau ci-dessous :

Qui est tenu de payer ?	Quel est le montant de l'engagement ?
À qui la pension alimentaire pour enfants est-elle versée ?	Quel est le montant effectivement payé ?
À qui la pension alimentaire pour enfants est-elle versée ?	À quelle fréquence la pension alimentaire pour enfants est-elle versée ?

Pour le SNAP uniquement : Veuillez fournir une preuve de du montant payé au cours des trois derniers mois et du montant que vous êtes légalement tenu de payer.

Cette section est réservée aux BÉNÉFICIAIRES DU TANF - Vous devez remplir ce qui suit :

Dossiers de shots :

Est-ce qu'il y a un enfant de moins de 7 ans, qui n'est pas encore inscrit à l'école ? (La pré-maternelle **n'est pas** considérée comme une "école".)

Oui Non

Si **oui**, envoyez le formulaire 3231- Formulaire de vaccination pour les services de garderie pour chaque enfant de moins de 7 ans.

Exigences scolaires :

Est-ce que tous les enfants (6-18 ans) sont scolarisés ? Oui Non

Si **oui**, nom(s) de l'enfant (des enfants) _____

Nom des écoles _____

Niveau(x) _____

Est-ce qu'il y a un enfant âgé de 16 ans ou plus qui **n'est pas** scolarisé ? Oui Non

Si **oui**, nom de l'enfant/des enfants ? _____

Veillez fournir une copie des talons de chèque actuels si l'enfant est **employé** ou une déclaration du prestataire s'il **exerce une autre activité professionnelle**.

Violence domestique :

Êtes-vous, ou un membre de votre foyer, victime de violence domestique, de harcèlement sexuel, d'agression sexuelle ou de harcèlement criminel ? Oui Non

Si **oui**, veuillez nous indiquer le nom de la victime _____

Après évaluation, si votre ménage remplit les conditions requises, nous pouvons renoncer à certaines exigences du programme, telles que la participation à des activités professionnelles ou l'orientation vers la division des services d'aide à l'enfance.

Dépenses d'automobile :

Êtes-vous le parent ou un proche de l'enfant (ou des enfants) et êtes-vous inclus dans l'AU TANF avec l'enfant (ou les enfants) ? Oui Non

Si **oui**, répondez aux questions suivantes :

Est-ce que vous ou un autre membre adulte de l'UA possédez ou achetez une automobile ? Oui Non

Si **oui**, qui ? (Nom du propriétaire) _____

Année, marque et modèle du véhicule : _____

Veillez énumérer les paiements des notes de l'automobile, l'assurance, l'entretien et les autres dépenses connexes :

Avez-vous d'autres dépenses récurrentes (par exemple des factures de cartes de crédit) que vous payez ?

Oui Non

Si **oui**, veuillez les énumérer : _____

L'éligibilité Express Lane :

L'éligibilité Express Lane (ELE) est un processus automatique d'inscription ou de renouvellement des enfants éligibles de moins de 19 ans qui bénéficient du programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), de l'aide temporaire aux familles nécessiteuses (TANF), de l'aide financière aux réfugiés (RCA), des services de garde d'enfants et de services aux parents (CAPS), ou du programme d'aide aux femmes, aux nourrissons et aux enfants (WIC) dans le cadre du programme d'assistance médicale.

La division des services à la famille et à l'enfance (DFCS) utilisera les informations relatives à la taille du ménage, à la résidence et aux revenus provenant de SNAP, TANF, RCA, CAPS ou WIC, mais la DFCS vérifiera la citoyenneté ou le statut d'immigrant à l'aide des règles de l'assistance médicale afin de déterminer si l'enfant est en situation d'exclusion sociale et de l'inscrire automatiquement ou de le renouveler dans Medicaid ou PeachCare for Kids®. La DFCS enverra un avis de décision une fois le processus terminé, permettra aux membres de faire des modifications et leur donnera la possibilité de se retirer du processus ELE ou de mettre fin au dossier d'assistance médicale à tout moment.

DROITS ET RESPONSABILITÉS POUR TOUS LES PROGRAMMES

VOUS AVEZ LE DROIT DE :

- **demander de l'aide pour remplir ce formulaire et des services d'assistance linguistique gratuits** (interprètes, documents traduits ou services directs en langue étrangère) si vous avez des difficultés à lire, écrire, parler ou comprendre la langue anglaise.
- **demander des aides et des services auxiliaires et des modifications raisonnables** si vous ou un membre de votre famille avez un handicap.

AVIS D'AUDIENCE : Dans tous les programmes, vous avez le droit de demander une audience équitable par écrit ou en personne. Vous pouvez demander une audience en appelant le 1-877-423-4746 ou vous pouvez demander une audience devant un agent d'audition de l'État si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision. Vous pouvez être représenté à l'audience par un avocat, un parent, un ami ou toute autre personne de votre choix. Si vous voulez une audience, vous devez la demander par écrit ou en contactant l'agence dans un délai de :

- **90 jours** à compter de la date du présent avis **pour le SNAP**
- **30 jours** à compter de la date de cet avis **pour Medicaid et TANF**

VOUS ÊTES RESPONSABLE DE :

- donner à votre travailleur des informations correctes et fournir les preuves des déclarations nécessaires pour recevoir des prestations. En signant ce formulaire, vous autorisez votre travailleur à obtenir des informations auprès de votre employeur, de votre banque, de votre voisin ou d'autres personnes afin que nous puissions nous assurer que vous recevez le montant correct des prestations.
- dire la vérité à tout moment. Si vous ou la personne qui fait la demande pour vous fournissez des informations incorrectes, vous pouvez commettre un délit et aller en prison.
- fournir la preuve que vous ou toute personne de votre foyer demandant des prestations est un citoyen américain ou un immigrant éligible.
- coopérer avec le personnel de l'État et du gouvernement fédéral qui travaille pour la prévention des fraudes ou le bureau des services d'enquête et qui procède à l'examen de cas particuliers. Si vous ne coopérez pas et que nous ne pouvons pas déterminer si vous avez toujours droit aux SNAP, votre dossier peut être refusé ou clos.
- (pour le SNAP) coopérer avec les examinateurs du contrôle qualité lorsqu'ils vous appellent ou se rendent à votre domicile pour vous interroger sur les informations que vous avez fournies à votre gestionnaire de cas. Si vous ne coopérez pas avec eux, votre dossier peut être refusé ou clos.

- (pour SNAP et TANF) le rembourser les prestations que vous n'auriez pas dû recevoir.
- (pour Medicaid) coopérer avec le contrôle de qualité de l'éligibilité du Medicaid lorsqu'il vous appelle ou se rend à votre domicile pour vous interroger sur les informations que vous avez données à votre gestionnaire de cas.
- (pour Medicaid) les membres qui se trouvent dans une maison de soins infirmiers, un établissement de soins intermédiaires, un service communautaire, ou qui sont inscrits et reçoivent des services par le biais d'un programme de renonciation, en coopérant avec Estate Recovery.

Si vous bénéficiez du **programme SNAP**, vous devez le déclarer lorsque le revenu mensuel brut total de votre ménage est supérieur à 130 % du niveau de pauvreté fédéral pour la taille de votre ménage. Vous devez déclarer le changement de revenu au plus tard 10 jours après la fin du mois au cours duquel le changement est survenu.

Si vous êtes un adulte qui travaille et qui n'a pas d'enfant, vous devez faire une déclaration lorsque vos heures de travail sont inférieures à 20 heures par semaine ou 80 heures par mois. Vous devez signaler ces changements au plus tard 10 jours après la fin du mois au cours duquel le changement est survenu.

Vous devez également déclarer les gains importants de loterie et de jeux d'argent reçus par votre ménage. Il s'agit d'un prix en espèces gagné lors d'un seul jeu. Si vous ou un membre de votre foyer recevez des gains de loterie ou de jeu, d'un montant brut de 4500 dollars ou plus (avant que les impôts ou autres montants ne soient retenus), vous devez déclarer ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel le membre du ménage a reçu les gains.

Si vous bénéficiez du programme **TANF ou Medicaid**, vous devez signaler **tout changement** de situation dans les 10 jours suivant le changement.

Je comprends que toute somme forfaitaire ou paiement "exceptionnel" que reçoit toute personne dans mon dossier Medicaid doit être budgétisé, avec tout autre revenu que nous pourrions avoir, pour déterminer l'éligibilité.

Dans le cadre du programme Medicaid, vous avez le droit de :

- Recevoir Medicaid même si vous avez une autre assurance maladie.
- Choisir votre médecin ou prestataire Medicaid.
- Recevoir une réponse positive ou négative à votre demande de Medicaid dans les 10, 45 ou 90 jours suivant la date de votre demande, selon le type de Medicaid.

Pour être éligible à Medicaid :

- J'accepte de céder à l'État tous les droits à l'assistance médicale et au paiement des soins médicaux par un tiers (prestations hospitalières et médicales).
- J'accepte de coopérer avec l'État pour identifier et fournir des informations afin d'aider l'État à poursuivre tout tiers qui pourrait être tenu de payer les soins et les services. Je comprends que je dois signaler tout paiement reçu pour des soins médicaux dans les dix jours. (Si vous remplissez ce formulaire au nom d'un autre individu et que vous n'avez pas le pouvoir d'exécuter une cession pour cet individu, ce dernier devra exécuter une cession des droits décrits ci-dessus comme condition de son éligibilité à Medicaid).
- J'accepte de donner à l'État le droit d'exiger d'un parent absent qu'il fournisse une assurance médicale, le cas échéant. Je comprends que je dois obtenir une aide médicale du parent absent si elle est disponible et que je dois coopérer avec la division des services de soutien à l'enfance pour obtenir cette aide. Si je **ne** coopère pas, je comprends que je peux perdre mes prestations Medicaid et que seuls mes enfants recevront des prestations, sauf si une bonne cause est établie.

AVERTISSEMENTS SUR LA PÉNALITÉ DU SNAP : Vous pouvez perdre vos prestations ou faire l'objet de poursuites pénales pour avoir fourni sciemment de fausses informations.

- Ne donnez pas de fausses informations ni cachez des informations pour obtenir des prestations que votre ménage ne devrait pas recevoir.
- N'utilisez pas de cartes SNAP ou EBT qui ne sont pas les vôtres et ne laissez pas quelqu'un d'autre utiliser les vôtres.
- N'utilisez pas les prestations SNAP pour acheter des produits non alimentaires tels que de l'alcool ou des cigarettes, ou pour payer des cartes de crédit.
- Ne pas échanger ou vendre des cartes SNAP ou EBT contre des articles illégaux, tels que des armes à feu, des munitions ou des substances contrôlées (drogues illégales).

Tout membre de votre foyer qui enfreint délibérément l'une de ces règles peut se voir interdire l'accès au programme SNAP pendant un an ou de manière permanente, se voir infliger une amende pouvant atteindre 250 000 dollars ou une peine d'emprisonnement de 20 ans, voire les deux à la fois. Il/elle peut faire l'objet de poursuites en vertu d'autres lois fédérales et nationales applicables et peut également être exclu(e) du programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires si le tribunal l'ordonne.

Toute personne de votre foyer qui enfreint intentionnellement les règles peut se voir refuser l'accès au programme SNAP pendant un an en cas de première infraction, deux ans en cas de deuxième infraction et de façon permanente en cas de troisième infraction.

Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre foyer, coupable d'avoir utilisé ou reçu des prestations du programme de bons d'alimentation (SNAP) dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée, vous ou ce membre du foyer ne pourrez pas bénéficier de prestations pendant deux ans pour la première infraction, et de manière permanente pour la deuxième infraction.

Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre ménage, coupable d'avoir utilisé ou reçu des prestations dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs, vous ou ce membre du ménage serez définitivement exclu de la participation au programme SNAP dès la première infraction.

Si un tribunal vous déclare, vous ou un membre de votre ménage, coupable d'avoir fait le trafic de prestations pour un montant total de 500 dollars ou plus, vous ou le membre de votre ménage ne pourrez plus participer au programme SNAP dès la première infraction.

Si vous ou un membre de votre ménage êtes reconnu coupable d'avoir fait une déclaration ou une représentation frauduleuse concernant votre identité (qui vous êtes) ou votre lieu de résidence (où vous vivez) afin de recevoir plusieurs prestations du SNAP, vous ou ce membre du ménage ne pourrez pas participer au SNAP pendant une période de 10 ans.

Je comprends que si je donne de fausses informations ou si j'en cache, je peux être poursuivi pour fraude.

AVERTISSEMENTS DE PÉNALITÉS DU PROGRAMME TANF : Dans le cadre du programme TANF, une action intentionnelle consistant à fournir des informations fausses ou trompeuses pour établir ou maintenir l'éligibilité d'une AU, augmenter les prestations, empêcher une diminution des prestations, cacher des informations pour éviter une action négative ou utiliser l'aide financière dans des lieux interdits est considérée comme une violation intentionnelle du programme.

Vous pouvez être renvoyé au bureau de l'inspecteur général pour déterminer votre sanction en fonction de la gravité de l'infraction si vous :

- ne signalez pas les changements à temps ou ne dites pas la vérité ou utilisez les fonds d'assistance en espèces ou la carte de débit TANF pour retirer de l'argent ou effectuer des transactions dans des casinos, des magasins d'alcool, des installations de divertissement pour adultes "clubs de strip-tease", des salles de poker, des cautions, des boîtes de nuit/salons/tavernes, des salles de bingo, des pistes de course, des établissements de jeux, les magasins d'armes et de munitions, les bateaux de croisière, les cabinets de voyance, les fumeries, les boutiques de tatouage et de piercing et les salons de spa et de massage sont strictement interdits, donnez de fausses informations sur votre lieu de résidence afin de pouvoir recevoir des prestations dans plus d'un État et êtes condamné pour une infraction liée à la drogue ou un crime violent grave, le 01/01/97 ou après.

Toute personne de votre foyer qui enfreint délibérément ces règles peut être exclue du programme TANF pour une durée de six mois à permanente.

Pour MEDICAID, la fraude ou l'abus est contraire à la loi. Vous pouvez être orienté vers l'unité d'intégrité des programmes de Medicaid et PeachCare for Kids[®]. Les contrevenants peuvent être limités à l'utilisation d'un seul fournisseur, être exclus du programme ou devoir rembourser le département de la santé communautaire pour les services médicaux fournis.

La fraude est un acte malhonnête commis à dessein. L'abus est un acte qui ne respecte pas les bonnes pratiques.

Les exemples de fraude et d'abus des participants sont les suivants :

- Laisser une autre personne utiliser votre carte d'assurance maladie Medicaid, PeachCare for Kids[®] ou CMO
- Obtenir des prescriptions dans l'intention d'abuser ou de vendre des médicaments
- Utiliser des documents falsifiés pour obtenir des services
- Mauvaise utilisation ou utilisation abusive d'un équipement fourni par Medicaid ou PeachCare for Kids[®]

- Fournir des informations incorrectes ou permettre à d'autres de le faire afin d'obtenir l'éligibilité à Medicaid ou PeachCare for Kids®
- Le fait de ne pas signaler les changements qui surviennent dans les revenus, les conditions de vie ou les ressources

Pour signaler une fraude présumée à Medicaid concernant des bénéficiaires ou des prestataires, appelez le Département de la santé communautaire de Géorgie - Bureau de l'inspecteur général au (local) (404) 463-7590 ou (gratuit) (800) 533-0686 ; par courriel à oiganonymous@dch.ga.gov; par courrier au Département de la santé communautaire, OIG PI Section, 2 Martin Luther King Jr. Drive SE, 19^e étage, tour est, Atlanta GA 30334 ; ou visitez <https://dch.georgia.gov/report-medicaidpeachcare-kids-fraud>.

INFORMATIONS SUR L'INSCRIPTION DES ÉLECTEURS

Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaitez-vous demander à vous inscrire sur les listes électorales de votre lieu de résidence aujourd'hui ?

Oui

Non

Je ne veux pas répondre à la question sur l'inscription des électeurs

Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'a aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de cette agence.

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous aiderons. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire de demande en privé.

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, à votre droit au respect de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou de demander à vous inscrire sur les listes électorales, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du secrétaire d'État à l'adresse suivante

2 Martin Luther King Jr. Drive, Ste. 802, West Tower, Atlanta, GA 30334 ou en appelant le (404) 656-2871.

SI VOUS NE COCHEZ AUCUNE DES DEUX CASES, VOUS SEREZ CONSIDÉRÉ COMME AYANT DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE SUR LES LISTES ÉLECTORALES POUR LE MOMENT.

Une copie de la demande d'inscription sur les listes électorales de Géorgie est jointe aux demandes, aux renouvellements et aux formulaires de changement d'adresse de DFCS. Vous pouvez également demander un formulaire d'inscription sur les listes électorales à votre assistant social. Si vous remplissez une demande d'inscription sur les listes électorales, soumettez-la au bureau du secrétaire d'État de Géorgie en suivant les instructions fournies sur la demande d'inscription sur les listes électorales.

SI VOUS RENOUVELEZ VOTRE MEDICAID ET SNAP OU TANF, VOUS DEVEZ APPoser VOTRE SIGNATURE ET LA DATE DANS LA CASE QUI CORRESPOND LE MIEUX À VOTRE SITUATION.

VEUILLEZ RETOURNER CE FORMULAIRE AVANT LA DATE LIMITE DE CERTIFICATION POUR ENTAMER LE PROCESSUS DE RENOUVELLEMENT.

● Pour Medicaid uniquement - signer ici lorsque le demandeur/membre/tuteur légal est en train de compléter :

Si je demande/renouvelle Medicaid pour moi-même, je déclare sous peine de parjure que je suis un citoyen américain, un ressortissant américain et/ou un immigrant qualifié présent aux Etats-Unis. Si je suis un parent ou un tuteur légal, je déclare que le(s) demandeur(s) est un citoyen américain, un ressortissant américain et/ou un immigrant qualifié présent aux Etats-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes.

(Signature)

(Date)

● Pour Medicaid uniquement - signer ici lorsqu'une personne autre que le demandeur/l'adhérent/le parent/le tuteur légal remplit le formulaire :

Je certifie, au mieux de mes connaissances, que la personne(s) pour qui je fais une demande/renouvellement de Medicaid est un citoyen américain, un ressortissant américain et/ou un immigrant qualifié présent aux Etats-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes.

(Signature)

(Date)

Téléphone où vous êtes joignable _____

Si le demandeur/membre/parent/tuteur légal souhaite que cette personne soit son représentant personnel, il ou elle doit cocher ici et signer ci-dessous Oui Non

(Demandeur/membre/parent/tuteur légal)

(Date)

● Pour le SNAP et/ou le TANF - lorsque le demandeur/bénéficiaire/tuteur légal complète le dossier :

Je déclare, sous peine de parjure, qu'à ma connaissance, la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie également que toutes les informations fournies dans cette demande sont, à ma connaissance, vraies et correctes. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les informations que je donne dans cette demande. Des informations peuvent être obtenues auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation aux activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences des programmes de SNAP et/ou TANF. Je déclarerai également si une personne de mon ménage reçoit des gains de loterie ou de jeu d'argent, d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant que les impôts ou autres montants soient retenus). Je déclarerai ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage a reçu les gains. Je comprends que si une information est incorrecte, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu des programmes du DHS-DFCS pour avoir fourni sciemment des informations incorrectes. Je comprends que je peux être poursuivi en justice si je fournis de fausses informations ou si je cache des informations. Je comprends que si j'ometts d'informer le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses pendant la procédure de demande ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations SNAP.

Le Département des Services Sociaux de Géorgie ("DHS") recueille des informations personnellement identifiables (PII), telles que les noms, adresses, numéros de téléphone, adresses électroniques et dates de naissance, etc. lors de votre demande de prestations. En nous soumettant des informations personnelles, vous acceptez que nous puissions collecter, utiliser et divulguer ces informations personnelles conformément aux politiques et procédures de DHS, et comme le permettent ou l'exigent la loi et/ou les règlements.

(Signature)

(Date)

(Conservez ces documents pour votre information)

Ce tableau explique certains des termes utilisés dans ce formulaire.

Demandeur	Une personne qui demande à recevoir une aide ou des prestations publiques.
Unité d'assistance (UA)	Une unité d'assistance comprend des personnes éligibles qui vivent ensemble, y compris une personne enceinte et un enfant à naître, et qui reçoivent une aide/des prestations publiques.
Gardien	Parent, personne enceinte, parent ou tuteur légal qui demande et reçoit le TANF avec des enfants dont il a la garde, y compris un enfant à naître.
N° Identifiant client	Un numéro unique attribué à une personne recevant une aide/des prestations publiques.
Disqualifié	L'action entreprise pour retirer un individu d'un dossier SNAP ou TANF parce qu'il n'a pas dit la vérité et a reçu des prestations qu'il n'aurait pas dû recevoir.
Violence domestique	La violence domestique peut inclure le fait d'être frappé, frappé à coups de pied, battu, violé, étouffé, menacé, contrôlé ou empêché d'obtenir ce dont vous avez besoin pour vivre (comme de la nourriture, des médicaments ou un logement) par un conjoint, un petit ami, un partenaire ou "ex".
Transfert électronique de prestations (EBT)	Le système utilisé en Géorgie pour verser les prestations aux personnes qui ont droit aux SNAP. Les bénéficiaires de l'aide reçoivent une carte de débit EBT, qui leur permet d'accéder à leur compte SNAP.
Communications électroniques	<p>Vous avez la possibilité de choisir comment vous souhaitez recevoir les notifications concernant vos informations. Si vous choisissez de recevoir des notifications par courriel ou par SMS, vous recevrez un message vous informant que vous avez un avis dans Mes avis situé dans le portail client de GA Gateway.</p> <p>Pour la communication par courriel, vous devez nous fournir votre adresse électronique et accepter les conditions générales relatives aux avis électroniques situées dans le portail client de GA Gateway après avoir créé un compte. Veuillez consulter le site Web du portail client de GA Gateway à l'adresse www.gateway.ga.gov pour mettre à jour vos paramètres de notification.</p> <p>Pour la communication par texto, vous devez nous fournir votre numéro de téléphone. Des tarifs standard pour les messages et les données peuvent s'appliquer. Cela peut varier selon les opérateurs, veuillez vérifier auprès de votre fournisseur.</p>
Parent du bénéficiaire	Parent, personne enceinte, parent ou tuteur légal qui demande et reçoit le TANF en son nom au nom des enfants, y compris un enfant à naître.
Revenu brut	Le revenu total d'une personne avant de prendre en compte les impôts ou autres déductions.
Individu sans-abri	<p>Un particulier qui n'a pas de résidence nocturne fixe et régulière ou un particulier dont la résidence nocturne principale est :</p> <ul style="list-style-type: none"> • un refuge surveillé conçu pour fournir un hébergement temporaire (comme un hôtel-providence ou un refuge de groupe) ; • une maison de transition ou un établissement semblable qui offre un séjour temporaire aux personnes destinées à être placées en établissement ; • un hébergement temporaire d'au plus 90 jours dans la résidence d'un autre particulier; ou un lieu qui n'est pas conçu pour, ou habituellement utilisé, comme lieu de couchage régulier pour des êtres humains (un couloir, une gare routière, un hall ou des lieux similaires).
Membres du ménage	Les personnes qui vivent dans votre maison. Pour le SNAP, les personnes qui vivent ensemble et achètent et préparent leurs repas ensemble.
Revenu	Les paiements tels que les salaires, les commissions, les primes, les indemnités pour les accidents du travail, l'invalidité, la pension, les prestations de retraite, les intérêts, les pensions alimentaires pour enfants ou toute autre forme d'argent reçu.
Loi de 2012 sur l'allégement fiscal pour les classes moyennes	Cette loi interdit l'utilisation des fonds d'assistance en espèces ou des cartes de débit TANF pour retirer de l'argent ou effectuer des transactions dans les casinos, les magasins d'alcool, les installations de divertissement pour adultes, les salles de poker, les cautions, les boîtes de nuit/salons/tavernes, les salles de bingo, les pistes de course, les établissements de jeux, les magasins d'armes à feu/de munitions, les navires de croisière, les lecteurs psychiques, les boutiques de tabac, les boutiques de tatouage/piercing et les salons de spa/massage. L'utilisation des fonds d'aide en espèces ou de la carte de débit TANF dans ces commerces constituera une violation intentionnelle du programme (fraude) de la part du bénéficiaire.
Non-demandeur	Une personne qui ne demande ni ne reçoit d'aide ou de prestations publiques. Les non-demandeurs ne sont pas tenus de fournir un numéro de sécurité sociale, une citoyenneté ou un statut d'immigration.
Bénéficiaire	Un bénéficiaire est une personne qui accepte la responsabilité de recevoir une aide financière et de dépenser les fonds au nom de l'UA. Un bénéficiaire peut être ou pas un membre de l'UA.
Dépenses avant impôts	Les dépenses avant impôt sont des déductions prélevées sur votre revenu avant imposition. Les déductions ne sont pas toutes hors taxes. Les déductions avant impôt les plus courantes sont l'assurance maladie, l'assurance dentaire, l'assurance de la vue, etc. http://www.irs.gov

Étranger/ immigrant qualifié	<p>Un <i>étranger/immigrant qualifié</i> est une personne qui réside légalement aux États-Unis et qui appartient à l'une des catégories suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> • une personne <i>légalement admise à la résidence permanente</i> (LPR) en vertu de la loi sur l'immigration et la nationalité (INA) ; • <i>Immigrant</i> amérasien en vertu de la section 584 de la loi de 1988 sur les crédits pour les opérations étrangères, le financement des exportations et les programmes connexes ; • Une personne qui <i>obtient l'asile</i> en vertu de la section 208 de l'INA ; • <i>Réfugiés</i>, admis en vertu de la section 207 de l'INA ; • Une personne <i>mise en liberté conditionnelle</i> en tant que réfugié ou demandeur d'asile en vertu de la section 212 (d)(5) de l'INA ; • Une personne dont <i>l'expulsion</i> est suspendue en vertu de la section 243(h) de l'INA, telle qu'elle était en vigueur avant le 1 avril 1997, ou de la section 241(b)(3) de l'INA, telle que modifiée ; • Une personne qui bénéficie <i>d'une entrée conditionnelle</i> en vertu de la section 203(a)(7) de l'INA telle qu'elle était en vigueur avant le 1 avril 1980 ; • <i>Immigrants cubains ou haïtiens</i> tels que définis à la section 501(e) de la loi de 1980 sur l'aide à l'éducation des réfugiés ; • <i>Victimes de la traite des êtres humains</i> en vertu de la section 107(b)(1) de la loi de 2000 sur la protection des victimes de la traite des êtres humains ; • <i>Les immigrants battus</i> qui remplissent les conditions énoncées à la section 431 (c) de la loi de 1996 sur la réconciliation des responsabilités personnelles et des possibilités de travail, telle que modifiée ; • <i>Les immigrants afghans ou irakiens</i> bénéficiant d'un statut d'immigrant spécial en vertu de la section 101(a)(27) de l'INA (sous réserve de certaines conditions) ; • <i>Les Amérindiens</i> nés au Canada et vivant aux États-Unis en vertu de l'article 289 de l'INA ou les non-citoyens d'une tribu indienne reconnue au niveau fédéral en vertu de l'article 4(e) de la loi sur l'autodétermination des Indiens et l'aide à l'éducation et ; • membres de la tribu des Hmong ou des Highland Laotian qui ont prêté assistance au personnel américain en prenant part à une opération militaire ou de sauvetage pendant l'ère du Vietnam (05/08/1964 - 07/05/1975). <p>Pour les demandeurs d'assistance médicale uniquement, les ressortissants du Accord de libre association (COFA) sont des citoyens des États fédérés de Micronésie, de la République des Îles Marshall et de la République de Palau. Les migrants du COFA ne sont pas tenus de respecter la barre des 5 ans.</p>
Ressources	Argent liquide, biens ou actifs tels que comptes bancaires, véhicules, actions, obligations et assurance-vie.
Agression sexuelle	Acte sexuel non consensuel proscrit par la loi fédérale, tribale ou étatique, y compris lorsque la victime n'a pas la capacité de consentir.
Harcèlement sexuel	Un comportement hostile, intimidant ou oppressant fondé sur le sexe qui crée un environnement de travail offensant.
Harcèlement criminel	L'acte ou le crime qui consiste à suivre ou à harceler une autre personne de manière délibérée et répétée dans des circonstances qui amèneraient une personne raisonnable à craindre des blessures ou la mort, notamment en raison de menaces expresses ou implicites.
Revenu imposable	Les paiements tels que les salaires, les traitements, les commissions, les primes, l'invalidité, la pension, les prestations de retraite, les intérêts ou toute autre forme d'argent reçu.
Dépendance fiscale	Une personne qui s'attend à être citée dans la déclaration de revenus d'un déclarant. http://www.irs.gov
Déclarant	Une personne qui s'attend à remplir une déclaration de revenus. http://www.irs.gov
Déductions de la déclaration de revenus	Les déductions de la déclaration de revenus sont les déductions autorisées par l'IRS qui figurent sur votre formulaire de déclaration de revenus 1040, de la ligne 23 à la ligne 35. Elles comprennent : Dépenses d'éducateur ; formulaire 2106; formulaire 8889 sur l'épargne-santé ; formulaire 3909 sur les frais de déménagement ; pénalité/retrait anticipé de l'épargne ; pension alimentaire versée ; déduction IRA ; intérêts sur les prêts étudiants ; formulaire 8917 sur les frais de scolarité et les honoraires ; formulaire 8903 sur les activités de production domestique. http://www.irs.gov

<p>Trafic de SNAP</p>	<p><i>Trafic de prestations SNAP signifie :</i></p> <p>(1) Acheter, vendre, voler ou échanger de quelque manière que ce soit des prestations SNAP émises et accessibles par le biais de cartes EBT, de numéros de cartes et de codes PIN ou par le biais d'un bon manuel et d'une signature, contre de l'ARGENT ou une contrepartie autre que de la nourriture éligible, que ce soit directement, indirectement, en complicité ou en collusion avec d'autres personnes, ou en agissant seul ;</p> <p>(2) Échanger des armes à feu, des munitions, des explosifs ou des substances contrôlées ; (3) L'achat d'un produit avec des prestations SNAP dont le contenant nécessite un dépôt de retour dans l'intention d'obtenir de l'argent liquide en jetant le produit et en retournant le contenant pour le montant du dépôt, en jetant intentionnellement le produit et en retournant intentionnellement le contenant pour le montant du dépôt ; (4) Acheter un produit avec des prestations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent ou une contrepartie autre que des aliments admissibles en revendant le produit, puis revendre intentionnellement le produit acheté avec des prestations SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments admissibles ; (5) Acheter intentionnellement des produits initialement achetés avec des prestations SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments admissibles. (6) Tenter d'acheter, de vendre, de voler ou d'influencer de quelque manière que ce soit un échange de prestations SNAP émises et accessibles par le biais de cartes (EBT) Transfert électronique de bénéfices, de numéros de cartes et de numéros d'identification personnels (PIN), ou par le biais de pièces justificatives et de signatures manuelles, contre de l'argent ou des contreparties autres que des denrées alimentaires éligibles, que ce soit directement, indirectement, en complicité ou en entente avec d'autres, ou en agissant seul.</p>
<p>Carte de débit MasterCard Way2Go</p>	<p>L'État de Géorgie a mis en place une option de paiement "électronique" pratique pour les bénéficiaires du TANF, appelée Way2Go Debit MasterCard. Dans le cadre de cette option de paiement, l'argent est déposé sur le compte du bénéficiaire le premier jour civil du mois. Si le premier tombe un week-end ou un jour férié, les prestations sont versées le dernier jour ouvrable du mois précédent. Le bénéficiaire a immédiatement accès à ses fonds car ceux-ci sont chargés électroniquement sur la carte de débit MasterCard.</p>

Avis sur les droits relatifs à la loi sur les Américains handicapés (ADA)/Section 504

Aide aux personnes handicapées

Le Département des services sociaux de Géorgie et le Département de la santé communautaire de Géorgie ("les départements") sont tenus, en vertu de la loi fédérale*, de garantir aux personnes handicapées l'égalité des chances de participer et de bénéficier des programmes, services ou activités des départements. Cela comprend des programmes tels que le Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), l'aide temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) et l'assistance médicale.

Les départements apportent des modifications raisonnables lorsque ces modifications sont nécessaires pour éviter toute discrimination fondée sur le handicap. Par exemple, on peut changer les politiques, les pratiques ou les procédures pour assurer l'égalité d'accès. Pour garantir une communication aussi efficace, on met à la disposition des personnes handicapées ou de leurs accompagnateurs handicapés une aide à la communication, comme des interprètes en langue des signes. Notre aide est gratuite. Les départements ne sont pas tenus d'apporter des modifications qui entraîneraient un changement fondamental dans la nature d'un service, d'un programme ou d'une activité ou des charges financières et administratives excessives.

Comment solliciter une modification raisonnable ou une aide à la communication

Veillez vous adresser à votre assistant social si vous avez un handicap et avez besoin d'une modification raisonnable, d'une aide à la communication ou d'une aide supplémentaire. Par exemple, appelez si vous avez besoin d'une aide ou d'un service pour une communication efficace, comme un interprète en langue des signes. Vous pouvez contacter votre assistant social ou appeler le DFCS au (877) 423-4746 ou l'équipe Katie Beckett (KB) au (678-248-7449) 248-7449 pour faire votre demande. Vous pouvez également faire votre demande en remplissant le formulaire de demande de modification raisonnable de l'ADA de la DFCS, qui est disponible dans votre bureau local de la DFCS ou en ligne sur <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>, ou vous pouvez obtenir le formulaire de demande de modification raisonnable de l'ADA du DCH auprès de l'équipe KB ou en ligne sur <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>. Vous pouvez également envoyer votre demande de modification par courriel à l'adresse suivante DCH.ADAassistance@dch.ga.gov.

Comment déposer une plainte

Vous avez le droit de déposer une plainte si les départements ont fait preuve de discrimination à votre égard en raison de votre handicap. Par exemple, vous pouvez déposer une plainte pour discrimination si vous avez sollicité une modification raisonnable ou un interprète en langue des signes qui vous a été refusé ou auquel il n'a pas été donné suite dans un délai raisonnable. Vous pouvez porter plainte oralement ou par écrit en contactant votre assistant social, votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils, de l'ADA et de l'article 504 du DFCS au 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Pour le DCH, contacter le coordinateur ADA/Section 504 de l'équipe KB au 2211 Beaver Run Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ou P.O. Box 172, Norcross, GA 30091, (678) 248-7449. Le courriel du DCH est : dch.adarequests@dch.ga.gov.

Vous pouvez demander à votre assistant social une copie du formulaire de plainte pour les droits civils de la DFCS. Le formulaire de plainte est également disponible sur <https://dfcs.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte pour discrimination, vous pouvez contacter le personnel de la DFCS indiqué ci-dessus. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent appeler le 711 pour être mises en contact avec un opérateur. Le courriel pour les plaintes relatives aux droits civils du DCH est : dch.civilrights@dch.ga.gov. Le lien pour le processus des droits civils du DCH et le formulaire de plainte se trouve à l'adresse suivante : <https://dch.georgia.gov/adasection-504-and-civil-rights>.

Vous pouvez également déposer une plainte pour discrimination auprès de l'agence fédérale compétente. Les coordonnées du Département américain de l'agriculture (USDA) et du département américain de la santé et des services sociaux (HHS) figurent dans la "Déclaration de non-discrimination" incluse dans le présent document.

** La section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973, la loi sur les Américains handicapés de 1990 et la loi sur les modifications de la loi sur les Américains handicapés de 2008 garantissent que les personnes handicapées sont à l'abri de toute discrimination illégale.*

En vertu de la politique du **département de la santé communautaire (DCH)**, les programmes d'assistance médicale ne peuvent pas vous refuser l'éligibilité ou les avantages en fonction de votre race, de votre âge, de votre sexe, de votre handicap, de votre origine nationale ou de votre religion.

N'envoyez pas de demandes à l'USDA ou au HHS

Déclaration 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, il est interdit à l'USDA, à ses agences, bureaux et employés, ainsi qu'aux institutions participant aux programmes de l'USDA ou les administrant, de pratiquer une 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 une activité antérieure en matière de droits civils dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA. Les programmes qui reçoivent une aide financière fédérale du département américain de la santé et des services sociaux (HHS), tels que l'assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF), et les programmes directement gérés par le HHS sont également interdits de discrimination en vertu des lois fédérales sur les droits civils et des règlements du HHS.

Les personnes handicapées nécessitant des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur les programmes (par exemple, le braille, les gros caractères, les cassettes audio, la langue des signes américaine), doivent contacter l'agence (d'État ou locale) auprès de laquelle elles ont demandé des prestations.

Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par le biais du service de relais fédéral au (800) 877-8339. En outre, les informations sur le programme peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais.

PLAINTES RELATIVES AUX DROITS CIVILS IMPLIQUANT DES PROGRAMMES DE L'USDA

L'USDA octroie une aide financière fédérale à de nombreux programmes de sécurité alimentaire et de lutte contre la faim, tels que le Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP), le Programme de distribution alimentaire dans les réserves indiennes (FDPIR) et d'autres encore. Pour porter plainte pour discrimination, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination (AD-3027) disponible en ligne sur <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, et dans tous les bureaux de l'USDA ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et fournissez-y toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou votre lettre dûment rempli à l'USDA par :

1. **Courrier** : Service d'aliments et de nutrition, USDA
1320 Place Braddock, Salle 334, Alexandria, VA 22314 ; ou
2. **fax** : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou
3. **téléphone** : (833) 620-1071 ; ou
4. **courriel** : FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Pour toute autre information concernant les questions relatives au SNAP, les personnes doivent contacter la ligne d'assistance SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, ou appeler [les numéros d'information/de ligne d'assistance de l'État](#) (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'assistance par État), disponibles en ligne à l'adresse suivante : [ligne d'assistance téléphonique SNAP](#).

PLAINTES RELATIVES AUX DROITS CIVILS IMPLIQUANT DES PROGRAMMES DU HHS

Le HHS octroie une aide financière fédérale à de nombreux programmes visant à améliorer la santé et le bien-être, notamment le TANF, le programme Bon départ, le programme d'aide à l'énergie domestique à faible revenu (LIHEAP), et d'autres encore. Si vous pensez avoir été victime de discrimination en raison de votre race, de votre couleur, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre âge, de votre sexe (y compris la grossesse, l'orientation sexuelle et l'identité de genre) ou de votre religion dans le cadre de programmes ou d'activités gérés directement par le HHS ou auxquels le HHS apporte une aide financière fédérale, vous pouvez déposer une plainte auprès du Bureau des droits civils (OCR) pour vous-même ou pour une autre personne.

Pour déposer une plainte pour discrimination pour vous-même ou pour quelqu'un d'autre concernant un programme recevant une aide financière fédérale par le biais de HHS, remplissez le formulaire en ligne sur le portail des plaintes de l'OCR à l'adresse <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Vous pouvez également contacter l'OCR par courrier : Gestion centralisée des cas, Département américain de la santé et des services sociaux, 200 Avenue de l'indépendance, S.W., salle 509F HHH Bldg, Washington, D.C. 20201 ; fax : (202) 619-3818 ; ou courriel : OCRmail@hhs.gov. Pour un traitement plus rapide, nous vous invitons à utiliser le portail en ligne de l'OCR pour déposer vos plaintes plutôt que de les envoyer par courrier. Les personnes qui ont besoin d'aide pour déposer une plainte relative aux droits civils peuvent envoyer un courriel à l'OCR à l'adresse OCRMail@hhs.gov ou appelez l'OCR au numéro gratuit 1-800-368-1019, ATS 1-800-537-7697. Pour les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution, veuillez composer le 7-1-1 pour accéder aux services de relais de télécommunications. Nous offrons également des formats alternatifs (tels que le braille et les gros caractères), des aides auxiliaires et des services d'assistance linguistique gratuits pour le dépôt d'une plainte. Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances.

Sous l'égide du département des services sociaux (DHS), vous pouvez également déposer d'autres plaintes pour discrimination en contactant votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils, de l'ADA et de l'article 504 du DFCS au département des services sociaux de Géorgie, bureau du conseil général, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746. Pour les plaintes alléguant une discrimination fondée sur une maîtrise limitée de l'anglais, contactez le programme de maîtrise limitée de l'anglais et de déficience sensorielle du DHS au département des services humains de Géorgie, bureau du conseil général, 47 Trinity Avenue SW, Atlanta, GA 30334, (877) 423-4746.

N'envoyez pas de demandes à l'USDA ou au HHS