

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

Veillez utiliser ce formulaire pour signaler au département des services à la famille et à l'enfance tout changement dans la situation de votre ménage . **Si vous avez besoin d'aide pour lire ou compléter ce document ou pour communiquer avec nous, demandez-nous ou appelez le (1-877-423-4746). 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).**

NE RENVOYEZ PAS CE FORMULAIRE SI VOUS NE SIGNALEZ PAS UN CHANGEMENT DE SITUATION.

Nom : _____ N° Identifiant client _____

Adresse : _____ N° de cas _____

_____ Numéro de téléphone du travailleur _____

Déclaration simplifiée Les foyers doivent déclarer :

- Lorsque leur revenu mensuel brut total est supérieur à 130 % du niveau de revenu correspondant à la taille de leur ménage.
- Lorsque les adultes valides sans personne à charge (ABAWD) travaillent moins de 20 heures par semaine ou moins de 80 heures par mois. **Ces changements doivent être signalés au plus tard 10 jours après la fin du mois au cours duquel le changement s'est produit.**
- Les foyers doivent faire une déclaration lorsqu'un membre du ménage reçoit des revenus **de loterie ou de jeux d'argent** d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant impôts ou autres montants retenus). Il s'agit d'un prix en espèces gagné lors d'un seul jeu. Les revenus doivent être déclarés au plus tard 10 jours après la fin du mois au cours duquel le membre du ménage a reçu les gains.

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

Bien que votre foyer ne soit soumis qu'à des obligations de déclaration simplifiées, vous pouvez signaler les changements suivants :

Cochez les changements que vous déclarez et répondez aux questions de ce formulaire.

- Changement des personnes vivant dans le ménage en raison de l'arrivée ou du départ d'une personne
- Le ménage a déménagé à une nouvelle adresse
- Le(s) membre(s) du ménage a/ont commencé à travailler
- Le(s) membre(s) du ménage a/ont cessé de travailler
- Le taux de rémunération horaire ou le nombre d'heures de travail du/des membre(s) du ménage a changé
- Le(s) membre(s) du ménage a (ont) commencé à percevoir ou cessé de percevoir le SSI, la sécurité sociale, l'AV, la pension, la retraite, l'invalidité, l'argent d'amis ou de parents, la pension alimentaire, le chômage, etc.
- Les dépenses et les factures d'une personne ont changé
- Vous ou un membre de votre ménage disposez de ressources égales ou supérieures à 3 000 \$. S'il s'agit d'une personne âgée ou handicapée, les ressources de 4 500 \$ ou plus.

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

COMPOSITION DU FOYER

- Qui a emménagé ? _____ Qui a déménagé ? _____
- Quand la personne a-t-elle emménagé ou déménagé ? _____

A D R E S S E

- Mon foyer a déménagé à une nouvelle adresse. La nouvelle adresse est _____

- Nouveau montant du loyer ou de l'hypothèque \$ _____ Dans le cas d'un prêt hypothécaire, la taxe foncière annuelle est de \$ _____ et le montant de l'assurance du propriétaire est de \$ _____.
- Quelqu'un vous aide-t-il à payer votre loyer, votre hypothèque ou vos charges ? Oui ____ Non ____ Si oui, qui ?

- À votre nouvelle adresse, quels sont les services publics que vous payez ? _____
- Devez-vous payer des frais de chauffage ou de refroidissement ? Oui ____ Non ____ (électricité, gaz ou les deux)

R E V E N U S

- Qui a connu un changement de revenu ou d'emploi ? _____
- D'où proviennent les revenus ou l'emploi ? _____

- À quelle fréquence le revenu est-il perçu ? _____
- Quand les revenus ou l'emploi ont-ils commencé ? _____
- Quel est le nouveau montant du revenu ? _____
- Quand les revenus ou l'emploi ont-ils cessé ? _____
- Quel est le dernier paiement reçu ? _____

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

FRAIS MÉDICAUX

Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a des frais médicaux ? Oui ____ Non ____
Si oui, remplissez le tableau ci-dessous.

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

PAIEMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES

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

FRAIS DE GARDE DE PERSONNES À CHARGE

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 :	Raison de la prise en charge :		

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

RESSOURCES			
Est-ce qu'une personne de votre foyer dispose de l'une des ressources suivantes ? Oui ____ Non ____			
Si oui, remplissez le tableau ci-dessous.			
Type de ressource	Propriétaire	Montant / valeur	Nom de la banque
Espèces			
Chèque / Épargne			
Caisse populaire			
Actions ou obligations			
Coffre-fort			

Le **revenu mensuel brut total** de mon ménage (revenu gagné - avant déductions ET revenu non gagné) est supérieur à 130 % du plafond de revenu.

Au cours de quel mois/année le revenu du ménage a-t-il dépassé le montant de 130 % ? _____ / _____
Mois Année

Quel est le montant total du revenu mensuel brut ? _____

Signature _____ Date _____

Mon foyer comptait un **membre ABAWD (adulte valide sans personne à charge) dont les heures de travail étaient inférieures à 20 heures par semaine ou 80 heures par mois.**

Je, _____, suis un ABAWD sans emploi qui travaillait 20-29 à 80 heures par semaine ou 80 heures par mois. Mes heures de travail ont été réduites à _____ heures par semaine.

Signature _____ Date _____

Un membre de mon foyer a reçu des **gains de loterie ou de jeux d'argent**.

Au cours de quel mois /année le membre du ménage a-t-il perçu des revenus de loterie/jeu d'argent ? _____ / _____
Mois Année

Quel est le montant brut total des revenus de loterie/jeu d'argent? _____

Signature _____ Date _____

Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement

Je déclare, sous peine de perjury, qu'à ma connaissance, la (les) personne(s) pour laquelle (lesquelles) je demande des prestations est (sont) un(des) citoyen(s) américain(s) ou qu'elle(s) est (sont) légalement présente (s) 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/Medicaid et/ou TANF. Je déclarerai également si un membre de mon foyer reçoit des revenus de loterie ou de jeux d'argent d'un montant brut de 4500 \$ ou plus (avant toute retenue d'impôt ou d'autres montants). Je déclarerai ces gains dans les 10 jours suivant la fin du mois au cours duquel mon foyer 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 au cours de la procédure de demande, de renouvellement ou de rapport périodique 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.

Signature _____

Date _____

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, Suite 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.

**Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement**

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 du SNAP, le TANF et l'assistance médicale.

Les départements apportent des modifications raisonnables lorsque celles-ci sont nécessaires pour éviter toute discrimination fondée sur un 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 assistance 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 utilisant le formulaire de demande de modification raisonnable de l'ADA du DFCS, qui est disponible dans votre bureau local du 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>, mais vous n'êtes pas obligé d'utiliser un formulaire.

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 20334, (877) 423-4746. Pour le DCH, contactez le coordinateur ADA/section 504 de l'équipe KB à l'adresse suivante : 2211 Beaver Ruin Road, Suite 150, Norcross, GA 30071 ou Boite postale 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 du DFCS. Le formulaire de plainte est également disponible à <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 du 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.*

Département des services sociaux de Géorgie
Division des services à la famille et à
l'enfance Formulaire de rapport de changement

N'envoyez pas de demandes à l'USDA

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 appeler l'OCR gratuitement au 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.

Vous pouvez également déposer une plainte pour discrimination en contactant votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils et de l'ADA/section 504 du DFCS à l'adresse suivante : 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 département de la santé et des services sociaux du DHS à l'adresse suivante : 47 Trinity Avenue, SW, Atlanta, GA 30334 ou appeler le (877) 423-4746.

N'envoyez pas de demandes à l'USDA