# Demande combinée de prestations alimentaires, médicales et en espèces

Ceci est une demande combinée de prestations alimentaires, médicales et en espèces. Nous pouvons vous fournir des informations sur d'autres services utiles de votre communauté. Vous pouvez répondre UNIQUEMENT aux questions relatives au(x) programme(s) pour le(s)quel(s) vous postulez. Si vous répondez à TOUTES les questions de la demande de prestation, nous pouvons examiner afin de déterminer si vous êtes admissible à tous les programmes. Un ami, un membre de la famille ou toute personne de votre choix peut vous aider à remplir cette demande.



## Prestation alimentaire

Prestations mensuelles dans le cadre du Programme d'aide supplémentaire à l'alimentation (SNAP), utilisées pour des courses dans les épiceries.



### Prestation médicale

# (Médecins, hôpitaux, ordonnances, laboratoires et radiographies)

- assurance gratuite ou à faible coût offerte par Medicaid
- assurance gratuite ou à faible coût offerte par le programme DC Healthcare Alliance ou au programme dénommé Immigrant Children's Program
- des régimes privés d'assurance santé à prix abordables
- un crédit d'impôt pouvant vous aider à payer sans délai vos primes d'assurance santé.



# Prestation en espèces

Programme d'Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) ou autres prestations d'assistance en espèces pour les ménages comptant en leurs seins des enfants nécessiteux, et personnes en attente d'une décision concernant leurs demandes déposées dans le cadre du programme de revenu complémentaire de sécurité (SSI).

# **REMARQUE:**



Si vous souhaitez postuler pour les services de soins de longue durée, vous devrez remplir la demande d'assistance médicale du Programme de soins de longue durée. Pour obtenir un formulaire de demande, veuillez contacter le Département du vieillissement et de la vie communautaire (Department of Aging and Community Living/DACL) au (202) 724-5626 pour les dispenses dans le cadre du programme destiné aux personnes âgées et aux personnes souffrant de handicaps physiques (EPD), le Département des services aux personnes handicapées (DDS) au 202.730.1700 pour les dispenses dans le cadre du programme destiné aux personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou développementales (IDD), ou encore, si vous êtes un établissement de soins de santé ou un établissement de soins intermédiaires (ICF), contactez l'administrateur de l'établissement pour obtenir de l'aide.

Vous pouvez également obtenir ce formulaire de demande au centre de service le plus proche ou appeler le (202) 727-5355 pour qu'il vous soit envoyé par la poste.

# Emplacement des centres de service

#### Centre de service d'Anacostia

2100 Martin Luther King Jr. Ave., SE Washington, DC 20020

Fax: (202) 727-3527

### Centre de service de Congress Heights

4049 South Capitol St SW Washington, DC 20032 Fax: (202) 645-4524

#### Centre de service de Taylor Street

1207 Taylor St., NW Washington, DC 20011

Fax: (202) 576-8740

# Centre de service de Fort Davis

3851 Alabama Ave., SE Washington, DC 20020 Fax: (202) 645-6205

# Lundi – Vendredi | 7 h 30 - 16 h 45

#### Centre de service de H Street

645 H St., NE Washington, DC 20002 Fax: (202) 724-8964



Les clients peuvent contacter le centre d'appel de l'ESA au (202) 727-5355 pour obtenir le nom du centre de service desservant leur adresse



### **NOUVELLE APPLICATION MOBILE:**

Vous pouvez désormais postuler aux différents programmes d'assistance alimentaire, médicale et en espèces, ainsi qu'à certains programmes médicaux en ligne en téléchargeant l'application mobile District Direct à partir de votre téléphone sur Apple Store ou Google Play Store. Consultez l'application pour plus d'informations sur le champ des demandes disponibles déposées dans le cadre du programme médical.

RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'AGENCE	Date de réception :	Date de cession :	Numéro du dossier :
Programmes sollicités :			Type de demande :
Prestation en espèces	Approuvée En a	attente 🔲 Refusée	☐ Demande ☐ Recertification
Prestation médicale	Approuvée En a	attente 🔲 Refusée	Necertification
Prestation alimentaire	Approuvée En a	attente 🔲 Refusée	

# Quelles sections de la demande dois-je remplir?



# Assistance médicale



### DC Health Link

Pour souscrire à une assurance santé privée

abordable, à un crédit d'impôt pouvant vous

aider à payer sans délai vos primes d'assurance

santé, ou pour savoir si votre ménage est admissible à une assurance gratuite ou à faible coût auprès de DC Healthcare Alliance de Medicaid ou du programme dénommé Immigrant Children's Program.

Remplissez toutes les sections indiquées pour postuler à une assistance médicale. Si la section est indiquée pour l'assistance alimentaire, médicale et en espèces, répondez à toutes les questions de cette section, excepté dans le cas où il est précisé que la réponse à la question n'est pas requise pour l'assistance médicale.



## Assistance alimentaire

# Si vous voulez postuler pour des prestations alimentaires

Remplissez toutes les sections indiquées pour postuler à une assistance alimentaire. Si la section est indiquée pour l'assistance alimentaire, médicale et en espèces, répondez à toutes les questions de cette section, excepté dans le cas où il est précisé que la réponse à la question n'est pas requise pour l'assistance alimentaire.



# Assistance en espèces

# Si vous voulez postuler pour des prestations en espèces

Remplissez toutes les sections indiquées pour postuler à une assistance en espèces, y compris au programme d'Allocation temporaire d'invalidité (IDA). Si la section est indiquée pour l'assistance alimentaire, médicale et en espèces, répondez à toutes les questions de cette section, excepté dans le cas où il est précisé que la réponse à la question n'est pas requise pour l'assistance en espèces.



# **REMARQUE:**

Les parties suivantes de la demande sont facultatives – vous N'êtes PAS tenu de les remplir :

- Étapes 16 et 17 Toutefois, il est possible que ces informations vous soient demandées lors de votre entretien, en particulier si vous postulez pour une assistance en espèces
- **Étapes 18 et 19** Vous voudrez peut-être garder les informations recueillies dans les étapes 18 et 19 pour vos dossiers.

# Soutien en matière d'accès aux langues

Si vous parlez une autre langue, vous pouvez bénéficier de services d'assistance linguistique gratuits. Appelez le (202) 727-5355 ou le numéro ATS/ATME 711 (855) 532-5465. Conformément à la législation du district, les agences sont tenues de vous fournir gratuitement des informations et une assistance dans votre langue. Si vous ne recevez pas d'aide dans votre langue, veuillez appeler le Bureau des droits civils du DC au (202) 727-4559 et appuyez sur 0.

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ማስታወሻ: የሚናንሩት ቋንቋ ኣማርኛ ከሆነ የትርንም እርዳታ ድርጅቶች፣ በነጻ

ሊያግዝዎት ተዘጋጀተዋል፡ ወደ ሚከተለው ቁጥር ይደውሉ (202) 727-5355

注意:如果您使用繁體中文,您可以免費獲得語言援助服務。請致電(202)727-5355 (TTY/TDD 711 (855)532-5465

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le (202) 727-5355 (ATS: TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465.

Dè dɛ nìà kɛ dyédé gbo: O jǔ ké m̀ [Ɓàsɔ́ ɔ̀ -wùdù-po-nyɔ̀ ] jǔ ní, nìí, à wudu kà kò dò po-poɔ̀ bɛ̂in m̀ gbo kpáa. Đá (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Ige nti: O buru na asu Ibo asusu, enyemaka diri gi site na call (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

AKIYESI: Ti o ba nso ede Yoruba ofe ni iranlowo lori ede wa fun yin o. E pe ero ibanisoro yi (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

লক্ষ্য করুনঃ যদি আপনি বাংলা, কথা বলতে পারেন, তাহলে নিঃখরচায় ভাষা সহায়তা পরিষেবা উপলব্ধ আছে। ফোন করুন ১-(202) 727- 5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)।

注意事項:日本語を話される場合、無料の言語支援をご利用いただけます。(202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465)

まで、お電話にてご連絡ください。 주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465) 번으로 전화해 주십시오.

เรยน: ถ้าคุณพูดภาษาไทยคุณสามารถใช้บรการช่วยเหลือทาง ภาษาได้ฟรี โทร (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

ACHTUNG: Wenn Sie Deutsch sprechen, stehen Ihnen kostenlos sprachliche Hilfsdienstleistungen zur Verfügung. Rufnummer: (202) 727-5355 (TTY/TDD 711 (855) 532-5465).

Dans quelle langue avez-vous besoin de lire ?	Anglais	Espagnol	Vietnamien	Français	Coréen	Amharique	Chinois (Mandarin)	Chinois (Cantonais)	Autre
Dans quelle langue devez-vous vous exprimer pour bénéficier des services de l'ESA ?	Anglais	Espagnol	Vietnamien	Français	Coréen	Amharique	Chinois (Mandarin)	Chinois (Cantonais)	Autre
Si vous avez besoin d'un interprète, quelle combinaison linguistique avez-vous besoin pour le service d'interprétation ?	Anglais	Espagnol	Vietnamien	Français	Coréen	Amharique	Chinois (Mandarin)	Chinois (Cantonais)	Autre

Souhaitez-vous bénéficier d'un service d'inter	
Oui (un assistant social vous aidera)	Non (remplissez et signez la renonciation ci-dessous)
DC de 2004 sur l'accès linguistique, sans aucu de bénéficier de ce service et que j'ai choisi de conscient(e) que cette personne n'a pas été ic responsable de la fourniture de ces services e	connais que le Département des services sociaux (DHS) m'a crvices d'un interprète professionnel et formé, comme l'exige la loi du la frais pour moi. En signant ci-dessous, je reconnais que j'ai refusé e recourir à l'assistance d'un interprète que j'ai identifié. Je suis dentifiée ni approuvée par le DHS et que ce dernier n'est en aucun cas t n'encourt aucune responsabilité pouvant résulter de ceux-ci. Je suis n ne s'applique qu'à ce seul cas. Si à l'avenir, j'ai besoin de l'assistance ment à l'agence pour solliciter ce service.
Signature	Date
Signature du demandeur ou de son représentant	
	en (langue) par (nom) e professionnel offrant des services en présentiel ou un(e) employé(e) t pas disponible dans cette langue ou le client ne pouvait pas lire dans sa

# ÉTAPE 1 Renseignements sur la personne qui remplit cette demande.







(À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)

ou en espèces)					
Pour quel type d'assistance votre ménage postule-t-il ? (cochez toutes les réponses qui s'appliquent)					
assistance alimentaire assistance médicale	assistance en espèce				
Prénom	Nom de famille				
Deuxième prénom	Suffixe (Jr., III., etc.)				
Adresse résidentielle (votre lieu de résidence)		Unité			
Ville	État	CODE POSTAL			
Adresse postale (si différente)					
Ville	État	CODE POSTAL			
Numéro de téléphone préféré (veuillez noter que seuls les téléphones portables	Votre numéro de télénhone préféré est-il	celui de votre télénhone nortable ou de votre			
peuvent recevoir des messages texte)	Votre numéro de téléphone préféré est-il celui de votre téléphone portable ou de votre téléphone fixe ?				
Adresse électronique					
Adresse electronique					
En cochant cette case, je consens à recevoir des messages texte, avec mon ou mes dossiers ESA. Le fait d'accepter ces conditions repeuvent s'appliquer pour les messages et l'accès aux données mo	ne conditionne pas l'obtention de pre				
Voulez-vous désigner des personnes autorisé  ■ Oui – Assurez-vous de remplir l'annexe C ci-des		?			
Souhaitez-vous déposer votre demande SNAP sans attendre ?					
Droit de déposer une demande (demandeurs de l'assis	tance alimentaire UNIQUEME	ENT)			
Vous avez le droit de déposer sans attendre une demande SNAP (assis la signature d'un membre responsable du ménage ou d'un représentan versées à partir de la date de dépôt de la demande. Votre demande ne pas terminé.	t autorisé figurent sur cette page. Le	es prestations SNAP sont			
En apposant ma signature ci-dessous, j'autorise le DHS à recueillir les mon employeur, de mon propriétaire, de ma banque et de ma compagn DHS des renseignements me concernant. J'ai examiné les informations informations figurant sur ce formulaire sont exactes et correctes, y con d'étranger de chaque membre de mon ménage. Je suis conscient(e) du je peux faire l'objet de poursuites et de sanctions pénales. Je suis consprocèderont à la vérification de ces informations. Je consens à les aide	ie d'électricité. J'autorise toutes ces s contenues dans ma demande et je apris les informations relatives à la c fait que si je donne de fausses info scient(e) du fait que les autorités féd	personnes à fournir au certifie que toutes les itoyenneté et au statut rmations, j'enfreins la loi et			
Signez ici (Signature du demandeur ou du représentant)	Date				

# ÉTAPE 1A Demande SNAP accélérée (E-SNAP) approuvée :



(À remplir si vous postulez uniquement une assistance alimentaire)

Pour être admissible au programme E-SNAP, vous devez remplir l'une des conditions suivantes :

- 1. Le total des revenus et des ressources liquides est inférieur aux dépenses mensuelles de logement
- 2. Le revenu mensuel est inférieur à 150 dollars et les ressources liquides sont égales ou inférieures à 100 dollars
- 3. Être un ouvrier agricole migrant ou saisonnier démuni disposant de ressources liquides égales ou inférieures à 100 dollars

Si vous êtes admissible au programme SNAP accéléré, un ou deux mois de prestations SNAP vous seront versés dans un délai de 7 jours et vous recevrez un premier avis précisant les informations dont le DHS a encore besoin pour déterminer votre admissibilité à des prestations permanentes après ces premiers mois. Ensuite, vous recevrez une décision au sujet de votre admissibilité à des prestations continues dans un délai de 30 jours à compter de la date de soumission de votre première demande SNAP. Vous devez remplir une demande, passer un entretien et confirmer votre identité avant de pouvoir bénéficier de ce programme.

Questions de sélection au programme E-SNAP				
1. Le revenu de votre ménage se	e mois-ci ?	Oui Non		
Si non, de quel montant ? \$				
2. Votre ménage dispose-t-il de d'argent liquide, d'argent en b	es (c'est-à-dire	Oui Non		
Si non, de quel montant ? \$	_			
3. Combien votre ménage va-t-il payer pour le logement (loyer/hypothèque et services publics) ce mois-ci ? \$_				
4. Pour ce mois-ci, les revenus e montant que vous payez pour le	□ Oui □ Non			
5. Vous ou un membre de votre ménage êtes-vous un ouvrier agricole migrant ou saisonnier ?				
ÉTARE				
Renseignements sur tous les membres de votre ménage,  même si vous ne sollicitez pas de prestations pour eux.				
(À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)				
**Si votre ménage compte plus de 5 demandeurs, veuillez utiliser une feuille séparée pour inclure leurs informations				
** Si vous postulez pour une couverture médicale, indiquez le nom de toutes les personnes qui figureront sur votre déclaration de revenus fédérale cette année				
(remarque : il n'est pas nécessaire de remplir une déclaration d'impôts pour bénéficier d'une assistance)				
	Exemple	Membre du ménage n° 1 (VOUS)	Membre du ménage n°	
1. Prénom	Maya			
Deuxième prénom	Michelle			

	Nom de famille	Johnson		
	Suffixe (Jr., Sr., IV, etc.)			
2.	Pour quelles prestations ce demandeur postule-t-il pour le compte de votre ménage ? (Énumérez tout ce qui s'applique. Si aucun, écrivez « N/A »)	Prestation alimentaire, prestation en espèces, prestation Prestation médicale		
	Avez-vous l'habitude d'acheter et de préparer des repas ensemble ?	Oui	Oui Non	Oui Non
3.	(Assistance alimentaire uniquement)  Date de naissance	23/01/1987		
3. 4.	Sexe (masculin, féminin)	Féminin		
<del></del> 5.	Êtes-vous Hispanique ou Latino ?	Non	Oui Non	Oui Non
6.	Race/Origine ethnique: (Hispanique/Noir/Afro-Américain/Asiatique/Blanc/ natif d'Hawaii ou des îles du Pacifique/Amérindien ou autochtone d'Alaska)  Cette question est facultative. Vous pouvez indiquer plusieurs races et ethnies. Cette information n'aura aucune incidence sur vos prestations. Le district collecte et utilise ces informations dans le but de surveiller et de résoudre le problème des disparités raciales et ethniques en matière de santé. Merci d'envisager de fournir ces données pour soutenir ces efforts	Afro- Américain		
7.	Numéro de sécurité sociale (SSN) (vous pouvez laisser ce champ vide si la personne n'a pas de numéro de sécurité sociale ou ne sollicite pas de prestations)	555-55-5555		
	Si cette personne n'a pas de numéro de sécurité sociale et qu'elle postule pour des prestations, a-t-elle soumis une demande pour l'obtention d'un numéro de sécurité sociale ?	Oui Non  Ne peut pas obtenir de SSN	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
8.	Quel est le statut matrimonial de cette personne ? (N'a jamais été marié(e), marié(e), séparé(e), divorcé(e), veuf(ve))	Marié(e)		
9.	Relation avec vous	Fille	Soi-même	
10.	Êtes-vous, vous ou votre conjoint, les parents biologiques ou adoptifs de cette personne ?	Oui	☐ Oui ☐ Non	□Oui □ Non
11.	Cette personne est-elle citoyen ou un ressortissant américain ? (Réservé aux demandeurs)	Oui	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	De nombreux immigrants sont admissibles aux prestations (Si vous répondez non, veuillez passer à l' <b>étape 3</b>			
	Êtes-vous un citoyen américain naturalisé ou dérivé ? (Réservé aux demandeurs)	Non	☐ Oui ☐ Non	Oui Non
	Si vous êtes un citoyen naturalisé ou dérivé, quels sont les numéros d'étranger et de certificat figurant sur votre document de citoyenneté ? (cette question ne concerne que les personnes qui sollicitent une assistance médicale et est facultative).	Numéro d'étranger Numéro de certificat	Numéro d'étranger Numéro de certificat	Numéro d'étranger Numéro de certificat
12.	Cette personne est-elle un Indienne d'Amérique ou une autochtone d'Alaska? (Assistance médicale uniquement) (Si oui, remplissez l'annexe B. Vous pouvez être admissible à des prestations améliorées)		□ Oui □ Non	Oui Non
	Si oui, quel est le numéro d'identification tribale de cette personne ? (Assistance médicale			
13.	Cette personne fait-elle partie de l'armée ou est- elle un ancien combattant américain ?  Si oui, veuillez contacter le Bureau des affaires des anciens combattants du District de Columbia pour en savoir plus sur les conditions d'admissibilité potentielles à des prestations améliorées.  Les coordonnées du Bureau des affaires des anciens combattants du District de Columbia sont les suivantes :  441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001 (202) 724-5454, ova@dc.gov.	Non	Oui Non	Oui Non
14.	Cette personne vit-elle actuellement dans le District de Columbia ? (Réservé aux demandeurs)	Oui	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, avez-vous l'intention de demeurer dans le district ?	Non	Oui Non	Oui Non
	Si vous n'avez pas l'intention de demeurer dans le district, quand envisagez-vous de déménager ?			
	Si vous ne résidez pas actuellement dans le district, vivez-vous temporairement en dehors du District de Columbia, mais envisagez-vous de revenir lorsque vous aurez atteint l'objectif pour lequel vous résidez hors du district ?			
	Si vous résidez temporairement en dehors du district, quelle est la raison de votre absence ?  (Fréquentation scolaire, recherche ou réception de soins médicaux, service militaire, autre (préciser).	Fréquentation scolaire		

15.	Êtes-vous victime de violence domestique ? (Demandeurs des prestations en espèces et alimentaires, et immigrants parrainés postulant pour une assistance médicale)	Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
16.	Au cours des 10 dernières années, cette personne a-t-elle été condamnée par un tribunal fédéral ou d'État pour avoir fait de fausses déclarations sur son lieu de résidence ou son identité dans le but de recevoir une assistance de plusieurs États ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
	Si oui, quelle était la date de condamnation de cette personne ?	jj/mm/aaaa		
17.	Cette personne a-t-elle obtenu un diplôme d'études secondaires ou un équivalent (GED) ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non
	Nom de l'école/du programme (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Dunbar High School		
	Mois et année de la remise des diplômes (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	06/2019		
18.	Cette personne va-t-elle à l'école ou participe-t- elle à un programme de formation professionnelle ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement) Si oui, nom de l'école/du programme de formation? Combien d'heures par semaine	Oui ; McKinley Tech - 40 heures		
20.	Cette personne se cache-t-elle ou fuit-elle la justice pour éviter d'être poursuivie, d'être placée en garde à vue, d'aller en prison pour une infraction ou une tentative d'infraction grave, ou de violer une condition de libération conditionnelle ou de probation ?  (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Non	Oui Non	Oui Non
21.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir échangé des prestations SNAP contre des drogues après le 22 septembre 1996 ? (Assistance alimentaire uniquement)		□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
22.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir acheté ou vendu des prestations SNAP de plus de 500 dollars dans un État après le		☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

	septembre 1996 ? (Assistance alimentaire quement)			
av SN 22	ette personne a-t-elle été condamnée pour oir reçu frauduleusement des prestations IAP en double dans un État après le septembre 1996 ? (Assistance alimentaire iquement)		□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
Si	oui, lequel ?			
avo de ap	ette personne a-t-elle été condamnée pour oir échangé des prestations SNAP contre s armes, des munitions ou des explosifs rès le 22 septembre 1996 ? (Assistance mentaire uniquement)		□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
ÉTAPE 2	2 Autres questions concernant les membres 1 et 2	du ménage.		: 2*
a	<ul> <li>(À remplir si vous postulez pour une assistance alim</li> <li>**Si votre ménage compte plus de 5 demandeur inclure leurs informations)</li> <li>** Si vous postulez pour une couverture médica figureront sur votre déclaration de revenus fédé nécessaire de remplir une déclaration d'impôts</li> <li>Si vous postulez pour une couverture médicale le uniquement pour les personnes de votre ménag médicale. Si vous ne sollicitez pas de couverture répondez pas à ces questions.</li> </ul>	es, veuillez utiliser un le, indiquez le nom o rale cette année (re pour bénéficier d'un UNIQUEMENT, répo e qui souhaitent bér e médicale pour un r	ne feuille séparée pour de toutes les personnes qui marque : il n'est pas e assistance). Indez à ces questions néficier d'une couverture membre du ménage, ne	
	ette personne réside-t-elle dans une	Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
de ce	stitution: maison de retraite, hôpital, foyer groupe, prison, maison de transition, ntre de désintoxication ou de traitement de lcoolisme ou toute autre institution?			
	oui, quel est le nom de l'institution ?	Lakewood		
Si		Nursing Home		
	oui, quelle est l'adresse de l'institution ?	Nursing Home 123 Main St		
Si	oui, quelle est l'adresse de l'institution ? ez-vous été placé dans cette institution par dministration du district ?	_	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si - Av- l'ad	ez-vous été placé dans cette institution par	123 Main St	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non

26. Résidez-vous dans le District de Columbia de votre plein gré ?	Oui	Oui Non	Oui Non
27. Êtes-vous actuellement sans abri au sein du district ?	Oui	Oui Non	Oui Non
Si oui, bénéficiez-vous de services de logement ou de services en faveur des sans-abri ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Non	Oui Non	Oui Non
28. Cette personne est-elle aveugle ?	Non	Oui Non	Oui Non
29. Cette personne est-elle handicapée ?	Non	Oui Non	Oui Non
30. Cette personne a-t-elle besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne ou vit-elle dans une institution médicale ?	Non	Oui Non	Oui Non
31. Cette personne vit-elle dans une famille d'accueil ?	Non	Oui Non	Oui Non
32. Cette personne avait-elle été placée en famille d'accueil à l'âge de 18 ans ou plus ?  (Assistance médicale uniquement)	Oui	Oui Non	Oui Non
33. La personne est-elle émancipée ?	Non	Oui Non	Oui Non
34. Cette personne est-elle actuellement enceinte ou a-t-elle été enceinte au cours des 60 derniers jours ?  (Assistance médicale et en espèces uniquement)	Oui	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
Si oui, pour quand le bébé est-il prévu ? (Assistant médicale et en espèces uniquement. (Pour les demandeurs de l'assistance médicale uniquement une date probable d'accouchement est acceptée e n'a pas besoin d'être confirmée)	,		
Si oui, de combien de bébés attendez-vous pour cette grossesse ? (Assistance médicale uniquement)	1		
Si cette personne a été enceinte récemment, quell est la date de fin de la grossesse ? (Assistance médicale uniquement)	e jj/mm/aaaa		
Cette personne était-elle inscrite à Medicaid pendant la période de sa grossesse ? (Assistance	Oui	Oui Non	Oui Non

	médicale uniquement)			
	Si oui, la personne est-elle à sa première grossesse ? (Assistance médicale et en espèces uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non
35.	Cette personne souhaite-t-elle bénéficier	Oui	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
	d'une aide qui lui permettra de régler les			
	factures médicales des 3 derniers mois ?			
	Les questions suivantes vous sont posées pour nous permettre de savoir si nous pouvons vous aider à payer les factures médicales que vous avez reçues au cours des 3 mois précédant la soumission de votre demande d'assurance. Si vous n'avez pas besoin d'aide pour régler ces factures, passer à la question 36 (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, pour quels mois sont les factures médicales de cette personne ? (Assistance médicale uniquement)	Janvier et février		
	Si oui, cette personne a-t-elle vécu hors du district au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D (Assistance médicale uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, le statut de citoyenneté américaine ou d'immigrant qualifié de cette personne a-t-il changé au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non
	Si oui, cette personne a-t-elle changé de statut fiscal au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)	Non	Oui Non	□ Oui □ Non
	Si oui, les revenus de cette personne ont-ils changé au cours des 3 derniers mois? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, cette personne a-t-elle changé de couverture médicale cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
	Si oui, cette personne est-elle tombée aveugle ou handicapée au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)	Non	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non
	Si oui, les actifs de cette personne ont-ils changé au cours des 3 derniers mois? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale ou allocation temporaire d'invalidité uniquement)	Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance	Oui	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
	dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au			
	cours des 3 derniers mois ?			
	(Assistance médicale uniquement)			

	Si oui, à quelle date la couverture a-t-elle pris fin ? (Assistance médicale uniquement)	31/12/2020		
	Si oui, pour quelle raison la couverture a-t-elle pris fin ? (Assistance médicale uniquement)	Licenciement		
	Si oui, cette personne est-elle élève à temps plein ? (Assistance médicale uniquement)	Oui	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
37.	Si cette personne est un enfant, ses parents vivent-ils en dehors du ménage? Les parents peuvent être des parents biologiques ou adoptifs. (Assistance médicale uniquement)	Non	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
38.	Cette personne a-t-elle subi un dépistage du cancer du sein ou du col de l'utérus dans le cadre du Projet Wish ? (Assistance médicale uniquement)	Non	Oui Non	Oui Non
ÉΤΑ	PE 2 Renseignements sur tous les me vous ne sollicitez pas de prestati	ons pour eux.		
	(À remplir si vous postulez pour une assista	ance alimentaire, m	nédicale ou en espèces)	
	Si votre ménage compte plus de 5 demand inclure leurs informations)	eurs, veuillez utilise	er une feuille séparée pou	r
		Membre du ménage n° 3	Membre du ménage n° 4	Membre du ménage n°
1.	Prénom			
	Deuxième prénom			
	Nom de famille			
	Suffixe (Jr., Sr., IV, etc.)			
2.	Pour quelles prestations ce demandeur postule-t-il pour le compte de votre ménage ?  (Énumérez tout ce qui s'applique. Si aucun, écrivez « N/A »)			
	Avez-vous l'habitude d'acheter et de préparer s repas ensemble ?	□ Oui □ Non	Oui Non	Oui Non
	(Assistance alimentaire uniquement)			
3.	Date de naissance			
4.				
	Sexe (masculin, féminin)			
5.	Sexe (masculin, féminin)  Êtes-vous Hispanique ou Latino ?	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	Oui Non

	Cette question est facultative. Vous pouvez indiquer plusieurs races et ethnies. Cette information n'aura aucune incidence sur vos prestations. Le district collecte et utilise ces informations dans le but de surveiller et de résoudre le problème des disparités raciales et ethniques en matière de santé. Merci d'envisager de fournir ces données pour soutenir ces efforts.			
7.	Numéro de sécurité sociale (vous pouvez laisser ce champ vide si la personne n'a pas de numéro de sécurité sociale ou ne sollicite pas de prestations)			
	Si cette personne n'a pas de numéro de sécurité sociale et qu'elle postule pour des prestations, at-elle soumis une demande pour l'obtention d'un numéro de sécurité sociale?	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	Si cette personne n'a pas soumis de demande pour l'obtention d'un SSN et qu'elle postule pour des prestations, pour quelle raison n'a-t-elle pas introduit de demande?			
8.	Quel est le statut matrimonial de cette			
pe	sonne ?			
	(N'a jamais été marié(e), marié(e), séparé(e), divorcé(e), veuf(ve))			
9.	Relation avec vous			
10.	Êtes-vous, vous ou votre conjoint, les parents biologiques ou adoptifs de cette personne ?			
11.	Cette personne est-elle citoyen ou un ressortissant américain ? (Réservé aux demandeurs)	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	De nombreux immigrants sont admissibles aux prestations (Si vous répondez non, veuillez passer à l'étape 3)			
	Êtes-vous un citoyen américain naturalisé ou dérivé ? (Réservé aux demandeurs)			
	Si vous êtes un citoyen naturalisé ou dérivé,	Numéro d'étranger	Numéro d'étranger	Numéro d'étranger
	quels sont les numéros d'étranger et de			
	certificat figurant sur votre document de	Numéro de certificat	Numéro de certificat	Numéro de certificat
	citoyenneté ? (cette question ne concerne que les			
	personnes qui sollicitent une assistance médicale).			
12.	Cette personne est-elle un Indienne	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	d'Amérique ou une autochtone d'Alaska ?			
	•			
	(Assistance médicale uniquement)			
	•			

13.	Cette personne fait-elle partie de l'armée ou	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	est-elle un ancien combattant américain ?			
	Si oui, veuillez contacter le Bureau des affaires des anciens combattants du District de Columbia pour en savoir plus sur les conditions d'admissibilité potentielles à des prestations améliorées.			
	Les coordonnées du Bureau des affaires des anciens combattants du District de Columbia sont les suivantes : 441 4th Street, NW, Suite 870 North, Washington DC 20001, (202) 724-5454, ova@dc.gov.			
14.	Cette personne vit-elle actuellement dans le	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	District de Columbia ? (Réservé aux			
	demandeurs)			
	Si oui, avez-vous l'intention de demeurer dans le district ?			
	Si vous n'avez pas l'intention de demeurer dans le district, quand envisagez-vous de déménager ?			
	Si vous ne résidez pas actuellement dans le district, vivez-vous temporairement en dehors du District de Columbia, mais envisagez-vous de revenir lorsque vous aurez atteint l'objectif pour lequel vous résidez hors du district ?			
	Si oui, pour quelle raison résidez-vous à l'extérieur du district ?			
	(Fréquentation scolaire, recherche ou réception de soins médicaux, service militaire, autre (précisez).			
	Résidez-vous dans le District de Columbia de	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non	☐ Oui ☐ Non
	re plein gré ?			
16.	Étes-vous victime de violence domestique?  (Demandeurs des prestations en espèces et alimentaires, et immigrants parrainés postulant pour une assistance médicale)	□ Oui □ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
17	Au cours des 10 dernières années, cette	Oui Non	Oui Non	Oui Non
1	personne a-t-elle été condamnée par un			
	tribunal fédéral ou d'État pour avoir fait de			
	fausses déclarations sur son lieu de résidence			
	ou son identité dans le but de recevoir une			
	assistance de plusieurs États ?			
	(Assistance alimentaire et en espèces uniquement)			
	Si oui, quelle était la date de condamnation de cette personne ?			
18.	Êtes-vous titulaire d'un diplôme d'études	Oui Non	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
	secondaires ou un équivalent (GED) ?			
	(Assistance alimentaire et en espèces uniquement)			
	Nom de l'école/du programme (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)			

	Mois et année de la remise des diplômes (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)			
19.	Cette personne va-t-elle à l'école ou participe-t- elle à un programme de formation professionnelle ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement) Si oui, nom de l'école/du programme de formation? Combien d'heures par semaine	Oui Non	Oui Non	Oui Non
20.	Cette personne se cache-t-elle ou fuit-elle la justice pour éviter d'être poursuivie, d'être placée en garde à vue, d'aller en prison pour une infraction ou une tentative d'infraction grave, ou de violer une condition de libération conditionnelle ou de probation ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	Oui Non	Oui Non	Oui Non
21.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir échangé des prestations SNAP contre des drogues après le 22 septembre 1996 ? (Assistance alimentaire uniquement)	Oui Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
22.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir acheté ou vendu des prestations SNAP de plus de 500 dollars dans un État après le 22 septembre 1996 ? (Assistance alimentaire uniquement)	Oui Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
23.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir reçu frauduleusement des prestations SNAP en double dans un État après le 22 septembre 1996 ? (Assistance alimentaire uniquement)	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
	Si oui, lequel ?			
24.	Cette personne a-t-elle été condamnée pour avoir échangé des prestations SNAP contre des armes, des munitions ou des explosifs après le 22 septembre 1996 ? (Assistance alimentaire uniquement)	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	□ Oui □ Non

# ÉTAPE 2a Autres questions concernant les membres 3 et 5 du ménage :







(À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)

- \*\*Si votre ménage compte plus de 5 demandeurs, veuillez utiliser une feuille séparée pour inclure leurs informations)
- \*\* Si vous postulez pour une couverture médicale, indiquez le nom de toutes les personnes qui figureront sur votre déclaration de revenus fédérale cette année (remarque: il n'est pas nécessaire de remplir une déclaration d'impôts pour bénéficier d'une assistance).
- Si vous postulez pour une couverture médicale UNIQUEMENT, répondez à ces questions uniquement pour les personnes de votre ménage qui souhaitent bénéficier d'une couverture médicale. Si vous ne sollicitez pas de couverture médicale pour un membre du ménage, ne répondez pas à ces questions.

		Membre du ménage n° 3	Membre du ménage n° 4	Membre du ménage n° 5
institution : mais de groupe, priso centre de désint	réside-t-elle dans une son de retraite, hôpital, foyer n, maison de transition, oxication ou de traitement ou toute autre institution ?	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non	Oui Non
Si oui, quel est le	e nom de l'institution ?			
Si oui, quelle est	l'adresse de l'institution ?			
Avez-vous été pl l'administration d	acé dans cette institution par du district ?	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	Oui Non
Si oui, laquelle ?				
il plus d'un repas	où vit cette personne lui fournit- s et demi par jour ? (Assistance n espèces uniquement)	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	Oui Non
26. Résidez-vous da votre plein gré ?	ns le District de Columbia de	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	Oui Non
27. Êtes-vous actue district ?	llement sans abri au sein du	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	Oui Non
ou de services ei	r-vous de services de logement n faveur des sans-abri ? entaire et en espèces			
28. Cette personne	est-elle aveugle ?	Oui Non	☐ Oui ☐ Non	Oui Non
29. Cette personne	est-elle handicapée ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non
30. Cette personne a	a-t-elle besoin d'aide pour	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non	Oui Non

les activités de la vie quotidienne ou pour vivre dans une institution médicale?			
31. Cette personne vit-elle dans une famille d'accueil ?	Oui Non	Oui Non	Oui Non
32. Cette personne avait-elle été placée en famille d'accueil à l'âge de 18 ans ou plus ?  (Assistance médicale uniquement)	☐ Oui ☐ Non	□ Oui □ Non	□ Oui □ Non
33. La personne est-elle émancipée ?	Oui Non	☐ Oui ☐ Non	Oui Non
34. Cette personne est-elle actuellement enceinte ou a-t-elle été enceinte au cours des 60 derniers jours ?  (Assistance médicale et en espèces uniquement)	□ Oui □ Non	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
Si oui, pour quand le bébé est-il prévu ? (Assistance médicale et en espèces uniquement. (Pour les demandeurs de l'assistance médicale uniquement, une date probable d'accouchement est acceptée et n'a pas besoin d'être confirmée)			
Si oui, de combien de bébés attendez-vous pour cette grossesse ? (Assistance médicale uniquement)			
Si cette personne a été enceinte récemment, quelle est la date de fin de la grossesse ? (Assistance médicale uniquement)			
Cette personne était-elle inscrite à Medicaid pendant la période de sa grossesse ? (Assistance médicale uniquement)	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Si oui, la personne est-elle à sa première grossesse ? (Assistance médicale et en espèces uniquement)			
35. Cette personne souhaite-t-elle bénéficier d'une aide qui lui permettra de régler les factures médicales des 3 derniers mois ? Les questions suivantes vous sont posées pour nous permettre de savoir si nous pouvons vous aider à payer les factures médicales que vous avez reçues au cours des 3 mois précédant la soumission de votre demande d'assurance. Si vous n'avez pas besoin d'aide pour régler ces factures, passer à la question 36 (Assistance médicale uniquement)  Si oui, pour quels mois sont les factures médicales de cette personne ? (Assistance médicale uniquement)	Oui Non	Oui Non	Oui Non
Si oui, cette personne a-t-elle vécu hors du district au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D			

	(Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, le statut de citoyenneté américaine ou d'immigrant qualifié de cette personne a-t-il changé au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, cette personne a-t-elle changé de statut fiscal au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, les revenus de cette personne ont-ils changé au cours des 3 derniers mois? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, cette personne a-t-elle changé de couverture médicale cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, cette personne est-elle tombée aveugle ou handicapée au cours des 3 derniers mois ? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale uniquement)			
	Si oui, les actifs de cette personne ont-ils changé au cours des 3 derniers mois? Si vous répondez oui, veuillez remplir l'annexe D. (Assistance médicale ou allocation temporaire d'invalidité			
	uniquement)			
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance	☐ Oui ☐ Non	Oui Non	Oui Non
36.		☐ Oui ☐ Non	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance	□ Oui □ Non	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des 3 derniers mois ? (Assistance médicale	□ Oui □ Non	Oui Non	☐ Oui ☐ Non
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des 3 derniers mois ? (Assistance médicale uniquement) Si oui, à quelle date la couverture a-t-elle pris	□ Oui □ Non	Oui Non	Oui Non
36.	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des 3 derniers mois ? (Assistance médicale uniquement)  Si oui, à quelle date la couverture a-t-elle pris fin ? (Assistance médicale uniquement)  Si oui, pour quelle raison la couverture a-t-elle	Oui Non	Oui Non	Oui Non
	Cette personne bénéficiait-elle d'une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des 3 derniers mois ? (Assistance médicale uniquement)  Si oui, à quelle date la couverture a-t-elle pris fin ? (Assistance médicale uniquement)  Si oui, pour quelle raison la couverture a-t-elle pris fin ? (Assistance médicale uniquement)  Si oui, cette personne est-elle élève à temps	Oui Non	Oui Non	Oui Non

# ÉTAPE 3 Sollicitez-vous, vous ou un membre de votre ménage, des prestations alors que vous n'avez pas la nationalité américaine ?







(À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces.

Oui – remplissez les champs ci-dessous.

Non – passer à l'étape 4

De nombreux immigrants sont admissibles aux prestations.

Si vous ne trouvez pas votre statut dans cette liste, veuillez indiquer « autre » comme statut dans le tableau ci-dessous.

Si la demande de prestations est soumise pour une autre personne, vous n'êtes pas tenu de fournir des informations sur votre statut d'immigration. Vous pouvez vous contenter de fournir les informations sur le statut d'immigration des membres du ménage qui sollicitent des prestations.

Nous demandons généralement aux services d'immigration (USCIS) de vérifier le statut de toute personne qui sollicite des prestations pour elle-même et dont le statut ne porte pas la mention « AUTRE. » Cela peut avoir une incidence sur votre admissibilité aux prestations et sur le montant de celles-ci.

# Statuts d'immigration

- Résident permanent légal
- · Bénéficiaire d'asile
- Réfugié
- Arrivant(e) cubain(e)/haïtien(ne)
- · Arrivée conditionnelle accordée avant 1980
- Victime de la traite avec son conjoint, son enfant, ses frères et sœurs ou ses parents
- Statut de protection temporaire (TPS)
- Sursis au départ forcé (Deferred Enforce Departure/DED)
- · Résident temporaire légal
- Membre d'une tribu indienne reconnue par le gouvernement fédéral ou Amérindien né au Canada
- Statut d'action différée (Exception : l'action différée en faveur de l'arrivée des enfants (DACA) n'est pas un statut d'immigration admissible pour une demande d'assurance santé)

- · Personne bénéficiant d'une suspension d'expulsion
- Personne bénéficiant d'une libération conditionnelle accordée par le département américain de la Sécurité intérieure (US Department of Homeland Security) pour une période d'au moins un an
- · Résident(e) des Samoa américaines
- Décision administrative qui suspend l'expulsion, émise par le département de la Sécurité intérieure (Department of Homeland Security)
- Citoyens de Micronésie, des Îles Marshall et de Palau
- Conjoint ou enfant battu ayant une demande en cours ou approuvée :
  - · Autodemande de visa d'immigrant
  - Visa d'immigrant déposé pour un conjoint ou un enfant par un citoyen américain ou un résident permanent légal (LPR)
  - · Demande d'annulation de l'expulsion
- Personne ayant le statut de non-immigrant, notamment les visas de travailleur (tels que H1, H-2A, H-2B), les visas d'étudiant, les visas U, les visas T et d'autres visas
- Autre

Nom du membre du ménage	Numéro d'étranger	Statut d'immigration (utiliser les catégories ci- dessus)	Type de document d'immigration et numéro d'identification du document	Cette personne est-elle un militaire actif, un ancien combattant, ou le conjoint ou le parent d'un ancien combattant ou d'une personne engagée dans l'armée ?

Les réponses suivantes ne seront utilisées qu'en vue de prendre des décisions relatives à l'assistance médicale, alimentaire et en espèces					
La personne ci-dessus s'est-elle installée aux États-Unis avant le 22 août 1996 ?  Oui Non					
Si vous êtes un résident permanent légal (LPR), avez-vous un parrain ? Oui  Non  Nom complet du parrain					
Adresse du parrain			Ville	État	CODE POSTAL
Employeur du parrain			Revenu mensuel du parrain		
Vous, vos parents, votre conjoint et/ou votre parrain, avez-vous déjà travaillé aux  États-Unis ?					
Quel montant de	Quel montant de soutien recevez-vous chaque mois de votre parrain?				

# ÉTAPE 4 Renseignements fiscaux



Si quelqu'un dans votre ménage fait des déclarations de revenus, veuillez remplir cette section (à remplir uniquement si vous postulez pour une assistance médicale)

pour une assistance médicale)					
Nom du déclarant	Statut du déclarant	Personnes fiscalement à charge vivant avec le déclarant	Personnes fiscalement à charge ne vivant pas avec le déclarant		
Veuillez indiquer le nom de chaque déclarant fiscal de votre ménage	Veuillez nous indiquer le statut du déclarant: (Chef de famille, célibataire, marié déclarant conjointement, ou marié déclarant séparément) Si vous remplissez une déclaration conjointe, indiquez le nom de la personne avec laquelle vous remplissez cette déclaration.	Veuillez indiquer toutes les personnes fiscalement à charge du foyer que le déclarant déclare.	Veuillez indiquer toutes les personnes fiscalement à charge que le déclarant déclare et qui ne vivent pas dans le ménage.		
Déclarant 1					
Déclarant 2					
Si un membre de votre ménage est fiscalement à la charge d'une personne ne vivant pas sous votre toit, veuillez l'indiquer ci-dessous :					
Nom de la personne fiscalement à charge	Nom du déclarant disant avoir une personne à charge	Quelle est la nature de la rela personne à charge ?	ation entre le déclarant et la		

# ÉTAPE Quelqu'un dans votre ménage (y compris les nondemandeurs) perçoit-il un revenu ?







- Oui remplissez les champs ci-dessous
- Non passer à l'étape 6 (À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)

Quel membre de votre ménage possède un emploi ?  (y compris vous- même, votre conjoint et les personnes à votre charge (écrire les noms complets)	Nom de l'employeur  (si vous êtes travailleur indépendant, indiquez « travailleur indépendant »)	Adresse de l'employeur	Téléphone de l'employeur	Date de début de l'emploi	Montant du chèque de paie (avant impôts et déductions)	À quelle fréquence?  (ex.: quotidien, hebdomadaire, bihebdomadaire, bimensuel, mensuel, annuel, paiement d'une somme forfaitaire unique)
Quel membre de votre ménage est un travailleur indépendant ?	Quel type de travail exerce-t- il ?	À quelle fréquence le travailleur indépendant est- il rémunéré ?	Quel montant le travailleur indépendant perçoit-il à chaque paiement ?	Quelles sont les de l'activité professio travailleur indéper	nnelle du	Quel est le montant total des dépenses mensuelles liées à l'activité professionnelle du travailleur indépendant ?

# Quels types de revenus votre ménage perçoit-il?

## Indiquez-les pour tous les programmes :

- Chômage
- Pension alimentaire perçue conformément aux accords conclus après le 31 décembre 2018
- · Rentes imposables
- Autre type de revenu imposable :
- Gains de loterie/jeu
- · Prestations d'invalidité
- Pension de retraite militaire
- Loyer net/redevance nette?
- Agriculture net/Pêche au filet
- Sécurité sociale (non-SSI)
- · Pensions et retraite

## Déclarez-les dans le cadre des programmes alimentaires et en espèces :

- Subvention pour le placement en famille d'accueil/adoption
- · Sécurité sociale (SSI)
- Pension alimentaire perçue conformément aux accords
- · Pension d'invalidité
- Autre prestation des anciens

Aide aux dépenses	<ul> <li>Rentes non imposables</li> </ul>	conclus avant le	combattants	
Pension alimentaire	Autre type de revenu imposable :	1er janvier 2019		

Type de revenus	Qui en bénéficie dans votre ménage ? (nom complet)	Montant (avant impôts et déductions)	À quelle fréquence ? hebdomadaire, bihebdomadaire, bimensuel, mensuel, paiement d'une somme forfaitaire unique)
Quelqu'un dans le ménage a-t-il cessé de travailler ou a-t-il réduit ses heures de travail au cours des 60 derniers jours ? Oui  Non			
Qui était son employeur ?		Pourquoi cette personne a-t-e	lle quitté cet emploi ?

# Questions supplémentaires sur le revenu

(Remplissez cette section si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)

1. Veuillez cocher tout ce qui peut être déduit sur la déclaration d'ir	<b>npôt du ménage :</b> (Assistar	nce médicale uniquement)
Pension alimentaire versée \$	(Notez que la pension alim	entaire n'est déductible que si
elle est versée en vertu d'un accord conclu avant le 1er janvier 2019)		
À quelle fréquence ?		
Autres types de déductions ?  fréquence ?	<u>\$</u>	À quelle
Intérêts sur les prêts étudiants \$	À quelle fréquer	ice ?
Si vous cochez l'une de ces cases, veuillez indiquer le nom du membre d	du ménage qui demande ces	déductions :
Si une personne de votre ménage verse une pension alimentaire, le divo	orce a-t-il été prononcé aprè	s le 31 décembre 2018 ?
2. Une personne de votre ménage a-t-elle été libérée de son ou ses	prêts étudiants ? (Médical	et DC Alliance uniquement)
		Oui Non
Si oui, laquelle ?		
Pour quelle raison cette personne a-t-elle été libérée de son ou ses prê	ts étudiants ?	
☐ Invalidité totale ☐ Décès ☐ Service public ☐ Remise de dette		
3. Est-ce que quelqu'un verse à votre ménage une somme pour les	repas ou la location d'une	e chambre ? (Assistance
alimentaire et en espèces uniquement)		☐ Oui ☐ Non
Si oui, indiquez le nom complet de la personne :	Paien	nent mensuel : \$
4. Un membre de votre ménage possède-t-il une rente ?		
Oui, valeur de la rente : \$ Non, passer	à l'étape 7	
Le bénéficiaire de la rente est-il un membre de votre ménage ?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, indiquez le nom complet du bénéficiaire :		
De quel type de rente s'agit-il ?  Retraite	☐ Différée	☐ Immédiate
De quel type de rente s'agit-il ? Irrévocable	Révocable	☐ Incessible☐
À quelle date la rente a-t-elle été constituée ?//		
La rente prévoit-elle un paiement libératoire ou différé ?		□ Non □ Oui
Par le biais de quelle entité la rente a-t-elle été achetée ?	☐ Finances	☐ Assurance
Quelle est la source des fonds de la rente ?	Régime de retra	aite 🔲 Inconnu
Si les fonds ont été utilisés pour acheter la rente, ces fonds provenaient-ils d'une personne du ménage ?	Oui	Non
Nom complet du bailleur de fonds :		

ÉTAPE	Complétez cette étape UNIQ	UEMENT si vous postulez pour
6	une assistance médicale ou enfants	en espèces en faveur des
	Si vous êtes aveugle, handicapé, âgé d garde principale des enfants et si vous médicale, ne complétez pas cette secti	postulez pour une assistance
	L'un des parents de l'un de ces enfants	s vit-il en dehors du foyer conjugal ?
	Oui – remplir les champs ci-dessou	s Non – passer à l'étape 7
relatifs a lesquels fournir le	ux primes et les réductions de participa vous sollicitez des prestations a un pare	tance en espèces, d'assistance médicale autres que les crédits d'impôt tion aux coûts, vous devez signaler au DHS si l'un des enfants pour ent considéré comme absent du ménage. Si vous ne souhaitez pas euillez-vous référer à la page 54 pour consulter la liste des raisons qui igation.
Coc des enfa		obligation de fournir des informations sur le parent n'ayant pas la garde
☐ Je p	oréfère en discuter avec un agent du DH	S ou du service de pension alimentaire pour enfants.
présente exactes a consens réduction collectés général d bénéficie les réduc cadre de supplém paiemen retourné alimenta	e étape) et que les déclarations factuelle au mieux de mes connaissances, des inf à ce que, si je bénéficie d'une assistance ns de participation aux coûts) et d'une a set versés par la Division des services d du District de Columbia. Je comprends q e des prestations en espèces et d'une as ctions de participation aux coûts). Je cèc ces programmes. Si je bénéficie des pre entaires de pension alimentaire pour en t par erreur, je contacterai la CSSD. Je c à la CSSD; sinon, je peux être obligé de	e sanctions pénales en cas de fausse déclaration, que j'ai lu l'étape 6 (la s faites dans ce document concernant la filiation et la paternité sont ormations dont je dispose et de mes convictions. Je comprends et e médicale (autres que les crédits d'impôt relatifs aux primes et les ssistance en espèces, tous les versements de pension alimentaire soient e pension alimentaire pour enfants (CSSD) du Bureau du procureur une je renonce à mon droit à une pension alimentaire tant que je sistance médicale (autres que les crédits d'impôt relatifs aux primes et le la pension alimentaire à hauteur du montant que je perçois dans le estations d'assistance en espèces, je peux recevoir des versements fants en sus de la subvention d'assistance en espèces. Si je reçois un omprends que, selon la loi, tout paiement reçu par erreur doit être le le lui rembourser. Je comprends que je peux refuser la pension mais il est important de coopérer avec la CSSD. Je contacterai donc le préoccupations.
Signatu	re	Date
	du demandeur ou de son représentant	
•	•	elatives au(x) parent(s) absent(s) uniquement dans le cas en espèces pour le compte d'un enfant. Si non, passer à
l'étape	·	on ospeces pour le compte à un emant. Si non, passer à

	Nom complet de l'enfant			Date de naissance de	l'enfant	
	Ville et État dans lesquels l'enfant a été	ś conçu				
	Renseignements concernant le prétend	u parent n'ayant pas la garde des	s enfants (f	fournir tous les renseigner	ments possibles)	
	Nom complet du parent			Surnom		
1	Date de naissance Lieu	u de naissance: (ville, état)				SSN
Enfant n°	Race			Téléphone		
Enfa	Dernier employeur connu			Dates d'embauche		
	La paternité a-t-elle été établie ?					
	Audience sur les pensions alimentaires le District	pour enfants au tribunal/dans	Ville			État
	Date de la décision	Montant fixé		Dernière date à laquel de l'enfant	le vous avez reçu d	e l'argent du parent n'ayant pas la garde
	N					
	Nom complet de l'enfant			Date de naissance de	Tenfant	
	Ville et État dans lesquels l'enfant a été conçu					
	Renseignements concernant le prétend	u parent n'ayant pas la garde des	s enfants (f	fournir tous les renseigner	nents possibles)	
	Nom complet du parent			Surnom		
2	Date de naissance Lieu de naissance (ville, état)			SSN		
Enfant n°	Race		Téléphone			
Enfa	Dernier employeur connu		Dates d'embauche			
	La paternité a-t-elle été établie ?  Oui Non					
	Audience sur les pensions alimentaires le District	pour enfants au tribunal/dans	Ville			État
	Date de la décision	Montant fixé		Dernière date à laque garde de l'enfant	lle vous avez reçu	de l'argent du parent n'ayant pas la

	Nom complet de l'enfant		Date de naissance de l'enfant			
Enfant n°3	Ville et État dans lesquels l'enfa	Ville et État dans lesquels l'enfant a été conçu				
	Renseignements concernant le p	orétendu parent n'ayant pas la garde de	es enfants (	fournir tous les renseigner	ments possibles)	
	Nom complet du parent			Surnom		
	Date de naissance	Lieu de naissance : (ville, état)			SSN	
	Race			Téléphone	ı	
Enfa	Dernier employeur connu			Dates d'embauche		
	La paternité a-t-elle été établie	?				
	Audience sur les pensions alime le District	ntaires pour enfants au tribunal/dans	Ville			État
	Date de la décision	Montant fixé		Dernière date à laque garde de l'enfant	lle vous avez reçu	de l'argent du parent n'ayant pas la
	Nom complet de l'enfant			Date de naissance de l	'enfant	
	Ville et État dans lesquels l'enfant a été conçu					
	Renseignements concernant le prétendu parent n'ayant pas la garde des enfants (fournir tous les renseignements possibles)					
	Nom complet du parent			Surnom		
n° 4	Date de naissance	Lieu de naissance (ville, état)		1	SSN	
Enfant n°	Race		Téléphone			
Ш	Dernier employeur connu		Dates d'embauche			
	La paternité a-t-elle été établie ?					
		ntaires pour enfants au tribunal/dans	Ville			État
	Date de la décision	Montant fixé		Dernière date à laque garde des enfants	lle vous avez reçu	de l'argent du parent n'ayant pas la

	Nom complet de l'enfant			Date de naissance de	l'enfant	
Enfant n° 5	Ville et État dans lesquels l'enfar	Ville et État dans lesquels l'enfant a été conçu				
	Renseignements concernant le p	rétendu parent n'ayant pas la garde des	s enfants <sub>(f</sub>	fournir tous les renseignements po	ossibles)	
	Nom complet du parent		Surnom			
	Date de naissance	Lieu de naissance : (ville, état)		1	SSN	
	Race			Téléphone	,	
Enfa	Dernier employeur connu			Dates d'embauche		
	La paternité a-t-elle été établie ?					
	Audience sur les pensions alimentaires pour enfants au tribunal/dans Ville le District				État	
	Date de la décision	Montant fixé		Dernière date à laque garde des enfants	lle vous avez reçu	de l'argent du parent n'ayant pas la
	Nom complet de l'enfant			Date de naissance de	l'enfant	
				Date de maiocanico de	- omanic	
	Ville et État dans lesquels l'enfant a été conçu					
	Renseignements concernant le prétendu parent n'ayant pas la garde des enfants (fournir tous les renseignements possibles)					
	Nom complet du parent		Surnom			
9	Date de naissance Lieu de naissance : (ville, état)			SSN		
ant n°	Race		Téléphone			
Enfant	Dernier employeur connu		Dates d'embauche			
•	La paternité a-t-elle été établie ?					
	Audience sur les pensions alimer le District	ntaires pour enfants au tribunal/dans	Ville			État
	Date de la décision	Montant fixé	•	Dernière date à laque garde des enfants	lle vous avez reçu	de l'argent du parent n'ayant pas la

Si vous avez plus de 6 enfants dont les parents n'ont pas leur garde, veuillez indiquer les renseignements les concernant sur une feuille distincte.

# ÉTAPE Si vous n'êtes pas inscrit sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaitez-vous soumettre une demande d'inscription sur ces listes aujourd'hui?

- Oui complétez cette étape et remplissez le formulaire d'inscription sur les listes électorales (annexé à ce formulaire)
- Non passer à l'étape 8

# Si vous ne cochez aucune de ces cases, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales pour le moment

La décision de s'inscrire sur les listes électorales est absolument volontaire. Le fait de soumettre une demande d'inscription ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide que vous percevrez de cette agence. Ces informations sont gardées confidentielles. Les informations concernant la décision de ne pas vous inscrire ainsi que le nom du bureau où votre demande a été déposée resteront confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins d'inscription sur les listes électorales. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou toute autre préférence politique, vous pouvez porter plainte à cette adresse : The District of Columbia Board of Elections and Ethics, 441 4th Street NW, Suite 250, Washington, DC 20001; Téléphone (202) 727-2525.

Vous trouverez ci-joint un formulaire d'inscription sur les listes électorales. Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous pourrons vous aider. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire d'inscription en privé. Si d'autres personnes de votre ménage souhaitent recevoir un formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales, veuillez nous en informer.

Signature	Date
Signature du demandeur ou de son représentant	

# Références

## Informations et contacts pour d'autres programmes susceptibles de vous aider.

- HealthCheck propose des bilans de santé gratuits pour les enfants bénéficiant du programme Medicaid. Il prend également en charge les autres services dont un enfant a besoin. HealthCheck peut également vous faire bénéficier de trajets gratuits pour vous rendre chez le médecin. Pour en savoir plus, appelez le (202) 639-4030.
- Le programme WIC est un programme destiné aux enfants de moins de cinq ans. Avec le programme WIC, vous pouvez économiser jusqu'à 140 dollars par mois sur la nourriture. Le personnel du programme WIC peut également vous renseigner sur l'allaitement maternel. Pour en savoir plus, appelez le 1-800-345-1WIC (1-800-345-1942).
- Si vous êtes admissible à Medicaid du DC, vous pouvez bénéficier d'un remboursement des récentes factures médicales que vous avez payées. Pour en savoir plus, appelez le (202) 698-2009.
- Le district a mis en place un programme spécial pour les personnes âgées et les personnes handicapées qui ont besoin de soins infirmiers à domicile et d'autres soins à domicile. Le plafond de revenu de ce programme est supérieur à celui de l'assistance médicale ordinaire. Pour en savoir plus, appelez le 1-877-919-2372.

Tests et services de dépistage du VIH/SIDA	(202) 671-4900	Medicare	1-800-633-4227
Alcool et drogues	1-888-7WE-HELP	Sécurité sociale	1-800-772-1213
Dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus	(202) 442-5900	Logements sociaux et section 8	(202) 535-1000

63
~

# ÉTAPE 8 La couverture santé de votre famille

(Assistance médicale UNIQUEMENT)	
1. Une personne de votre ménage est-elle actuellement aff Si oui, vérifiez le type de couverture ci-dessous et inscrivez le(si elle a souscrit :  Medicaid :	filiée à une couverture santé ?  Oui  Non  ) nom(s) de la ou des personnes à côté de la couverture à laquelle  Assurance de l'employeur :
Cette couverture était-elle celle du District de Columbia ?  Oui Non  Cette couverture était-elle d'un autre État ?  Oui Non  Si oui, lequel ?	Nom de l'assurance santé :  Numéro de la police d'assurance :  S'agit-il d'une couverture COBRA ?  Oui  Non S'agit-il d'un régime d'assurance santé pour les retraités ?  Oui  Non  Si vous êtes assuré(e), vous devez remplir l'annexe A ci-dessous.
<ul> <li>☐ Medicare :</li></ul>	Nom de l'assurance santé :  Numéro de la police d'assurance :  S'agit-il d'un régime à prestations limitées (tel que la police d'assurance accident en milieu scolaire) ?  Non

# ÉTAPE Lire et signer cette demande





Signez ci-dessous si vous et votre ménage êtes sur le point d'introduire une demande d'assistance médicale. Si tous les membres du ménage qui ont besoin de bénéficier d'une assistance médicale sont des enfants, des femmes enceintes, des parents/parents gardiens ou des adultes sans enfant, ces informations médicales sont les seules dont nous ayons besoin. D'autres questions vous seront également posées à partir de l'étape 10 sur l'assistance médicale aux personnes âgées, handicapées ou aveugles.

Si vous postulez UNIQUEMENT pour une assistance alimentaire et une assistance en espèces, veuillez passer à l'étape 10

- Je signe cette demande et déclare, sous peine de parjure, que les réponses que j'ai fournies à toutes les questions de ce formulaire sont véridiques au mieux de mes connaissances. Je sais que je peux faire l'objet de sanctions en vertu de la législation fédérale si je fournis intentionnellement des informations fausses ou inexactes.
- Je sais que je dois informer DC Health Link de tout changement (et différence) d'informations par rapport à celles indiquées dans cette demande. Pour signaler tout changement, je peux me rendre sur DCHealthlink.com ou appeler le 1-855-532-5465. Je comprends qu'un changement de mes informations peut affecter l'admissibilité du ou des membres de mon ménage.
- Je suis conscient(e) que la législation fédérale interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité sexuelle ou le handicap. Je peux déposer une plainte pour discrimination en me rendant sur :www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Je sais que les informations que j'ai fournies dans cette demande resteront confidentielles comme l'exige la loi. J'atteste qu'aucune personne sollicitant l'assurance santé sur cette demande n'est incarcérée (détenue ou emprisonnée). Si parmi elles il y en a, les personnes incarcérées sont les suivantes :

(Noms des personnes incarcérées)

Ces informations nous sont nécessaires, car elles nous permettront de déterminer si vous pouvez bénéficier d'une aide au paiement de votre couverture médicale, dans le cas où vous décidez de soumettre une demande. Nous vérifierons vos réponses grâce aux informations contenues dans nos bases de données électroniques et les bases de données du Service de Revenu interne (IRS), de la sécurité sociale, du Département de la sécurité intérieure et/ou d'une agence de renseignements sur le consommateur. Si les informations ne concordent pas, nous pourrons vous demander de nous faire parvenir des justificatifs.

## Renouvellement de la couverture pour les prochaines années

Oui, je renouvelle automatiquement mon admissibilité pour les

Pour pouvoir déterminer plus facilement mon admissibilité à l'aide au paiement de la couverture santé dans les années à venir, je consens à autoriser DC Health Link à utiliser les données sur le revenu, y compris les informations figurant dans les déclarations de revenus. DC Health Link m'enverra un avis et me permettra d'apporter des modifications, mais je pourrai me désinscrire à tout moment.

☐ 5 prochaines années (le nombre maximal d'années autorisé) ou pour un plus petit nombre d'années :
☐ 4 ans ☐ 3 ans ☐ 2 ans ☐ 1 ans ☐ Ne pas utiliser les informations contenues dans les déclarations de revenus pour renouveler ma couverture

# Si une personne figurant sur cette demande est admissible à Medicaid

Je concède à l'agence Medicaid nos droits de poursuivre et d'obtenir de l'argent d'une autre assurance santé, d'un règlement juridique ou d'un autre tiers. Je donne également à l'agence Medicaid l'autorisation de rechercher et d'obtenir un soutien médical de la part d'un conjoint ou d'un parent.

## Que dois-je faire si je ne suis pas d'accord avec les résultats de ma demande?

Si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision concernant votre assurance santé ou votre assistance médicale, vous avez le droit de faire appel de notre décision et de bénéficier d'un procès équitable. Vous pouvez faire appel d'une décision de refus, d'une résiliation ou d'un changement de votre admissibilité à Medicaid, aux crédits d'impôt relatifs à la prime ou à l'aide relative à la participation aux coûts. Vous pouvez également faire appel si vous n'êtes pas d'accord avec le montant de vos crédits d'impôt sur les primes ou de l'aide relative à la participation aux coûts. Une fois votre appel déposé, vous pouvez vous adresser au juge en droit administratif et expliquer pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec notre décision.

Vous avez 90 jours après le cachet de la poste de l'avis vous informant de la décision d'admissibilité, du refus, de la cessation ou de la modification de faire appel de la décision mentionnée dans l'avis que vous avez reçu. Si vous ne faites pas appel dans les 90 jours, vous pouvez perdre votre droit de faire appel.

Vous pouvez faire appel par le biais de l'une des méthodes suivantes :

- En appelant le service client de DC Health Link au numéro gratuit 1-855-532-5465 ou au numéro ATS 711.
- En remplissant le formulaire de demande d'appel pour les particuliers et les familles et en l'envoyant par fax au (202) 724-2041, par courriel à l'adresse DC.OARA@dc.gov, ou par courrier postal à l'adresse suivante : Office of Administrative Review and Appeals, 64 New York Avenue NE, 5th Floor, Washington DC 20002.
- En se rendant dans n'importe quel centre de services du Département des Services sociaux et en remplissant le **formulaire de demande d'appel**
- En se rendant au **Centre de ressources du Bureau des audiences administratives (Office of Administrative Hearings Resource Center)** situé au 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001 et en remplissant le **formulaire de demande d'audience**
- Si vous êtes admissible au programme Medicaid ou à DC Alliance, vous pouvez demander un procès équitable en :
- En appelant le **(202) 698-4650** ou le (202) 727-8280

# Signez cette demande

Cette demande doit être signée par la personne	ayant rempli l' <b>étape 1</b> . Si vous êtes un représentant autorisé, vous pouvez
signer ici à condition d'avoir fourni les information	ons requises dans l'annexe C (ci-jointe).
Signature	Date

Signature du demandeur ou de son représentant



### **OPTION 1**

Si vous souhaitez uniquement que nous étudiions l'admissibilité à Medicaid en faveur des personnes **moins** âgées (plus de 65 ans), aveugles ou handicapées ou qui ne souhaitent pas bénéficier des services de soins de longue durée, dans le cadre du programme dénommé DC Alliance Immigrant Children's Program ou dans le cadre d'une assurance santé privée, **vous pouvez vous ARRÊTER ici.** Si les annexes A, B ou C ci-dessous s'appliquent à votre ménage, veillez à remplir et signer les annexes A, B et/ou C.

### **OPTION 2**

Si vous souhaitez postuler pour les **programmes d'assistance alimentaire et en espèces**, ou à **d'autres programmes d'assistance médicale**, y compris Medicaid pour les personnes âgées (plus de 65 ans), aveugles ou handicapées, veuillez passer à l'étape 10. Si vous souhaitez postuler pour les services de soins de longue durée, vous devrez remplir la demande d'assistance médicale du Programme de soins de longue durée. Pour obtenir un formulaire de demande, veuillez contacter le Département du vieillissement et de la vie communautaire (Department of Aging and Community Living/DACL) au 202.724.2008 pour les dispenses dans le cadre du programme destiné aux personnes âgées et aux personnes souffrant de handicaps physiques (EPD), le Département des services aux personnes handicapées (DDS) au 202.730.1700 pour les dispenses dans le cadre du programme destiné aux personnes souffrant de déficiences intellectuelles ou développementales (IDD), ou encore, si vous êtes un établissement de soins de santé ou un établissement de soins intermédiaires (ICF), contactez l'administrateur de l'établissement pour obtenir de l'aide.

Vous pouvez également obtenir ce formulaire de demande au centre de service le plus proche ou appeler le (202) 727-5355 pour qu'il vous soit envoyé par la poste.

ÉTAPE 1 0	Renseignements sur les actifs de v (À remplir si vous postulez pour une assis ou en espèces)		
1. Une per liquide ?	sonne de votre ménage possède-t-elle, sur elle	☐ Oui ☐ Non	
Si oui, l	aquelle ?		
Quel m	ontant ? \$		
2. Une personne de votre ménage possède-t-elle des comptes financiers ?			Oui Non
Si oui, indiquez tous les comptes détenus par vous et par toute personne postulant avec vous.  Des exemples de comptes financiers sont les suivants : les comptes courant/comptes d'épargne, les 401K, les IRA, les rentes, les marchés monétaires, les actions/obligations/fonds communs de placement/etc.			
Туре	Titulaire(s) du compte	Nom de la banque	Solde du compte
			\$
			\$
			\$
unique	nbre de votre ménage possède-t-il un véhicule ? ment) veuillez mentionner tous les véhicules dont vous et le		☐ Oui ☐ Non

<ul> <li>Si oui, ce véhicule est-il ut handicapée ?</li> </ul>	ilisé par une personne malade c	Du	Oui	Non
Propriétaire	Marque/Modèle	ID du véhicule	Année	Montant dû
Nom		NUMÉRO VIN		Φ.
Numéro de permis ou numéro d'identification		Numéro de tag		\$
du non-conducteur				
Nom		NUMÉRO VIN		
Non		NOMERO VIIV		\$
Numéro de permis ou numéro d'identification		Numéro de tag		
du non-conducteur				
Nom		NUMÉRO VIN		\$
Numéro de permis ou numéro d'identification		Numéro de tag		Ψ
du non-conducteur				
4. Un membre de votre ména	age possède-t-il des biens in	nmobiliers ?	☐ Oui	■ Non
Si oui, veuillez remplir le table	eau ci-dessous pour vous-même	e et pour les personnes postulant avec		
vous.				1
Туре	Nom du propriétaire	Juste valeur marchande	Montant dû	Date d'acquisition
Votre domicile		\$		
(Assistance médicale				
uniquement)				
Terrain		\$		
Maison de location (Assistance médicale uniquement)		\$		
Maison de vacances		\$		
Équipement/outils		\$		
Machines		\$		
Remorques		\$		
Bétail		\$		
Droits miniers/pétroliers		\$		
Autre:		\$		
5. Un membre de votre ména			☐ Oui	Non
Si oui, remplissez le tableau c vous.	ı-dessous pour vous-meme et p	our les personnes postulant avec		
Туре	Nom du propriétaire	Valeur	Date d'acquis	sition
Assurance-vie (Assistance médicale uniquement)		\$		
Fiducie		\$		
Sépulture		\$		
Plan/contrat d'inhumation		\$		
6. Au cours des 3 derniers m cédé des actifs ?	ois, un membre de votre mé	nage a-t-il vendu, échangé ou	☐ Oui	☐ Non

(Pour l'assistance alimentaire et la couverture médicale avec effet rétroactif uniquement) ?		
Qui ?	Quels biens ont-ils été échangés ou cédés ?	Juste valeur marchande du bien cédé
		\$
		\$

# ÉTAPE 11 Renseignements sur les dépenses de votre ménage







(À remplir si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces)

Vos prestations dans le cadre de l'assistance alimentaire peuvent augmenter si vous supportez la charge de dépenses régulières (loyer, hypothèque, services publics, pension alimentaire, soins aux personnes à charge, frais médicaux pour les personnes handicapées ou âgées de plus de 60 ans). Si vous ne déclarez pas ou ne confirmez pas l'une des dépenses énumérées ci-dessous, cela voudra dire que votre ménage ne souhaite pas bénéficier d'une déduction pour la dépense non déclarée.

1. Combien votre ménage paie-t-il par mois pour les éléments suivants ? (Assistance alim	entaire uniquement)
Loyer: \$ Hypothèque: \$	
Taxes foncières : \$ Assurance habitation : \$ Fra	is de copropriété/HOA : \$
Si vous avez répondu à la question 1 - Qui paie ?	
2. Versez-vous des frais de loyer à une personne pour une chambre ? (Assistance alimenta uniquement)	ire 🔲 Oui 🔲 Non
Si oui, combien payez-vous chaque mois ? \$	
Quand avez-vous commencé à payer pour la chambre ?	
De quel type de résidence s'agit-il ?	
☐ Pensionnat commercial ☐ Résidence privée ☐ Autre :	
Combien de repas sont fournis par le propriétaire chaque jour ?	
Sur quelle base payez-vous pour la chambre ? (hebdomadaire, mensuel, etc.)	
3. Cochez toutes les commodités que votre ménage paie en dehors de votre loyer.  \[ \begin{align*} \text{ Électricité} & \text{ Gaz} & \text{ Carburant} & \text{ Eau} \\ \text{ portables}) & \text{ Autre}: \]  Si vous avez répondu à la question 3 - Qui paie ?	Téléphone (y compris les
4. Les frais de chauffage ou de climatisation sont-ils compris dans le montant que vous versez pour votre loyer ?  (Assistance alimentaire uniquement)	s 🔲 Oui 🔲 Non
5. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous bénéficié des prestations versées dans le cadre du programme d'aide pour l'énergie des foyers à faible revenu (Low Income Home Energy Assistance Program/LIHEAP) ? (Assistance alimentaire uniquement)  Si oui, combien avez-vous perçu ? \$	☐ Oui ☐ Non
6. Quelqu'un dans votre ménage est-il sans-abri et ne bénéficie pas d'un hébergement gratuit tout au long du mois ? (Assistance alimentaire uniquement)	Oui Non
7. Un membre de votre ménage verse-t-il une pension alimentaire ?	Oui Non

8. Le ménage a-t-il l'obligation légale de verser une pension alimentaire ?	
Si oui, quel montant devez-vous verser chaque mois ? \$  Combien payez-vous chaque mois ? \$	
9. Un membre de votre ménage paie-t-il des frais pour le soin des personnes à charge ?	
Si oui, laquelle ?	
Combien cette personne paie-t-elle ? \$	
À quelle fréquence ? (quotidien, hebdomadaire, mensuel, toutes les deux semaines, etc.)	
À qui ? Pour qui ?	
10. Avez-vous, vous ou quelqu'un de votre ménage, participé à des programmes de travail/travail dans un autre État ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?	
b. Combien d'heures par semaine ? c. Nom de l'école/du programme :	
11. Y a-t-il dans votre ménage une personne handicapée ou âgée de plus de 60 ans qui  Oui  Non paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$	
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$	
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?	<b>7</b>
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$  ÉTAPE 1 Questions générales concernant le programme  (À remplir si vous postulez uniquement pour une assistance alimentaire ou	7
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$  ETAPE 1 Questions générales concernant le programme  (À remplir si vous postulez uniquement pour une assistance alimentaire ou en espèces)  12. Un membre de votre ménage s'est-il déjà vu retirer du Programme d'aide  supplémentaire à l'alimentation (SNAP) ou du programme d'Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) pour avoir refuser de coopérer avec l'examinateur du contrôle de la qualité ?  (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	7
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$  ÉTAPE 1 Questions générales concernant le programme  (À remplir si vous postulez uniquement pour une assistance alimentaire ou en espèces)  12. Un membre de votre ménage s'est-il déjà vu retirer du Programme d'aide ou programme d'Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) pour avoir refuser de coopérer avec l'examinateur du contrôle de la qualité ?  (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)  Si oui, laquelle ?  13. Avez-vous, vous ou une personne de votre ménage, déjà été condamné(e) au niveau de l'État ou fédéral pour un délit grave en tant qu'adulte ? (Assistance alimentaire uniquement)	7
paie des factures médicales ? (Assistance alimentaire uniquement)  a. Si oui, laquelle ?  b. Combien paie-t-il chaque mois ? \$  ÉTAPE 1 Questions générales concernant le programme  2 (À remplir si vous postulez uniquement pour une assistance alimentaire ou en espèces)  12. Un membre de votre ménage s'est-il déjà vu retirer du Programme d'aide ou le supplémentaire à l'alimentation (SNAP) ou du programme d'Assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF) pour avoir refuser de coopérer avec l'examinateur du contrôle de la qualité ?  (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)  Si oui, laquelle ?  13. Avez-vous, vous ou une personne de votre ménage, déjà été condamné(e) au niveau de l'État ou fédéral pour un délit grave en tant qu'adulte ? (Assistance alimentaire uniquement)  Oui, délit d'agression sexuelle	7

	, j'atteste que (nom de cte(nt) les termes de sa(leur) sentence.	la ou des personnes condamnées en le	ttres moulées )	)
Signa	ature	Date		
Signat	ure du demandeur ou de son représentant			
ÉTAPE 13	Assistance médicale ou allo (Ne remplissez cette partie que si vous por attendant une décision concernant le revo	ostulez pour une aide financière temporair		<b>⊙</b> •••
	rous déjà déposé une demande de revenu s de la Social Security Administration (Adn		☐ Oui	☐ Non
2. Si oui,	quand l'avez-vous fait ?			
3. Votre	demande de SSI est-elle toujours en cours	s de traitement ?	☐ Oui	Non
	issibilité au SSI vous a-t-elle déjà été refu soumise dans le passé ? (Programme IDA	-	Oui	Non
Si oui,	quand l'aviez-vous déposée ?			
avez de	eu des changements concernant votre état éposé une demande pour des prestations SS s, veuillez les indiquer :			
		_		

# ÉTAPE 14 Questions sur le ménage





(À remplir si vous postulez uniquement pour une assistance alimentaire ou en espèces)

1. Laquelle des prestations suivantes une personne de votre ménage a-t-elle reçue au cou (cochez toutes les cases qui s'appliquent)  Allocation d'incitation au travail  Crédit d'impôt sur le revenu gagné (EITC)  Un paiement forfaitair.  Aucune de ces répons	e en \$
2. Au cours des 12 derniers mois, votre ménage a-t-il reçu un paiement forfaitaire de réorientation pour l'aider à conserver ou à accepter un emploi ?	☐ Oui ☐ Non
3. Êtes-vous actuellement ou avez-vous été dans le passé victime de violence familiale ou domestique ? (Assistance en espèces uniquement)	☐ Oui ☐ Non
4. Souhaitez-vous être référé à des services de soutien privés et confidentiels en raison d'une expérience de violence familiale ou domestique dont vous avez été victime ? (Assistance en espèces uniquement)	☐ Oui ☐ Non
5. Avez-vous un problème de santé physique ou mentale qui vous empêche de travailler ou de suivre un programme de formation ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	☐ Oui ☐ Non
6. Vous est-il difficile de travailler ou de suivre un programme de formation parce que vous devez, pour des raisons médicales, rester à la maison pour vous occuper d'un membre du ménage atteint d'une incapacité physique ou mentale ? (Assistance alimentaire et en espèces uniquement)	☐ Oui ☐ Non
7. Prévoyez-vous qu'un enfant sera absent du ménage pendant plus de 90 jours consécutifs ?  Si oui, de qui s'agit-il, et dans quel est l'intervalle de temps concerné ?	☐ Oui ☐ Non

# ÉTAPE 15 Échange d'informations et certification de la demande







(Veuillez lire et signer ces certifications si vous postulez pour une assistance alimentaire, médicale ou en espèces).

Le DHS peut avoir besoin d'obtenir de renseignements vous concernant

J'autorise le DHS à obtenir des informations me concernant auprès d'autres personnes, agences et entreprises. Je comprends que le DHS peut contacter les personnes dont le nom figure sur la liste ci-dessous. Je comprends que le DHS peut contacter d'autres personnes ne figurant pas sur cette liste. Je suis conscient(e) que le DHS peut contacter des personnes dans le district, dans le Maryland, la Virginie et d'autres États.

- Hôpitaux, cliniques et autres prestataires de soins médicaux et de santé mentale ;
- Agences de services sociaux ;
- Employeurs actuels et anciens;
- Agences de location, prêteurs hypothécaires, entreprises de services publics, propriétaires et gestionnaires de résidences ;
- Écoles (publiques, privées et à charte);
- Garderies et prestataires de soins aux adultes ;
- Parents et prestataires de soins aux enfants ;
- Département de la Santé comportementale (DBH),
- Département de la Santé (DOH);
- Administration du logement du District de Columbia (DCHA) ;
- Département des services d'emploi (DOES) ;
- Bureau des impôts et des recettes (OTR);
- Service de Revenu interne (IRS);
- Département des véhicules à moteur (DMV);
- Banques, coopératives de crédit et autres établissements de crédit ;
- · Agences d'évaluation du crédit et autres agences d'évaluation ; et
- Toute autre personne, agence ou entreprise, selon les besoins

J'autorise toutes ces personnes à fournir au DHS des renseignements me concernant. Cela inclut des détails sur ma santé, mes revenus, mes actifs, mes factures et ma famille. Cela inclut également tous les dossiers gouvernementaux, médicaux et des services sociaux me concernant. Je sais que le DHS traitera toutes mes informations de manière confidentielle. Je coopérerai en fournissant toute autorisation écrite spécifique dont ces personnes ont besoin pour pouvoir communiquer mes informations au DHS.

### Utilisation illégale des prestations et pénalités

Le District de Columbia peut engager des poursuites pénales contre vous et chercher à vous disqualifier de l'aide publique à l'avenir si vous enfreignez les lois relatives au programme d'aide publique.

Vous ne devez pas

- Permettre à quelqu'un d'autre d'utiliser votre carte ou vos prestations Medicaid ;
- Continuer à utiliser votre carte ou vos prestations Medicaid si vous n'êtes plus résident du DC;
- Accepter un paiement de la part d'un prestataire en échange de services couverts par Medicaid, sauf si cela est autorisé dans le cadre d'un programme approuvé par le Department of Health Care Finance (DHCF);
- Donner de fausses informations ou dissimuler des informations pour recevoir ou continuer à recevoir des prestations ;
- Vous livrer à des trafics dans le cadre du programme SNAP, notamment en échangeant ou en vendant des prestations SNAP ou des cartes de transfert électronique de prestations (EBT);
- Utiliser les prestations du programme SNAP pour acheter des articles non autorisés, comme de l'alcool, des drogues et des armes à feu, ou pour payer sur des comptes de crédit ;
- Permettre à une personne non reconnue comme représentant autorisé ou comme mandataire d'utiliser le code PIN (numéro d'identification personnel) de votre carte EBT;
- Utiliser les prestations de quelqu'un d'autre ;
- Utiliser la carte EBT de quelqu'un d'autre sans autorisation ; ou,
- Utiliser votre carte EBT contenant des prestations TANF dans un magasin d'alcool, un lieu de divertissement pour adultes, tel qu'un club de strip-tease ou dans un établissement de jeu tel qu'un casino.

Vos prestations SNAP n'augmenteront pas si votre assistance en espèces est réduite ou interrompue pour cause de nonrespect des règles. Si un membre du ménage commet une IPV (violation intentionnelle du programme), c'est-à-dire qu'il enfreint délibérément les règles ;

- Le DHS peut exclure la personne des programmes de prestations.
- Le DHS peut exclure cette personne pour une durée de 6 mois à la première infraction (Programme TANF ou programme d'emploi et de responsabilité au travail (Program on Work Employment and Responsibility/POWER)).
- Le DHS peut exclure cette personne pour une durée de 12 mois à la première infraction (programme SNAP) ou à la deuxième infraction (TANF et POWER).
- Le DHS peut exclure cette personne pour une durée de 24 mois, à la deuxième infraction (SNAP) ou dès la première fois qu'un tribunal la déclare coupable de l'achat de drogues illégales avec des prestations SNAP.
- Le DHS peut interdire à cette personne de participer aux programmes de prestations de façon permanente :
  - À la troisième infraction (TANF, POWER et SNAP), ou
  - dès la deuxième fois qu'un tribunal la déclare coupable d'achat de drogues illégales avec des prestations SNAP, ou
  - Dès la troisième fois qu'un tribunal la déclare coupable d'achat d'armes à feu, de balles ou d'explosifs avec des prestations SNAP, ou
  - Après que le tribunal a déclaré une personne coupable de trafics avec des prestations SNAP s'élevant à 500 dollars ou plus.

Le DHS peut disqualifier une personne coupable de violation intentionnelle du programme et lui interdire de participer aux programmes de prestations de façon permanente

Le DHS peut disqualifier cette personne pour une durée de dix ans si elle est reconnue coupable de fausse déclaration sur son identité ou son lieu avec pour objectif de percevoir plusieurs prestations à la fois.

Tout membre qui enfreint intentionnellement l'une de ces règles peut être exclu du programme SNAP pour une durée d'un an ou de manière permanente. Il peut également se voir infliger une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 dollars ou une peine de prison pouvant aller jusqu'à 20 ans, ou les deux.

Un juge peut également interrompre pour une période supplémentaire de 18 mois les prestations perçus par cette personne dans le cadre des programmes TANF et/ou SNAP. La personne peut également faire l'objet d'autres poursuites en vertu d'autres lois fédérales. Les personnes qui demandent quatre (4) cartes EBT de remplacement ou plus en un an peuvent être référées au bureau de l'inspecteur général du District de Columbia en vue d'une enquête sur le trafic de prestations.

J'atteste et déclare sous peine de parjure qu'au meilleur de ma connaissance, les informations fournies sont correctes et que la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou sont en situation régulière aux États-Unis.

Signature	Date	
Signature du demandeur ou de son représentant		

# ÉTAPE 16 Avez-vous soumis une demande dans le cadre du programme TANF?



(Si vous avez postulé uniquement pour une assistance médicale, passez à l'étape 19)

- Oui, prenez un rendez-vous pour votre évaluation dans le cadre du programme TANF en utilisant les instructions ci-dessous et emportez cette page (40) et la page 57 à votre rendez-vous.
- Non passez à l'étape 17 si vous avez postulé pour une assistance alimentaire. Si vous avez soumis une demande d'assistance médicale, aucune autre information n'est nécessaire.

Pour être admis à bénéficier des prestations TANF (en espèces), vous devez suivre une séance d'orientation ou subir une évaluation et signer un plan de responsabilité individuelle (IRP). Cette démarche doit être effectuée dans un délai de 45 jours à compter de la date de soumission de la présente demande de prestations.

Comment puis-je prendre rendez-vous Vous devez appeler ou vous rendre à l'un rendez-vous. Les rendez-vous sont possib	des centres de ress		l'Office of Work Opportunity pour prendre	
Anacostia 2100 Martin Luther King Jr. Ave. S.E. Suite 402 Washington, D.C. 20020	<b>Fort Davis</b> 3851 Alabama Av Washington, D.C.		Congress Heights 4049 South Capitol Street. SW Washington, DC 20032	
H Street 645 H St. N.E. Washington, D.C. 20002	Centre de service de 1207 Taylor Street, N.W. Washington, D.C. 20011			
Combien de temps durera ma séance d Vous devez prévoir de passer au moins 90			be de prendre et d'honorer ce rendez-vous.	
Quels documents dois-je emporter pour ma séance d'orientation/évaluation ? Vous devez vous munir de ce formulaire (page 40), du reçu de votre demande (page 57) et d'une carte d'identité avec photo.				
Mes frais de déplacement aller-retour sont-ils couverts en ce qui concerne mon rendez-vous d'orientation/évaluation ? L'Office of Work Opportunity peut accorder une aide/remboursement des frais de métro sur demande.				
Nom complet du demandeur		Date de naissance	Numéro du dossier	
Je comprends que le refus de suivre la séance d'orientation, l'évaluation et de ne pas signer l'IRP entraînera le rejet de ma demande de prestations.				
Signature du demandeur ou de son repr	ésentant :		Date :	
Signature de l'employé de l'OWO :		Centre de servio	ce : Date :	

#### Annexe A

## Couverture médicale proposée par l'employeur



(Veuillez ne remplir que si vous postulez pour une assistance médicale et dans le cas où une personne du ménage est admissible à la couverture santé proposée par l'employeur)

# Couverture médicale proposée par l'employeur

Vous N'êtes PAS tenu de répondre à ces questions, à moins qu'un membre du ménage ne soit admissible à une couverture médical liée proposée par un employeur. Joignez une copie de cette page pour chaque emploi offrant une couverture.

#### Renseignements sur cet emploi offrant une couverture.

Remettez l'outil de couverture d'assurance santé de l'employeur (présenté à la page suivante) à l'employeur qui offre une couverture pour vous aider à répondre à ces questions. Vous devez uniquement joindre cette page lorsque vous soumettez votre demande, et non l'outil de couverture d'assurance santé par l'employeur.

Renseignements sur l'employé(e)		
Nom de l'employé(e) (Prénom, deuxième prénom, Nom)	Numéro de sécurité so	ciale (SSN)
Renseignements sur l'employeur		
Nom de l'employeur	Numéro d'identification	n de l'employeur (EIN)
Adresse de l'employeur	Numéro de téléphone d	de l'employeur
Ville	État	CODE POSTAL
Qui pouvons-nous contacter chez cet employeur concernant l'assurance santé ?		
Numéro de téléphone (si différent de celui indiqué ci-dessus)	Adresse électronique	
Pouvez-vous actuellement bénéficier de la couverture d'assura bénéficier dans les 3 prochains mois ?  Oui (Continuer)  Si vous êtes en période d'attente ou d'essai, quand  Indiquez le nom de toute autre personne admissible à	pourrez-vous inscrire à cette	couverture ? (jj/mm/aaaa) _
Nom :	Nom :	
Nom :	Nom :	
Non (Arrêter ici et passer à l'étape 5 de la demande)		
Renseignements sur le <i>régime d'assurance santé</i> proposé p	oar cet employeur	
L'employeur offre-t-il un régime d'assurance santé qui répond	à la norme de valeur minimale	*? Oui Non
Pour le régime le moins cher qui répond à la norme de valeur minimale familiaux) : Si l'employeur propose des programmes de bien-être, indic bénéficiait pas d'une remise pour les programmes de bien-être, y com	quer la cotisation que l'employé(e)	aurait à payer s'il/elle ne
* Un régime d'assurance santé répond à la norme de valeur minimale l médicaux pour une population standard et offre une couverture substa		

offerts par les employeurs répondent à la norme de valeur minimale.	
Quelles seraient les cotisations de l'employé(e) pour ce régime ?	\$
À quelle fréquence ?	nes 🗖 Deux fois par mois 🗖 Une fois par mois 🗖
Quels sont les changements prévus par l'employeur pour la nouvelle année L'employeur ne proposera plus d'assurance santé  L'employeur commencera à proposer une couverture santé aux emp moins cher proposé à l'employé(e) et qui répond à la norme de valeuremise pour les programmes de bien-être.)	loyés ou modifiera les cotisations pour le régime le
Quelles seraient les cotisations de l'employé(e) pour ce régime ?	\$
À quelle fréquence ?	nes Deux fois par mois Une fois par mois D
Date de changement : (jj/mm/aaaa)	

# Outil de couverture d'assurance santé par l'employeur



Utilisez cet outil pour répondre aux questions sur le formulaire de demande d'assistance médicale, Annexe A. Cette section du formulaire de demande est consacrée à toutes les couvertures d'assurance santé proposées par l'employeur et dont vous pouvez bénéficier (*même par l'intermédiaire d'une autre personne comme un(e) conjoint(e) ou un parent)*. Les renseignements des cases ci-dessous correspondent à celles de l'Annexe A. Par exemple, vous pouvez utiliser la réponse à la question 14 de cette page pour répondre à la question 14 de l'Annexe A.

Indiquez votre nom et votre numéro de sécurité sociale dans les cases 1 et 2 et demandez à l'employeur de remplir le reste du formulaire. Remplissez une copie de l'annexe pour *chaque* employeur qui propose une couverture d'assurance santé dont vous pouvez bénéficier.

Renseignements sur l'employé(e)			
L'employé(e) doit remplir cette section.			
1. Nom de l'employé(e) : (Prénom, deuxième prénom, nom de famille)	2. Numéro de sécurité sociale (SSN) de	'employé(e)	
Renseignements sur l'employeur			
Demander à l'employeur de donner ces renseignements.			
3. Nom de l'employeur	4. Numéro d'identification de l'employeu	r (EIN)	
5. Adresse de l'employeur (le marché enverra les avis à cette adresse)	6. Numéro de téléphone de l'employeur		
7. Ville	8. État	9. Code postal	
7. VIIIC	o. Etat	3. Gode postal	
10. Qui pouvons-nous contacter chez cet employeur concernant l'assurance santé ?			
11. Numéro de téléphone (si différent de celui indiqué ci-dessus)	12. Adresse électronique		
13. L'employé(e) peut-il/elle actuellement bénéficier de la couverture d'assurance santé que propose cet employeur ou pourra-t-il/elle en bénéficier dans les 3 prochains mois ?			
<b>Oui</b> (passer à la question 13a).			
13a. Si l'employé(e) n'est pas admissible aujourd'hui, y compris en raison d'une période d'attente ou d'essai, quand l'employé(e) pourra-t-il/elle bénéficier de la couverture ? (jj/mm/aaaa) (Passer à la prochaine question)			
No (ARRÊTER et rendre ce formulaire à l'employé(e))			
Renseignements sur le <i>régime d'assurance santé</i> proposé par cet employeur			
L'employeur offre-t-il un régime d'assurance santé qui couvre le/la conjoint(e) de l'employé(e) ou ses personnes à charge ?  Oui. Quelles personnes ? Conjoint(e) Personne(s) à charge  Non (Passer à la question 14)			

14. L'employeur offre-t-il un régime d'assurance santé qui répond à la norme de valeur minimale*?  Oui(Passer à la question 15). No (ARRÊTER et rendre ce formulaire à l'employé(e))		
15. Pour le régime le moins cher qui répond à la norme de valeur minimale inclure les régimes familiaux) : Si l'employeur propose des programme l'employé(e) aurait à payer s'il/elle ne bénéficiait pas d'une remise po programmes pour arrêter de fumer.	s de bien-être, indiqu	er la cotisation que
a. Quelles seraient les cotisations de l'employé(e) pour ce régime ?		\$
b. À quelle fréquence ? ☐ Toutes les semaines ☐ Toutes les deu mois ☐ Tous les trimestres ☐ Tous les ans	ıx semaines 🗖 Deux f	fois par mois 🗖 Une fois par
Si l'année de couverture doit bientôt prendre fin et vous savez que les régi veuillez passer à la question 16. Si vous ne savez pas s'ils seront modifiés, l'employé(e).		
Quels sont les changements prévus par l'employeur pour la nouvelle année  L'employeur ne proposera plus d'assurance santé  L'employeur commencera à proposer une couverture santé aux en régime le moins cher proposé à l'employé(e) et qui répond à la noi pas refléter de remise pour les programmes de bien-être.)	nployés ou modifiera l	es cotisations pour le
Quelles seraient les cotisations de l'employé(e) pour ce régime ?		
À quelle fréquence ?	nes 🗖 Deux fois par n	nois 🗖 Une fois par mois 🗖
Date de changement : (jj/mm/aaaa)		

## Annexe B

# Identification de l'Indien(ne) d'Amérique ou Autochtone d'Alaska



#### Membre de la famille d'Indien(ne) d'Amérique ou Autochtone d'Alaska (AI/AN)

Remplissez cette annexe si vous ou un membre de votre famille êtes Indien d'Amérique ou Autochtone d'Alaska. Soumettez-la avec votre demande combinée de prestations alimentaires, de prestations médicales et de prestations en espèces.

#### Renseignements sur le(s) membre(s) de la famille d'Indien(ne) d'Amérique ou natif(ve) d'Alaska (Al/AN).

Les Amérindiens et les autochtones d'Alaska peuvent obtenir des services auprès des Services de santé aux autochtones, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé destinés aux Indiens vivant en milieu urbain. Ils peuvent également ne pas avoir à payer de partage des coûts et peuvent bénéficier de périodes d'inscription mensuelle spéciales. Répondez à la question suivante afin de vous assurer que votre famille reçoit la meilleure aide possible.

**REMARQUE**: Si vous souhaitez inclure d'autres personnes, faites une copie de cette page et annexez-la.

	Personne AI/AN 1		Personne AI/AN 2	
1. Nom (Prénom, deuxième prénom, nom de	Prénom	Deuxième prénom	Prénom	Deuxième prénom
famille)	Nom de famille		Nom de famille	
2. Êtes-vous membre d'une tribu reconnue par le gouvernement fédéral ?	Oui Si oui, nom de la tribu :		Oui Si oui, nom de la tribu :	
	Non		Non	

3. Cette personne a-t-elle déjà bénéficié d'un service auprès des Services de santé aux autochtones, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé destinés aux Indiens vivant en milieu urbain ou grâce à une recommandation faite par l'un de ces programmes ?	Oui Non  Si non, cette personne peut-elle bénéficier d'un service auprès des Services de santé aux autochtones, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé destinés aux Indiens vivant en milieu urbain ou grâce à une recommandation faite par l'un de ces programmes ?  Oui Non	Oui Non  Si non, cette personne peut-elle bénéficier d'un service auprès des Services de santé aux autochtones, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé destinés aux Indiens vivant en milieu urbain ou grâce à une recommandation faite par l'un de ces programmes ?  Oui Non
<ul> <li>4. Certaines sommes reçues peuvent ne pas être prises en compte dans le cadre de Medicaid ou du Programme d'assurance santé pour enfants (CHIP). Dressez la liste de tous les revenus (montant et fréquence) déclarés dans votre demande et incluant des sommes provenant de ces sources : <ul> <li>Paiements par habitant d'une tribu provenant de ressources naturelles, de droits d'usage, de baux ou de redevances</li> <li>Paiements provenant de ressources naturelles, de l'élevage, de la pêche, des baux ou de redevances sur des terres désignées par le Département de l'intérieur comme terres indiennes (y compris les réserves et les anciennes réserves)</li> <li>L'argent issu de la vente d'objets revêtant une importance culturelle</li> </ul> </li> </ul>	\$ À quelle fréquence ?	\$ À quelle fréquence ?

# Annexe C Formulaire d'autorisation du représentant







Vous pouvez désigner des personnes qui agiront en votre nom en jouant jusqu'à trois rôles. Dans le cas de Medicaid, vous pouvez également désigner une organisation. Voir page 54 pour plus de détails sur les personnes susceptibles d'être nommées dans chaque rôle.

REPRÉSENTANT - Cette personne/organisation peut soumettre une demande de prestations, offrir une assistance dans le cadre d'un entretien, recevoir des avis, signaler des changements et faire des demandes de renseignements. Votre ménage sera tenu responsable de toute émission excédentaire

Prestation en espèces	résultant d'informations incorrectes fournies par le représentant.						
☐ Médical	Nom complet	S'il s'agit d'une personne, date de naissance					
	Téléphone	Courriel					
	Adresse	Unité	Ville	État	CODE POSTAL		
	J'autorise cette personne à : (cocher tout	t ce qui s'appli	ique)				
	<ul><li>☐ Soumettre une demande de prestatio</li><li>des avis</li><li>☐ Signaler des changements</li><li>☐ Dem</li></ul>		Assistance lors à	a l'audition	Recevoir		
SNAP Prestation en	PERSONNE DÉSIGNÉE - Cette personne ne recevra qu'une carte de transfert électronique des prestations (EBT).portant son nom et pourra accéder en votre nom à vos prestations en espèces et à v prestations alimentaires (ces deux prestations uniquement)						
espèces	Nom complet		Date de naissance				
☐ Identique à celle du							
représentant	Téléphone		Courriel				
	Adresse	Unité	Ville	État	CODE POSTAL		
☐ Identique à celle du	COURSIER -Cette personne peut récupérer votre carte de transfert électronique de prestations (EB bureau EBT (prestations en espèces et à vos prestations alimentaires uniquement).						
représentant	Nom complet		Date de naissance				
☐ Identique à celle de la	Téléphone	Courriel					
personnes désignée	Adresse	Unité	Ville	État	CODE POSTAL		

En apposant ma signature ci-dessous, je certifie que la (les) personne(s) désignée(s) ci-dessus est (sont) autorisée(s) à agir en mon nom. Je comprends que toute personne qui fournit délibérément de fausses informations peut être poursuivie en vertu des lois fédérales et étatiques applicables. Si le district estime qu'un représentant autorisé a délibérément fourni de fausses informations sur la situation du ménage ou a fait mauvais usage des prestations, il peut lui retirer la qualité de représentant autorisé pour une période pouvant aller jusqu'à un an. Je comprends que le pouvoir d'agir en tant que représentant autorisé est valable jusqu'à ce que je modifie l'autorisation ou que j'informe l'agence que le représentant n'est plus autorisé à agir en mon nom, ou jusqu'à ce que le représentant autorisé informe l'agence qu'il n'agit plus en cette qualité, ou jusqu'à ce soit changé l'autorité légale sur laquelle la personne ou l'organisation fondait son autorité.

Signature du demandeur	Date
Je m'engage à maintenir, ou à être légalement tenu de resp demandeur ou le bénéficiaire.	pecter le caractère confidentiel de toute information fournie par l'agence sur le
certifie que je me conformerai aux règlements de l'article 42	stataire; un membre du personnel ou un bénévole d'une organisation) Je 2 CFR partie 431, sous-partie F et à l'article 45 CFR § 155.260(f), 42 CFR u gouvernement fédéral concernant les conflits d'intérêts et la confidentialité
Signature du représentant autorisé	Date
Signature de la personne désignée	Date
Signature du coursier autorisé	Date

#### **ANNEXE D**

# **Questions supplémentaires concernant la rétroactivité de Medicaid**



(Veuillez remplir cette partie uniquement dans le cas où vous postulez pour l'assistance médicale et vous avez répondu oui à la question 36 et à toutes les sous-questions de cette question

Si vous ne disposez pas de ces informations maintenant, vous aurez jusqu'à 9 mois pour postuler après avoir soumis cette demande.

**Antécédents de résidence :** Si vous ou un membre de votre ménage n'étiez pas résident du district au cours des 3 mois précédant cette demande, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne qui n'était pas résidente du district.

Premier mois	Mois	Année	Deuxième mois	Mois	Année	Troisième mois	Mois	Année
Nom du membre	Ét	at	Nom du membre	Ét	at	Nom du membre	Ét	at

Renseignements sur la citoyenneté/le statut d'immigration admissible : Si vous ou un membre de votre ménage avez changé de citoyenneté/statut d'immigration admissible au cours des 3 mois précédant la soumission de la présente demande, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne de votre ménage ayant connu ce changement.

Premier mois	Mois	Année	Deuxième mois	Mois	Année	Troisième mois	Mois	Année
Nove do secondos	Chatat diia		Name de mande	Chatant diin		Name de mande	Ct	
Nom du membre	Statut d'in	nmigration	Nom du membre	Statut d'in	nmigration	Nom du membre		gration

**Renseignements fiscaux :** Si vous ou un membre de votre ménage a changé de statut de déclarant fiscal au cours des 3 mois précédant la soumission de la présente demande, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne de votre ménage ayant connu ce changement.

Premier mois	Mois	Année	Deuxième mois	Mois	Année	Troisième mois	Mois	Année
Nom du membre	Sta	tut de	Nom du membre	Statut de	déclaration	Nom du membre	Stati	ut de
	déclarat	ion fiscale		fiscale			déclaration	on fiscale
	(Déclarant	, personne		(Déclarant	, personne		(Déclarant	, personne
	fiscalement à	charge, non		fiscalement à	charge, non		fiscalemen	t à charge,
	décla	rant)		décla	ırant)		non dé	clarant)

Antécédents des revenus: Si vous ou un membre de votre ménage avez vu vos revenus changer au cours des 3 mois précédant la soumission de la présente demande, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne de votre ménage ayant connu ce changement.

Premier mois	Mois	Année	Deuxième mois	Mois	Année	Troisième mois	Mois	Année
Nom du membre		e revenus	Nom du membre		revenus	Nom du membre		revenus
	(Salaires/réi	munérations,		(Salaires/réi	munérations,		(Salaires/ré	munération
	pensions,	chômage,		pensions,	chômage,		s, pensions	s, chômage,
	revenus d'u	une activité		revenus d'i	une activité		revenus d'ı	une activité
	indépendar	ite, sécurité		indépendar	nte, sécurité		indépendar	ite, sécurité
	sociale	e, etc.)		social	e, etc.)		sociale	e, etc.)

**Autre couverture médicale :** Si vous ou un membre de votre ménage avez changé de couverture médicale au cours des 3 mois précédant la soumission de la présente demande, veuillez remplir le tableau ci-dessous pour chaque personne de votre ménage ayant connu ce changement.

Premier mois	Mois	Année	Deuxième mois	Mois	Année	Troisième mois	Mois	Année
Nom du membre	Type de couverture	Votre couverture a-t-elle expiré ?	Nom du membre	Type de couverture	Votre couverture a-t-elle expiré ?	Nom du membre	Type de couvertur e	Votre couvertu e a-t-elle expiré ?
Handicap: Si vous la soumission de la connu ce changeme	présente de							
la soumission de la	présente de							
la soumission de la connu ce changem	présente de ent.	Année	illez remplir le table	au ci-desso	Année	que personne de vo	tre ménage Mois	Année handicap
la soumission de la connu ce changeme	Mois  Statut de l (Aveugle ou	Année handicapé handicapé) es actifs : S	Deuxième mois  Nom du membre  Si vous ou un memb	Mois  Statut de l (Aveugle ou	Année handicapé handicapé)	Troisième mois  Nom du membre	Mois Statut de I (Aveugle ou	Année handicape handicape

Nom du membre	Type d'actifs	Valeur	Nom du membre	Type d'actifs	Valeur	Nom du membre	Type d'actifs	Valeur

Annexe E	Certification du dépistage du cand	Certification du dépistage du cancer du sein ou du col de						
	l'utérus	l'utérus						
	(Cette annexe doit être remplie EXCLUSIVEMEI d'une demande Medicaid pour le traitement du l'utérus.							
Nom du demand	eur Medicaid (prénom, deuxième prénom, nom)							
Numéro de sécu	rité sociale	Date de naissance						
	teur de Project Wish : Veuillez lire les réponse Project Wish.	s ci-dessous et cocher OUI si le demandeur est						
Oui	sein et du col de l'utérus (NBCCEDP) du Center Disease Control and Prevention (CDC) et a sub- conformément aux directives du NBCCEDP.							
☐ Oui	Ce demandeur a fait l'objet d'un dépistage dans précoce du cancer du sein et du col de l'utérus Prevention (CDC)							
	aux directives du programme national de détect	(indiquez ici le épistage et/ou des tests diagnostiques conformément tion précoce du cancer du sein et du col de l'utérus ormulaire doit être rempli par le médecin traitant ou						
	Informations de diagnostic nou	ur la demandaur Madicaid						

# (NBCCEDP). (Si vous sélectionnez « OUI », ce formulaire doit être rempli par le médecin traitant ou celui ayant effectué le diagnostic). Informations de diagnostic pour le demandeur Medicaid Diagnostic: Commentaires du médecin: Date du diagnostic:

Signature du médecin :	Date :
Nom du médecin :	
Nom de l'établissement/hôpital/clinique :	
Adresse de l'établissement/hôpital/clinique :	
Adresse de l'établissement/hopital/dimique.	
Je signe ce formulaire sous peine de parjure et déclare avoir répor	ndu de manière véridique autant que je
puisse en juger, à toutes les questions posées dans ce formulaire.	Je sais que je pourrai subir des sanctions
au titre de la loi fédérale si je fournis volontairement des renseign	ements faux ou inexacts.
Signature du coordonnateur du NBCCEDP :	Date :
Nom du coordonnateur du NBCCEDP :	

## ÉTAPE 17 Lire et signer les accords du programme TANF ci-dessous



(Assistance en espèces UNIQUEMENT)

#### Coopération en matière de pension alimentaire pour enfants dans le cadre du programme TANF

Vous êtes légalement tenu de coopérer à l'établissement de la paternité et à l'obtention d'un soutien financier et médical pour pouvoir bénéficier d'une assistance, à moins d'avoir un motif valable. Vous pouvez invoquer à tout moment le principe du « motif valable ». Vous pouvez être exempté de l'obligation de coopérer à l'établissement de la paternité et de la pension alimentaire si vous fournissez des preuves tangibles de « motifs valables», qui doivent être présentés lors de la réunion avec la Division des services de pension alimentaire pour enfants (CSSD) du Bureau du procureur général (OAG). Le refus de coopérer à l'établissement de la paternité et de la pension alimentaire peut entraîner une pénalité de 25 % sur votre subvention TANF. Le fait de coopérer permet à votre enfant de bénéficier de l'attribution d'une assistance financière ou médicale. Le refus de coopérer sans la preuve d'un motif valable peut entraîner des sanctions financières qui auront une incidence sur votre subvention TANF. La CSSD doit fournir une assistance raisonnable en vue de l'obtention de preuves tangibles attestant de l'existence d'un motif valable.

On considérera qu'il y a motif valable si l'on peut raisonnablement s'attendre à ce que les efforts de coopération entraînent un préjudice physique, sexuel ou émotionnel à l'enfant pour lequel une assistance est sollicitée, au demandeur ou au bénéficiaire, à un membre du ménage du demandeur ou du bénéficiaire, ou à un membre de la famille immédiate du demandeur ou du bénéficiaire, ou si la CSSD identifie des circonstances qui rendraient la coopération, ou les actions résultant directement de celle-ci, préjudiciables pour l'enfant pour lequel une assistance est sollicitée, y compris, mais sans s'y limiter, l'une (1) des situations suivantes :

- 1. L'enfant a été conçu à la suite d'un inceste ou d'une agression sexuelle (une condamnation pour inceste ou agression sexuelle n'est pas nécessaire pour que cet alinéa s'applique);
- 2. Une procédure judiciaire d'adoption de l'enfant est en cours devant un tribunal compétent ; ou
- 3. Le demandeur ou le bénéficiaire profite actuellement du soutien d'un organisme social public ou privé chargé de régler la question de savoir s'il faut garder l'enfant ou le faire adopter.

Sur la base des preuves tangibles fournies et de toute enquête nécessaire, la CSSD est chargée de détermine si la coopération ne serait pas dans l'intérêt de l'enfant pour lequel une assistance est sollicitée, d'indiquer les raisons de sa décision et de communiquer par écrit ladite décision et les dites raisons au demandeur ou au bénéficiaire. Les droits comprennent : le droit à un procès équitable pour faire appel d'une sanction pour non-coopération si la CSSD détermine que le demandeur ou le bénéficiaire ne dispose pas de motif valable justifiant son refus de coopérer. Le personnel de la CSSD peut examiner les conclusions du personnel, ainsi que le fondement sur lequel repose la détermination d'un motif valable, et peut participer à toute audience portant sur un motif valable justifiant un refus de coopérer. Le personnel de la CSSD ne devra pas essayer d'établir la paternité, de percevoir une pension alimentaire, de recueillir des informations sur des tiers ou de poursuivre des tiers responsables de services médicaux, dans les cas où une demande pour motif valable est en cours ou a été accordée. La CSSD et l'ESA feront tous les efforts raisonnables pour s'assurer que votre lieu de résidence ou celui de votre enfant soient gardés confidentiels et prendront d'autres mesures nécessaires pour vous protéger de tout préjudice si : une réclamation pour motif valable est en cours ou a été accordée ; une ordonnance de protection civile ou temporaire a été prononcée à votre égard ou à l'égard de votre enfant ; ou la CSSD a des raisons de croire que la divulgation de l'information pourrait vous nuire ou nuire à votre enfant ; et les prestations TANF ne seront pas refusées, différées, réduites ou interrompues en attendant la décision concernant une réclamation pour motif valable dans laquelle le demandeur ou le bénéficiaire a fait un effort de justifier sa réclamation. Le demandeur ou le bénéficiaire a fait un effort pour étayer sa demande en toute bonne foi.

#### Manquement à l'obligation de vivre chez soi dans le cadre du programme TANF

En tant qu'adolescente enceinte ou parent adolescent (homme ou femme), vous êtes tenue de coopérer avec les dispositions relatives aux conditions d'admissibilité, aux droits et responsabilités et aux dispenses des exigences en matière de vie domestique. Un demandeur ou un bénéficiaire des prestations TANF qui est une adolescente enceinte ou un parent adolescent (homme ou femme) et n'a jamais été mariée n'est admissible aux prestations TANF que si l'adolescente et son enfant résident dans un domicile géré par le parent ou le tuteur légal de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent, ou géré par un autre adulte de la famille de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent qui est le domicile du parent, du tuteur ou de l'adulte membre de la famille, tel que déterminé par le maire, excepté dans les cas où :

- 1. L'adolescente enceinte ou le parent adolescent (homme ou femme) n'a pas de parent vivant, de tuteur légal ou d'autre parent adulte qualifié ;
  - a. Aucun parent, tuteur légal ou autre parent adulte qualifié pouvant agir en tant que tuteur légal de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent (homme ou femme) n'autorise cette dernière à vivre sous son toit ;
  - b. Après une enquête menée conformément aux règlements publiés par le maire, le département détermine que la santé physique ou émotionnelle ou la sécurité du demandeur, du bénéficiaire ou de l'enfant à charge seraient compromises s'ils vivaient sous le même toit que le parent, le tuteur légal ou un autre parent adulte de l'adolescente ; ou
  - c. Le Département détermine, conformément aux règlements publiés par le maire, que les circonstances permettent d'établir qu'il existe un motif valable pour que le demandeur ou bénéficiaire et l'enfant à charge reçoivent une assistance tout en vivant hors du toit du parent, du tuteur ou d'un autre adulte de la famille de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent (selon les normes établies dans les règlements, incluant la prise en compte des intérêts supérieurs de l'enfant à charge).
  - d. Les enquêtes devront être menées par des travailleurs sociaux agréés. Il est également possible de faire appel à d'autres professionnels qualifiés, tels que des médecins, des infirmières ou des physiologistes, que le Département juge nécessaires pour prendre des décisions judicieuses en matière de santé et de sécurité.
  - e. Lorsqu'une adolescente enceinte ou un parent adolescent (homme ou femme) et l'enfant à charge du demandeur ou du bénéficiaire sont tenus de vivre avec le parent, le tuteur légal ou un autre adulte de la famille de l'adolescente enceinte ou parent adolescent, ou dans un cadre décrit au paragraphe (e)
    - (1) du présent article, les prestations TANF peuvent être versées sous la forme d'un paiement de protection.
    - i. (e)(1) Si l'adolescente enceinte ou le parent adolescent (homme ou femme) est dispensé de l'obligation de vivre en famille, le Département devra fournir ou l'aider à trouver un foyer de la deuxième chance, une maternité ou tout autre lieu de vie approprié supervisé par un adulte, à moins que le Département ne détermine que le lieu de vie actuel de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent est convenable. Le Département doit tenir compte des besoins et des préoccupations de l'adolescente enceinte ou du parent adolescent (homme ou femme) et de son enfant pour lui offrir ou l'aider à trouver
      - un lieu de résidence. Le Département doit alors déterminer le lieu de vie approprié pour l'adolescente enceinte ou le parent adolescent (homme ou femme) et exiger que cette dernière ou ce dernier ainsi que l'enfant à charge vivent dans ce lieu de vie pour pouvoir continuer à percevoir les allocations TANF. Si le Département détermine que la situation de l'adolescente enceinte ou le parent adolescent (homme ou femme) a changé et que son lieu de vie actuel n'est plus indiqué, cette dernière ou ce dernier a le droit de résider dans un autre lieu de vie approprié et de continuer à recevoir des prestations TANF.

#### Vérification du motif valable dans le cadre des programmes TANF et POWER

Une vérification de l'existence d'un motif valable pour un défaut de participation aux activités initiales d'orientation, de conseil ou d'évaluation, pour un défaut de participation à ou à la réalisation d'autres activités d'employabilité ou de recherche d'emploi ou pour un défaut de participation à des activités de travail selon les instructions de l'ESA, doit inclure un (1) ou plusieurs des éléments suivants

- a. Une maladie physique ou mentale ou une affection médicale avérée, si nécessaire, du demandeur, d'un membre du ménage ou de la famille immédiate du demandeur, si aucun autre membre approprié du ménage ou de la famille n'est disponible pour fournir les soins nécessaires, qui empêche le demandeur ou le bénéficiaire de participer aux activités requises.
- b. Le besoin de garde d'enfants pour que le demandeur puisse participer ou continuer à participer aux activités ou accepter un emploi, lorsque des services de garde d'enfants appropriés et abordables (formels ou informels) ne sont pas disponibles à une distance raisonnable du domicile du demandeur ou du lieu de service. Aux fins du présent paragraphe, le demandeur a un besoin de garde d'enfants s'il s'occupe d'un enfant de moins de six (6) ans ou d'un enfant qui a des besoins particuliers en matière de soins de santé (vérifiés par des preuves médicales compétentes, selon l'ESA) qui l'empêchent de fréquenter régulièrement l'école ;
- c. Le demandeur est le parent ou un autre gardien qui s'occupe personnellement d'un enfant de moins de six (6) ans et participe aux activités ou à l'emploi, en moyenne, au moins vingt (20) heures par semaine ;
- d. Le demandeur réside dans un endroit si éloigné d'un programme ou d'une activité où il n'a accès à aucun moyen de transport. La personne est considérée comme éloignée si un voyage aller-retour de plus de deux (2) heures par un moyen de transport public ou privé raisonnablement disponible, à l'exclusion du temps nécessaire pour transporter les enfants vers et depuis une garderie ou une école, serait nécessaire pour une journée normale de travail ou de formation. Toutefois, si le temps de trajet normal dans la région est supérieur à deux (2) heures, le temps de trajet aller-retour ne sera pas considéré comme un motif valable.
- e. Discrimination de la part d'une entité non gouvernementale, d'un employeur ou de tout autre programme ou activité en violation de la loi fédérale ou du district ;
- f. Travailler ou participer sans recevoir d'allocation de participation au travail;
- g. Les violations de toute protection sur le lieu de travail énumérée dans la Section 29-5811 du DCMR; et
- h. Une circonstance extraordinaire et imprévue, indépendante de la volonté du demandeur, qui l'empêche de participer aux activités requises, notamment, mais sans s'y limiter, une violence familiale, un incendie de maison ou un accident de voiture

Les refus de la demande d'un demandeur pour un motif valable doivent être formulés par écrit et peuvent faire l'objet d'un appel dans le cadre de la procédure d'audition équitable. L'ESA peut exiger une vérification raisonnable du motif valable.

# Demande de vérification de l'inscription des enfants mineurs à l'école et de la fréquentation scolaire des adolescentes enceintes ou parents adolescents (hommes ou femmes) (TANF)

Pour pouvoir bénéficier des prestations TANF, il faut vérifier que chaque enfant à charge âgé de 16, 17 ou 18 ans est inscrit dans un établissement scolaire et que tous les adolescents enceintes ou parents adolescents (hommes ou femmes) âgés de moins de 20 ans et n'ayant pas terminé avec succès leurs études secondaires ou leur équivalent sont scolarisés. Si l'inscription à l'école d'un enfant à charge n'est pas vérifiée, celui-ci est considéré comme non admissible à l'aide et sera exclu de l'unité d'assistance le dernier jour du mois précédant le 16, 17 ou 18e anniversaire de l'enfant. Si l'assiduité scolaire d'une adolescente enceinte ou jeune mère n'est pas vérifiée, l'adolescente perdra son éligibilité au TANF pour chaque mois où les exigences d'assiduité ne sont pas respectées.

Pour fournir une preuve d'inscription ou d'assiduité, vous pouvez présenter l'un des documents énumérés ci-dessous à un centre de service pendant la période de traitement de la demande de 45 jours ou à la période de déclaration de recertification ou de changement appropriée.

- Vérification du formulaire de fréquentation scolaire,
- Le dernier bulletin scolaire émis pour l'année scolaire en cours.
- · Correspondance des autorités scolaires,
- · Correspondance de commissions de bourses d'études ou d'autres organisations similaires, ou
- Informations provenant des dossiers scolaires obtenues par le biais d'ententes de partage des données et d'échanges avec les écoles.

L'adolescente enceinte ou la jeune mère doit fréquenter l'école secondaire ou un programme équivalent d'éducation, de formation ou autre programme similaire approuvé par le ministère, sauf si l'une des exceptions pour motif valable est remplie. Les motifs valables pour ne pas se conformer aux exigences en matière de fréquentation scolaire sont les suivantes :

- L'enfant de la jeune mère a des besoins particuliers en matière de soins de santé qui empêchent l'adolescent de fréquenter régulièrement l'école. Le directeur du DHS ou son représentant doit vérifier ceci à travers des preuves médicales compétentes ;
- Une circonstance extraordinaire et imprévue déterminée par le DHS comme étant hors du contrôle de l'adolescent et l'empêchant de participer aux activités requises.
- A un enfant âgé de moins de 12 semaines
- Un service de garde d'enfants approprié, situé à une distance raisonnable de l'école, est indisponible, inabordable ou inadapté et l'enfant pour lequel la garde est demandée a moins de six ans,
- L'absence est considérée comme « excusée » par l'établissement ou le programme d'enseignement ou de formation

#### Signature

- J'accuse réception de la notification concernant la coopération en matière de pensions alimentaires pour enfants et le motif valable pour ne pas coopérer.
- J'accuse réception de la notification de l'incapacité à satisfaire aux exigences de vie à domicile du programme TANF.
- · J'accuse réception de la notification des exigences de vérification du motif valable du programme TANF.
- J'accuse réception de la notification de l'obligation de vérification de l'inscription scolaire des enfants mineurs et de l'assiduité des adolescentes enceintes ou jeunes mères de famille du programme TANF.

Signature	Date
Signature du demandeur ou de son représentant	

## ÉTAPE 18 Renseignements sur votre carte EBT





(Assistance alimentaire et en espèces uniquement)

Vous aurez besoin d'une carte EBT si vous bénéficiez de prestations alimentaires ou en espèces. Les prestations seront versées sur votre carte EBT. Votre première carte EBT est offerte gratuitement. Vous pouvez en obtenir une à l'adresse :

- 611 H Street NE (8 h 15-11 h 45 et 13 h 00-16 h 45)
- 1649 Good Hope Road, SE (8 h 15-16 h 45)

Munissez-vous de votre carte d'identité, du reçu de la demande (cette page de ce paquet).

Ceci est votre reçu (rempli par le DHS)								
Le cachet de la date confirme que le DHS des questions, appelez le centre d'appel			vez cette pag	e pour vos dossiers. Si vous avez				
Nom complet du client  Numéro du dossier								
Type de demande Demande	e 🔲 Recerti	fication 🔲 Acc	céléré					
Prestation sollicitée	Prestation alimentaire	Prestation médicale	Prestation en espèces	TIMBRE DATEUR DE L'ESA DU DHS				
Programme(s) approuvé(s)	Prestation alimentaire	Prestation médicale	Prestation en espèces					
Programme(s) refusé(s)	Prestation alimentaire	Prestation médicale	Prestation en espèces					
Programme(s) en attente	Prestation alimentaire	Prestation médicale	Prestation en espèces					

# ÉTAPE 19 Renseignez-vous sur vos droits et les règles du programme.

#### Règles générales

Vous devez fournir des informations vraies et complètes. Si vous mentez ou fournissez de fausses informations, vous courez le risque de perdre vos prestations. Vous courrez également le risque d'être frappé d'une amende et d'une peine d'emprisonnement. Nous pourrons procéder à la vérification de vos informations afin de nous assurer de leur exactitude. Nous pourrons vérifier vos revenus, les informations relatives à votre sécurité sociale et à l'immigration. La vérification de ces informations se fait grâce aux programmes informatiques de comparaison. Nous pourrons également vous interroger et effectuer une visite à domicile. Votre dossier peut être choisi pour faire l'objet d'un examen de contrôle de qualité. Il s'agit d'un examen détaillé de toutes les informations que vous avez fournies. Cela peut inclure des entretiens en face à face et un examen de votre dossier médical. En soumettant une demande, vous acceptez de collaborer avec les examinateurs de l'État et du gouvernement fédéral. Si vous refusez de collaborer, vous pourrez perdre partiellement ou totalement vos prestations. Si vous faites l'objet d'une enquête ou si vous fuyez pour vous soustraire à la loi, nous pouvons partager vos informations avec les agences fédérales et locales. Si vous faites l'objet d'une réclamation dans le cadre du programme SNAP, les informations contenues dans le présent formulaire, y compris les numéros de sécurité sociale (SSN), peuvent être transmises à des bureaux du gouvernement fédéral et de l'État, ou à des agences privées de recouvrement de créances pour une action de recouvrement des créances auprès de tous les adultes du ménage. En vertu de la législation fédérale et de celle du district, vous devez fournir votre numéro de sécurité sociale (si vous en avez un) pour bénéficier des prestations à titre personnel, excepté dans le cas où vous postulez au programme dénommé Healthcare Alliance ou Immigrant Children Program et que vous ne déclarez pas être un Citoyen ou étranger qualifié (voir 22-B DCMR § 3304, § 3305, et § 3306, 42 CFR § 435.910, 42 USC

§ 1320b-7(a)(1), 45 C.F.R. § 155.310(a)(3), 7 CFR § 273.6, Code du DC § 4-204.07, § 4-205.05a, § 4-205.72, § 4-217.07, et l'ordonnance du maire 92-49). L'USCIS vérifiera toutes les informations de la demande soumise dont le statut d'étranger des membres du ménage. Les informations soumises reçues de l'USCIS peuvent affecter l'admissibilité de votre ménage et le niveau des prestations.

Votre SSN sera utilisé pour vérifier votre identité et votre citoyenneté, déterminer votre admissibilité et le montant de vos prestations, empêcher la réception de prestations en double et apporter les changements nécessaires au programme. Le système informatique du DHS utilise votre SSN pour vérifier votre revenu grâce au système fédéral de vérification d'admissibilité et de revenus (Eligibility Verification System (IEVS)) en faisant usage des enregistrements provenant des sources fédérales et locales des États-Unis, notamment l'Administration de la sécurité sociale (SSA) des États-Unis, le Département des services d'emploi (DOES) et la Division des services de pension alimentaire pour enfants du DC (Child Support Services Division/CSSD). Les informations provenant du système IEVS seront requises, utilisées et pourront être vérifiées par des contacts collatéraux si le DHS trouve des divergences. Ces informations peuvent avoir une incidence aussi bien sur l'admissibilité de votre ménage que sur le montant des prestations. Le DHS se réserve également le droit de vérifier vos informations auprès des services de vérification des revenus et d'autres agences locales.

À moins que vous ne receviez un avis de déclaration simplifiée, vous devez signaler dans les plus brefs délais les changements susceptibles d'avoir une incidence sur votre admissibilité au programme SNAP et à celui des prestations en espèces. Ces changements peuvent concerner vos revenus, vos actifs, vos frais de logement et de garde d'enfants, ainsi que les personnes qui vivent sous votre toit. Vous devez rapidement signaler les changements susceptibles d'affecter votre droit à l'assistance médicale ; il peut s'agir notamment d'un changement de résidence, de revenu, de la personne vivant sous votre toit, d'un changement de statut de citoyen/immigrant et d'une incarcération. Si vous bénéficiez des services de Medicaid en tant que personne âgée, aveugle ou handicapée, vous devez signaler tout changement de vos actifs. Pour signaler un changement, appelez le (202) 727-5355. À l'exception des changements de revenus soumis à déclaration dans le cadre du programme SNAP, lesquels doivent être signalés dans les dix (10) jours suivant la date à laquelle le ménage reçoit le premier paiement découlant de ce changement ; de l'absence prévue pendant plus de quatre-vingt-dix (90) jours de la part d'un mineur d'un foyer bénéficiant du programme TANF, qui est soumise à une obligation de déclaration de cinq (5) jours ; et des rapports intermédiaires sur les changements significatifs de revenus pour les bénéficiaires du programme TANF, soumis à une obligation de déclaration dans les délais s'ils sont fournis au DHS au moins dix (10) jours avant la fin du mois, vous devez nous appeler avant le 10e jour du mois suivant le changement. Le fait de ne pas signaler en temps utile les changements susceptibles d'avoir une incidence sur votre admissibilité ou sur le montant de vos prestations peut entraîner une réduction ou une perte des prestations et des sanctions civiles ou pénales.

Toutes les informations et tous les documents collectés pour déterminer votre admissibilité à une assistance en espèces, une assistance alimentaire et à une assistance médicale ou toute autre utilisation connexe du programme sont confidentiels. Chaque programme prévoit des garanties, limitant l'utilisation et la divulgation des informations vous concernant à des fins directement liées à l'administration du programme. La divulgation des informations relatives à votre admissibilité à toute

personne non autorisée constitue une violation de la loi fédérale, de la loi du DC et peut entraîner des poursuites judiciaires. Nous garderons confidentielles les informations relatives à votre admissibilité, à moins que vous ne nous autorisiez (ou que nous soyons autorisés par la loi) à les communiquer à d'autres personnes.

#### Personnes autorisées

Pour une assistance en espèces et le programme SNAP, vous ne pouvez pas désigner un mineur, un détaillant, un fournisseur de repas pour sans-abri (si vous êtes un bénéficiaire du programme SNAP qui vit dans l'itinérance), un employé du gouvernement qui s'occupe de ce dossier, ou une personne disqualifiée de tout programme d'assistance alimentaire ou d'assistance en espèces pour une violation intentionnelle du programme. Si vous êtes résident d'un centre de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme, vous devez désigner une personne qui sera votre représentant SNAP. Votre foyer sera tenu responsable de toute sur-émission des prestations en espèces et des prestations SNAP résultant de la fourniture d'informations incorrectes par le représentant autorisé, à moins que votre centre de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ou tout autre lieu de vie collectif n'agisse en tant que représentant autorisé dans le cadre du programme SNAP. Toute personne qui fournit délibérément de fausses informations peut être poursuivie pour ses actes en vertu des lois fédérales et étatiques applicables.

#### Chef de ménage

Le chef de ménage désigne à la fois la personne à qui incombe la responsabilité de remplir le présent formulaire de demande et la personne qui servira de point de contact au DHS pour toute communication relative aux prestations de votre ménage. Votre ménage peut désigner un nouveau chef de ménage à chaque action de certification ou à chaque fois que survient un changement dans la composition du ménage. Pour signaler tout changement de chef de ménage, contactez le DHS. Si votre demande de prestations ne concerne que vous-même, vous êtes le chef de ménage. Si plusieurs personnes membres de votre ménage postulent pour des prestations, veuillez suivre les directives ci-dessous pour désigner le chef de ménage :

- Si votre ménage compte un ou plusieurs enfants de moins de 18 ans, le chef de ménage doit être soit un parent, soit un adulte de plus de 18 ans qui exerce une autorité parentale sur cet(ces) enfant(s).
- Si votre ménage ne compte aucun enfant de moins de 18 ans, vous pouvez choisir un chef de ménage parmi les adultes de plus de 18 ans vivant dans le ménage.

Si les membres de votre ménage ne parviennent pas à se mettre d'accord sur une personne à désigner comme chef de ménage, le DHS se chargera de désigner l'un d'entre eux comme chef de ménage.

#### Recertification

Nous vous enverrons un avis de recertification par voie postale. Si vous bénéficiez d'une assistance médicale et que votre formulaire de recertification ne précise pas qu'un entretien est nécessaire, remplissez simplement le formulaire et renvoyez-le au DHS/ESA. Si vous bénéficiez d'une assistance alimentaire (SNAP) ou d'une assistance en espèces (TANF, POWER, GC ou IDA), vous devez également passer un entretien et fournir toutes les vérifications demandées. Si vous ne renouvelez pas la certification, vos prestations vous seront retirées. Veuillez également nous informer en cas de déménagement. Il vous incombe la responsabilité de nous communiquer votre adresse actuelle afin de nous permettre de vous envoyer des formulaires et des avis importants relatifs à vos prestations. Votre adresse peut également être utilisée pour vous faire parvenir votre(vos) carte(s) de prestations. Appelez le (202) 727-5355 pour nous communiquer votre nouvelle adresse.

#### Déclaration de la loi sur la protection des renseignements personnels à l'intention des ménages postulant au programme SNAP

La collecte de ces informations, dont le numéro de sécurité sociale (SSN) de chaque membre du ménage, est autorisée en vertu de la loi de 2008 sur l'alimentation et la nutrition, telle que modifiée, 7 U.S.C. § \$2011-2036. Ces informations seront utilisées pour déterminer si votre ménage est admissible ou conserve son admissibilité au programme SNAP. La vérification de ces informations se fera grâce aux programmes informatiques de comparaison. Elles seront également utilisées pour s'assurer du respect des règlements du programme et pour la gestion de celui-ci. Elles peuvent être divulguées à d'autres agences fédérales et d'État à des fins d'examen officiel et aux agents de l'application de la loi aux fins de l'appréhension des personnes en fuite pour se soustraire à la loi. Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation dans le cadre du programme SNAP, les informations contenues dans le présent formulaire de demande, y compris tous les numéros de sécurité sociale (SSN), peuvent être transmis aux agences du gouvernement fédéral et de l'État et aux agences privées de recouvrement de créances pour une action de recouvrement des créances. La fourniture des informations demandées, y compris le SSN de chaque membre du ménage, est volontaire. Toutefois, le manquement à l'obligation de fournir un SSN entraînera le rejet de la demande de prestations SNAP pour tous les individus n'ayant pas fourni de SSN. Tout SSN fourni sera utilisé et divulgué de la même manière que les SSN des membres admissibles du ménage.

Si vous ne disposez pas d'un SSN ou si vous ne vous en souvenez pas, nous pouvons vous aider à en obtenir un. Si vous avez besoin d'aide ou si vous avez des questions, veuillez contacter le centre d'appels de l'ESA au numéro 202-727-5355.

#### Droits de la personne

Conformément à la Human Rights Act de 1977 du DC, telle que modifiée, au Code officiel du DC § 2-1401.01 et suivants, (Loi), le District de Columbia ne pratique aucune discrimination fondée sur les éléments suivants, qu'ils soient réels ou supposés : race, couleur, religion, origine nationale, sexe (genre ou harcèlement sexuel), âge, situation matrimoniale, identité ou expression de genre, apparence personnelle, orientation sexuelle, statut familial, responsabilités familiales, inscription, appartenance politique, information génétique, handicap, source de revenus, statut de victime d'un délit intrafamilial et lieu de résidence ou d'affaires. Le harcèlement sexuel est une forme de discrimination sexuelle, interdite par la loi. Par ailleurs, le harcèlement fondé sur l'une des caractéristiques protégées ci-dessus est interdit par la loi. Aucune discrimination illégale ne sera tolérée. Les contrevenants feront l'objet de sanctions disciplinaires. LES PLAINTES

ATIVES ALLY ÉVENTUELLES VIOLATIONS DE LA PRÉSENTE LOI RELIVENT ÊTRE RÉPOSÉES AURRÈS DE LA	$\neg$
LATIVES AUX ÉVENTUELLES VIOLATIONS DE LA PRÉSENTE LOI PEUVENT ÊTRE DÉPOSÉES AUPRÈS DE : Le	
reau des droits civils du gouvernement du District de Columbia   441 4th Street, N.W., 570N Washington, D.C. 20001	
ephone : (202) 727-4559   Fax : (202)727-9589   ATS 711	

#### Procès équitables

Si vous pensez que le DHS a commis une erreur, vous pouvez demander un procès équitable. Appelez le (202) 442-9094 pour en savoir plus. Lors d'un procès équitable, vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de parler en votre nom. un avocat, un ami, un parent ou quelqu'un d'autre. Vous pouvez également être accompagné(e) de témoins. Nous prendrons en charge votre déplacement pour l'audience, ainsi que celui de vos témoins. Nous pouvons également prendre en charge certains autres de vos frais. Par ailleurs, vous pouvez bénéficier d'une aide juridique gratuite pour un procès équitable. Appelez l'une des organisations figurant sur la page des soumissions (à la page 26) pour obtenir une aide juridique gratuite. Vous pouvez demander un procès équitable en utilisant l'une des méthodes suivantes :

- En appelant le centre d'appels de l'ESA au (202) 727-5355
- En remplissant un formulaire de demande d'audience et l'envoyant par fax au (202) 724-2041 ou par courriel à l'adresse DC.OARA@DC.GOV
- En vous rendant dans n'importe quel centre de service du Département des services sociaux pour remplir une demande d'audience.
- En vous rendant au centre de ressources du Bureau des audiences administratives (OAH) situé au 441 4th Street NW, Suite 450-North, Washington, DC 20001, appelez l'OAH au (202) 442-9094, ou remplissez un formulaire de demande de procès équitable et envoyez-le par fax au (202) 442-4789 ou par courriel à l'adresse oah.filing@dc.gov.
- (Assistance médicale uniquement) En contactant le bureau de l'Ombudsman pour les soins de santé et la Déclaration des droits de l'homme, bureau situé au 441 4th Street NW, Suite 250 North, Washington DC 20001, en appelant l'Ombudsman au (202) 724 -7491 ou au 1 (877) 685-6391, en envoyant un fax confidentiel au (202) 478-1397, ou un courriel à l'adressehealthcareombudsman@dc.gov, ou en vous rendant sur www.healthcareombudsman.dc.gov

Vous pouvez demander un procès équitable accéléré dans le cas de Medicaid lorsque le temps standard qui y est alloué peut mettre en danger la vie, la santé ou la capacité de la personne dont la fonction maximale est à atteindre, à maintenir ou à retrouver. Dans le cas de Medicaid, vous recevrez la décision finale relative à votre procès équitable dans un délai de 90 jours, ou de 7 jours ouvrables pour un procès équitable expéditif portant sur votre admissibilité.

#### Règles en matière d'assistance médicale

Utilisez ce formulaire pour demander une assistance médicale. Après avoir soumis votre demande, vous recevrez un avis de décision concernant votre assurance médicale dans un délai de 45 jours (ou 60 jours si le DHS doit déterminer si vous êtes handicapé). Si vous ne recevez pas d'avis dans ce délai, veuillez appeler au numéro (202) 727-5355. Si vous bénéficiez des services de Medicaid, vous devez vous recertifier chaque année lorsque nous vous envoyons un avis de recertification. Il n'existe aucun délai établi pour bénéficier de l'assistance médicale. En outre, si vous cessez de recevoir des prestations dans le cadre du programme TANF, vous pouvez toujours bénéficier de l'assistance médicale.

Pension alimentaire: Vous acceptez de coopérer pleinement avec la Section des services de pension alimentaire pour enfants (Child Support Services Division/CSSD) du DC, à moins d'avoir obtenu une dispense, dans le cadre de la recherche de paternité et de la détermination d'une assistance alimentaire et médicale, comme l'exige la loi. Les femmes enceintes ne sont pas tenues de coopérer dans le cadre de la recherche de paternité et de l'obtention d'un soutien médical. Vous pouvez voir vos prestations cesser si vous refusez de coopérer. Si vous avez une bonne excuse pour ne pas coopérer avec la CSSD, notamment si vous craignez pour votre sécurité ou celle de votre famille, vous êtes dispensé de cette obligation. Cependant, vous devez demander une exception à la coopération. Si vous avez des questions, appelez le (202) 442-9900.

Récupération des biens: Le District cherchera à recouvrer le montant des factures qui nous incombent si vous vous trouvez dans une maison de retraite ou dans toute autre institution médicale. De même, si vous êtes âgé de 55 ans ou plus, le district cherchera à se faire rembourser le montant des services dont vous avez été bénéficiaire. Cela signifie que nous pouvons exercer un droit de rétention ou de créance sur vos biens. Si vous avez des questions, appelez le (202) 698-2000.

<u>Poursuites judiciaires</u>: Si vous intentez une action en justice ou entamez des négociations avec un tiers et relatives à une réclamation ou un préjudice médical, vous devez en informer par écrit (soit par signification à personne, soit par lettre recommandée), dans un délai de 20 jours civils, l'Administration de l'assistance médicale, section responsabilité civile des tiers, 441 4th Street, N.W., Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si vous avez des questions, appelez le (202) 698-2000.

Renseignements relatifs au remboursement des dépenses personnelles : Si vous avez déboursé des frais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le médecin ou les hospitalisations pendant votre période d'admissibilité à Medicaid, vous pouvez éventuellement vous faire rembourser.

<u>Conditions requises :</u> Vous pouvez avoir droit à un remboursement si, pendant une période donnée, étant admissible à Medicaid, vous ou un membre de votre famille avez

a. debourse des trais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le medecin ou les nospitalisations ; ou
b. vous continuez de payer les factures ou une pharmacie, une clinique, un médecin ou un hôpital vous demande de débourser des frais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le médecin ou les hospitalisations.
Si vous pensez avoir droit à un remboursement, vous devez soumettre une demande à cet effet dans les six (6) mois suivant la date à laquelle vous vous êtes rendu à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital, ou dans les six (6) mois suivant la date à laquelle vous avez appris que vous étiez admissible à Medicaid, la date la plus tardive étant retenue.
Vous devez remplir et soumettre un formulaire de demande de remboursement Medicaid au Department of Health Care Finance (DHCF) du DC. Les copies dudit formulaire sont disponibles dans tous les bureaux de l'ESA, ou sur <a href="https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form">https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93-reimbursement-form</a>

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire ou obtenir les informations requises, contactez :

- a. L'équipe de recherche chargée des réclamations des bénéficiaires du programme Medicaid du Department of Health Care Finance (DHCF) du DC au (202) 698- 2009.
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202) 682-2100, qui peut vous aider à remplir le formulaire de remboursement de Medicaid.

Une décision concernant votre demande de remboursement doit être prise dans un délai de 90 jours :

- a. L'équipe de recherche chargée des réclamations des bénéficiaires de Medicaid doit prendre une décision concernant votre demande de remboursement dans les 90 jours suivant la date de dépôt de celle-ci. Si aucune décision n'est prise dans ce délai, votre demande sera considérée comme valide et vous recevrez votre paiement dans les 15 jours suivant la fin de la période de 90 jours.
- Si vous n'êtes pas satisfait de la décision rendue par cette équipe de recherche, vous avez le droit de demander un procès équitable. Vous pouvez demander une audience équitable en appelant le Bureau des audiences administratives (OAH) au
  - (202) 442-9094. Les locaux du OAH se trouvent au 441 4th Street, N.W. Suite 450 N., Washington, DC 20001-2714.
- c. Si vous n'êtes pas satisfait des conclusions du procès équitable, vous pouvez faire appel auprès de la Cour d'appel du District de Columbia dans un délai de 30 jours.

Vous pouvez obtenir une assistance juridique gratuite pour vous aider à présenter votre cause lors du procès équitable ou du recours en contactant Terris Pravlik & Millian, LLP à l'adresse 1816 12th Street, Suite 303, N.W., Washington, DC 20009-4422, (202)682-2100.

Vous pouvez également bénéficier d'une assistance juridique auprès des organisations suivantes :

Clinique juridique Bread for the City 1525 Seventh Street, NW

(202) 265-2400

Clinique juridique Bread for the City 1640 Good Hope Road, SE

(202) 561-8587

Services juridiques communautaires

1213 Good Hope Road SE

(202) 678-2000

Société d'aide juridique du District de Columbia

1331 H St. NW Suite 350

(202) 628-1161

Société d'aide juridique du District de Columbia 2041 Martin Luther King Jr. Ave. SE, Suite LL-1

(202) 628-1161

Société d'aide juridique de l'église baptiste Friendship du

District de Columbia, 900 Delaware Ave.. SW

(202) 628-1161

Conseiller juridique des personnes âgées (pour les personnes âgées de 60 ans et plus) Building A, 4th Floor 601 E St. NW (202) 434-2120

Numéro de sécurité sociale : En ce qui concerne Medicaid, la fourniture du numéro de sécurité sociale (SSN) des non-demandeurs est facultative. Dans le cadre de ce programme, le SSN d'un non-demandeur ne sera utilisé que pour déterminer l'admissibilité d'un demandeur ou d'un bénéficiaire du programme Medicaid ou d'un autre programme offrant une assurance abordable ou à des fins directement liées à l'administration du plan d'État Medicaid.

Le Département des services sociaux (DHS) se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. Il n'exclut pas les personnes et ne les traite pas différemment en raison de leur race, de leur couleur, de leur origine nationale, de leur âge, de leur handicap ou de leur sexe. Le DHS:

- Fournit aux personnes handicapées une assistance et des services gratuits leur permettant de communiquer efficacement avec nous, notamment
  - · des interprètes qualifiés en langue des signes
  - Des informations écrites sous d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles, autres

formats)

• Fournit des services linguistiques gratuits aux personnes dont la première langue n'est pas l'anglais, notamment des interprètes qualifiés OU des informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services, contactez Surobhi Rooney. Si vous pensez que le DHS n'a pas fourni ces services ou qu'il a agi de manière discriminatoire sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe, vous pouvez déposer un grief auprès de : Surobhi Rooney, Coordonnateur des droits civils du DHCF 441 4th St. NW, Washington, DC 20001 <a href="mailto:surobhi.rooney@dc.gov">surobhi.rooney@dc.gov</a>. Vous pouvez déposer un grief en personne ou l'envoyer par courrier postal, par fax ou par courriel. Si vous avez besoin d'aide pour déposer un grief, vous pouvez faire appel à Surobhi. Vous pouvez également déposer une plainte pour atteinte aux droits civils auprès du Bureau des droits civils du Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, par voie électronique via le portail de plaintes de l'OCR disponible sur : <a href="https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby">https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby</a>.

Par courriel ou par téléphone au : U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Room 509F, HHH Building Washington, D.C. 20201 1-800-368-1019, 800-537-7697 (ATME) Les formulaires de plainte sont disponibles sur <a href="http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html">http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html</a>. Le DHS se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne pratique aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe.

#### Allocation temporaire d'invalidité (IDA)

Après le dépôt de votre demande, une décision concernant vos prestations dans le cadre du programme IDA vous sera communiquée dans un délai de 60 jours. Les demandeurs du programme IDA doivent également soumettre une demande de revenu complémentaire de sécurité (SSI) et fournir une preuve attestant de la date de la demande de SSI. Une demande dans le cadre du programme IDA est considérée comme déposée lorsqu'elle est reçue par le centre de service désigné de l'ESA et qu'un entretien en face à face a été mené à bien. Si vous ne recevez pas d'avis dans un délai de 60 jours, vous pouvez demander un procès équitable. La validation d'une demande dans le cadre du programme IDA dépend de la disponibilité des fonds. Si les fonds sont épuisés au moment où il est déterminé que le client satisfait à toutes les conditions d'admissibilité, il sera placé sur une liste d'attente et son dossier sera approuvé lorsque des fonds seront disponibles. En outre, si vous pensez que le montant de vos prestations est correct, vous pouvez alors demander un procès équitable.

Si vous bénéficiez des prestations du programme IDA, vous avez l'obligation de coopérer avec votre gestionnaire de dossier dudit programme. Cela signifie :

- · Nous fournir les rapports médicaux et autres documents ;
- · Respecter vos rendez-vous avec le médecin et avec l'Administration de la sécurité sociale ;
- · Respecter vos rendez-vous avec votre gestionnaire de cas; et
- Participer à des programmes de traitement, selon les besoins.

Si vous ne respectez pas ces règles, vous pourriez perdre une partie ou la totalité de vos prestations IDA. De plus, le DHS prélèvera le montant de la prestation IDA que vous avez obtenue du « montant forfaitaire » de votre premier chèque SSI et vous enverra le reste. Les demandeurs du programme IDA doivent signer un formulaire, le DHS 340 (Autorisation de remboursement de l'allocation temporaire), dans lequel ils acceptent de rembourser à l'ESA le coût de leurs prestations dans le cadre du programme. Le bénéficiaire du programme IDA remboursera le montant total des versements de l'allocation IDA reçus si les prestations SSI reçues pour la même période sont égales ou supérieures aux versements IDA. Si les prestations SSI sont inférieures aux versements de l'IDA pour la même période que les prestations SSI ont été reçues, le bénéficiaire remboursera la partie des versements de l'IDA qui équivaut au montant des prestations SSI. Vous serez responsable des indemnités perçues dans le cadre du programme IDA si la SSA vous déclare invalide, mais que vous retirez votre demande de SSI avant le versement des prestations.

#### Déclaration conjointe de non-discrimination de l'USDA/HHS

Il est interdit à cette institution de pratiquer toute forme de discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, l'âge, le sexe et, dans certains cas, la religion ou les convictions politiques.

Le Département de l'Agriculture des États-unis interdit également la pratique de toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques, les représailles ou la vengeance pour des activités de droits civils antérieures dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens alternatifs de communication pour obtenir des informations sur les programmes (par exemple, en braille, en gros caractères, sur cassette audio, en langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (nationale ou locale) auprès de laquelle elles ont déposé des demandes de prestations.

Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution peuvent contacter l'USDA via le Federal Relay Service au (800) 877-8339. En outre, les informations relatives au programme peuvent être disponibles dans différentes autres langues.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme, remplissez le Formulaire de plainte de discrimination du programme de l'USDA, (AD-3027), disponible en ligne sur le site : https://www.ascr.usda.gov/filing-program-discrimination-complaint-usda-customer, et dans n'importe quel bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et fournissez, dans la lettre, toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Soumettez votre formulaire rempli ou votre lettre à l'USDA par :

 courrier postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue, SW Washington, D.C. 20250-9410

2. fax: (202) 690-7442; ou

3. courriel: program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information sur les questions du Programme d'aide à la nutrition supplémentaire (SNAP), les personnes doivent soit contacter le numéro d'assistance téléphonique de l'USDA SNAP au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, ou appeler les numéros d'Informations d'État/d'assistance téléphonique (cliquez sur le lien pour une liste des numéros d'assistance téléphonique en fonction de l'État), disponible en ligne sur le site : https://www.fns.usda.gov/snap/state- directory

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme bénéficiant d'une aide financière fédérale via le Département de la Santé et des Services sociaux (HHS) des États-Unis, écrivez à l'adresse : HHS Director, Office for Civil Rights, Room 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou appelez le (800) 368- 1019 (voice).

Cette institution est un fournisseur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi.

#### TANF (Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses)

Vous avez le droit de postuler pour des prestations SNAP en même temps que vous postulez pour une assistance en espèces. Dans le cadre de la procédure de demande, vous devez suivre une séance d'orientation, une évaluation et élaborer un plan d'autosuffisance initial pour pouvoir bénéficier des prestations TANF. Cette exigence ne s'applique pas à vous si vous bénéficiez du Revenu complémentaire de sécurité (SSI) ou si

vous avez la charge d'un enfant qui n'est pas le vôtre et vous faites une demande uniquement pour cet enfant. Pour prendre rendez-vous en vue d'une évaluation, appelez le centre de ressources familiales de l'Office of Work Opportunity (OWO) du DHS au (202) 698-1860. Une décision concernant vos prestations dans le cadre du programme TANF vous sera

communiquée dans un délai de 45 jours. Si vous ne recevez pas d'avis dans un délai de 45 jours, vous pouvez demander un procès équitable. En outre, si vous pensez que le montant de vos prestations n'est pas correct, vous pouvez alors demander un procès équitable. Il est de votre responsabilité de signaler l'absence de tout mineur du domicile, si cette absence est censée dépasser quatre-vingt-dix (90) jours. Si un mineur est absent ou est censé être absent du domicile pendant plus de quatre-vingt-dix (90) jours sans raison valable telle que définie dans l'article 29 DCMR § 5802.2, le mineur ne pourra pas recevoir de prestations TANF. Si vous manquez à l'obligation de signaler dans un délai de cinq jours à compter du moment où vous en avez connaissance, l'absence d'un mineur de votre ménage ou une absence prévue pour une période de plus de quatre-vingt-dix (90) jours, les besoins du gardien membre de la famille qui s'occupe de l'enfant seront exclus de la prestation TANF pendant une période de trois (3) mois, après une notification adéquate et opportune. Si vous signalez l'absence d'un mineur de votre ménage ou une absence prévue pour une période de plus de quatre-vingt-dix (90) jours, les besoins du parent ou du membre de la famille qui s'occupe de l'enfant seront exclus de la prestation TANF pendant une période d'un (1) mois, à compter du mois suivant l'absence de l'enfant du ménage.

POWER (Programme d'emploi et de responsabilité au travail) : Vous pouvez à tout moment demander un transfert provisoire vers le programme POWER si vous êtes admissible aux prestations TANF mais ne pouvez pas travailler. Vous pouvez postuler pour programme POWER en précisant que vous souffrez d'une incapacité physique ou mentale qui vous empêche de travailler. Vous pouvez également être admissible au programme POWER si vous êtes :

- Une adolescente enceinte ou un parent adolescent (homme ou femme) de 19 ans régulièrement inscrit dans une école
- · Vous avez l'obligation de prendre soin d'une personne de votre ménage qui souffre d'une incapacité physique ou mentale
- · Vous êtes âgé de 60 ans ou plus
- Vous êtes victime de violence domestique.

La participation est rentable lorsque vous bénéficiez du programme TANF : Lorsque vous participez avec vos fournisseurs TANF, vous avez droit à des indemnités et des primes. Cela vous permet de gagner plus d'argent pour vous et votre famille.

Sanctions: Si vous ne suivez pas votre programme ou si vous ne vous conformez pas aux exigences de travail, vos prestations TANF seront réduites, à moins que vous n'ayez un motif valable. Cela s'appelle une sanction de travail. Notre objectif est que vous puissiez vous mettre dans la meilleure situation possible pour assurer votre réussite et celle de vos enfants. Le DHS offre des services visant à vous aider à vous préparer à l'emploi et à en décrocher un, à faire face aux situations qui vous empêchent de réussir dans votre travail et à vous aider à trouver un meilleur emploi. Si vous devez faire l'objet d'une sanction, nous vous en informerons au préalable.

EBT (Transfert électronique des prestations): Votre carte EBT est la carte que vous utilisez pour avoir accès à vos prestations TANF. Vous n'êtes pas autorisé à utiliser votre carte EBT dans les magasins d'alcool, les casinos ou les clubs de strip-tease. Si vous utilisez votre carte dans l'un de ces endroits, la transaction sera bloquée. Le DHS surveille l'utilisation de cette carte dans ces types d'établissements. Tout manquement à l'obligation de signaler au DHS que vous avez utilisé vos prestations TANF sur votre carte EBT dans l'un de ces établissements interdits sera considéré comme une dissimulation enfreignant les dispositions relatives à la fraude en matière d'assistance publique, lesquelles dispositions sont énoncées dans le Code officiel du DC § 4-218.01(c). (http://www.lexisnexis.com/hottopics/dccode/). Le

district peut imposer des sanctions en vertu du code ci-dessus. Si vous utilisez votre carte dans des établissements interdits, vous verrez vos besoins supprimés des prestations TANF de votre famille et pourrez être définitivement exclu du programme.

<u>Violence domestique</u>: Vous pouvez, à tout moment pour cause de violence domestique, demander une dispense des exigences de travail et des exigences de coopération en matière de pension alimentaire pour enfants du programme TANF. Le DHS réfère les victimes de violence domestique vers

les services compétents. La divulgation de la violence domestique est volontaire et n'affectera pas négativement ou ne retardera pas votre possibilité de percevoir une assistance. Les informations divulguées seront gardées confidentielles ; toutefois, les informations divulguées sur des cas de maltraitance et de négligence d'enfants ou de maltraitance de personnes âgées doivent être signalées aux services de protection de l'enfance ou à la Division des services de protection des adultes (APS) du district.

#### Admissibilité dans le cadre du programme POWER

Une unité d'assistance est admissible au programme POWER dans les conditions suivantes :

- Le responsable de l'unité d'assistance est le parent d'un enfant mineur ;
- · Le responsable de l'unité d'assistance est atteint d'une incapacité physique ou mentale ; et
- L'incapacité physique ou mentale du responsable de l'unité d'assistance est confirmée par des preuves médicales compétentes et, sur la base de l'âge du responsable de l'unité d'assistance, de son expérience professionnelle antérieure, de son niveau d'éducation et d'autres facteurs ayant une incidence sur sa capacité à travailler, selon ce qui est jugé pertinent par l'ESA:
  - Elle empêche substantiellement le responsable de l'unité d'assistance de travailler ou de participer à des activités de recherche d'emploi ou de préparation à l'emploi ; et
  - Elle devrait durer plus de 30 jours.

En plus des circonstances susmentionnées, l'unité d'assistance est admissible au programme POWER si le responsable est parent d'un enfant mineur et :

- est requis dans le ménage, pour des raisons médicales, afin de prendre en charge un membre du ménage souffrant d'une incapacité physique ou mentale ; ou
- · Le Département a déterminé qu'elle est victime de violence domestique, bénéficie de conseils ou de services de

soutien pertinents et a fait l'objet d'une évaluation de la violence domestique par le Département ou la personne désignée par le Département, laquelle a abouti à une recommandation de dispense de l'obligation de travailler ou
de la coopération en matière de soutien aux enfants ; ou
elle est une adolescente enceinte ou parent adolescent (homme ou femme) qui :
• A été certifiée par le Département comme étant dispensée des exigences de l'obligation de vivre chez soi ;
• Est inscrite dans un établissement d'enseignement secondaire ou dans un programme d'études équivalant ; et,
<ul> <li>Satisfait aux exigences de travail conformément à son plan de responsabilité individuelle (IRP) ou à tout autre plan équivalent élaboré au cours de sa participation au programme POWER.</li> </ul>

Une personne n'est pas admissible au programme POWER si elle perçoit des prestations dans le cadre de :

- Assistance temporaire pour les familles nécessiteuses (TANF);
- Revenu complémentaire de sécurité (SSI) ; ou
- Indemnité de chômage.

#### Droits à la pension alimentaire pour enfants (TANF)

Tous les paiements de pension alimentaire pour enfants seront perçus et versés par la CSSD. Vous cédez vos droits à la pension alimentaire à hauteur de la subvention TANF et vous pouvez recevoir les premiers 150 dollars d'une obligation de pension alimentaire mensuelle courante ou d'un paiement volontaire de pension alimentaire de la part d'un parent ou d'un conjoint absent et tout montant supérieur à la subvention TANF. Si vous recevez un paiement par erreur, veuillez contacter la CSSD dans les plus brefs délais. Si vous recevez un paiement par erreur et que vous ne retournez pas le paiement, vous pouvez être obligé de rembourser la CSSD. Si vous n'acceptez pas ces conditions, vous ne pourrez pas bénéficier des prestations du programme TANF. Une fois que vous n'êtes plus bénéficiaire des prestations du programme TANF, vous pouvez conserver toutes les pensions alimentaires pour enfants existantes. En utilisant les prestations TANF, vous signifiez votre acceptation de ces conditions.

#### **SNAP** (Assistance alimentaire)

Vous devez déposer une demande dans le cadre du programme SNAP en soumettant les formulaires à un centre de services du DHS en personne, par l'intermédiaire d'un représentant autorisé, en ligne ou par courrier postal. Vous avez le droit de postuler ou de renouveler par écrit votre demande SNAP. Vous pouvez soumettre un formulaire de demande SNAP le jour même où vous contactez un centre de service du DHS pendant les heures de bureau. Vous n'avez pas besoin de passer un entretien avant de déposer la demande et vous pouvez déposer un formulaire de demande incomplet à condition qu'il contienne le nom et l'adresse du

demandeur et qu'il soit signé par un responsable ou un représentant autorisé du ménage.

La date de la demande est celle à laquelle la demande a été reçue par le DHS dans l'un de nos centres de service. Si la demande est reçue en dehors des heures normales de bureau, la date de la demande sera celle du jour ouvrable suivant. Si le demandeur est un

résident d'une institution qui fait une demande conjointe pour les programmes SSI et SNAP avant de quitter l'institution, la date de dépôt est celle à laquelle il quitte l'institution. Une date de dépôt de la demande ne peut pas être établie et le délai de traitement de la demande ne peut être enclenché si le formulaire n'est pas signé. Vous avez le droit de signer une demande SNAP par écrit. Les signatures non écrites seront acceptées en cas de nécessité afin de se conformer aux lois relatives aux droits civils.

Le DHS doit proposer de vous fournir une copie de la demande dûment remplie. Elle peut être fournie sous forme électronique. Vous pouvez déposer une demande de SNAP séparément des autres prestations. Si vous postulez à la fois pour le programme SNAP et pour une assistance en espèces et que vos prestations SNAP sont approuvées en premier, ces prestations SNAP peuvent être réduites, suspendues ou interrompues lorsque vous bénéficiez d'une assistance en espèces. Le DHS n'est pas tenu de vous envoyer un avis d'action défavorable dans ces circonstances. Vous commencerez à recevoir les prestations SNAP accéléré dans un délai de sept (7) jours si vous êtes admissible. Après le dépôt de votre demande, une décision concernant vos prestations dans le cadre du programme SNAP vous sera communiquée dans un délai de 30 jours. Le délai dont dispose le DHS pour verser les prestations est calculé à partir de la date de dépôt de la demande. Si vous ne recevez pas d'avis dans ce délai, vous pouvez demander un procès équitable. En outre, si vous pensez que le montant de vos prestations est correct, vous pouvez alors demander un procès équitable. Pour pouvoir bénéficier des prestations SNAP, vous devez avoir un entretien avec le DHS. Si vous souhaitez passer un entretien par téléphone, veuillez le faire savoir à votre agent. Si vous déposez en personne, envoyez par courrier postal ou par fax votre demande, le DHS fera tout son possible pour vous faire passer votre entretien par téléphone. Le DHS doit accorder un entretien en face à face à tout ménage qui en fait la demande. L'entretien peut être passé par le responsable du ménage, son conjoint, tout autre membre responsable du ménage, ou par un représentant autorisé. Les désavantages et les exigences

liés à la demande d'assistance en espèces ne s'appliquent pas aux prestations SNAP. Le fait de recevoir des prestations SNAP n'aura aucune incidence sur les délais d'un autre programme pouvant s'appliquer à votre ménage. Nous vous encourageons à déposer dès maintenant un formulaire de demande

SNAP. Même dans le cas où vous cessez de recevoir une assistance en espèces, vous pouvez encore être admissible aux prestations SNAP. Vous pouvez volontairement retirer votre demande à tout moment avant la détermination de votre admissibilité. Vous pouvez à tout moment soumettre une nouvelle demande après avoir retiré la première. Les prestations SNAP sont accordées pour une durée déterminée appelée période de certification. Vous devez renouveler votre certification

avant la fin de votre période de certification, faute de quoi vos prestations SNAP expireront. Remarque : certains clients âgés ou handicapés seulement sont tenus de renouveler leur certification tous les deux ans. Cependant, il n'y existe pas de délai pour bénéficier du programme SNAP, sauf si vous êtes un adulte valide sans personne à charge (ABAWD - voir la déclaration écrite des droits et responsabilités liés à l'inscription au programme SNAP) pendant une période où le délai ABAWD pour le district n'est pas prorogé. En fait, même si vous n'avez plus droit aux prestations

TANF, vous pouvez toujours bénéficier des prestations SNAP. **Nous vérifierons les informations que vous fournissez dans votre demande SNAP auprès des autorités fédérales, locales** 

et de l'État, pour nous assurer qu'elles sont exactes. Si l'une des informations que vous avez fournies est fausse, votre demande SNAP pourra être refusée et vous pourrez faire l'objet de poursuites pénales pour avoir fourni de manière délibérée des informations inexactes. Si vous bénéficiez des prestations SNAP, vous devez vous conformer aux règles suivantes.

- Ne pas mentir et cacher des informations pour pouvoir bénéficier des prestations SNAP.
- Ne pas troquer ou vendre vos prestations SNAP;
- Ne pas utiliser les prestations SNAP de quelqu'un d'autre ;
- Ne pas acheter d'alcool ou de tabac avec vos prestations SNAP.

Si vous enfreignez intentionnellement ces règles, vous risquez une amende et une peine de prison pouvant aller jusqu'à 20 ans. Vous pouvez également vous voir retirer vos prestations pendant une période d'un an pour la première infraction, de deux ans pour la deuxième et de définitivement pour la troisième. Si vous mentez sur votre identité ou sur le fait que vous vivez dans le district, vous ne pourrez pas bénéficier des prestations SNAP sur une période de dix ans. Si vous vendez ou échangez vos prestations SNAP dans quelque but que ce soit (par exemple, pour obtenir des drogues, des armes à feu, des munitions ou des explosifs) ou si vous vous livrez à un trafic de 500 dollars ou plus avec des prestations, vous pourrez voir vos prestations être suspendues pendant deux ans pour la première infraction et de façon permanente pour la deuxième infraction, si vous êtes reconnu coupable par un tribunal.

Les demandeurs qui ne sont pas citoyens américains doivent avoir la possibilité de présenter des documents valides attestant de leur statut d'étranger admissible. Si vous ne souhaitez pas que le DHS contacte l'USCIS pour vérifier le statut d'immigration d'un membre du ménage, vous avez la possibilité de retirer la demande ou de choisir de participer au programme SNAP en excluant ce membre du ménage. Vous devez coopérer avec le DHS pour mener à bien la procédure de demande, y compris l'entretien et la vérification de certaines informations figurant sur la demande. Si vous refusez de coopérer, votre demande sera rejetée. Vous devez également coopérer à toute vérification ultérieure de votre admissibilité par un examinateur du contrôle de la qualité. Vous serez considéré comme non admissible si vous refusez de coopérer. Vous devez nous signaler certains changements de situation. Nous vous enverrons un avis pour vous renseigner sur la procédure à suivre pour nous signaler des

changements. Tout Adulte physiquement apte sans personnes à charge (ABAWD) non exempté doit nous informer lorsque ses heures de travail descendent en dessous de vingt (20) heures par semaine en moyenne sur un mois. Si vous gagnez des sommes importantes à la loterie ou aux jeux de hasard (d'un montant égal ou supérieur à la limite de ressources actuelle du programme SNAP pour les ménages de personnes âgées ou handicapées dans le cadre d'un seul jeu), vous devez nous le signaler et vous risquez de perdre aussitôt votre droit au programme SNAP. Les ménages sans domicile fixe qui ne bénéficient pas d'un hébergement gratuit tout au long du mois ont le choix entre utiliser une déduction forfaitaire ou une déduction excédentaire pour l'hébergement des sans-abri calculée en comparant les coûts de l'hébergement et des services publics à la moitié du revenu net après autres déductions pour déterminer le montant de leur prestation SNAP.

Droits et responsabilités des personnes inscrites au programme Work de SNAP

Pour avoir droit aux prestations SNAP, chaque membre du ménage non exempté doit se conformer aux exigences de travail suivantes du programme SNAP :

- S'enregistrer comme demandeur d'emploi ou se faire inscrire par le DHS au moment de la soumission de la demande et tous les 12 mois après la première inscription.
- Participer à un programme d'emploi et de formation (E&T) si le DHS le demande et dans la mesure requise par celui-ci. Pour le moment, le DHS rend la participation aux programmes E&T volontaire.
- Participer à un programme de travail obligatoire si le DHS le demande.
- Fournir au DHS ou à son représentant des informations suffisantes en raport avec votre situation professionnelle ou à

votre disponibilité pour un emploi.

- Se présenter chez un employeur si le DHS ou son représentant vous recommande à un employeur pour un emploi particulier.
- Accepter un emploi convenable proposé sur un site ou dans une usine qui n'est pas soumis à une grève ou à un lock-out pour un salaire égal au salaire minimum le plus élevé entre le salaire minimum au niveau fédéral ou de l'État et 80 % du salaire qui prévaudrait si le taux horaire minimum prévu à l'article 6(a)(1) de la loi sur les normes de travail équitable était applicable à l'offre d'emploi.
- Ne pas démissionner volontairement et sans raison valable d'un emploi de 30 heures ou plus par semaine ou réduire l'effort de travail à moins de 30 heures par semaine.
- · Les personnes suivantes sont en droit d'être exemptées des exigences de travail du programme SNAP :
  - Une personne âgée de moins de 16 ans ou une personne âgée de 60 ans ou plus.
  - Une personne âgée de 16 ou 17 ans qui n'est pas le chef du ménage ou qui fréquente l'école, ou qui est inscrite à un programme de formation professionnelle, au moins à mi-temps.
  - Une personne physiquement ou mentalement inapte au travail.
  - Une personne soumise aux exigences de travail du programme TANF et qui s'y conforme.
  - Un parent ou un autre membre du ménage responsable de la garde d'un enfant à charge de moins de 6 ans ou d'une personne handicapée.
  - Une personne bénéficiaire d'une indemnité de chômage. Une personne qui a postulé pour une indemnité de chômage mais n'en bénéficie pas encore est également exemptée si elle se conforme aux exigences de travail prévues dans le processus de demande d'indemnité de chômage de l'État fédéral.
  - Un participant régulier à un programme de traitement et de réadaptation des toxicomanes ou des alcooliques.
  - Un employé ou un travailleur indépendant travaillant au moins 30 heures par semaine ou gagnant un salaire hebdomadaire au moins égal au salaire minimum fédéral multiplié par 30 heures. Cela inclut les travailleurs agricoles migrants ou saisonniers sous contrat ou accord similaire avec un employeur ou un chef d'équipe en vue de commencer à travailler dans un délai de 30 jours. Un travailleur salarié ou indépendant qui réduit volontairement et sans motif valable son effort de travail et qui, après la réduction, travaille moins de 30 heures par semaine, ne peut pas être admis à participer au programme SNAP.
  - Un étudiant inscrit au moins à temps partiel dans une école, un programme de formation ou un établissement d'enseignement supérieur reconnu. Les étudiants inscrits au moins à temps partiel dans une institution ou un établissement d'enseignement supérieur doivent remplir les conditions d'admissibilité des étudiants au programme SNAP. Pendant les périodes normales de cours, de vacances et de congés, les étudiants sont exemptés.

Toute personne non exemptée qui refuse ou manque sans motif valable de se conformer aux exigences de travail du programme SNAP n'a pas le droit de participer audit programme et sera considérée comme un membre non admissible du ménage. Les périodes de suspension suivantes seront imposées :

- Pour la première occurrence de non-conformité, l'individu sera suspendu jusqu'à la dernière des dates suivantes :
  - La date à laquelle la personne se conforme ;
  - Un mois; ou
  - · jusqu'à trois mois.
- Pour la deuxième occurrence, jusqu'à la dernière des dates suivantes :
  - La date à laquelle la personne se conforme ;
  - · Trois mois; ou
  - · jusqu'à six mois.
- Pour la troisième occurrence ou une occurrence subséquente, jusqu'à la dernière des dates suivantes :
  - La date à laquelle la personne se conforme ;
  - Six mois;
  - Une date déterminée par le DHS; ou
  - · de façon permanente.

Le DHS peut également suspendre tout le ménage. Vous avez le droit de demander au DHS de vous expliquer les exigences de travail du programme SNAP, les droits et responsabilités des membres du ménage enregistrés comme demandeur d'emploi, ainsi que les conséquences d'un manquement à ces exigences ; Vous avez le droit de demander au DHS de fournir une déclaration écrite de ce qui précède à chaque personne du ménage enregistré comme demandeur d'emploi.