



Department of Transitional Assistance, Massachusetts
ALLOCATION SNAP POUR VOUS ET VOTRE FAMILLE
DEMANDEZ-LA AUJOURD'HUI ! C'EST BIEN PLUS SIMPLE QUE VOUS L'IMAGINEZ !

COMMENT EN BÉNÉFICIER

Pour solliciter une allocation SNAP, remplissez ce formulaire et envoyez-le par courrier à l'adresse : DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420, ou par fax au (617)-887-8765. Pour plus d'informations, composez le 1-877-382-2363 ou consultez notre site web à l'adresse www.mass.gov/dta. Vous pouvez également remplir une demande d'allocation SNAP en ligne sur le site www.mass.gov/vg/selfservice.

IMPORTANT : nous n'accepterons votre demande que si elle contient votre nom et adresse (*le cas échéant*) en page 1 et votre signature en page 8. L'envoi de ces moindres informations définira la date de dépôt de votre demande. Toutefois, les informations restantes doivent être complétées, et nous devons vous rencontrer pour déterminer votre éligibilité. L'allocation est versée à compter de la date de la demande.

Essayez de répondre à toutes les questions du formulaire de demande. Plus vous nous fournirez d'informations, plus nous pourrons traiter rapidement votre demande. Si vous n'êtes pas sûr de bien comprendre une question ou de la façon d'y répondre, laissez le champ vide et nous y reviendrons lors de l'entrevue. Dès la réception de votre demande, nous vous contacterons pour organiser une entrevue et vous poser des questions supplémentaires. Cette entrevue aura lieu dans un bureau ou par téléphone. Si vous avez besoin d'un interprète pour vous aider à remplir ce formulaire ou pendant l'entrevue, faites-le nous savoir afin que nous puissions vous en fournir un. Vous trouverez ci-après une liste des documents que vous devrez fournir pour justifier votre demande. Prenez connaissance de cette liste et rassemblez les justificatifs dont vous aurez besoin.

VOUS POUVEZ RECEVOIR L'ALLOCATION SNAP DANS UN DÉLAI DE SEPT JOURS SI VOUS RÉPONDEZ OUI À L'UNE DES QUESTIONS SUIVANTES :

- Vos revenus ajoutés à vos économies en banque sont-ils inférieurs à vos frais de logement mensuels? oui non
- Votre revenu mensuel est-il inférieur à 150 \$ et vos économies en banque à 100 \$? oui non
- Êtes-vous un travailleur migrant avec des économies en banque inférieures à 100 \$? oui non

Le montant de vos économies en banque nous permet de déterminer si vous pouvez bénéficier d'une allocation SNAP express. Vous n'êtes pas tenu de fournir un justificatif de vos économies en banque. Si nous estimons que vous ne pouvez pas bénéficier de l'allocation SNAP dans un délai de 7 jours (service express), et que vous n'êtes pas d'accord, ou si vous êtes éligible pour le service express, mais que vous n'avez toujours pas reçu votre allocation SNAP au bout de sept jours calendaires suivant la date de votre demande, vous avez la possibilité d'en discuter avec un superviseur.

Pour faire une demande d'allocation SNAP, vous devez justifier de vos revenus, vos frais et d'autres informations. Vous devez justifier uniquement les informations qui s'appliquent à votre situation. Par exemple, si vous êtes sans emploi, vous n'êtes pas concerné par les informations relatives au salaire, dans la liste ci-dessous.

Pour recevoir votre allocation SNAP, un compte vous sera attribué, similaire à un compte bancaire. Chaque mois, votre allocation SNAP sera versée sur votre compte. Pour utiliser votre allocation SNAP, vous recevrez une carte de transfert électronique de prestations que vous pourrez utiliser comme une carte de retrait ou de crédit. Votre confidentialité est importante et la carte de transfert électronique de prestations est une garantie de cette confidentialité. Vous pouvez utiliser votre carte de transfert électronique de prestations dans les épiceries, les boutiques de station-service, les marchés et les coopératives. Elle s'utilise de la même façon qu'une carte de débit/retrait ou de crédit pour acheter de la nourriture.

Justificatifs à fournir, s'il y a lieu, pour recevoir l'allocation SNAP

1. **Preuve d'identité** : permis de conduire, acte de naissance ou autre preuve de votre identité.
2. **Preuve de résidence au Massachusetts** : reçu de loyer actuel, bail, relevé de prêt hypothécaire, déclaration fiscale, assurance habitation ou facture de service public. Si vous êtes sans domicile, l'immatriculation d'un véhicule à moteur, la déclaration d'un refuge, de la personne qui vous héberge temporairement, ou une confirmation orale ou écrite d'une personne à contacter comme témoin de votre situation.
3. **Salaire** : bulletins de salaire ou déclaration écrite de l'employeur sur papier en-tête indiquant le salaire avant impôt des quatre dernières semaines.
4. **Autres revenus** : la dernière copie du chèque de sécurité sociale ou une copie de la lettre d'octroi, justificatif d'indemnités de chômage, indemnités d'accident du travail, pension, pension alimentaire.
5. **Activité indépendante** : la dernière déclaration de revenus fédérale (formulaire de l'annexe C) ou les registres commerciaux des trois derniers mois.
6. **Revenus locatifs** : si vous recevez de l'argent d'une personne qui vous loue une chambre ou un appartement, une copie du contrat de bail de votre locataire indiquant le montant du loyer versé.
7. **Non-citoyenneté** : pour tous les non-citoyens qui sollicitent une allocation SNAP, un certificat d'inscription au registre des étrangers ou tout autre document d'immigration.
8. **Paiements de pension alimentaire** : si vous versez une pension alimentaire à une personne qui ne vit pas avec vous, fournissez un justificatif de l'obligation légale à effectuer le paiement (par exemple, une ordonnance du tribunal, la déclaration de revenus indiquant l'obligation légale de verser une pension, la vérification de retenue sur les indemnités de chômage) et le montant versé.

Justificatifs à fournir, s'il y a lieu, pour recevoir une allocation SNAP supérieure. Les règles de SNAP vous permet de déduire certains frais de votre revenu imputable.

1. **Frais de logement** : reçu de loyer ou relevé de prêt hypothécaire, impôts fonciers ou facture d'assurance habitation.
2. **Services publics** : mazout domestique, gaz électricité, téléphone (y compris téléphone portable) ou autres frais de service public comme l'enlèvement des poubelles, le bois ou le charbon
3. **Frais de garde d'enfants ou d'adulte à charge avec prise en charge** à domicile ou en dehors du foyer
4. **Frais médicaux** : si un membre de votre foyer, vous y compris, est âgé 60 ans ou plus ou souffre d'un handicap certifié, *les frais médicaux déboursés doivent être justifiés* par des reçus pour les copaiements ou les primes d'assurance-santé, ou des reçus pour les prothèses dentaires, les lunettes de vue, les appareils auditifs, les piles d'appareils auditifs, les médicaments délivrés sur ordonnance, les analgésiques prescrits par un médecin ou les médicaments en vente libre, et le transport vers et depuis les services médicaux.

Remarque : certains foyers, notamment ceux qui comptent des membres exclus du programme, devront fournir des informations et des justificatifs concernant leurs comptes bancaires et autres biens.

Après l'entrevue, vous recevrez une liste de documents à nous présenter. **Les bulletins de salaire, les factures de service public et autres justificatifs ne doivent pas dater de plus de quatre semaines avant la date de dépôt de votre demande.**



Demande d'allocation SNAP



Source : (cochez une seule case)

- CEO Project Bread DMH
 DMR BMC Banque alimentaire
 MRC Autre _____

1. Informations vous concernant (remplissez toutes les cases). Si vous n'êtes pas citoyen américain et vous choisissez de ne **PAS** faire de demande d'allocation SNAP, vous n'avez pas besoin de nous fournir votre numéro de sécurité sociale ni votre statut d'immigration.

Nom prénom	Prénom	Initiale du deuxième	Numéro de sécurité sociale
Ce nom est votre (cochez une case) <input type="checkbox"/> Nom de naissance <input type="checkbox"/> Nom de jeune fille <input type="checkbox"/> Nom marital <input type="checkbox"/> Nom de mariage précédent <input type="checkbox"/> Pseudonyme			
Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
État civil (cochez une case) <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e) <input type="checkbox"/> Divorcé(e) <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve			
Quelle est la langue de votre préférence ?			
Votre origine ethnique/race : ces informations sont recueillies afin d'assurer un traitement équitable à chacun. Votre réponse est délibérée et n'affectera pas votre éligibilité ou le montant de l'allocation. Origine ethnique : Hispanique ou latine <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Race : (vous pouvez cocher plusieurs cases) <input type="checkbox"/> Amérindien ou autochtone de l'Alaska <input type="checkbox"/> Asiatique <input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain <input type="checkbox"/> Autochtone d'Hawaï ou des autres îles du Pacifique <input type="checkbox"/> Blanc			
Votre situation est-elle particulière ? (Cochez toutes les cases qui s'appliquent à votre cas). <input type="checkbox"/> Déficience physique/mentale <input type="checkbox"/> Malentendant <input type="checkbox"/> Malvoyant <input type="checkbox"/> Interprète requis <input type="checkbox"/> Langage des signes requis <input type="checkbox"/> Autre _____			

2. Informations sur l'endroit où vous vivez et comment vous contacter (remplissez toutes les cases).

Votre adresse actuelle	N° et rue	N° appartement	Ville, État, Code postal
Êtes-vous sans domicile ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Votre adresse actuelle est-elle temporaire ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Votre adresse actuelle est-elle aussi votre adresse postale ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
S'il s'agit d'une adresse temporaire, indiquez votre adresse permanente.			
Si votre adresse postale est différente, indiquez-la.			
Type de logement habité <input type="checkbox"/> Logement privé <input type="checkbox"/> Logement public <input type="checkbox"/> Pension de famille commerciale <input type="checkbox"/> Logement de transition <input type="checkbox"/> Établissement résidentiel <input type="checkbox"/> Logement de fonction <input type="checkbox"/> Programme d'hébergement des adolescents <input type="checkbox"/> Campement d'immigrés <input type="checkbox"/> Refuge <input type="checkbox"/> Logement temporaire (par ex., automobile, tente) <input type="checkbox"/> Logement étudiant (par ex., résidence universitaire)			

2. Informations sur l'endroit où vous vivez et comment vous contacter (Suite)

Si vous avez une adresse e-mail, indiquez-la. _____

Numéro(s) de téléphone où vous joindre **pendant la journée**

(_____) _____ - _____ (_____) _____ - _____

Heure à laquelle vous êtes joignable par téléphone : Heure _____

Entourez les options applicables : Lundi Mardi Mercredi Jeudi Vendredi

3. Personne qui vous aide à remplir votre demande

Nom	Prénom prénom	Initiale du deuxième	Numéro de téléphone
N° et rue	Ville	État	Code postal

4. Représentant autorisé

Souhaitez-vous autoriser cette personne à faire la demande ou bénéficier de l'allocation SNAP en votre nom ?

oui non

5. Dispense de l'entrevue en face à face

Si vous n'êtes pas en mesure de vous présenter au bureau DTA pour l'entrevue, cochez les motifs applicables.

- Personne âgée/handicapée Problèmes de transport Travaille pendant les heures d'ouverture du bureau DTA
 Garde d'enfants/Garde d'un membre handicapé du foyer Autre _____

IMPORTANT : n'oubliez pas d'indiquer votre ou vos numéro(s) de téléphone en page 1. Nous devons être en mesure de vous appeler en cas de questions relatives à votre demande ou pour effectuer l'entrevue par téléphone.

6. Questions concernant la citoyenneté

a. Êtes-vous, ainsi que tous les membres de votre foyer, citoyen américain de naissance ou par naturalisation ?

oui non

Si oui, passez à la question 7. Si non, passez à la partie b, ci-dessous.

b. En vertu de la réglementation SNAP (106 CMR 362.220), tout non-citoyen n'étant pas en mesure ou ne souhaitant pas fournir des informations concernant son statut d'immigration et/ou son numéro de sécurité sociale en raison de sa situation au regard de l'immigration, n'est pas tenu de le faire. Ce non-citoyen ne pourra pas bénéficier de l'allocation SNAP. Toutefois, les autres membres du foyer peuvent faire une demande d'allocation.

1. Indiquez le ou les membres du foyer choisissant de ne **PAS** faire de demande d'allocation SNAP :

2. Cochez cette case si tous les membres choisissent de faire la demande :

7. Informations sur les personnes de votre foyer - Fournissez une liste complète. Ne vous incluez pas dans la liste. (Joignez une feuille supplémentaire si nécessaire). Les non-citoyens de votre foyer qui choisissent de ne pas faire de demande d'allocation SNAP ne sont pas tenus de nous indiquer leur numéro de sécurité sociale ni leur situation d'immigration.					
Nom prénom	Prénom	Initiale du deuxième	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Achetez-vous et préparez-vous à manger ensemble ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Cette personne sollicite-t-elle l'allocation SNAP ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Numéro de sécurité sociale	
État civil				Enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nom nom	Prénom	Initiale du deuxième pré-	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Achetez-vous et préparez-vous à manger ensemble ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Cette personne sollicite-t-elle l'allocation SNAP ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Numéro de sécurité sociale	
État civil				Enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	
Nom	Prénom	Initiale du deuxième prénom	Date de naissance	Sexe <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Lien de parenté
Achetez-vous et préparez-vous à manger ensemble ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Cette personne sollicite-t-elle l'allocation SNAP ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non		Numéro de sécurité sociale	
État civil				Enceinte ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non	

8. Dans votre foyer, y a-t-il **un ou plusieurs enfants mineurs dont vous n'êtes pas le parent**, et qui ne se trouve(nt) pas sous votre supervision et autorité ? oui non
Si **oui**, lesquels ? _____
9. Dans votre foyer, y a-t-il un **locataire** ou **pensionnaire** (personne payant pour l'hébergement ou pour l'hébergement et les repas) ? oui non
Si **oui**, quel est le nom de cette personne ? _____
10. Recevez-vous des **indemnités de famille d'accueil** pour des personnes de votre foyer ? oui non
Si **oui**, quelles sont les personnes concernées ? _____
11. Êtes-vous ou quiconque vivant avec vous **résident d'un autre État que le Massachusetts** ou d'un autre pays que les États-Unis, ou a-t-il l'intention de quitter le Massachusetts ? oui non
Si **oui**, qui n'est pas résident ou a l'intention de partir ? _____
12. N'êtes-vous ou quiconque vivant avec vous pas **un citoyen américain**? oui non
13. Voulez-vous ou quiconque vivant avec vous, citoyens américains majeurs résidant dans le Massachusetts **s'inscrire sur les listes électorales** oui non
Si **oui**, lesquels ? _____
14. Êtes-vous ou quiconque vivant avec vous, mentalement ou physiquement **handicapés**, temporairement ou à long terme ? oui non
Si **oui**, lesquels ? _____

15. Revenus

Vous ou quiconque vivant avec vous, travaillez actuellement ou avez travaillé au cours des 60 derniers jours ?

oui non

Si **oui**, renseignez la section suivante. (Joignez une feuille supplémentaire si nécessaire).

IMPORTANT : n'oubliez pas de remplir cette section si un membre de votre foyer, vous y compris, exerce une activité indépendante.

Nom			Prénom			Nom de l'employeur, adresse et numéro de téléphone				
Poste occupé	Date de début	Date de fin	Salaire horaire (\$) _____	Nb heures/ semaine	Pourboires/ semaine (\$)	Fréquence des paiements ?	Emploi permanent ? <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non			

Si l'emploi est terminé, dernier jour de travail ____/____/____

Indiquez les informations relatives à votre dernier salaire ici :

Date		Montant brut	Heures
De	à		
		\$	
		\$	
		\$	

16. Autres revenus

Recevez-vous ou quiconque vivant avec vous (ou pouvez-vous prétendre à) **tout autre type de revenu** tel que des indemnités de chômage, une pension alimentaire, une indemnité de sécurité sociale, une allocation supplémentaire de revenu de sécurité, des indemnités d'accident du travail, une pension d'ancien combattant, des pensions ou un revenu locatif ? oui non

Si **oui**, renseignez la section suivante. (Joignez une feuille supplémentaire si nécessaire).

Nom	Type de revenu	Montant	Fréquence des versements ?	Date de début du revenu

17. Vous ou quiconque vivant avec vous, êtes soumis à une ordonnance du tribunal (obligation légale) l'obligeant à verser une pension alimentaire pour un enfant ne vivant pas dans le foyer ? oui non

Fréquence des paiements ? Mensuels Hebdomadaires Montant (\$) _____

18. Vous ou quiconque vivant avec vous, avez des **frais de garde d'enfants ou d'adulte à charge** ?

oui non

Fréquence des paiements ? Mensuels Hebdomadaires Montant (\$) _____

19. Vous ou quiconque vivant avec vous, ayant 60 ans ou plus ou handicapé, avez des **frais d'assurance santé** ? oui non

Fréquence des paiements ? Mensuels Hebdomadaires Montant (\$) _____

20. Vous ou quiconque vivant avec vous, ayant 60 ans ou plus ou handicapé, avez des frais médicaux à déboursier ? oui non Si **oui**, renseignez la section suivante.

Nom	Type	Fréquence des paiements ?	Montant	Date de début des paiements

21. Frais d'hébergement

Quel type de frais d'hébergement avez-vous ?

- Loyer/Prêt hypothécaire oui non Montant du loyer/prêt hypothécaire par mois (\$) _____
- Impôts fonciers oui non
- Autre oui non

22. Frais de service public

Quel type de frais de service public payez-vous distinct de/ séparés de votre loyer ?

- J'ai des frais de chauffage personnel (huile, gaz, électricité ou propane, etc.) ou je partage des frais de chauffage avec d'autres personnes. oui non
- J'ai l'air conditionné que j'utilise en été et je paie les frais d'électricité ou je partage des frais d'électricité avec d'autres personnes. oui non
- J'ai l'air conditionné que j'utilise en été et je paie un abonnement. oui non
- Je paie l'électricité ou le gaz, ou je partage ces frais avec d'autres personnes. oui non
- Je paie pour un service téléphonique, y compris un abonnement cellulaire (téléphone prépayé non inclus). oui non

NOTIFICATION DES DROITS, RESPONSABILITÉS ET SANCTIONS (VEUILLEZ LIRE ATTENTIVEMENT)

Je certifie, sous peine de parjure, que j'ai lu, ou que l'on m'a lu, les informations contenues dans ce formulaire de demande ainsi que mes réponses aux questions qu'il contient, et que ces réponses sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. Je certifie également, sous peine de parjure, que mes réponses à toutes les questions supplémentaires ultérieures seront, à ma connaissance, véridiques et complètes. Je conviens que toute déclaration fautive ou trompeuse, ou dénaturant, masquant ou omettant les faits, orale ou écrite, visant à établir mon éligibilité pour l'allocation SNAP constitue une fraude, une violation intentionnelle du programme, passible de sanctions civiles et pénales.

Je conviens que les informations fournies dans mon formulaire de demande feront l'objet d'une vérification par les autorités fédérales, de l'État et locales, afin d'en déterminer l'exactitude. En cas de fausses informations, l'allocation SNAP pourra m'être refusée et des poursuites judiciaires pourront être menées à mon encontre pour avoir fourni délibérément de fausses informations.

Je conviens que le DTA (Department of Transitional Assistance) gère le SNAP et qu'il dispose de 30 jours à compter de la date de la demande pour traiter cette dernière. Je conviens que je dois signaler au DTA tout changement concernant le revenu de mon foyer, mes biens, mon adresse, mon mode de vie, la taille de ma famille, ma situation professionnelle ou tout autre changement concernant mon foyer qui pourrait affecter notre éligibilité. Je conviens que je dois signaler ces changements au DTA en personne, par écrit ou par téléphone **dans un délai de 10 jours suivant le changement**, sauf si le DTA m'autorise à signaler ces changements dans le cadre des rapports annuels SNAP ou de l'alternative aux prestations transitoires.

Je conviens que je dispose du droit à m'entretenir avec un superviseur, s'il est déterminé que je suis inéligible pour l'allocation SNAP express et que je ne suis pas d'accord, ou si je suis éligible pour le service express mais que je ne reçois pas mon allocation SNAP au bout de sept jours calendaires suivant la date de ma demande d'allocation SNAP.

Je conviens que si je choisis de signaler des frais de garde d'enfants ou autres frais de personne à charge, loyer/prêt hypothécaire, autres frais de service public ou de refuge, je pourrais bénéficier d'une allocation SNAP supérieure. Je conviens également que si je verse une pension alimentaire à une personne en dehors de mon foyer, je peux le signaler et fournir un justificatif de cette dépense au DTA. Si je ne signale pas ou ne justifie pas les frais indiqués ci-dessus, je pourrais recevoir une allocation SNAP mensuelle inférieure et mon foyer sera perçu comme ne souhaitant pas bénéficier d'une déduction relative aux frais non signalés ou non justifiés.

De la même façon, je conviens que, si j'ai plus de 60 ans ou si je suis handicapé et que je débourse des frais médicaux, je peux signaler et justifier ces frais auprès du DTA. J'aurais ainsi la possibilité d'obtenir une déduction de revenu et d'augmenter le montant de mon allocation SNAP.

Je conviens qu'en signant ce document, tous les membres de mon foyer entre 16 et 59 ans entrent automatiquement sur le marché du travail et sont inscrits au programme SNAP de recherche d'emploi et de formation (SNAP/E&T). L'inscription automatique au SNAP/E&T permet aux membres du foyer d'accéder facilement aux services SNAP/E&T. Les membres du foyer non exemptés seront informés des exigences de travail, des exemptions et des sanctions en cas de non-conformité, et se verront proposer un emploi, le cas échéant.

En signant ce formulaire, j'autorise le DTA à enquêter sur les informations fournies et à les vérifier pour déterminer mon éligibilité à une aide. J'autorise le DTA à se procurer tous les dossiers ou renseignements, et à vérifier les informations fournies dans cette demande auprès d'autres organismes, notamment les organismes fédéraux et d'État, les autorités d'hébergement locales, les services d'assistance publique, les institutions financières ainsi qu'auprès d'Equifax Workforce Solutions, qui fournit des informations sur les salaires au DTA. J'autorise également ces organismes à fournir au DTA des informations concernant mon foyer, dans le cadre de mon allocation SNAP.

Le DTA peut refuser, cesser ou diminuer votre allocation en fonction des informations transmises par Equifax Workforce Solutions, agence d'étude de la consommation. Je dispose du droit à recevoir une copie gratuite du rapport Equifax me concernant, si j'en fais la demande dans un délai de 60 jours suivant la décision du DTA. Je dispose du droit à remettre en question l'exactitude ou l'exhaustivité des informations contenues dans le rapport me concernant. Je peux contacter Equifax à l'adresse : Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (numéro vert).

Afin de valider ma demande d'allocation, mon statut d'immigration pourra être vérifié auprès des services d'immigration et de citoyenneté américains (USCIS, United States Citizenship and Immigration Services), anciennement INS. Je conviens que le DTA peut transmettre aux services USCIS des informations contenues dans ma demande d'allocation SNAP, et que toute information reçue des services USCIS peut affecter l'éligibilité de mon foyer et le montant de l'allocation.

Je conviens qu'en signant ce document, j'autorise également le DTA à partager avec le ministère de l'enseignement élémentaire et secondaire (ESE, Elementary and Secondary Education) des informations me concernant ainsi que les personnes à ma charge âgées de moins de 19 ans, afin que ces personnes puissent avoir accès automatiquement aux programmes de petit-déjeuner et déjeuner à l'école. J'autorise également le DTA à partager des informations me concernant, concernant les personnes à ma charge âgées de moins de 5 ans et toute femme enceinte de mon foyer, avec le Ministère de la Santé publique (DPH, Department of Public Health) afin que ces personnes soient dirigées vers le programme WIC (Women, Infants and Children) pour bénéficier de services de nutrition.

Je conviens qu'en signant ce document j'autorise le DTA et le bureau exécutif du ministère de la santé et des services sociaux du Massachusetts à partager des informations concernant mon éligibilité à une allocation d'assistance publique avec les compagnies de distribution électrique, les compagnies de distribution de gaz et les opérateurs de télécommunications éligibles, conformément aux contrats de confidentialité exécutés par ces compagnies, dans le seul but de certifier mon éligibilité à des tarifs réduits en matière de services publics. J'autorise également le DTA à partager mes informations avec le ministère du logement et du développement communautaire (DHCD, Department of Housing and Community Development) dans le but de m'inscrire au programme Heat & Eat (chauffage et nourriture).

Je conviens que je recevrai une copie de la brochure « Votre droit de savoir » et de la brochure du programme SNAP, que je devrai les lire ou faire en sorte qu'on me les lise, et que je devrai en comprendre le contenu, ainsi que mes droits et responsabilités. En cas de questions sur les brochures ou l'une de ces informations, ou en cas de problème de lecture ou de compréhension de l'une de ces informations, je contacterai le DTA en composant le 1-877-382-2363.

J'atteste sur l'honneur que tous les membres de mon foyer SNAP sollicitant une allocation SNAP sont citoyens américains ou non-citoyens en règle avec les services d'immigration.

Droit à l'inscription sur les listes électorales

Je conviens que je dispose du droit de m'inscrire sur les listes électorales auprès du DTA. Je conviens que le DTA m'aidera en cas de besoin à remplir le formulaire d'inscription pour m'enregistrer en tant qu'électeur, et que je suis autorisé à remplir ce formulaire de manière confidentielle.

Je conviens que si j'accepte ou refuse mon inscription en tant qu'électeur, cela n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide versée par le DTA.

Avertissement concernant les sanctions SNAP

Je conviens que si un membre de mon foyer SNAP, moi y compris, enfreint délibérément l'une des règles, il peut être exclu du SNAP pour une durée d'un an après la première infraction, de deux ans après la deuxième infraction et définitivement après la troisième infraction. Cette personne peut se voir interdire l'allocation SNAP pour une durée d'un an ou définitivement, devoir s'acquitter d'une amende pouvant atteindre 250 000 \$, encourir une peine de prison de 20 ans maximum, ou les deux. Il peut également faire l'objet de poursuites en application d'autres lois fédérales et d'État. Il peut également se voir priver de l'allocation SNAP pour une durée supplémentaire de 18 mois par décision du tribunal. Ces règles sont les suivantes.

- Ne pas fournir de fausses informations ni cacher des informations dans le but d'obtenir l'allocation SNAP.
- Ne pas échanger ou vendre l'allocation SNAP.
- Ne pas contrefaire les cartes de transfert électronique de prestations afin de bénéficier d'une allocation SNAP à laquelle vous ne pouvez pas prétendre.
- Ne pas utiliser l'allocation SNAP pour acheter des articles non éligibles, comme des boissons alcoolisées et du tabac.
- Ne pas utiliser l'allocation SNAP ou la carte de transfert électronique de prestations d'une autre personne, sauf si vous êtes son représentant autorisé.

Je conviens également des sanctions suivantes :

- Les personnes qui enfreignent délibérément les conditions d'un **programme de versements** et dont l'acte est confirmé par une réunion d'exclusion administrative, seront exclues du SNAP aussi longtemps qu'elles seront privées d'aide financière.
- Les personnes qui font une déclaration ou affirmation frauduleuse au sujet de leur identité ou de leur lieu de résidence, afin de recevoir plusieurs allocations SNAP simultanément seront exclues du SNAP pour une durée de **dix ans**.
- Les personnes qui échangent (achètent ou vendent) l'allocation SNAP contre une substance contrôlée/des drogues illégales seront exclues du SNAP pour une durée de **deux ans** la première fois, et **définitivement** en cas de récidive.
- Les personnes qui échangent (achètent ou vendent) l'allocation SNAP contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs, seront exclues du SNAP **définitivement**.
- Les personnes qui échangent (achètent ou vendent) une allocation SNAP d'une valeur de plus 500 \$, seront exclues du SNAP **définitivement**.
- L'État peut entamer des poursuites pour violation intentionnelle d'un programme à l'encontre d'un individu proposant l'allocation SNAP ou une carte de transfert électronique de prestations à la vente en ligne ou en personne.
- Les personnes tentant d'échapper à des poursuites, une garde à vue ou une détention après une condamnation pour acte délictueux, ou enfreignant une condition de mise en liberté sous surveillance ou de libération conditionnelle, **ne peuvent pas** participer au SNAP.
- Les personnes qui ne respectent pas, sans motif légitime, les exigences de travail du SNAP seront exclues pour une durée de **trois mois** la première fois, **six mois** la deuxième fois et **douze mois** la troisième fois. Si la personne qui n'a pas rempli ses obligations pour la troisième fois est le chef du foyer SNAP, le foyer entier sera exclu du SNAP pour une durée de **six mois**.
- Le paiement pour de la nourriture achetée à crédit n'est pas autorisé et peut entraîner l'exclusion du SNAP.
- Les personnes ne sont pas autorisées à acheter des produits à l'aide de l'allocation SNAP avec l'intention d'en jeter le contenu et de retourner le récipient contre remboursement de la consigne.

Droit à un interprète

Je conviens que je dispose du droit à un interprète mis à disposition par le DTA si aucun adulte de mon foyer SNAP n'est en mesure de parler ou de comprendre l'anglais. Je conviens également que je peux faire appel à un interprète pour toute instruction équitable par le DTA, ou venir accompagné de celui de mon choix. Si j'ai besoin d'un interprète pour une audition, je dois appeler le service des auditions au moins une semaine avant la date de l'audition.

Clause de non-discrimination

Le ministère américain de l'Agriculture interdit la discrimination à l'encontre de ses clients, employés et candidats à l'emploi sur la base des éléments suivants : race, couleur, nationalité, âge, handicap, sexe, identité sexuelle, religion, représentances et, s'il y a lieu, convictions politiques, situation matrimoniale, situation familiale ou parentale, orientation sexuelle, ou si tout ou partie du revenu d'un individu est dérivé d'un programme d'assistance publique, ou en cas d'informations génétiques protégées dans le cadre d'un emploi ou d'un programme ou activité menés ou fondés par le ministère. (Tous les éléments de discrimination ne s'appliquent pas à tous les programmes et/ou emplois).

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme relatif aux droits civils, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans un programme de l'USDA, que vous trouverez en ligne à l'adresse http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou dans tous les bureaux USDA, ou composez le (866) 632-9992 pour demander le formulaire. Vous pouvez également écrire une lettre indiquant toutes les informations requises dans le formulaire. Envoyez-nous votre formulaire de plainte dûment complété ou votre lettre par courrier à l'adresse U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410, par fax au (202) 690-7442 ou par e-mail à l'adresse program.intake@usda.gov.

Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA via le Federal Relay Service en composant le (800) 877-8339; ou le (800) 845-6136 (espagnol).

Pour toute autre information relative aux problèmes avec le programme SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program), appelez le numéro vert SNAP de l'USDA en composant le (800) 221-5689, également en espagnol, ou appelez les numéros verts de renseignements de l'État (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros verts par État), que vous trouverez en ligne à l'adresse http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

L'USDA est un fournisseur et employeur souscrivant au principe d'égalité d'accès à l'emploi.

La loi du Massachusetts interdit également la discrimination, y compris la discrimination basée sur l'ascendance. Pour déposer plainte dans l'État du Massachusetts, contactez :

Massachusetts Commission Against Discrimination, One Ashburton Place, Sixth Floor, Room 601, Boston, MA 02108; Téléphone: (617) 994-6000 ; TTY : (617) 994-6196.



SIGNATURE DU DEMANDEUR : en signant cette demande, je certifie par la présente, sous peine de parjure, que j'ai lu (ou que l'on m'a lu) et que je comprends et accepte les « Droits et responsabilités », et que les réponses contenues dans cette demande et dans tout document supplémentaire fourni ultérieurement par mes soins au DTA sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. J'ai lu l'avertissement concernant les sanctions SNAP dans ma langue principale, j'en ai demandé la lecture ou l'interprétation. Je certifie également que tous les membres de mon foyer SNAP sollicitant une allocation SNAP sont citoyens américains ou non-citoyens en règle avec les services d'immigration.

Signature du demandeur : _____ Date _____