



Demande d'allocation SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program)

INSTRUCTIONS POUR REMPLIR LE FORMULAIRE DE DEMANDE

- Essayez de répondre autant de questions possible.
- Sur la page 1 du formulaire de demande, indiquez un numéro de téléphone où vous joindre pendant la semaine ou auquel nous pouvons vous laisser un message.
- N'oubliez pas de signer le formulaire de demande avant de l'envoyer.
- Lisez attentivement la section Notification des droits, responsabilités et sanctions.
- Vous pouvez déposer une demande incomplète avec vos nom et adresse en page 1 et votre signature en page 7, et remplir le reste de la demande ultérieurement. L'envoi de ces seules informations définit la date de dépôt de votre demande. Vous pouvez ensuite l'envoyer par courrier à l'adresse : DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton MA 02780-0420, ou par fax au (617) 887-8765.
- Votre droit à l'allocation SNAP sera rétroactif à la date de dépôt.

VOUS DEVEZ PASSER UNE ENTREVUE: le DTA étudiera votre demande dès sa réception et vous contactera afin de réviser avec vous les informations fournies dans votre demande.

Remarque: si le DTA ne peut pas vous joindre, vous recevrez une lettre planifiant une entrevue téléphonique.

VOUS DEVEZ FOURNIR DES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS : pendant l'entrevue, le DTA vous indiquera les justificatifs et les informations que vous devez fournir pour bénéficier de l'allocation SNAP. Le DTA vous enverra une liste des éléments à fournir. Vous disposez de 30 jours à compter de la date de réception de votre demande pour nous fournir les documents justificatifs dont nous avons besoin. N'hésitez pas à solliciter l'aide du DTA si vous rencontrez des difficultés à obtenir ces preuves/documents justificatifs. Vous pouvez envoyer les justificatifs par courrier à l'adresse : DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420, ou par fax au (617) 887-8765.

DÉCISION : la décision concernant votre demande vous sera communiquée dans un délai de 30 jours.

Veuillez détacher et conserver cette page.

De quelles preuves/ documents justificatifs aurai-je besoin ?

Voici la plupart des justificatifs dont vous aurez besoin lors de votre demande d'allocation SNAP :

- **Une pièce d'identité indiquant votre nom et adresse :**
Si vous n'avez pas d'adresse, indiquez-nous l'endroit où vous logez.
- **Justificatif de revenus :**
Une lettre d'octroi ou un relevé de paiement par dépôt direct de revenus non salariaux, y compris le montant du revenu d'intérêts et la fréquence des paiements. Si vous travaillez, envoyez vos quatre derniers bulletins de salaire, relevés de paiement par dépôt direct ou copies des chèques.
- **Numéro de sécurité sociale pour toutes les personnes sollicitant l'allocation**
- **Justificatif de non-citoyenneté :**
Si vous n'êtes pas citoyen américain, fournissez un justificatif juridique de non-citoyenneté.
- **Justificatif de certains frais :** vous pouvez augmenter le montant de votre allocation SNAP en fournissant un justificatif attestant de l'une des situations suivantes :
 - **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.
 - **Pensions alimentaires**
Un justificatif (document juridique, par exemple) de la pension alimentaire que vous versez à une personne qui ne vit pas avec vous, et le montant versé.

Indiquez également si vous êtes concerné par l'une des dépenses ci-dessous (ceci est facultatif, mais peut augmenter votre allocation SNAP) :
 1. **Frais de logement :** paiements de loyer ou de prêt hypothécaire, impôts fonciers ou 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

Pour plus d'informations sur l'attribution de l'allocation SNAP, appelez la ligne directe SNAP au 1-877-382-2363.



Department of Transitional Assistance, Massachusetts

Programme SNAP (Supplemental Nutrition Assistance Program) simplifié

Formulaire de demande pour les personnes âgées

(Individus et couples âgés de 60 ans et plus)

Informations sur le demandeur

1. Veuillez fournir les informations personnelles suivantes.

| | | |
|--|--|--|
| Votre nom (Nom, Prénom, Initiale deuxième prénom) | | N° SS : |
| Numéro de téléphone | Pouvons-nous vous joindre à ce numéro pendant la journée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | Date de naissance : |
| Adresse domicile (Rue, N° appartement) | | <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F |
| Ville, État, Code postal | | |
| Adresse postale (si différente) | | Êtes-vous actuellement sans domicile ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non |

2. **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 Oui Non

Race : (cochez toutes les options applicables)

Amérindien ou autochtone de l'Alaska Asiatique Noir ou afro-américain
Autochtone d'Hawaï ou des autres îles du Pacifique Blanc

Langue parlée : veuillez identifier la langue que vous parlez _____

3. Êtes-vous citoyen américain ? Oui Non

4. Êtes-vous résident du Massachusetts ? Oui Non

5. Votre situation est-elle particulière ? Cochez toutes les cases qui s'appliquent à votre cas.

Déficience physique/mentale Malentendant Malvoyant
Interprète requis Langage des signes requis Autre _____

6. Quelqu'un vous aide-t-il à remplir ces informations ? Oui Non

Nom de la personne qui vous aide _____ Numéro de téléphone de la personne qui vous aide _____

Informations sur le foyer

7. Êtes-vous marié(e) ? Oui Non

8. Si oui, votre mari/femme vit-il/elle avec vous ? Oui Non

9. Avez-vous des enfants de moins de 22 ans vivant avec vous ? Oui Non

10. D'autres personnes vivent-elles et partagent-elles leurs repas avec vous ? Oui Non

11. Indiquez les personnes qui vivent avec vous.

| Prénom | Nom | N° SS | Date de naissance | Sexe | Citoyen américain | Lien de parenté |
|--------|-----|-------|-------------------|------|---|-----------------|
| | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |
| | | | | | <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non | |

Informations financières

12. Un membre de votre foyer, vous y compris, reçoit-il l'un des types de revenu suivants ?

| Type de revenu | Montant du revenu | Fréquence du revenu (Hebdomadaire, bimensuel ou mensuel) | Nom de la personne qui reçoit un revenu |
|---|-------------------|---|---|
| Sécurité sociale | (\$) | mensuels | |
| Allocation supplémentaire de revenu de sécurité | (\$) | mensuels | |
| Pension | (\$) | | |
| Pension d'ancien combattant | (\$) | | |
| Indemnités d'accident du travail | (\$) | | |
| Salaire | (\$) | | |
| Autre (spécifiez) _____ | (\$) | | |
| Autre (spécifiez) _____ | (\$) | | |

13. Avez-vous des frais de soins de garde d'adulte ?

Oui Non

14. Avez-vous d'autres frais médicaux tels que les ordonnances, les médicaments en vente libre, les fournitures pour diabétiques, les lunettes de vue, les frais dentaires, les appareils auditifs, etc. ?

Oui Non

15. Quel est le montant mensuel de votre loyer ou de votre prêt hypothécaire ? (\$) _____

16. Avez-vous les frais suivants ?

1. 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

2. 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

3. J'ai l'air conditionné que j'utilise en été et je paie un abonnement. Oui Non

4. Je paie l'électricité ou le gaz, ou je partage ces frais avec d'autres personnes. Oui Non

5. Je paie pour un service téléphonique, y compris un abonnement cellulaire (téléphone prépayé non inclus). Oui Non

Représentant autorisé

17. Souhaitez-vous qu'une autre personne demande ou reçoive la carte SNAP permettant d'acheter de la nourriture en votre nom ?
 Oui Non

| | | | | |
|-------|----------|-------------------------------|-----------|-----------------------|
| Nom : | Prénom : | Initiale du deuxième prénom : | Adresse : | Numéro de téléphone : |
| | | | | |

SNAP express

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

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 des 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 logement, 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 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'inscrire 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 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'une personne 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 individus ne sont pas autorisés 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 consignation.

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 amener mon propre interprète. Si j'ai besoin d'un interprète pour une audition, je dois appeler le service des auditions au moins une semaine avant la date correspondante.

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, représailles 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 d'une 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 à des questions se rapportant au 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 des 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 ; ATS : (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 : _____