Massachusetts
Demande de prestations SNAP pour les personnes âgées
(Pour les personnes seules et les couples âgés

Comment faire une demande de prestations SNAP ?

- Téléversez sur DTAConnect
- Faxer au 617-887-8765
- Envoyez par courrier à **DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420**
- Faites numériser ce formulaire dans un bureau local de la **DTA**

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Adresse du domicile :		Ville, État, code postal :
Adresse postale (si différente) :		Ville, État, code postal :
Numéro de téléphone :		Êtes-vous sans domicile fixe ? ☐ Oui ☐ Non

Dans quel type de logement vivez-vous ?

☐ Logement privé	☐ Établissement résidentiel	☐ Centre d'hébergement
☐ Logement transitoire	Camp de travailleurs	☐ Logement temporaire
☐ Logement social	☐ migrants	☐ Autre
	☐ Pension commerciale	

En signant, j'accepte ce qui suit :

- j'ai lu l'intégralité de ce formulaire (ou je me le suis fait lire dans une langue que je comprends), y compris la section relative aux droits et responsabilités, et je comprends que je dois respecter ces règles ;
- les informations que je fournis sont exactes et complètes à ma connaissance ;
- je pourrais être condamné(e) à une peine de prison ou être tenu(e) de payer des amendes si je donne sciemment des informations fausses ou incomplètes ;
- la DTA et d'autres responsables fédéraux, étatiques et locaux peuvent vérifier toute information que je fournis.

Signature :	Date :

- **Nous accepterons votre demande si elle comporte votre nom, votre adresse (le cas échéant) et votre signature.**
- **Si votre demande est approuvée, vos prestations SNAP vous seront versées rétroactivement à compter de la date de réception de votre demande par la DTA.**
- **Appelez-nous pour passer un entretien à tout moment entre 8 h 15 et 16 h 45, du lundi au vendredi, au 1-833-712-8027.**

Vous pourrez recevoir des prestations SNAP dans un délai de 7 jours si :

- vos revenus bruts et l'argent dont vous disposez à la banque représentent au total moins que vos dépenses mensuelles de logement ; ou
- vos revenus mensuels bruts sont inférieurs à 150 $ et l'argent dont vous disposez à la banque est de 100 $ ou moins ;
  ou
- vous êtes un travailleur migrant et l'argent dont vous disposez à la banque est de 100 $ ou moins.

Possédez-vous une carte de transfert électronique de prestations (EBT) du Massachusetts ?
☐ Oui ☐ Non

Les cartes EBT restent valables si un dossier est rouvert après avoir été clôturé. Si vous n'avez pas de carte EBT, nous pouvons vous en envoyer une par courrier ou en imprimer une dans un bureau local. Vous pourrez recevoir une carte EBT avant que nous ayons statué sur votre éligibilité, afin de pouvoir utiliser vos prestations dès qu'elles seront disponibles, si vous y êtes éligible. Lorsque vous recevrez votre carte EBT, vous recevrez également des informations supplémentaires sur son utilisation.

Si vous avez besoin d'aide en raison d'un handicap, nous pouvons vous accorder un aménagement afin de faciliter vos démarches avec nous.

Appelez le 1-877-382-2363 pour demander un aménagement ou de l'aide pour la demande.



Êtes-vous en situation de handicap ?	☐ Oui	☐ Non
Si oui, quel est votre mode de communication préféré ?	☐ En personne	☐ Langue des signes américaine – en personne
	☐ Téléphone	☐ Langue des signes américaine – services de relais vidéo (VRS) Votre n° de téléphone VRS : _____
MassHealth a-t-il certifié que vous êtes en situation de handicap ?	☐ Oui	☐ Non

La DTA peut vous envoyer des SMS concernant les dates limites, les informations relatives à votre dossier, les fermetures de bureaux et d'autres informations importantes. Veuillez noter que des frais de messagerie et de données peuvent s'appliquer.

Si vous **ne souhaitez pas** recevoir de SMS de la DTA, vous pouvez vous désabonner sur DTA Connect, nous appeler au 1-877-382-2363 ou envoyer OPT OUT par SMS si vous recevez un SMS.

Informations vous concernant

Numéro de sécurité sociale :	Date de naissance :	Sexe : ☐ Homme ☐ Femme
Êtes-vous citoyen(ne) des États-Unis ? ☐ Oui ☐ Non **REMARQUE :** Les non-citoyens qui ne demandent pas de prestations SNAP ne sont pas tenus de fournir leur numéro de sécurité sociale ni leur statut de citoyenneté.		Quelle langue préférez-vous parler ? _____

Quelle est votre race ?*

☐ Noir ou Afro-Américain

☐ Amérindien ou Autochtone d'Alaska

☐ Blanc

☐ Asiatique

☐ Hawaïen autochtone ou autre insulaire du Pacifique

Quelle est votre origine ethnique ?*

☐ Hispanique ou latino

☐ Ni hispanique ni latino

* Votre réponse n'aura aucune incidence sur votre éligibilité. Nous posons ces questions afin de nous assurer que chacun est traité équitablement, sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale. Laissez ce champ vide si vous préférez ne pas répondre.

Membres du foyer

D'autres personnes vivent-elles avec vous ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom	**Date de naissance**	**Numéro de sécurité sociale**	**Lien avec vous ?**	**Cette personne est-elle citoyenne des États-Unis ?**	**Cette personne fait-elle une demande de prestations SNAP ?**
				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non
				☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non

Revenus

Un membre du foyer perçoit-il des revenus tels que des revenus d'activité, des allocations chômage, une pension alimentaire, des prestations de sécurité sociale, le SSI, une indemnisation des accidents du travail, des prestations d'anciens combattants, une pension de retraite ou des revenus locatifs ? ☐ Oui ☐Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Personne percevant le revenu	**Type de revenu**	**Fréquence**		**Montant brut**
		☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines	☐ Mensuel ☐ Autre :	
		☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines	☐ Mensuel ☐ Autre :	
		☐ Hebdomadaire ☐ Toutes les deux semaines	☐ Mensuel ☐ Autre :	

Frais de logement

Le foyer est-il tenu de payer des frais de logement ?

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Type :	**Montant :**	**Fréquence :**
☐ Loyer	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :
☐ Prêt immobilier	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :
☐ Taxe foncière*	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :
☐ Assurance habitation*	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :
☐ Charges de copropriété	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :
☐ Autre	$_____	☐ Mensuel ☐ Trimestriel ☐ Annuel ☐ Autre :

* Ne remplissez pas les champs Taxe foncière et Assurance habitation si ces frais sont inclus dans le paiement du prêt immobilier.

Charges de services publics

Le foyer est-il tenu de payer des charges de services publics **distinctes** des frais de logement ?

☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, cochez toutes les charges de services publics applicables à votre situation :

☐ **Chauffage** (fioul, gaz, électricité ou propane, etc.)

☐ **Électricité pour un climatiseur en été**

☐ **Frais d'utilisation d'un climatiseur en été**

☐ **Électricité et/ou gaz** (hors usage pour le chauffage) ; eau ; assainissement ; et/ou collecte des ordures ménagères

☐ **Service de téléphone fixe ou mobile** (y compris prépayé)

Frais de garde de personnes à charge

Un membre du foyer est-il tenu de payer des frais de garde d'une personne adulte à charge ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne à charge	**Montant payé**	**Fréquence**		
_____	$_____	☐ Hebdomadaire ☐ Autre :	☐ Toutes les deux semaines	☐ Mensuel
_____	$_____	☐ Hebdomadaire ☐ Autre :	☐ Toutes les deux semaines	☐ Mensuel

Un membre du foyer effectue-t-il des trajets vers et/ou depuis un prestataire de garde de personnes à charge ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne à charge	**Adresse du prestataire de garde**	**Nombre de trajets en voiture par semaine**		**Si vous ne conduisez pas : Coût des transports en commun, du taxi, de la navette, etc.**
		ALLER	**RETOUR**	

Frais médicaux

Une personne âgée d'au moins 60 ans et/ou en situation de handicap a-t-elle **des frais médicaux restant à sa charge** ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom	**Type de dépense**	**Coût total par mois**
_____	☐ Soins Médicaux ☐ Soins Dentaires ☐ Assurance Maladie ☐ Médicaments ☐ Autre (médicaments en vente libre, fournitures médicales, etc.)	_____
_____	☐ Soins Médicaux ☐ Soins Dentaires ☐ Assurance Maladie ☐ Médicaments ☐ Autre (médicaments en vente libre, fournitures médicales, etc.)	_____

REMARQUE : Les frais que vous êtes tenu(e) de payer peuvent être pris en compte, même si vous êtes en retard de paiement ou ne pouvez pas les payer. Les frais médicaux comprennent les quotes-parts, les ordonnances, les médicaments en vente libre, l'assurance maladie, les factures médicales, les transports, et bien plus encore.

Un membre du foyer effectue-t-il des trajets vers et/ou depuis des lieux de soins médicaux (tels qu'une pharmacie, un médecin, un thérapeute, etc.) ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom	**Adresse du prestataire de soins**	**Nombre de trajets en voiture par semaine**		**Frais de stationnement, de transports en commun, de taxi, de navette, etc.**
		ALLER	**RETOUR**	

SNAP dans un autre État

Un membre du foyer a-t-il reçu des prestations SNAP en dehors du Massachusetts au cours des 30 derniers jours ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, qui ?

_____

Un membre du foyer a-t-il reçu une sanction dans un autre État pour non-respect des règles de travail SNAP ? ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, qui ?

_____

Aide à la demande

Souhaitez-vous nous autoriser à contacter une personne ou un organisme si nous ne parvenons pas à vous joindre par téléphone ?* ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse: _____

* Nous appelons cela une personne ou un organisme d'assistance. Ce rôle n'est valable que pendant la période de demande.

Autorisation de divulgation d'informations

Souhaitez-vous autoriser une personne ou un organisme à s'entretenir avec la DTA et à obtenir des informations confidentielles pertinentes concernant votre dossier ?* ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse: _____

* Ce rôle ne permet pas de signaler des changements ni de passer des entretiens. L'autorisation expire au bout d'1 an.

Représentant autorisé pour la certification

Souhaitez-vous autoriser un organisme ou une personne de confiance à signer des formulaires, à signaler des changements, à passer des entretiens et à discuter de votre dossier avec nous ?* ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Numéro de téléphone : _____

Numéro fédéral d'identification de l'employeur (organisme uniquement) : _____

* Autorisation valable jusqu'à son annulation.

Représentant autorisé pour les transactions EBT

Souhaitez-vous autoriser une personne de confiance à obtenir une carte EBT afin de faire vos courses alimentaires pour vous au moyen de vos prestations SNAP ?* ☐ Oui ☐ Non

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous.

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

* L'identité doit être vérifiée avant l'émission d'une carte. Autorisation valable jusqu'à son annulation.

- Si vous souhaitez annuler une carte EBT pour un représentant autorisé, appelez le 1-800-997-2555.

- Si vous souhaitez annuler l'un des rôles ci-dessus, appelez le 1-877-382-2363.

Que se passe-t-il ensuite ?

Veuillez conserver les pages suivantes dans vos dossiers.



Appel téléphonique

Nous vous appellerons pour un entretien. Si nous ne parvenons pas à vous joindre, nous vous enverrons une lettre pour fixer un entretien téléphonique programmé. Vous pouvez également nous appeler au 1-833-712-8027, du lundi au vendredi de 8 h 15 à 16 h 45, pour passer un entretien.



Envoi des justificatifs

Si nécessaire, nous vous fournirons une liste de documents à envoyer afin que nous puissions vérifier votre éligibilité. Vous disposez de 30 jours à compter de votre demande pour nous envoyer les documents. Informez-nous si vous avez besoin d'aide !



Réception des prestations SNAP

Nous vous enverrons une lettre de décision dans un délai de 30 jours. Si votre demande est approuvée, nous verserons les prestations sur votre carte EBT. Si elle est refusée, nous vous en expliquerons les raisons.



Restez en contact

Rendez-vous sur DTAConnect.com, utilisez l'application mobile DTA Connect ou appelez la ligne d'assistance de la DTA au 1-877-382-2363 pour consulter l'état de votre dossier, mettre à jour les informations de votre dossier, téléverser des documents, et bien plus encore !

Si vous souhaitez obtenir plus d'informations ou avez besoin d'aide, appelez le **1-833-712-8027** ou rendez-vous sur Mass.gov/DTA.

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

SNAP Path to Work: Trouvez des prestataires d'emploi et de formation en vous rendant sur SNAPpathtowork.org.

Remarque : Ceci s'adresse aux clients bénéficiant uniquement du SNAP

Massachusetts 2-1-1: Appelez le 211 pour trouver des programmes de santé et de services sociaux dans votre région.

SNAP-Ed: Consultez le site Web SNAP Nutrition Education à l'adresse MAhealthyfoodsinasnap.org pour trouver des recettes saines, des conseils de cuisine et des moyens de garder votre famille active !

Project Bread: Appelez la ligne d'assistance Food Source de Project Bread au 1-800-645-8333 pour trouver des sources d'aide alimentaire locales.

VOS OPTIONS DE JUSTIFICATION

- Vous pouvez utiliser cette liste de contrôle pour soumettre des justificatifs avec cette demande. **Cela nous aidera à traiter votre demande plus rapidement !**
- **Si vous n'avez pas tous les justificatifs, n'attendez PAS pour soumettre votre demande ! Vous pourrez les soumettre plus tard.**
- **Pour plus d'informations, rendez-vous sur Mass.gov/SNAPverifications.**

☐ **Si un membre du foyer perçoit des revenus d'activité**, envoyez-nous un justificatif des revenus bruts (avant impôts) des 4 dernières semaines, tel que :

- ☐ Bulletins de salaire ou relevé de paiement
- ☐ Justificatif de toute rémunération perçue et des heures travaillées
- ☐ Si vous êtes travailleur indépendant, des documents professionnels indiquant les revenus et les dépenses professionnelles, tels que :
  - ☐ Annexe C (formulaire 1040 de l'administration fiscale américaine (IRS))
  - ☐ Formulaire 1099 de l'administration fiscale américaine (IRS) ou autre document fiscal
  - ☐ Autres documents tels que factures, notes ou reçus indiquant vos revenus et/ou dépenses professionnelles

☐ **Si un membre du foyer perçoit des revenus non professionnels,** envoyez-nous un justificatif du montant mensuel, tel que :

- ☐ Lettre d'attribution de prestations
- ☐ Attestation de l'organisme effectuant les versements

REMARQUE : Nous pouvons généralement vérifier nous-mêmes le montant des prestations de sécurité sociale, du SSI, des pensions alimentaires du DOR ou des allocations chômage du Massachusetts. Nous vous informerons si vous devez justifier l'un de ces éléments.

☐ **Pour prouver votre résidence dans le Massachusetts,** vous pouvez soumettre l'un des documents suivants :

- ☐ Reçu de loyer, bail ou formulaire de vérification du propriétaire
- ☐ Acte de propriété ou relevé de prêt immobilier, facture de services publics ou inscription sur les listes électorales

☐ **Si un membre du foyer verse une pension alimentaire**, veuillez nous envoyer :

- ☐ Un justificatif de l'obligation légale de payer la pension alimentaire (tel qu'une ordonnance judiciaire)
- ☐ Un justificatif des paiements récents

☐ **Si un membre du foyer est un non-citoyen faisant une demande de prestations,** veuillez soumettre un justificatif de son statut de non-citoyen, tel que :

- ☐ Carte de résident permanent (« carte verte »)
- ☐ Carte d'autorisation de travail
- ☐ Carte de résident temporaire
- ☐ Formulaire d'entrée et de sortie (I-94)
- ☐ Tampon dans le passeport
- ☐ Autre document attestant d'un statut d'immigration actuel ou en cours
- ☐ Attestation d'un avocat spécialisé en immigration concernant le statut actuel ou en cours

☐ **Si un membre du foyer est une personne âgée et/ou en situation de handicap et a des frais médicaux,** veuillez soumettre un justificatif de ces frais (tels que des factures ou des reçus). Certains frais de transport pour raisons médicales peuvent être autodéclarés.

REMARQUE : Le total des frais médicaux du foyer doit être supérieur à 35 $ par mois pour être pris en compte.

☐ **Si un membre du foyer a des frais de logement,** envoyez-nous un justificatif tel que :

- ☐ Reçu de loyer
- ☐ Bail
- ☐ Lettre de votre propriétaire
- ☐ Chèque annulé ou mandat-poste
- ☐ Relevé de prêt immobilier
- ☐ Facture de taxe foncière ou d'assurance habitation
- ☐ Si vous n'êtes pas le locataire principal ou le propriétaire, fournissez une attestation de la personne avec laquelle vous vivez indiquant votre part des frais de logement et des charges de services publics
- ☐ Autres documents indiquant le montant et le type de dépense que vous devez payer

☐ **Si un membre du foyer a des charges de services publics**, envoyez-nous un justificatif tel que :

- ☐ Facture de chauffage, de climatisation, d'électricité, de gaz ou de téléphone
- ☐ Facture d'autres charges de services publics, telles que le charbon, le bois de chauffage, la collecte des ordures ménagères, l'eau et l'assainissement
- ☐ Bail indiquant que vous payez les charges de services publics
- ☐ Lettre du propriétaire ou du colocataire

☐ **Si un membre du foyer a des frais de garde de personnes à charge,** envoyez-nous un justificatif tel que :

- ☐ Attestation ou lettre du prestataire
- ☐ Reçus, chèque annulé ou mandat-poste

- ☐ Tous les clients SNAP doivent respecter les règles de travail ABAWD, sauf s'ils bénéficient d'une dispense.
  - ☐ Pour obtenir la liste des dispenses et plus d'informations sur les règles de travail SNAP, consultez www.mass.gov/snapworkrules ou appelez le 877-382-2363

Department of Transitional Assistance (DTA) Avis sur les Droits, Responsabilités et Sanctions

- Cet avis énumère les droits et responsabilités pour tous les programmes DTA. Vous devez respecter les règles de cet avis pour les programmes auxquels vous postulez.
- Veuillez lire ces pages et les conserver pour vos archives.
- Veuillez contacter le DTA si vous avez des questions.

Je jure sous peine de sanctions que :

- J'ai lu les informations contenues dans ce formulaire, ou que quelqu'un me les a lues.
- Mes réponses dans ce formulaire sont, à ma connaissance, vraies et complètes.
- Je fournirai à DTA des informations vraies et complètes, à ma connaissance, lors de mon entretien et ultérieurement.

Je comprends que :

- donner des informations fausses ou trompeuses constitue une fraude.
- déformer ou dissimuler des faits pour obtenir des prestations DTA constitue une fraude,
- une fraude est considérée comme une Intentional Program Violation (IPV), et
- si DTA pense que j'ai commis une fraude, DTA peut engager des poursuites civiles et criminelles à mon encontre.

Je comprends aussi que :

- DTA va vérifier les informations que je fournis avec ma demande. Si des informations sont fausses, DTA peut me refuser mes prestations.
- Je peux également faire l'objet de poursuites criminelles pour avoir fourni de fausses informations.
- Si DTA obtient des informations provenant d'une source fiable concernant un changement dans mon foyer, le montant de mes prestations pourrait changer.
- En signant ce formulaire, j'autorise DTA à vérifier mon admissibilité aux prestations, y compris :
  - Obtenir des informations auprès d'autres organismes étatiques ou fédéraux, des autorités locales de logement, des services sociaux en dehors de l État, des institutions financières et de Equifax Workforce Solutions (the Work Number). J'autorise également ces organismes à communiquer à DTA des informations sur l'admissibilité de mon foyer aux prestations.
  - Si DTA utilise des informations provenant de Equifax concernant les revenus de mon foyer, j'ai droit à une copie gratuite de mon rapport Equifax si j'en fais la demande dans les 60 jours qui suivent la décision de DTA. J'ai le droit de contester les informations contenues dans ce rapport. Je peux contacter Equifax à l'adresse suivante : Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 800-996-7566 (appel gratuit).
- J'ai le droit d'obtenir une copie de ma demande, y compris les informations que DTA utilise pour déterminer l'admissibilité de mon foyer et le montant des prestations. Je peux demander à DTA une copie électronique de la demande dûment remplie.

A quelles fins DTA utilisera-t-il mes informations ?

En signant ci-dessous, j'autorise DTA à obtenir et à partager des informations me concernant et concernant les membres de mon foyer avec :

- Les banques, les écoles, les administrations publiques, les employeurs, les propriétaires, les services publics et les autres organismes afin de vérifier mon admissibilité aux prestations.
- Les compagnies d'électricité, de gaz et de téléphone afin de bénéficier de réductions sur les services publics. Les entreprises ne peuvent pas partager mes informations ni les utiliser à d'autres fins.
- Le Department of Housing and Livable Communities m'a inscrit au Heat & Eat Program. Ce programme permet aux gens de bénéficier au maximum des prestations SNAP.
- Le Department of Early and Secondary Education pour que mes enfants puissent bénéficier de repas scolaires gratuits.
- Le programme Woman, Infants and Children (WIC) pour que tout enfant agé de moins de 5 ans ou toute femme enceinte de mon foyer puisse bénéficier du pwogramme WIC.
- Les United States Citizenship and Immigration Services pour vérifier mon statut d'immigration. Les informations fournies par le USCIS peuvent avoir un impact sur l'admissibilité et le montant des prestations DTA de mon foyer.

Remarque : Même si vous n'êtes pas admissible aux prestations en raison de votre statut d'immigration, DTA ne va pas vous dénoncer aux autorités de l'immigration, sauf si vous présentez à DTA un ordre final d'expulsion.

- Le Department of Revenue (DOR) pour vérifier mon admissibilité aux crédits d'impôt basés sur le revenu, tels que le Earned Income et le Limited Income, et pour vérifier si je suis admissible au statut « Sans Impôt » ou au statut de personne en difficulté.
- Le Department of Children and Families (DCF) pour coordonner les services offerts conjointement par le DTA et le DCF.

Comment le DTA utilise-t-il les Numéros De Sécurité Sociale (SSNs) ?
DTA est autorisé à demander les numéros de sécurité sociale en vertu du Food and Nutrition Act of 2008 (7 U.S.C. 2011-2036) pour SNAP et en vertu de M.G.L. c. 18 Section 33 pour TAFDC et EAEDC. Le DTA utilise les SSNs pour :

- Vérifier l'identité et l'admissibilité de chaque membre du foyer pour lequel je présente une demande, à travers de programmes de comparaison de données.
- Vérifier le respect des règles du programme.
  - Collecter de l'argent si le DTA affirme que j'ai reçu des prestations auxquelles je n'avais pas droit.
  - Aider les forces de l'ordre à attraper les fugitifs.

Je comprends que je ne suis pas obligé de fournir au DTA le numéro de sécurité sociale de tout non-citoyen dans mon foyer, y compris moi-même, qui ne souhaite pas recevoir de prestations. Le revenu d'un non-citoyen peut être pris en compte même si ce dernier ne reçoit pas de prestations.

Droit à un interprète
Je comprends que :
- J'ai droit à un interprète professionnel gratuit fourni par le DTA si je préfère communiquer dans une langue autre que l'anglais.
- Si j'ai une audience avec le DTA, je peux demander au DTA de me fournir un interprète professionnel gratuit, ou si je préfère, je peux amener quelqu'un pour interpréter pour moi. Si j'ai besoin que DTA me fournisse un interprète pour une audience, je dois appeler la Division des audiences au moins une semaine avant la date de l'audience.

Droit de s'Inscrire pour Voter
Je comprends que :
- J'ai le droit de m'inscrire pour voter à travers le DTA.
- Le DTA m'aidera à remplir le formulaire de demande d'inscription électorale si j'en ai besoin.
- Je peux remplir le formulaire de demande d'inscription électorale en privé.
- Le fait de demander ou de refuser de m'inscrire pour voter n'aura aucun impact sur mes prestations DTA.

Offres d'Emploi
J'accepte que le DTA partage mon nom et mes coordonnées à des agences d'emploi et de formation, y compris :
- Les fournisseurs du programme SNAP Path to Work ou les spécialistes de DTA pour les clients du programme SNAP ; et
- Les fournisseurs de services d'emploi et de formation sous contrat ou Full Engagement Workers pour les clients de TAFDC.

Les clients du programme SNAP peuvent participer volontairement à des services d'éducation et de formation professionnelle à travers le programme SNAP Path to Work.

Statut de Citoyenneté
Je jure que tous les membres de mon foyer demandant des prestations DTA sont soit des citoyens américains, soit des non-citoyens résidant légalement aux États-Unis.

Supplemental Nutrition Assistance Program

Je comprends que :
- DTA administre le programme SNAP dans le Massachusetts.
- Lorsque je dépose une demande auprès de DTA (par téléphone, en ligne, en personne, par courrier ou par fax), DTA dispose de 30 jours à compter de la date de réception de ma demande pour décider de mon admissibilité.
  - Si je suis admissible au programme accéléré (d'urgence) SNAP, DTA doit me fournir le SNAP et s'assurer que je

dispose d'une carte Electronic Benefit Transfer (EBT) dans les 7 jours qui suivent la date de réception de ma demande.
    - J'ai le droit de parler à un superviseur de DTA si :
        - DTA indique que je ne suis pas admissible aux prestations SNAP d'urgence et que je ne suis pas d'accord.
        - Je suis admissible aux prestations SNAP d'urgence, mais je ne les reçois pas 7 jours après avoir fait ma demande pour SNAP.
        - Je suis admissible aux prestations SNAP d'urgence, mais je ne reçois pas ma carte EBT au plus tard le 7ème jour après avoir fait ma demande pour SNAP.
- Lorsque j'obtiens SNAP, je dois respecter certaines règles. Une fois ma demande de SNAP approuvée, le DTA me fournira un exemplaire de la brochure « Votre droit à l'Information » et de la brochure du programme SNAP. Je lirai les brochures ou je les ferai lire pour moi. Si j'ai des questions ou besoin d'aide pour lire ou comprendre ces informations, je peux appeler DTA au 877-382-2363.
- **Informer DTA des changements dans mon foyer** :
    - Si je suis un foyer SNAP Simplified Reporting, je ne suis pas tenu de signaler la plupart des changements à DTA avant la date limite du Rapport Intermédiaire ou de Recertification. Les seules choses que je dois signaler plus tôt sont :
        - Si les revenus de mon foyer dépassent le seuil de revenu brut (indiqué sur mon avis d'approbation).
            - Je dois le signaler avant le 10 du mois qui suit celui où mes revenus ont dépassé le seuil.
        - Si je dois respecter les règles de travail Able-Bodied Adults Without Dependents (ABAWD) et que mes heures de travail tombent en dessous de 20 heures par semaine.
    - Si tous les membres de mon foyer ont 60 ans ou plus, sont handicapés ou ont moins de 18 ans, et que personne ne perçoit de revenus professionnels, les seules informations que je dois déclarer sont :
        - Si quelqu'un commence à travailler, ou
        - Quelqu'un rejoint ou quitte mon foyer.
            - Je dois le signaler avant le 10 du mois qui suit le mois où mes revenus ont dépassé le seuil.
    - Si j'obtiens SNAP à travers le Transitional Benefits Alternative (TBA) parce que mon TAFDC a cessé, je n'ai pas à déclarer de changements au DTA pendant les 5 mois où je reçois le TBA.
    - Si j'obtiens SNAP à travers le Bay State CAP, je n'ai pas à signaler de cjangements à DTA.

Si moi et tous les membres de mon foyer recevons de l'aide financière (TAFDC ou EAEDC), je dois signaler certains changements au DTA dans les 10 jours qui suivent le changement. Voir **Quand dois-je informer DTA des changements dans mon foyer ?** sous **Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) et Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)** ci-dessous.
Je peux bénéficier de prestations supplémentaires SNAP si je déclare et fournis à DTA les preuves pour les éléments suivants, à tout moment :

- Frais de garde d'enfants ou d'autres personnes à charge, frais de logement et/ou frais de services publics ;
- Pension alimentaire que moi, (ou un membre de mon foyer), est légalement tenus de verser à une personne qui n'est pas membre du foyer ; et
- Frais médicaux pour les membres de mon foyer, y compris moi-même, qui sont âgés de 60 ans ou plus ou handicapés.

Règles de travail pour les clients de SNAP : Si vous recevez des prestations SNAP et que vous avez entre 16 et 59 ans, vous devrez peut-être respecter les règles de travail ABAWD et/ou les règles générales de travail du programme SNAP, sauf si vous en êtes exempté. Le DTA m'informera, ainsi que les membres de mon foyer, si nous devons respecter des règles de travail, quelles sont les exemptions et ce qui se passera en cas de non-respect de ces règles.
Si vous êtes soumis aux règles de travail du programme SNAP :

- Vous devez vous inscrire pour travailler lors de votre demande et lors du renouvellement de votre certification pour SNAP. Vous vous inscrivez lorsque vous signez le formulaire de demande ou de recertification du programme SNAP.
- Vous devez fournir à DTA des informations sur votre situation d'emploi lorsque DTA vous le demande.
- Vous devez vous présenter à un employeur s'il vous est recommandé par DTA.
- Vous devez accepter une offre d'emploi (sauf si vous avez une bonne raison de ne pas le faire).
- Vous ne devez pas quitter un emploi de plus de 30 heures par semaine sans avoir une bonne raison pour le faire.
- Vous ne devez pas réduire votre temps de travail à moins de 30 heures par semaine sans avoir une bonne raison pour le faire.

Règles de SNAP

- Ne donnez pas de fausses informations et ne cachez pas des informations pour bénéficier de prestations SNAP.
- N'échangez pas et ne vendez pas les prestations SNAP.
- Ne modifiez pas les cartes EBT pour obtenir des prestations SNAP auxquelless vous n'avez pas droit.
- N'utilisez pas les prestations SNAP pour acheter des articles non admissibles, tels que des boissons alcoolisées et du tabac.
- N'utilisez pas les prestations SNAP ou la carte EBT d'une autre personne, sauf si vous êtes un représentant autorisé ou si le bénéficiaire vous a autorisé à utiliser sa carte en son nom.

Avertissement de Sanctions SNAP

Je comprends que si moi-même ou un membre de mon foyer SNAP enfreint intentionnellement (sciemment) l'une des règles énumérées ci-dessus, cette personne ne sera pas admissible à SNAP pendant *un an* après la première violation, *deux ans* après la deuxième violation et *à vie* après la troisième violation. Cette personne peut également recevoir une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 $, à une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 20 ans, ou aux deux. Elle peut également faire l'object de poursuites judiciaires en vertu des lois fédérales et étatiques.

Je comprends également les sanctions suivantes. Si moi-même ou un membre de mon foyer SNAP :

- Commet une Intentional Program Violation (IPV) du **program d'aide financière**, il/elle ne sera pas admissible au programme SNAP pendant la même période que celle pendant laquelle il/elle n'est pas admissible à l'aide financière.
- Fait une fausse déclaration concernant son identité ou son lieu de résidence pour bénéficier simultanément de plusieurs prestations SNAP, il/elle sera inadmissible au programme SNAP pendant ***dix ans***.
- Échange (achète ou vend) des prestations SNAP contre une substance contrôlée/drogue(s), il/elle sera inadmissible au programme SNAP pendant ***deux ans*** pour la première découverte, et ***pour toujours*** pour la seconde découverte.
- Échange (achète ou vend) des prestations SNAP contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs,il/elle sera inadmissible au programme SNAP ***pour toujours***.
- Fait une offre de vente de prestations SNAP ou d'une carte EBT en ligne ou en personne, l'État pourrait poursuivre une IVP contre lui/elle.
- Paie pour des aliments achetés à crédit ; il/elle sera inadmissible au programme SNAP.
- Achète des produits avec des prestations SNAP dans l'intention de jeter le contenu et de retourner les récipients contre de l'argent ; il/elle sera inadmissible au programme SNAP.
- Fuie pour éviter des poursuites, une détention ou un internement après une condamnation pour un crime ; il/elle sera inadmissible au programme SNAP.
- Viole les conditions de sa probation ou de sa libération conditionnelle ; si les forces de l'ordre cherchent activement à l'arrêter, il/elle sera inadmissible au programme SNAP.

Toute personne reconnue coupable d'un crime après le 7 février 2014 n'est pas admissible aux prestations SNAP si elle viole les conditions de sa probation ou de sa libération conditionnelle, conformément à la l'article 7 CFR §273.11(n) - **et** a été condamnée à l'âge adulte pour :

1. Abus sexuel grave en vertu de l'article 2241 du titre 18 du Code des États-Unis ;
2. Meurtre en vertu de l'article 1111 du titre 18 du Code des États-Unis ;
3. Toute infraction visée au chapitre 110 du titre 18 du Code des États-Unis ;
4. Une infraction fédérale ou étatique impliquant une agression sexuelle, telle que définie à l'article 40002(a) de la VAWA de 1994 (42 U.S.C. 13925a) ; ou
5. Une infraction au sens de la loi de l'État jugée par le Procureur Général comme étant sensiblement similaire à une infraction décrite dans cette liste.

Déclaration de Non-Discrimination
Conformément à la loi fédérale sur les droits civiques et aux réglementations et politiques du ministère de l'Agriculture des États-Unis (USDA) en matière de droits civiques, il est interdit à cette institution de toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), les croyances religieuses, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou toute mesure de représailles pour une activité antérieure en matière de droits civiques.

Les informations relatives au programme peuvent être disponibles dans des langues autres que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (par exemple, (par exemple, braille, gros caractères, bande audio, langue des signes américaine), doivent contacter l'agence (étatique ou locale) auprès de laquelle elles ont demandé des prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter le USDA via le Federal Relay Service au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination liée à un programme, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de Plainte pour Discrimination liée à un Programme de USDA, qui est disponible en ligne à l'adresse suivante : https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, auprès de n'importe quel bureau de USDA, en appelant le (866) 632-9992, ou en adressant une lettre à USDA. La lettre doit contenir le nom, l'adresse, le numéro de téléphone du plaignant et une description écrite de l'action présumée discriminatoire suffisamment détaillée pour informer le secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée de droits civils. Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être adressé à :

1. **courrier :**
   Food and Nutrition Service, USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria, VA 22314; ou

2. **fax :**
   (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou

3. **courriel :**
   FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Cette institution garantit l'égalité des chances.

Transitional Aid to Families with Dependent Children (TAFDC) et
Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children (EAEDC)

TAFDC et EAEDC sont des programmes d'aide financière. Pour en savoir plus et déposer une demande, visitez le site DTAConnect.com ou contactez votre bureau local DTA. Ces informations ne s'appliquent qu'aux foyers qui demandent ou obtiennent le TAFDC ou l'EAEDC.

Quand dois-je informer le DTA des changements dans mon foyer ?
Je dois informer le DTA de tout changement susceptible d'affecter mes TAFDC ou EAEDC (prestations en espèces) **dans un délai de 10 jours,** y compris tout changement d'adresse, de domicile, de taille de famille, de début et de fin d'activité, d'assurance maladie et toute changement de mes revenus supérieur à 100 $ le mois. Je ne suis pas tenu(e) d'informer le DTA d'un changement de mes revenus inférieur à 100 $ par mois.

Comment puis-je obtenir une assurance maladie ?

- Si je reçois TAFDC ou EAEDC, je recevrai MassHealth également.
- Si ma demande de TAFDC ou EAEDC est refusée ou si mes prestations sont interrompues, je dois faire une demande pour MassHealth séparément. Pour demander une demande pour MassHealth, appelez le 800-841-2900.

Si je reçois MassHealth, j'accepte que MassHealth puisse collecter :

- les sommes qui me sont dues par une autre source pour mes soins médicaux ; et
- l'aide médicale du parent absent de tout enfant de moins de 19 ans bénéficiant de MassHealth.

Existe-t-il des règles particulières si je suis admissible <u>uniquement</u> en raison d'un accident ou d'une blessure ?
Si ma famille reçoit des prestations de MassHealth ou de DTA en raison d'un accident ou d'une blessure, je dois utiliser toute somme d'argent que je reçois pour l'accident ou la blessure pour les rembourser. L'argent peut provenir d'une police d'assurance, d'un règlement, ou de toute autre source. Cela s'applique même si je ne connais pas encore les possibles sources de somme d'argent.

J'accpete de coopèrer avec MassHealth et DTA en:

- Déposant des demandes de remboursement auprès d'autres sources.
- Informant MassHealth et DTA immédiatement-, de toute réclamation d'assurance, action en justice, ou autre procédures visant à obtenir de l'argent.
- Communiquant à MassHealth et DTA de nouvelles informations. quand je les obtiens.

Si je ne coopère pas, MassHealth et DTA pourraient suspendre ou refuser mes prestations. J'accepte que MassHealth et DTA puissent :

- Partager des informations sur mes prestations afin de percevoir des fonds pour les rembourser.
- Consulter tous les documents relatifs aux sommes que je pourrais recevoir suite à l'accident ou à la blessure, notamment ceux du Department of Industrial Accidents.

Si je reçois EAEDC parce que je suis handicapé ou que j'ai plus de 65 ans, je dois faire une demande de prestations Supplemental Security Income (SSI) federal. Si ma demande de prestations SSI couvrant la même période que celle où j'ai reçu EAEDC est approuvée, la Social Security Administration versera une partie de mes prestations rétroactives SSI à DTA pour rembourser EAEDC.

Avis Important Concernant la Loi et Vos Prestations
Une Intentional Program Violation (IPV) consiste à faire intentionnellement une déclaration fausse ou trompeuse, ou à déformer, dissimuler ou cacher des faits, oralement ou par écrit, afin d'établir ou de maintenir mon admissibilité aux prestations TAFDC ou EAEDC, ou pour obtenir des prestations auxquelles je n'ai pas droit.

Si je suis reconnu coupable d'un IPV par un tribunal ou par une audience de disqualification administrative, je serai disqualifié pour recevoir de prestations TAFDC ou EAEDC pendant une période de :

- 6 mois pour la première violation
- 12 mois pour la deuxième violation
- à vie pour la troisième violation.

De plus, d'autres lois peuvent s'appliquer.

Interdictions d'Achats avec la Carte EBT
Je comprends qu'il est illégal d'utiliser les fonds TAFDC ou EAEDC retenus sur une carte electronic benefit transfer (EBT) pour payer les articles suivants : boissons alcoolisées ; produits du tabac ; billets de loterie ; matériel ou spectacles destinés aux adultes ; jeux hasards ; armes à feu et munitions ; services de vacances ; tatouages ; piercings ; bijoux ; téléviseurs ; chaînes stéréo ; jeux vidéo ou consoles dans les magasins de location avec option d'achat ; produits à base de cannabis ; frais imposés par le tribunal ; amendes ; caution ou cautionnement.

Interdictions Concernant les endroits où je peux utiliser Ma Carte EBT
Je comprends qu'il est illégal d'utiliser ma carte electronic benefit transfer (EBT) dans les lieux suivants : librairies pour adultes ; magasins d'accessoires pour adultes ou établissements de spectacles pour adultes ; vendeurs de munitions ; casinos ; casinos ou établissements de jeux ; bateaux de croisière ; vendeurs d'armes à feu ; bijouteries ; magasins de boissons ; salons de manucure ou d'esthétique ; agences de transfert d'argent vers l'étranger ; magasins de cannabis ou salons de tatouage.

Sanctions pour les achats en espèces interdits avec la carte EBT

- **Première Infraction :** Je dois rembourser DTA le montant dépensé.
- **Seconde infraction** : Je dois rembourser DTA le montant dépensé et je perdrai mes prestations en espèces pendant **deux mois**.
- Je dois rembourser DTA le montant dépensé et je perdrai mes prestations en espèces **de façon permanente.**

SIGNATURE :

En signant cette demande, je certifie que j'ai compris la partie intitulée « Droits, responsabilités et sanctions » et que je suis d'accord.

Signature du demandeur : _____

Date : _____