**Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP)
Programme d'aide supplémentaire à la nutrition**

**Demande d'allocation par une personne âgée**

(Pour les personnes et couples âgés de 60 ans et plus)

**Comment faire la demande d'allocation SNAP?**

* Envoyez ce formulaire à:

DTA Document Processing Center

P.O. Box 4406

Taunton, MA 02780-0420

* Télécopiez le formulaire au: (617) 887-8765
* Rendez-vous dans un bureau du DTA

Important :

* Indiquez le n° de téléphone où l'on peut vous joindre en semaine.
* Répondez à autant des questions que possible. Si vous ne pouvez pas répondre, laissez la question en blanc et nous en parlerons durant l'entretien. **Nous accepterons votre demande si elle contient vos nom, adresse (le cas échéant) et signature.**
* Veuillez lire l'avertissement concernant les Droits, les obligations et les pénalités.
* Signez la dernière page avec votre nom.

Si vous avez besoin de renseignements supplémentaires, veuillez téléphoner au **1-833-712-8027** ou consulter notre site www.mass.gov/dta.

**Que se passe-t-il une fois que j’ai fait la demande?**

Nous vous téléphonerons pour fixer un entretien afin d'examiner votre demande.

* Si nous n'arrivons pas à vous joindre, nous vous enverrons un courrier pour organiser un entretien téléphonique.

**Remarque :** Prévenez-nous si vous ne pouvez pas vous rendre au rendez-vous ou si vous préférez avoir l'entretien dans le bureau du DTA. Vous pouvez téléphoner pour le rendez-vous n'importe quand durant nos heures d'ouverture.

* Si vous ne parlez pas anglais, nous vous fournirons un interprète.

 *Pour en savoir plus, lisez la page suivante.* *Veuillez conserver la présente feuille.*

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) i

09-367-0918-05

Nous vous demanderons peut-être de **documenter (justifier, prouver)** certaines de vos déclarations. Nous vous indiquerons les vérifications nécessaires pendant l'entretien. Nous vous enverrons également une liste par courrier. À partir de la date à laquelle nous recevons votre demande, vous disposerez de 30 jours pour nous fournir les justificatifs nécessaires. N'hésitez pas à nous demander de l'aide!

Nous demanderons peut-être de vérifier les éléments suivants:

* Identité (qui vous êtes)
* Confirmation que vous habitez bien le Massachusetts
* Votre revenu : Salaire, revenu d'indépendant, allocation d'ancien combattant, retraite
* Statut au regard de l'immigration si vous demandez à recevoir l'allocation SNAP et n'êtes pas citoyen.
* Dépenses médicales (facultatif, mais le montant de l'allocation peut augmenter si vous nous donnez des justificatifs)

Si vous précisez sur la demande vos frais de séjour en abri/foyer ou en centre de jour pour adultes, nous n'aurons peut-être pas besoin de justificatifs supplémentaires.

Nous vous enverrons également par courrier une carte de transfert électronique de prestations (EBT) si vous en avez besoin. Vous recevrez peut-être la carte EBT avant que nous décidions si vous avez droit à l'allocation. La carte EBT sera accompagnée d'un numéro d'identification personnelle (NIP). De cette manière, si vous avez droit à l'allocation, vous pourrez en profiter immédiatement. La carte EBT sera également accompagnée d'instructions sur son utilisation.

**Nous vous enverrons un courrier avec notre décision au sujet de votre demande d'ici 30 jours.** Si votre demande est approuvée, nous vous préciserons le montant de l'allocation et la date à laquelle vous la recevrez. En cas de refus, nous vous en donnerons les raisons.

*Pour en savoir plus, lisez la page suivante. Veuillez conserver la présente feuille.*

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) ii

09-367-0918-05

 **Massachusetts Department of Transitional Assistance**

**Demande d'allocation SNAP par une personne âgée**

(Pour les personnes et couples âgés de 60 ans et plus)

**Vous pouvez commencer à recevoir l'allocation dans un délai de 7 jours si vous remplissez l'une des conditions suivantes :**

* La somme de vos revenus et de votre épargne bancaire est-elle inférieure à ce que vous dépensez par mois pour vous loger (charges comprises)? [ ]  Oui [ ]  Non
* Votre revenu mensuel est-il inférieur à 150 $ et votre épargne bancaire est-elle égale ou inférieure à 100 $? [ ]  Oui [ ]  Non
* Êtes-vous un travailleur migrant et votre épargne bancaire est-elle égale ou inférieure
à 100 $? [ ]  Oui [ ]  Non

**Informations vous concernant**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille Prénom Initiale du 2e prénom | N° de sécurité sociale* -
 |
| Meilleur n° de téléphone pour vous joindre: | Sexe : M [ ]  F [ ]   |
| Heures à laquelle nous pouvons vous joindre pendant la journée:Heure : [ ] Matin [ ] Après-midiPlusieurs réponses possibles :[ ] Lundi [ ]  Mardi [ ]  Mercredi [ ]  Jeudi [ ]  Vendredi | Date de naissance: |
| Adresse domicile | Êtes-vous sans-abri? [ ]  Oui [ ]  Non |
| Ville, État, Code postal |  |
| Adresse postale (si différente): |  |
| Quelle est votre langue principale? |

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 1

09-367-0918-05

1. Origine ethnique/race: Nous posons la question pour vérifier que nous traitons tout le monde de la même manière. Cette réponse est facultative et n'aura pas d'impact sur votre droit à l'allocation ou sur son montant.

Origine ethnique: Hispanique/latino [ ] Oui [ ]  Non

Race : (*cocher toutes les réponses appropriées*)

 [ ] Amérindien ou Alaskien [ ]  Asiatique

 [ ]  Noir ou Afro-Américain [ ]  Blanc

 [ ] Natif d'Hawaii/Autre Océanien

1. Êtes-vous citoyen américain? [ ]  Oui [ ]  Non
2. Êtes-vous résident du Massachusetts? [ ]  Oui [ ]  Non
3. Avez-vous besoin d'aide en raison d'un handicap? Nous pouvons vous accorder une aide supplémentaire (*accommodations*) Il peut vous être ainsi plus facile de traiter avec nous. [ ]  Oui [ ]  Non
4. Avez-vous, ou un membre de votre foyer, appartenu à l'armée? [ ]  Oui [ ]  Non

**Renseignements concernant votre foyer**

1. D'autres personnes vivent-elles avec vous? [ ]  Oui [ ]  Non

 Dans l'affirmative, partagez-vous plus de 50 % des repas? [ ]  Oui [ ]  Non

1. Liste des personnes qui vivent avec vous.**Il n'est pas nécessaire de fournir le numéro de sécurité sociale ou la situation d'immigration des étrangers qui ne demandent pas l'allocation SNAP, même s'ils vivent à votre foyer.**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille Prénom Initiale du 2e prénom | Sexe : M [ ]  F [ ]  |
| Quel est le lien de cette personne avec vous? | Date de naissance :  |
| Citoyen américain ? [ ]  Oui[ ]  Non | N° de sécurité sociale **- -** |

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille Prénom Initiale du 2e prénom | Sexe : M [ ]  F [ ]   |
| Quel est le lien de cette personne avec vous? | Date de naissance :  |
| Citoyen américain? [ ]  Oui[ ]  Non | N° de sécurité sociale |

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 2

09-367-0918-05

**Renseignements financiers**

1. Indiquez le montant de votre revenu et du revenu de toutes les personnes qui habitent avec vous.

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Type de revenu** | **Montant** | **Périodicité du revenu** (Hebdomadaire, bihebdo-madaire, mensuel, etc.) | **Qui reçoit ce revenu ?** |
| Retraite (*Social Security*) | $  |  mensuel |  |
| Retraite (SS)  | $  |  mensuel |  |
| Retraite/pension | $  |  |  |
| Allocation Ancien combattant  | $  |  |  |
| Alloc. Accident du travail  | $  |  |  |
| Salaire | $  |  |  |
| Chômage | $  |  |  |
| Autre (préciser) | $  |  |  |

1. Devez-vous payer les coûts d'entretien d'un adulte à charge? [ ]  Oui [ ]  Non

Dans l'affirmative, combien devez-vous dépenser? \_\_\_\_\_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semaine, mois, année, etc.)

1. Vous rendez-vous en voiture vers un centre de jour pour adultes? [ ]  Oui [ ] Non

 Dans l'affirmative, indiquer l'adresse du prestataire? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre de fois \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (par semaine, mois, année, etc.)

1. Devez-vous régler vous-même des frais médicaux? [ ]  Oui[ ]  Non

Exemples : quotes-parts, ordonnances, médicaments sans ordonnance, lunettes, soins dentaires, piles pour prothèses auditives, etc.

1. Allez-vous en voiture chez le médecin ou à la pharmacie? [ ]  Oui [ ] Non

 Dans l'affirmative, adresse du médecin ou de la pharmacie \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

 Nombre de fois \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (par semaine, mois, année, etc.)

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 3

09-367-0918-05

Avez-vous des frais de parking? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semaine, mois, année, etc.)

1. Versez-vous un loyer? [ ]  Oui [ ]  Non

Dans l'affirmative, combien devez-vous dépenser

 en loyer \_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (semaine, mois, année, etc.)

1. Êtes-vous le propriétaire de votre domicile? [ ]  Oui [ ]  Non

 Dans l'affirmative, combien devez-vous payer pour:

Emprunt immobilier \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mois, année, etc.)

Assurance \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mois, année, etc.)

Taxe foncière \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mois, année, etc.)

Charges \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_$ par \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (mois, année, etc.)

1. Devez-vous régler les dépenses suivantes?
* Chauffage (fuel, gaz, électricité ou propane, etc.) [ ]  Oui [ ]  Non
* Électricité pour un climatiseur [ ]  Oui[ ]  Non
* Frais d'utilisation d'un climatiseur [ ]  Oui[ ]  Non
* Électricité et/ou gaz [ ]  Oui[ ]  Non
* Téléphone ou téléphone mobile [ ]  Oui[ ]  Non

**Procuration pour la personne ou l'organisation qui vous aide**

1. Quelqu'un vous aide-t-il à faire la demande d'allocation SNAP? C'est ce que nous appelons une personne/organisation accompagnatrice?

 [ ]  Oui [ ]  Non

Autorisez-vous cette personne/organisation à communiquer avec le DTA et à lui communiquer des renseignements confidentiels au sujet de votre dossier, pour une période d'un an à compter de la date de signature de cette demande?

 [ ]  Oui [ ]  Non

 Dans l'affirmative, indiquer ses coordonnées:

 Nom de la personne/organisation: N° de tél. de la personne/organisation

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 4

09-367-0918-05

 Adresse de cette personne/organisation: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**REMARQUE : La personne accompagnatrice ne peut pas se rendre à l'entretien à votre place.**

**Mandataire autorisé**

1. Autorisez-vous quelqu'un à:
* Signer la demande et d'autres formulaires, signaler les changements et discuter de votre dossier avec nous? [ ]  Oui [ ]  Non
* Recevoir une carte EBT qui lui permette d'utiliser votre allocation SNAP pour faire vos courses? [ ]  Oui [ ]  Non

C'est ce que nous appelons un mandataire autorisé. Dans l'affirmative, indiquer ses coordonnées ci-dessous:

|  |  |
| --- | --- |
| Nom de famille Prénom Initiale du 2e prénom | Sexe : M [ ]  F [ ]   |
| Quel est le lien de cette personne avec vous? | Date de naissance:  |
| Numéro de téléphone de cette personne |  |
| Adresse de cette personne |  |
| Signature de cette personne |  |

**Remarque importante:** La personne que vous choisissez doit faire preuve de son identité. Vous pouvez annuler ou modifier cette procuration à tout moment. Une carte EBT continue de fonctionner si un dossier est rouvert après avoir été fermé. Si vous ne voulez pas que la personne que vous avez choisie reçoive et utilise votre allocation, vous devez nous demander d'annuler votre carte. Téléphonez au 1-800-997-2555 pour annuler votre carte ou au 1-833-712-8027 pour annuler la procuration d'un représentant autorisé.

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 5

09-367-0918-05

**Avertissement concernant vos droits et obligations et les pénalités - à lire attentivement**

Je certifie que j'ai lu, ou que l'on m'a lu, les informations figurant dans la présente demande. Les réponses que j'ai fournies dans la demande sont véridiques et complètes pour autant que je le sache. Je certifie également que je communiquerai au DTA des informations véridiques et complètes à ma connaissance pendant l'entretien associé à la demande et à l'avenir. Je comprends que si je fournis des informations fausses ou trompeuses je commets une fraude. Je comprends également que si je fournis des informations inexactes ou incomplètes pour recevoir l'allocation SNAP, je commets une fraude. Une telle action constituerait une violation volontaire du programme (*Intentional Program Violation (IPV)*) passible de pénalités civiles et pénales.

**Je comprends que le programme d'allocation SNAP est administré par le Département d'aide transitoire (*Department of Transitional Assistance* (DTA)). Je comprends que le DTA dispose de 30 jours à compter de la date de la demande pour traiter ma demande. Je comprends également que:**

* Aux termes de la Loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (7 U.S.C. 2011-2036), le DTA est autorisé à utiliser mon numéro de sécurité sociale (SSN) ainsi que le SSN de chaque membre de mon foyer figurant sur la demande. Le DTA utilise ces renseignements afin d’établir si mon foyer a droit à l'allocation SNAP. Le DTA vérifie ces informations à l'aide de bases de données informatiques. Je comprends que le DTA les utilise pour veiller au respect des règlements associés au programme.
* Dans la plupart des cas, un foyer qui relève des règles de *SNAP Simplified Reporting rules* (Communication simplifiée) doit signaler les changements au DTA dans l'Interim Report (IR) recertification sous réserve des exceptions suivantes:
	+ Si le revenu de mon foyer est supérieur à la limite du revenu brut
	+ Si je travaille moins de 20 heures hebdomadaires alors que j'ai l'obligation de travailler selon la règle ABAWD (adulte valide sans personne à charge).
* Si le DTA reçoit des informations confirmées au sujet de mon foyer, le montant de mon allocation peut changer
* Si je ne relève pas des règles *Simplified Reporting rules* (Communication simplifiée), ou *Transitional Benefits Alternative* (TBA, Solution transitoire d'allocation), je dois signaler au DTA les changements survenus à mon foyer qui pourraient avoir un impact sur notre droit à l'allocation. Je comprends que je dois communiquer ces changements au DTA en personne, par écrit ou par téléphone **dans un délai de 10 jours à compter du changement**. Vous devez par exemple signaler tout changement concernant le montant du revenu, la taille ou l'adresse de votre foyer.
* J'ai le droit de parler avec un responsable si je conteste le refus du DTA de m'accorder l'allocation SNAP d'urgence. Je peux parler avec un responsable si j'ai droit à l'allocation SNAP d'urgence mais n'ai pas reçu l'allocation alors qu'il s'est écoulé 7 jours civils depuis que j'ai fait la demande. Je peux parler avec un responsable si j'ai droit à l'allocation SNAP d'urgence mais n'ai pas reçu ma carte de transfert électronique des prestations (EBT) alors qu'il s'est écoulé 7 jours civils depuis que j'ai fait la demande.
* Je recevrai peut-être une allocation SNAP plus importante si je déclare (et justifie) au DTA :
	+ les coûts d'entretien d'un enfant ou autre personne à charge, des coûts de séjour en foyer/abri, et/ou des charges liées à un logement.
	+ une pension alimentaire obligatoire pour un enfant ne vivant pas à mon foyer
* Si je suis âgé(e) d'au moins 60 ans et suis handicapé(e) et dois régler des frais médicaux, je peux les déclarer (en les justifiant) au DTA. Je pourrais alors peut-être bénéficier d'une déduction et augmenter mon allocation SNAP.

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 6

09-367-0918-05

* À moins de bénéficier d'une exemption, tous les bénéficiaires d'allocations SNAP âgés de 16 à 59 ans sont soumis à l'obligation de travailler (*General SNAP Work Requirements)*. Les bénéficiaires de l'allocation SNAP âgés de 18 à 49 ans peuvent également être soumis aux obligations du programme de travail ABAWD. Le DTA expliquera leurs obligations aux membres de votre foyer qui ne sont pas exemptés. Le DTA expliquera aux membres de votre foyer qui ne sont pas exemptés les exceptions et les pénalités applicables en cas de non-respect de leurs obligations.
* La plupart des bénéficiaires de SNAP peuvent participer volontairement aux services d'éducation et de formation professionnelle offerts par le programme *Path to Work program* de SNAP. Si cela est approprié, le DTA vous référera au programme *Path to Work* de SNAP.
* Le DTA peut également communiquer aux prestataires du programme *Path to Work* de SNAP le nom et les coordonnées des bénéficiaires qui pourraient être recrutés pour ces programmes. Je comprends que des spécialistes ou des sous-traitants du programme du DTA *Path to Work* peuvent contacter les membres de mon foyer pour explorer la possibilité qu'ils participent à ce programme. Vous trouverez plus d'informations au sujet du programme de SNAP Path to Work sur le site www.snappathtowork.org.

**Je comprends que le DTA vérifiera la véracité des renseignements que je fournis sur ma demande. En cas de renseignements mensongers, le DTA peut me refuser l'allocation SNAP. Je peux également être passible de poursuites pénales si j'ai fait des déclarations mensongères.**

Je comprends qu'en signant la demande, j'autorise le DTA à vérifier et examiner les renseignements que je fournis au sujet de mon droit à l'allocation SNAP, et que j'autorise notamment le DTA à:

* Se procurer des documents confirmant les informations figurant sur cette demande auprès d'autres administrations (Massachusetts, État fédéral, aide locale au logement, bureaux d'aide sociale extérieurs au Massachusetts), Sociétés financières, Equifax Workforce Solutions. J'autorise également ces administrations à communiquer au DTA les renseignements associés à mon foyer qui sont pertinentes pour mon allocation SNAP.
* Le cas échéant, vérifier ma situation d'immigration auprès des services de l'*United States Citizenship and Immigration* (USCIS). Je comprends que le DTA peut vérifier les informations contenues dans ma demande d'allocation SNAP auprès de l'USCIS. Des informations reçues de l'USCIS peuvent avoir un impact sur le droit de mon foyer à bénéficier de l'allocation SNAP et sur son montant.
* Communiquer des informations me concernant et concernant les personnes à ma charge âgées de moins de 19 ans au Département responsable de l'éducation élémentaire et secondaire (DESE). Le DESE attestera que les personnes à ma charge sont inscrites au programme du petit déjeuner et du déjeuner.
* Communiquer des informations me concernant et concernant les personnes à ma charge âgées de moins de 5 ans et toute personne enceinte vivant à mon foyer au Département de la Santé publique (DPH). Le DPH réfère ces personnes au programme de Services de nutrition destinés aux femmes, aux nourrissons et aux enfants (WIC).
* En collaboration avec le Bureau exécutif des services sociaux et d'hygiène du Massachusetts, communiquer aux sociétés de distribution d'électricité et de gaz, et aux opérateurs de réseaux téléphoniques et de câbles les informations au sujet de mon droit à l'allocation SNAP qui attesteraient de mon droit à bénéficier de tarifs réduits pour ces services.
* Communiquer les informations me concernant au Département de développement du logement et des infrastructures de quartier (DHCD) pour m'inscrire aux allocations de chauffage et d'alimentation (*Heat & Eat Program*).

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 7

09-367-0918-05

Le DTA peut refuser, résilier ou diminuer mon allocation en fonction des informations reçues d'Equifax Workforce Solutions. J'ai le droit de recevoir un exemplaire gratuit du rapport communiqué par Equifax si j'en fais la demande dans un délai de 60 jours à compter de la décision du DTA. J'ai le droit de contester l'exactitude ou l'exhaustivité du contenu de ce rapport. Je peux m'adresser à Equifax à : Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (n° gratuit).

Je comprends que je recevrai un exemplaire de la brochure « Vos droits à l'information » et de la brochure décrivant le programme SNAP. Je lirai ou me ferai lire ces brochures et j'ai l'obligation d'en comprendre le contenu, ainsi que mes droits et mes obligations. Je m'adresserai au DTA si j'ai des questions au sujet de ces brochures ou d'autres informations. Je m'adresserai au DTA si j'éprouve des difficultés à lire ou à comprendre certaines de ces informations. Je peux joindre le DTA au: 1-877-382-2363.

Je certifie sous la foi du serment que tous les membres de mon foyer selon la définition SNAP qui demandent à recevoir l'allocation SNAP sont des citoyens américains ou détiennent un permis de séjour valide.

**Droit d'inscription sur les listes électorales**

Je comprends que j'ai le droit de m'inscrire dans le bureau du DTA sur les listes électorales. Je comprends que, si j'ai besoin d'aide, le DTA m'aidera à remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales. J'ai le droit de remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales en privé.

Je comprends que mon inscription, ou mon refus de m'inscrire sur les listes électorales, sera sans effet sur le montant des allocations que je reçois du DTA.

**Avertissement : pénalités en cas d'infraction**

Je comprends que si moi-même, ou l'un des membres de mon foyer selon la définition SNAP, commet volontairement une infraction aux règles énumérées ci-dessous, cette personne perdra le droit à l'allocation SNAP pendant *un an* après la première violation, *deux ans* après la deuxième violation et *définitivement* après la troisième violation. Cette personne est également passible d'une amende de 250 000 $, d'une peine de prison maximale de 20 ans ou des deux. Cette personne peut également encourir des poursuites aux termes d'autres lois fédérales ou de l'État applicables. La liste de ces règles suit:

* Il est interdit de fournir des informations mensongères ou de dissimuler des informations dans le but de percevoir l'allocation SNAP.
* Il est interdit d'échanger ou de vendre des allocations SNAP.
* Il est interdit de modifier une carte EBT afin de recevoir une allocation SNAP à laquelle vous n'avez pas droit.
* Il est interdit d'utiliser une allocation SNAP pour acheter des articles interdits, tels que des boissons alcoolisées ou du tabac.
* Il est interdit d'utiliser l'allocation SNAP ou la carte EBT d'une autre personne, sauf si vous êtes un mandataire autorisé.

Je comprends également les pénalités suivantes:

* Toute personne qui commet une violation volontaire du programme d'allocations en espèces (***cash program*** *Intentional Program Violation -IPV*) perd le droit à l'allocation SNAP pendant une durée identique à celle de la perte des allocations en espèces.
* Toute personne qui effectue des déclarations frauduleuses au sujet de son identité ou de son adresse afin de recevoir *en même temps* plusieurs allocations SNAP perd le droit aux allocations SNAP pour ***une durée de 10 ans***.

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 8

09-367-0918-05

* Toute personne qui échange (en les achetant ou en les vendant) des allocations SNAP contre des stupéfiants/drogues illicites perd le droit aux allocations SNAP pendant ***deux ans*** après la première infraction, et ***définitivement*** après la deuxième.
* Toute personne qui échange (en les achetant ou en les vendant) des allocations SNAP contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs perdra ***définitivement*** le droit aux allocations SNAP.
* Toute personne qui échange (en les achetant ou en les vendant) des allocations SNAP d'une valeur égale ou supérieure à 500 $ perdra ***définitivement*** le droit aux allocations SNAP.
* L'État du Massachusetts peut intenter des poursuites IPV à l'encontre d'une personne qui offre à la vente sur Internet ou en personne des allocations SNAP ou une carte EBT.
* Une personne qui prend la fuite pour se soustraire à des poursuites judiciaires ou à un emprisonnement après avoir été reconnue coupable d'un crime (*felony*), ou qui a enfreint les conditions d'une ordonnance de mise à l'épreuve ou de liberté surveillée n'a *pas droit* aux allocations SNAP.
* Il est interdit de payer à crédit l'achat d'aliments, une telle action pouvant entraîner la perte de l'allocation SNAP.
* Il est interdit d'acheter des articles avec une allocation SNAP dans l'intention d'en jeter le contenu pour rendre le contenant en échange d'un paiement en espèces.

**Droit aux services d’un interprète**

Je comprends que j'ai droit au service d'un interprète fourni par le DTA si aucun des adultes vivant à mon foyer selon la définition SNAP ne parle ou ne comprend l'anglais. Je comprends également que j'ai droit à un interprète pour toutes les auditions équitables du DTA ou d'amener mon propre interprète. Si j'ai besoin d'un interprète pour une audience, je dois téléphoner à la Division des audiences (*Division of Hearings*) au moins une semaine avant la date de l'audience.

**Déclaration de non-discrimination :**

Conformément à la loi fédérale et à la réglementation et aux directives du ministère américain de l'Agriculture (USDA) sur les droits civiques, il est interdit à l'USDA, à ses administrations, à ses bureaux et personnels et aux organismes participant ou administrant ses programmes d'agir de façon discriminatoire en raison de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du sexe, des croyances religieuses, de l'invalidité, de l'âge, des choix politiques d'une personne, ou d'exercer des représailles à la suite d'une activité associée aux droits civiques, dans tous les programmes ou activités administrés ou financés par l'USDA.

Il est conseillé aux personnes en situation d'invalidité, qui ont besoin de moyens supplémentaires pour communiquer au sujet des informations de ces programmes (braille, impression en grands caractères, enregistrement, langue des sourds-muets…), de s'adresser à l'administration (d'État ou locale) qui a reçu leur demande de prestation. Les personnes sourdes ou malentendantes ou atteintes de troubles du langage, peuvent s'adresser à l'USDA par la ligne dédiée *Federal Relay Service* (800) 877-8339. Les informations concernant les programmes peuvent également être disponibles dans d'autres langues.

Pour déposer une plainte en cas de discrimination, remplissez le formulaire de l'USDA, *Program Discrimination Complaint Form*, (AD-3027) disponible en ligne : [http ://www.ascr.usda.gov/complaint\_filing\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) et dans tous les bureaux de l'USDA, ou envoyez à l'USDA une lettre contenant toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander un exemplaire du formulaire de plainte, téléphoner au
(866)-632-9992. Renvoyer le formulaire complété ou la lettre à l'USDA:

(1) par courrier : U.S. Department of Agriculture

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 9

09-367-0918-05

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW

Washington, D.C. 20250-9410;

(2) Fax : (202) 690-7442; ou

(3) email : program.intake@usda.gov.

Le présent organisme souscrit au principe d'égalité pour tous les prestataires.

SIGNATURE DU DEMANDEUR: **Je, soussigné(e), certifie que je comprends et que j'accepte la déclaration sur les « Droits, obligations et pénalités ».**

**Signature du demandeur: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**

**Date: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**



SNAP-App-Seniors (XX)(Rev. X/2017) 10

09-XXX-XX17-05

SNAP-App-Seniors (French)(Rev. 9/2018) 10

09-367-0918-05