

Massachusetts

Demande d'allocations SNAP



Comment faire la demande d'allocations SNAP ?	
•	Télécharger sur DTA Connect !
•	Faxer au 617-887-8765
•	Envoyer par courrier au DTA Document Processing Center, P.O. Box 4406, Taunton, MA 02780-0420
•	Scanner dans un bureau DTA local

Nom de famille :	Prénom :	Deuxième prénom :
Adresse domicile :	Ville, État, Code postal :	
Adresse postale (si différente) :	Ville, État, Code postal :	
Numéro de téléphone :	Êtes-vous sans-abri ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Le DTA peut vous communiquer par SMS les informations sur les délais, votre dossier, les fermetures du bureau et d'autres informations importantes. Remarque : ces SMS peuvent donner lieu à facturation par votre opérateur téléphonique.

Si vous **ne voulez pas** que le DTA communique avec vous par SMS, veuillez cocher cette case :

Par ma signature, je conviens que...

- j'ai lu (ou fait lire dans une langue que je comprends) l'intégralité de ce formulaire, y compris la section relative à mes droits et obligations et je comprends que je dois respecter ces règles ;
- les informations que je fournis sont, à ma connaissance, vraies et complètes ;
- si je fournis sciemment des informations fausses ou incomplètes, je pourrais être envoyé(e) en prison ou devoir payer des amendes ;
- le DTA et d'autres fonctionnaires des administrations fédérale, d'État et locale peuvent vérifier (contrôler) toutes les informations que je fournis.

Signature :	Date :
-------------	--------

- Nous acceptons votre demande si elle contient vos nom, adresse (le cas échéant) et signature.
- Si votre demande est approuvée, vos allocations SNAP vous seront versées à compter de la date à laquelle le DTA a reçu votre demande.
- Pour effectuer l'entretien, veuillez téléphoner au 1-877-382-2363, entre 8h15 et 16h45, du lundi au vendredi.

Veuillez renvoyer cette page.

**Vos allocations SNAP pourraient démarrer dans
les 7 jours dans les conditions suivantes :**

- La somme de vos revenus et de votre épargne bancaire est inférieure à ce que vous dépensez par mois pour vous loger ou
- Votre revenu mensuel est inférieur à 150 dollars et vous avez 100 dollars ou moins à la banque ou
- Vous êtes un travailleur migrant et vous avez 100 dollars ou moins à la banque.

Avez-vous une carte de transfert électronique d'allocations (EBT) du Massachusetts ? Oui Non

Une carte EBT continue de fonctionner si un dossier est rouvert après avoir été fermé. Si vous n'avez pas de carte EBT, nous pouvons vous en envoyer une par la poste. Ou vous pouvez en imprimer une dans un bureau local [du DTA]. Vous pouvez vous procurer une carte EBT avant de recevoir la réponse : si vous y avez droit, vous pourrez ainsi utiliser vos allocations dès qu'elles sont disponibles. La carte EBT sera également accompagnée d'instructions sur son utilisation.



Si vous avez besoin d'aide en raison d'une invalidité, nous pouvons vous proposer un aménagement pour vous faciliter la relation avec nos services. Appelez le 1-877-382-2363 pour vous renseigner au sujet de ces aménagements.



Avez-vous un handicap ?

Si oui, veuillez cocher le(s) type(s) de handicap(s) dont vous souffrez :

- | | |
|-----------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Physique | <input type="checkbox"/> Intellectuel/Cognitif |
| <input type="checkbox"/> Auditif | <input type="checkbox"/> Santé émotionnelle/mentale |
| <input type="checkbox"/> Visuel | <input type="checkbox"/> Autre : |

Comment préférez-vous que nous vous contactions ?

- | | |
|----------------------------------------|------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> En personne | <input type="checkbox"/> Par service de relais vidéo (VRS) |
| <input type="checkbox"/> Par téléphone | Numéro de téléphone VRS : |

Votre invalidité a-t-elle été reconnue par l'État du Massachusetts ?

- Oui Non

Informations vous concernant

N° de sécurité sociale :	Date de naissance :	Sexe : Masc. <input type="checkbox"/> Fémin. <input type="checkbox"/>	Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------	---------------------	--------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------

Êtes-vous citoyen américain ? Oui Non

Quelle langue préférez-vous parler ?

REMARQUE : Un non-citoyen qui ne demande pas l'allocation SNAP n'a pas à communiquer son numéro de sécurité sociale ni son statut de citoyen.

De quelle race êtes-vous ?*

- Noire/Afro-américaine
 Amérindienne/Aborigène de l'Alaska
 Blanche
 Asiatique
 Native d'Hawaii/Autre Océanienne

Quelle est votre origine ethnique ?*

- Hispanique ou latino-américaine
 Ni hispanique ni latino-américaine

* Votre réponse n'affectera pas votre droit à l'allocation. Nous posons ces questions pour vérifier que nous traitons chaque personne de manière équitable, sans distinction de race, de couleur ou d'origine nationale. Laissez en blanc si vous préférez ne pas répondre.

Les membres de votre foyer

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

Si **oui**, veuillez remplir la section ci-dessous. N'indiquez que les enfants de moins de 22 ans, votre conjoint et/ou toute autre personne qui achète et prépare la majorité des repas avec vous. Un non-citoyen qui ne demande pas l'allocation SNAP n'a pas à communiquer son numéro de sécurité sociale ni son statut de citoyen.

<u>Nom</u>	<u>Date de naissance</u>	<u>Numéro de sécurité sociale</u>	<u>Relation avec vous ?</u>	<u>Cette personne a-t-elle la nationalité américaine ?</u>	<u>Cette personne demande-t-elle l'allocation SNAP ?</u>
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Revenus perçus

L'un des membres [de votre foyer] a-t-il travaillé au cours des 60 derniers jours ? Oui Non

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

<u>Personne ayant des revenus</u>	<u>Type de revenu</u>	<u>Employeur</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Salaire brut des 4 dernières semaines</u>
	<input type="checkbox"/> Salaires <input type="checkbox"/> Travail indépendant <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Autre :	
	<input type="checkbox"/> Salaires <input type="checkbox"/> Travail indépendant <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Autre :	
	<input type="checkbox"/> Salaires <input type="checkbox"/> Travail indépendant <input type="checkbox"/> Autre :		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Autre :	

Autres revenus

L'un des membres de votre foyer reçoit-il/elle **un autre type de revenu, quel qu'il soit**, tel que des indemnités de chômage, une pension alimentaire, des prestations de la Sécurité Sociale, de SSI, des indemnités liées à un accident du travail, des allocations aux anciens combattants, une retraite ou des revenus locatifs ?

Oui Non

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

<u>Personne ayant des revenus</u>	<u>Type de revenu</u>	<u>Fréquence</u>	<u>Montant brut</u>
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre :	
		<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bimensuel <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Autre :	

Frais de logement

Le foyer est-il tenu de payer les frais de logement ? Oui Non

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

<u>Nature :</u>	<u>Montant :</u>	<u>Fréquence :</u>		
<input type="checkbox"/> Loyer	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Remboursement hypothécaire	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Taxes foncières*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Assurance habitation*	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Frais de copropriété	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
<input type="checkbox"/> Autre :	\$ _____	<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	
		<input type="checkbox"/> Trimestrielle	<input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Autre :

* Laissez en blanc les taxes foncières et l'assurance habitation si elles sont incluses dans le remboursement de votre prêt immobilier.

Coûts des services publics (Gas, électricité, etc.)

Le foyer est-il tenu de régler les factures de services publics **séparément** des frais de logement ?

Oui Non

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

- | | |
|------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chauffage (fuel, gaz, électricité ou propane, etc.) | <input type="checkbox"/> Électricité et/ou gaz (autre que pour le chauffage), eau, égout et/ou ramassage des ordures |
| <input type="checkbox"/> Électricité pour un climatiseur en été | |
| <input type="checkbox"/> Redevance d'utilisation d'un climatiseur en été | <input type="checkbox"/> Téléphone, fixe ou portable (y compris prépayé) |

Frais de garde de personnes à charge

L'un des membres du foyer doit-il/le régler les frais de garde d'enfants ou d'adultes ? Oui Non

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

<u>Nom de l'enfant ou personne à charge</u>	<u>Montant payé</u>	<u>Fréquence</u>	
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Bimensuelle
		<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Bimensuelle
		<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Bimensuelle
		<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Autre :
_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire	<input type="checkbox"/> Bimensuelle
		<input type="checkbox"/> Mensuelle	<input type="checkbox"/> Autre :

L'un des membres du foyer fait-il/elle des allers-retours chez un prestataire de soins pour une personne à charge ? Oui Non

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

<u>Nom de la personne à charge</u>	<u>Adresse du prestataire de soins</u>	<u>Nombre de trajets en voiture par semaine</u>		<u>Si ce n'est pas en voiture : Coût des transports publics, taxi, navette, etc.</u>
		<u>À</u>	<u>DE</u>	

Frais médicaux

Si l'un des membres du foyer a plus de 60 ans et/ou est invalide, a-t-il/elle des dépenses médicales à régler ?

Oui Non

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

<u>Nom</u>	<u>Type de dépense</u>	<u>Coût total par mois</u>
_____	<input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Assurance médicale <input type="checkbox"/> Autres (médicaments en vente libre, fournitures médicales, etc.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Assurance médicale <input type="checkbox"/> Autres (médicaments en vente libre, fournitures médicales, etc.)	_____
_____	<input type="checkbox"/> Soins médicaux <input type="checkbox"/> Soins dentaires <input type="checkbox"/> Médicaments <input type="checkbox"/> Assurance médicale <input type="checkbox"/> Autres (médicaments en vente libre, fournitures médicales, etc.)	_____

REMARQUE : Vous pouvez obtenir un crédit pour les dépenses que vous devez payer, même si vous êtes en retard ou que vous ne pouvez pas les payer. Les frais médicaux comprennent les co-paiements, les prescriptions, les médicaments en vente libre, l'assurance-maladie, les factures médicales, le transport, etc.

L'un des membres du foyer doit-il/elle faire des allers-retours pour un traitement médical (pharmacie, médecin, thérapeute, etc.) ?

Oui Non

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

<u>Nom</u>	<u>Adresse du prestataire de soins médicaux</u>	<u>Nombre de trajets en voiture par semaine</u>		<u>Coût du stationnement, des transports publics, des taxis, des navettes, etc.</u>
		À	DE	

Programme de travail SNAP

L'un des membres du foyer suit-il/elle un programme de formation d'au moins 80 heures par mois ?

Oui Non

Si **oui**, qui ?

L'un des membres du foyer travaille-t-il/elle en échange de biens et de services (travail en nature) ?

Oui Non

Si **oui**, qui ?

L'un des membres du foyer fait-il/elle un stage non rémunéré ?

Oui Non

Si **oui**, qui ?

L'un des membres du foyer fait-il/elle du bénévolat ?

Oui Non

Si **oui**, qui ?

Allocation SNAP provenant d'un autre État

L'un des membres du foyer a-t-il/elle reçu l'allocation SNAP en dehors du Massachusetts au cours des 30 derniers jours ?

Oui Non

Si **oui**, qui ? _____

Aide pour votre demande d'allocation

Nous autorisez-vous à prendre contact avec une personne ou un organisme si nous ne pouvons pas 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 : _____

* C'est ce que nous appelons une personne/organisation accompagnatrice. Ce rôle n'est valable que pendant la période où vous faites la demande d'allocation.

Autorisation de communication des informations

Souhaitez-vous autoriser une personne ou un organisme à communiquer avec le DTA et à obtenir des informations confidentielles pertinentes sur votre dossier ?*

Oui Non

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

Nom de la personne ou de l'organisme : _____

Numéro de téléphone : _____

Adresse : _____

* Cette fonction ne permet pas de signaler les changements de situation ou d'effectuer l'entretien. L'autorisation expire au bout d'un an.

Représentant autorisé pour la certification

Autorisez-vous un organisme ou une personne de confiance à signer des formulaires, à signaler des changements de situation, à effectuer les 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 d'employeur
(dans le cas d'un organisme uniquement) _____

* Autorisation valable jusqu'à son annulation.

Représentant autorisé pour les opérations avec la carte EBT

Autorisez-vous une personne de confiance à obtenir une carte EBT pour faire vos courses dans un magasin d'alimentation en utilisant votre allocation SNAP ?*

Oui Non

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

Nom de la personne: _____

Numéro de téléphone : _____





Adresse : _____

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

- Si vous voulez annuler une carte EBT que vous avez confiée à un Mandataire autorisé, appelez le 1-800-997-2555.
- Si vous voulez annuler l'une des procurations ci-dessus, appelez le 1-877-382-2363.

Que se passe-t-il ensuite ?

Veillez conserver les pages suivantes dans vos dossiers.

			
Appel téléphonique	Envoi de justificatifs	Réception de l'allocation SNAP	Garder le contact
Nous vous téléphonerons pour un entretien. Si nous n'arrivons pas à vous joindre, nous vous enverrons un courrier pour organiser un entretien téléphonique. Vous pouvez également nous appeler au 1-877-382-2363, du lundi au vendredi de 8h15 à 16h45, pour faire l'entretien.	Si nécessaire, nous vous donnerons une liste de documents à envoyer afin que nous puissions vérifier votre droit à l'allocation. Vous disposez d'un délai de 30 jours à compter de votre demande pour nous envoyer les documents. Dites-nous si vous avez besoin d'aide !	Nous vous enverrons une lettre de décision dans les 30 jours. Si votre demande est approuvée, nous verserons le montant de l'allocation sur votre carte EBT. En cas de refus, nous vous en expliquerons la raison.	Visitez DTACconnect.com, utilisez l'application mobile DTA Connect, ou appelez le numéro d'assistance du DTA au 1-877-382-2363 pour vérifier la progression du dossier, fournir de nouvelles informations sur le dossier, télécharger des documents, et bien plus encore !

Si vous voulez plus d'informations ou si vous avez besoin d'aide, appelez le **1-877-382-2363** ou visitez [Mass.gov/DTA](https://www.mass.gov/DTA).

RESSOURCES SUPPLÉMENTAIRES

SNAP : Path to Work : Pour trouver des prestataires d'emploi et de formation, consultez le site SNAPpathtowork.org . Remarque : Cette prestation est exclusivement réservée aux bénéficiaires de l'allocation SNAP.	SNAP-Ed : Visitez le site web de l'éducation nutritionnelle du SNAP sur MAhealthyfoodsinasnap.org . Vous y trouverez des recettes nutritives, des astuces pour faire la cuisine et des conseils pour garder votre famille en forme !
Massachusetts 2-1-1 : Appelez le 211 pour trouver les programmes offrant des prestations médicales et des services sociaux près de chez vous.	Projet Bread : Appelez 1-800-645-8333 ; Project Bread's FoodSource vous aidera à dénicher des ressources alimentaires près de chez vous.

JUSTIFICATIFS : VOS OPTIONS

- Vous pouvez utiliser cette liste de vérification pour envoyer les justificatifs accompagnant votre demande. Nous pourrions ainsi traiter votre demande plus rapidement !
- Si vous n'avez pas tous les documents justificatifs, N'ATTENDEZ PAS pour envoyer votre demande ! Vous pourrez les envoyer plus tard.
- Des informations plus complètes sont disponibles sur le site Mass.gov/SNAPverifications.

- Si un membre du foyer reçoit des revenus**, envoyez-nous un justificatif de ce revenu brut (avant impôts) pour les quatre dernières semaines, par exemple :
- Talons de paie ou récépissé de paiement
 - Justificatif de votre rémunération et de vos heures de travail
 - S'il s'agit d'un travail indépendant, les justificatifs professionnels indiquant les revenus et les dépenses de cette activité professionnelle :
 - Schedule C (formulaire d'impôt IRS 1040)
 - Formulaire d'impôt IRS 1099 ou autre formulaire fiscal rempli
 - Autres documents tels que factures ou reçus indiquant vos revenus et/ou dépenses professionnels

- Si un membre du foyer reçoit des revenus ne provenant pas d'un travail (unearned income)**, envoyez-nous un justificatif du montant mensuel, par exemple
- Lettre explicative d'allocation ou d'indemnisation
 - Déclaration de l'organisme payeur

REMARQUE : Nous pouvons généralement vérifier nous-mêmes le montant des allocations de Sécurité Sociale, de SSI, de pension alimentaire versées par le DOR ou de l'indemnité de chômage du MA. Nous vous dirons si vous devez envoyer un justificatif pour l'un de ces éléments.

- Pour prouver votre statut de résident dans le Massachusetts**, vous pouvez envoyer l'un des documents suivants :
- Récépissé de loyer, contrat de bail ou formulaire de vérification du propriétaire
 - Titre de propriété, relevé de compte d'emprunt hypothécaire, facture de services publics, carte d'inscription sur les listes électorales
 - Formulaire de vérification de collocation (Shared Housing Verification form), ou déclaration d'un colocataire

- Si un membre du foyer verse une pension alimentaire pour un enfant**, veuillez nous envoyer :
- Justificatif démontrant l'obligation légale de payer la pension alimentaire (telle qu'une décision de justice) et
 - Récépissés de paiements récents

- Si un membre du foyer est un non-citoyen qui demande l'allocation**, veuillez fournir une preuve du statut de non-citoyen, par exemple :
- Carte de résident permanent (« carte verte »)
 - Permis de travail (Employment Authorization Card)
 - Carte de résident temporaire
 - Formulaire I-94 (entrée/sortie des États-Unis)
 - Tampon dans le passeport
 - Autre document indiquant le statut d'immigration actuel ou en cours de traitement
 - Déclaration d'un avocat spécialisé en matière d'immigration sur le statut actuel ou en cours de traitement

- Si un membre du foyer est âgé et/ou handicapé et paye au moins 35 \$ par mois en frais médicaux**, veuillez envoyer les justificatifs des dépenses (factures ou reçus, par exemple). Certains frais de transport pour raisons médicales peuvent être déclarés par l'intéressé lui-même.

Avis de droits, responsabilités et pénalités du Department of Transitional Assistance (DTA)

- Cet avis énumère les droits et les devoirs communs à tous les programmes du DTA. Vous devez respecter les règles des programmes pour lesquels vous avez déposé une demande.
- Nous vous invitons à lire ces pages et à les conserver dans vos dossiers personnels.
- Si vous avez des questions, adressez-les au DTA.

Je jure, sous peine de parjure que:

- J'ai lu les informations de ce formulaire, ou quelqu'un me les a lues.
- Les réponses portées dans ce formulaire sont, à ma connaissance, véridiques et complètes.
- Pendant mon entretien et par la suite, je donnerai au DTA des informations à ma connaissance véridiques et complètes.

Je comprends que:

- Donner des renseignements faux ou trompeurs constitue une fraude,
- Faire de fausses déclarations ou ne pas révéler des faits pour obtenir des prestations auprès du DTA constitue une fraude,
- La fraude est considérée comme une violation intentionnelle du programme (VIP) et
- Si le DTA estime que j'ai commis une fraude, il peut engager des poursuites au civil et au pénal contre moi.

Je comprends par ailleurs que:

- Le DTA vérifiera les renseignements que j'ai donnés dans mon dossier de demande. En cas d'informations fausses, le DTA pourra refuser de verser mes prestations.
- Je peux également faire l'objet de poursuites pénales pour avoir fourni des renseignements faux.
- Si le DTA obtient des informations auprès d'une source fiable concernant un changement dans mon foyer, le montant de mes prestations pourra être modifié.
- En signant ce formulaire, je donne au DTA l'autorisation de vérifier mon droit aux prestations, y compris :
 - D'obtenir des informations provenant d'autres agences au niveau de l'État ou fédérales, des autorités du logement locales, de services de la protection sociale en dehors de l'État, d'établissements financiers et auprès d'Equifax Workforce Solutions (le numéro de travail). Je donne également l'autorisation à ces agences de partager des informations sur l'éligibilité de mon foyer à des prestations du DTA.
 - Si le DTA utilise des informations d'Equifax sur les revenus de mon foyer, j'ai droit à un exemplaire gratuit de mon relevé Equifax si je le réclamerai dans les 60 jours qui suivent la décision du DTA. J'ai le droit de remettre en cause les renseignements du relevé. Je peux contacter Equifax à : Equifax Workforce Solutions, 11432 Lackland Road, St. Louis, MO 63146, 1-800-996-7566 (numéro vert).
- J'ai droit à un exemplaire de ma demande, y compris des informations utilisées par le DTA pour décider de l'éligibilité de mon foyer et du montant de la prestation. Je peux demander au DTA une copie électronique de la demande remplie.

Comment le DTA utilisera-t-il mes informations?

En apposant ma signature ci-dessous, je donne au DTA l'autorisation d'obtenir des informations et de partager des informations me concernant et concernant les membres de mon foyer avec:

- Des banques, des établissements scolaires, l'État, des employeurs, des propriétaires, des services publics et d'autres administrations afin de vérifier si j'ai droit aux prestations.
- Des compagnies d'électricité, de gaz et de téléphone, pour que je puisse bénéficier de remises sur les services publics. Ces entreprises ne peuvent pas partager mes informations ou les utiliser dans un autre but.
- Les services du logement et du développement social (Department of Housing and Community Development) pour m'inscrire au programme « Heat & Eat » (aide au chauffage et à l'alimentation).
- Le service d'éducation aux niveaux préscolaire et secondaire pour que mes enfants bénéficient de la gratuité des repas à l'école.
- Le programme WIC pour les femmes, les nourrissons et les enfants, pour que tous les enfants de moins de 5 ans ou une femme enceinte de mon foyer puisse obtenir le WIC.
- Le service de la citoyenneté et de l'immigration des États-Unis (USCIS), afin de vérifier mon statut au regard de l'immigration. Il se peut que les informations de l'USCIS aient une incidence sur l'éligibilité de mon foyer et le montant de la prestation du DTA.
NB : même si vous n'avez pas droit aux prestations en raison de votre statut vis-à-vis de l'immigration, le DTA ne vous dénoncera pas aux services de l'immigration, à moins que vous produisiez au DTA un ordre définitif de déportation.
- Le service du revenu (DOR) pour vérifier mon droit à percevoir des crédits d'impôt, par exemple sur les revenus du travail (*earned income*) et sur les revenus limités (*limited income*), et pour voir si je peux prétendre au statut « Non imposable » ou « en difficulté ».
- Le service de l'enfance et des familles (Department of Children and Families, DCF) pour coordonner les services offerts à la fois par le DTA et le DCF.

Comment le DTA utilise-t-il les numéros de sécurité sociale (SSN)?

Le DTA a le droit de demander le SSN en vertu de la loi de 2008 intitulée *Food and Nutrition Act* (alimentation et nutrition) (7 U.S.C. 2011-2036) pour les prestations du SNAP et aux termes de la M.G.L. c. 18 section 33 pour le TAFDC (Transitional Aid to Families with Dependent Children, aide transitionnelle pour les familles ayant des enfants à charge) et l'EAEDC (Emergency Assistance to Elderly, Disabled and Children, aide d'urgence aux personnes âgées, aux handicapés et aux enfants). Le DTA utilise les SSN pour:

- Vérifier l'identité et les conditions d'attribution de chaque membre du foyer pour lequel je fais une demande, au moyen de programmes de comparaison de données.
- Contrôler le respect des règles du programme.
- Recouvrir des sommes au titre de prestations auxquelles, selon le DTA, je n'avais pas droit.
- Aider les organismes chargés de l'application de la loi à intercepter les personnes qui cherchent à échapper à la loi.

Je comprends que je n'ai pas à donner au DTA le SSN d'une personne de mon foyer non bénéficiaire de la nationalité [américaine], moi inclu(se), qui ne souhaite pas les prestations. Le revenu d'une personne qui n'a pas la nationalité peut compter, même si celle-ci ne touche pas d'allocations.

Droit à un interprète

Je comprends que:

- j'ai droit à un interprète professionnel mis à ma disposition 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 faire bénéficier d'un interprète professionnel gratuit ou, si je préfère, je peux venir avec quelqu'un qui remplira cet office. Si j'ai besoin que le DTA me donne un interprète pour une audience, je dois appeler la Division des audiences (« Division of Hearings ») au moins une semaine avant la date de l'audience.

Droit à s'inscrire au vote :

Je comprends que :

- J'ai le droit de m'inscrire au vote par l'intermédiaire du DTA.
- Le DTA m'aidera à remplir le formulaire de demande d'inscription aux listes électorales si j'ai besoin d'aide.
- Je peux remplir le formulaire de demande d'inscription sur la liste électorale en privé.
- Demander ou refuser d'être inscrit sur les listes électorales sera sans conséquence sur les prestations du DTA.

Offres d'emploi

Je consens à ce que le DTA partage mon nom et mes coordonnées avec des agences pour l'emploi et des organismes de formation, et notamment:

- Des agences de travail dans le cadre du « Path to Work » [un chemin vers l'emploi] du SNAP ou des spécialistes du DTA pour des bénéficiaires du SNAP; et
- des organismes d'emploi sous contrat et des organismes de formation ou des travailleurs pleinement engagés pour des bénéficiaires du TAFDC.

Les bénéficiaires du SNAP ont la possibilité de participer librement aux services de formation à l'éducation et à l'emploi au moyen du programme Path to Work du SNAP.

Nationalité américaine

Je jure que tous les membres de mon foyer qui font la demande de prestations du DTA sont soit des citoyens ayant la nationalité américaine soit des non-ressortissants régulièrement établis.

Programme d'aide à des compléments nutritionnels

Je comprends que:

- Dans le Massachusetts, le programme SNAP est géré par le DTA.
- Lorsque je dépose mon dossier auprès du DTA (par téléphone, en ligne, en personne ou par e-mail ou fax), le DTA a 30 jours à compter de la date de réception de ma demande pour décider si j'ai droit aux prestations.
 - Si j'ai droit à un SNAP accéléré (en urgence), le DTA doit me l'accorder et s'assurer que je dispose d'une carte de virement électronique pour les allocations (« Electronic Benefit Transfer », EBT) dans les 7 jours qui suivent la date à laquelle ils ont reçu mon dossier.
 - J'ai le droit d'avoir un entretien avec un responsable du DTA si:

- le DTA dit que je n'ai pas droit aux prestations du SNAP d'urgence et que je ne suis pas d'accord;
 - j'ai droit aux prestations d'urgence du SNAP mais je n'ai pas touché mon allocation au plus tard le 7ème jour après le dépôt de ma demande;
 - j'ai droit aux prestations d'urgence du SNAP mais je n'ai pas reçu ma carte EBT au plus tard le 7ème jour après le dépôt de ma demande.
- Une fois bénéficiaire du SNAP, je dois respecter certaines règles. Lorsque ma demande de SNAP aura été acceptée, le DTA me remettra un exemplaire de la brochure « Your right to know » (votre droit de savoir) et de la brochure sur le programme SNAP. Je lirai ces brochures ou je demanderai à quelqu'un de me les lire. Si j'ai des questions ou si j'ai besoin d'aide pour lire ou comprendre ces informations, je peux appeler le DTA au 1-877-382-2363.
 - **Informez le DTA en cas de changement dans mon foyer:**
 - Si je suis un foyer à déclaration SNAP simplifiée, je n'ai pas à faire état de la plupart des changements au DTA tant que le relevé intermédiaire (« interim report ») ou la reconduction des droits (« recertification ») n'est pas arrivé à échéance. Les seules choses que je dois déclarer avant sont :
 - Si les revenus de mon foyer dépassent le plafond de revenus bruts (indiqué sur mon avis d'acceptation).
 - Je dois en faire la déclaration au plus tard le dixième jour du mois après le mois lors duquel mon revenu a dépassé le plafond.
 - Si je dois satisfaire aux règles sur le travail (« Able-Bodied Adults Without Dependents », ABAWD, adultes aptes au travail sans personnes à charge) et si mon horaire de travail tombe en dessous de 20 heures par semaine.
 - Si toutes les personnes de mon foyer ont 60 ans et plus, handicapées ou ont moins de 18 ans et si personne ne perçoit de revenus du travail, les seules choses que j'ai à déclarer sont:
 - Si quelqu'un se met à travailler, ou
 - Si quelqu'un vient habiter à mon foyer ou le quitte.
 - Je dois signaler ces changements au plus tard le dixième jour du mois après le mois du changement.
 - Si je perçois le SNAP grâce à l'alternative aux prestations transitionnelles (« Transitional Benefits Alternative », TBA) parce que mon TAFDC s'est arrêté, je n'ai pas de changements à signaler au DTA pendant les 5 mois où je suis bénéficiaire du TBA.
 - Si j'obtiens le SNAP par l'intermédiaire du programme d'aide aux bénéficiaires (« Client Assistance Program », CAP) de Bay State, je n'ai pas à déclarer de changements au DTA.

Si moi-même ou toute personne de mon foyer obtient une aide en liquide (TAFDC ou EAEDC), je dois déclarer certains changements au DTA dans un délai de 10 jours après le changement. Voir la rubrique **Quand n'ai-je pas besoin de déclarer les changements intervenus dans mon foyer au DTA ?** dans la partie **Aide transitionnelle aux familles ayant des enfants à charge (TAFDC) and Aide d'urgence aux personnes âgées, handicapées et aux enfants (EAEDC)** ci-dessous.

Je peux toucher davantage d'allocations SNAP si je déclare à tout moment au DTA, justificatifs à l'appui, l'une ou l'autre des situations suivantes:

- Des frais de soins pour un enfant ou autre personne à charge, des dépenses de logement et/ou des dépenses d'eau, gaz, électricité ou téléphone;
- Une pension alimentaire à laquelle moi-même (ou une autre personne de mon foyer) est contraint par une décision de justice de verser à quelqu'un qui ne fait pas partie du foyer; et
- Des frais médicaux pour des membres de mon foyer, dont moi-même, âgés 60 ans et plus ou handicapés.

Règles de travail applicables aux bénéficiaires du SNAP : Si vous êtes bénéficiaire du SNAP et êtes âgé de 16 à 59 ans, il est possible que vous deviez respecter les règles de travail qui s'y appliquent ou les règles de l'ABAWD, à moins d'en être exempté. Le DTA nous indiquera, à moi-même et aux membres de mon foyer, si nous devons respecter des règles de travail, quelles sont les exemptions et ce qui se passera si nous ne les respectons pas.

Si vous êtes soumis aux règles de travail du SNAP (Programme d'Aide Nutritionnelle Supplémentaire):

- Vous devez vous inscrire pour travailler lors de votre demande et lors du renouvellement de votre certification SNAP. Vous vous inscrivez en signant votre demande pour SNAP ou le renouvellement de votre certification.
- Vous devez donner au DTA (Service de Soutien Transitoire) des informations sur votre situation d'emploi lorsque le DTA vous le demande.
- Vous devez vous présenter à un employeur s'il vous est recommandé par le 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 du SNAP

- Ne donnez pas d'informations fausses, ou ne dissimulez pas d'informations pour obtenir des prestations dans le cadre du SNAP.
- N'échangez pas de prestations SNAP, ne les vendez pas.
- N'altérez pas les cartes EBT pour obtenir des prestations SNAP auxquelles vous n'avez pas droit.
- N'utilisez pas les prestations SNAP pour acheter des choses telles que des boissons alcoolisées et du tabac, qui ne sont pas autorisés.
- N'utilisez pas les prestations SNAP ou la carte EBT de quelqu'un d'autre tant que vous n'êtes pas un représentant autorisé ou tant que le bénéficiaire ne vous a pas donné l'autorisation d'utiliser sa carte pour son compte.

Avertissements sur les sanctions

Je comprends que si moi-même ou un membre de mon foyer bénéficiaire du SNAP enfreint de manière délibérée l'une ou l'autre des règles énumérées ci-dessus, cette personne n'aura plus droit au SNAP pendant *un an* après la première violation, *deux ans* après la deuxième violation et *définitivement* après la troisième. Elle sera en outre être passible d'amendes à hauteur de 250 000 dollars, d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 20 ans, ou les deux. Elle pourra également faire l'objet de poursuites pénales en conformité avec les lois de la fédération et des États américains.

Je comprends en outre les sanctions suivantes : Si moi-même ou un membre de mon foyer bénéficiaire du SNAP :

- Commet une violation intentionnelle du programme (VIP) **dans le cadre de la prestation en numéraire**, il ne pourra plus bénéficier du SNAP pendant la même durée que celle pendant laquelle il perd son droit à l'assistance en numéraire.
- Fait une déclaration frauduleuse sur son identité ou son lieu de résidence pour obtenir plusieurs prestations SNAP *en même temps*, il n'aura plus droit au SNAP pendant **dix ans**.
- Échange (par achat ou vente) des prestations SNAP contre une substance / une ou des drogues illégales réglementées, il perdra ses droits au SNAP pendant **deux ans** au premier constat et **définitivement** pour le deuxième.
- Échange (par achat ou vente) des prestations SNAP contre des armes à feu, des munitions ou des explosifs, il perdra **définitivement** ses droits au SNAP.
- Met une annonce sur internet proposant de vendre des prestations SNAP ou une carte EBT ou le fait en personne, l'État pourra le poursuivre pour VIP.
- Règle des achats de nourriture achetés à crédit, il perdra ses droits au SNAP.
- Achète des produits avec des prestations SNAP dans l'intention de jeter le contenu de rapporter les récipients contre de l'argent liquide, il perdra ses droits au SNAP.
- S'enfuit pour éviter les poursuites, la mise sous tutelle ou l'assignation à résidence après condamnation pour crime, il perdra ses droits au SNAP.
- Viole une mise en liberté conditionnelle ou sur parole, lorsque les autorités d'application de la loi cherchent activement à l'arrêter, il perdra ses droits au SNAP.

Toute personne condamnée après le 7 février 2014 perd ses droits aux prestations SNAP s'il est un criminel en fuite ou si elle viole une mise en liberté conditionnelle ou sur parole, conformément au titre 7 CFR §273.11(n) - **et** si elle a été condamnée en tant qu'adulte pour :

1. abus sexuel aggravé aux termes du paragraphe 2241 du titre 18, U.S.C.;
2. meurtre aux termes du paragraphe 1111 du titre 18, U.S.C.;
3. délit de toute nature aux termes du chapitre 110 du titre 18, U.S.C.;
4. Un délit qualifié par les lois américaines au niveau fédéral ou d'un État, selon la définition du paragraphe 40002(a) de la loi sur la violence faite aux femmes (« VAWA ») de 1994 (42 U.S.C. 13925a); ou
5. un délit qualifié par les lois d'un État américain qui, selon le procureur général est en tous points semblable à l'un des délits cités dans cette liste.

Déclaration de non discrimination

Conformément aux droits civiques conférés par les lois de la fédération américaine et aux réglementations et chartes du département américain de l'agriculture (USDA), l'USDA, ses agences, bureaux et salariés, ainsi que les établissements qui participent à l'administration des programmes de l'USDA ou le font directement ont l'interdiction d'avoir des comportements discriminatoires en fonction de la race, la couleur de peau, l'appartenance ethnique ou religieuse, le handicap, l'âge, les opinions politiques, ou d'agir en représailles ou par vengeance pour une activité antérieure dans le cadre des droits civiques dans un programme ou activité quelconque financée par l'USDA.

Les personnes en situation de handicap ayant besoin d'autres moyens de communication pour être informées sur le programme (par exemple le braille, de gros caractères, une bande audio, la langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (d'état ou locale) auprès de laquelle ils ont fait leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de l'élocution peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Federal Relay Service au 1-800-877-8339. De plus, les informations sur le programme peuvent être mises à leur disposition dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre du programme:

- Remplissez le formulaire de dépôt de plainte pour discrimination du programme de l'USDA, (AD-3027) que vous trouverez en ligne sur: <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf>, et à mon bureau de l'USDA. Vous pouvez demander une copie du formulaire de plainte en appelant le 1-866-632-9992; ou
- Adressé un courrier à l'USDA en indiquant toutes les informations demandées dans le formulaire.

Soumettre votre formulaire rempli ou votre courrier à l'USDA :

- Par courrier postal: U.S. Department of Agriculture Office of the Assistant Secretary for Civil Rights 1400 Independence Avenue SW Washington, D.C.20250-9410; ou
- Par télécopie: 1-202-690-7442; ou
- Par e-mail: program.intake@usda.gov

Cet organisme est un prestataire d'égalité des chances.

L'Aide transitionnelle aux familles ayant des enfants à charge (Transitional Aid to Families with Dependent Children, TAFDC) et l'Aide d'urgence aux personnes âgées, handicapées et aux enfants - (Emergency Aid to the Elderly, Disabled, and Children, EAEDC)

sont des programmes d'aide en argent liquide.. Pour en savoir plus et faire une demande, allez sur le site DTACConnect.com ou appelez votre bureau local du DTA. Cette information ne s'applique qu'aux foyers qui font une demande de TAFDC ou d'EAEDC ou l'obtiennent.

À quel moment dois-je informer le DTA des changements dans mon foyer?

Je dois prévenir le DTA des changements susceptibles d'avoir une incidence sur mon TAFDC ou mon EAEDC (prestations en numéraire) **sous 10 jours** ; toutefois, je n'ai pas à informer le DTA d'un changement dans mes revenus inférieur à 100 dollars par mois. Ces changements concernent mes revenus, mon adresse, les personnes avec qui je vis, la taille de ma famille, mon travail et mon assurance-maladie.

Comment obtenir une couverture d'assurance-maladie?

- Si j'obtiens le TAFDC ou l'EAEDC, je bénéficierai également de MassHealth.
- Si le TAFDC ou l'EAEDC m'est refusé, MassHealth utilisera mes informations pour savoir si j'ai droit à l'assurance-maladie.
- Si mon EAEDC s'arrête, je dois faire une demande distincte pour obtenir la couverture MassHealth. Pour faire une demande, contactez le 1-800-841-2900.

Si j'obtiens MassHealth, j'accepte que MassHealth récupère:

- des sommes qui me sont dues par un autre organisme pour mes soins médicaux et
- l'aide médicale du parent absent de tout enfant de moins de 19 ans bénéficiaire de MassHealth.

Y a-t-il des règles particulières si j'y ai droit uniquement à cause d'un accident ou d'un préjudice corporel?

Si ma famille obtient des indemnités de MassHealth ou des prestations du DTA en raison d'un accident ou d'un préjudice corporel, je dois utiliser toute somme d'argent allouée pour l'accident ou le préjudice pour les rembourser. La somme peut provenir du règlement d'un sinistre, d'un règlement ou de toute autre provenance. Cela s'applique même si je ne sais pas encore quelles peuvent être la provenance des sommes.

Je consens à coopérer avec MassHealth et le DTA en:

- Sollicitant de l'argent auprès d'autres organismes;
- Prévenir immédiatement MassHealth et le DTA si j'ai engagé des démarches pour me faire indemniser pour un sinistre, pour un procès ou pour toute autre opération consistant à trouver de l'argent;
- Communiquer à MassHealth et au DTA tous les nouveaux éléments d'information au moment où j'en ai connaissance;

Si je ne coopère pas, MassHealth et le DTA pourront mettre un terme à mes prestations ou me les refuser. Je consens au droit pour MassHealth et le DTA de:

- Partager des informations sur mes prestations afin qu'ils recouvrent les sommes destinées à rembourser ces prestations;
- Voir tous les justificatifs des sommes que je pourrais percevoir en raison d'un accident ou d'un préjudice corporel, tels que les documents provenant du service des accidents professionnels (« Department of Industrial Accidents »).

Si je touche l'EAEDC parce que j'ai un handicap ou que j'ai plus de 65 ans, je dois faire une demande de prestations complémentaires auprès de la sécurité sociale au niveau fédéral (« Supplemental Security Income », SSI). Si des prestations de SSI me sont accordées et couvrent la même période que celle à laquelle j'ai obtenu l'EAEDC, l'administration de la sécurité sociale fera parvenir une partie de mon SSI rétroactif au DTA pour rembourser l'EAEDC.

Avis important sur la loi et vos prestations sociales

On appelle « violation intentionnelle du programme » le fait de faire délibérément une déclaration trompeuse ou une fausse déclaration, de dissimuler ou de ne pas révéler des faits, que ce soit oralement ou par écrit, afin d'obtenir ou de conserver un droit aux prestations du TAFDC ou de l'EAEDC ou d'obtenir des prestations auxquelles je n'ai pas droit.

Si je suis déclaré coupable de VIP par un tribunal judiciaire, une audience administrative de disqualification ou suite à la signature d'une dérogation, je n'aurais plus le droit de toucher le TAFDC ou l'EAEDC pour une durée de:

- 6 mois pour la première violation
- 12 mois pour la deuxième violation
- définitivement pour la troisième violation.

Il se peut par ailleurs que d'autres lois s'appliquent.

Achats prohibés avec les cartes EBT

Je comprends qu'il est illégal d'utiliser les fonds du TAFDC ou de l'EAEDC crédités sur une carte de virement électronique de prestations (EBT) pour payer ce qui suit: boissons alcoolisées; tabac et produits apparentés; billets de loterie; contenus ou spectacles destinés aux adultes; jeux de hasard; armes à feu et munitions; services liés aux vacances; tatouages; piercings; bijoux; postes de télévision; appareils hi-fi; jeux vidéo ou consoles dans des magasins de location-vente; marijuana à usage récréatif; frais de justice; amendes; cautions ou libération sous caution.

Interdictions relatives aux lieux où je peux utiliser ma carte EBT

Je comprends qu'il est illégal d'utiliser ma carte de virement électronique de prestations sociales (EBT) dans les endroits suivants: librairies pour adultes; sex-shops ou établissements de spectacles destinés aux adultes; vendeurs de munitions; casinos; casinos de jeux de hasard ou établissements de jeux; navires de croisière; vendeurs d'armes à feu; bijouteries; magasins de spiritueux; boutiques de manucures ou d'esthétique; agences de transfert d'argent liquide à des pays étrangers; magasins vendant de la marijuana à usage récréatif ou boutiques de tatouage.

Sanctions infligées pour des achats interdits avec une carte EBT

- **Premier délit** : Je dois rembourser au DTA la somme dépensée.
- **Deuxième délit** : Je dois rembourser au DTA la somme dépensée et je perdrais **deux mois** de prestations en liquide.
- **Troisième délit**: Je dois rembourser au DTA la quantité dépensée et je perdrais **définivement** mes prestations en numéraire.

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 : _____