

Le Programme d'Aides Alimentaires Supplémentaires (SNAP) aide les gens ayant peu ou pas d'argent pour acheter de la nourriture pour des repas équilibrés dans des épiceries participantes. Les prestations SNAP augmentent le pouvoir d'achat alimentaire d'un foyer lorsqu'ils sont additionnés au revenu du foyer

Un foyer est toute personne, famille ou groupe de gens qui vivent, achètent et mangent la nourriture ensemble. Tout foyer répondant au revenu de base et aux autres exigences peut être éligible à recevoir les prestations SNAP.

**Pour faire une demande SNAP:**

- **Appeler au - 1-855-306-8959; ou**
- **Débuter votre demande en ligne au <https://benefind.ky.gov/>; ou**
- **Visiter votre bureau local DCBS pour faire votre demande en personne; ou**
- **Imprimer une copie conforme de l'application de la page suivante, compléter et retourner à votre bureau local DCBS ou expédier par la poste: DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602**

**Veillez nous dire si vous avez besoin d'assistance parce que vous ne parlez pas l'Anglais ou que vous avez un handicap. L'assistance gratuite de langage et/ou pour d'autres aides et services sont disponibles sur demande. Pour recevoir des services gratuits d'interprétation, téléphoner au 1-866-291-8931. Pour tout autre assistance, téléphoner au 1-855-306-8959 ou (ATS) 1-800-627-4720.**

Si vous faites une demande en ligne ou imprimer une demande via l'internet et vous l'expédier, une entrevue est obligatoire avant de procéder à la demande. Le lieu et l'adresse de correspondance de chaque Bureau de support à la famille est énuméré [ici](#). Les prestations débiteront à partir de la date de réception de votre demande.

Votre foyer peut identifier quelqu'un pour être le représentant autorisé afin d'agir en votre nom pour compléter l'entrevue pour les prestations SNAP et d'utiliser vos prestations pour acheter la nourriture pour votre foyer.

Si votre foyer a besoin d'aide immédiate, vous pourriez être capable de recevoir vos prestations SNAP quelques jours après votre demande, si:

- Le loyer/hypothèque de votre logement et les coûts de services publiques sont plus élevés que le revenu mensuel brut de votre foyer; ou
- Le revenu mensuel brut de votre foyer est inférieur à \$150 et vos ressources, tel qu'argent comptant et comptes bancaires, totalisent \$100 ou moins; ou
- Votre foyer inclut des membres qui sont des migrants démunis ou des travailleurs agricoles saisonniers.

Les postulants au SNAP ont le droit de:

- Soumettre une demande de SNAP le même jour que vous contactez le DCBS pour faire votre demande.

- Être informé si les prestations SNAP sont approuvées ou refusées dans les 30 jours suivant votre demande.
- Recevoir les prestations SNAP dans quelques jours si vous êtes admissibles, posséder peu ou pas d'argent, et vous remplissez certaines conditions de revenu.
- Demander une audience équitable, si vous êtes en désaccord avec n'importe quelles mesures prises dans votre dossier.

Pour plus d'information concernant le SNAP, contacter le DCBS au 1-(855) 306-8959. Conformément avec la loi fédéral des droits civils et les règles et politiques des droits civils du Département d'agriculture des États-Unis (USDA), le USDA, ses agences, bureaux, et employés, et institutions qui participent ou administrent les programmes USDA programs sont interdits de toutes formes de discriminations fondées sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la croyance religieuse, l'invalidité, l'âge, les croyances politiques, ou des représailles ou vengeances concernant des activités antérieures de droits civils dans tous programmes ou activités mené ou financé par le USDA.

Les personnes ayant une déficience exigeant une forme alternative de communication pour de l'information sur le programme (e.g. en braille, en impression augmenté, en bande sonore, en langage gestuel américain, etc.), devrait contacter l'Agence (de l'État ou local) où ils ont fait leur demande de prestations. Les personnes qui sont sourdes, ayant une déficience auditive ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter USDA via le service fédéral de relais au (800) 877-8339. De plus, le programme d'information peut être disponible en d'autres langages que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination, compléter le formulaire [USDA Program Discrimination Complaint Form](#), (AD-3027) que vous trouvez en ligne au: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) et à n'importe quel bureau USDA ou écrivez une lettre adressée à USDA avec toutes les renseignements demandés dans le formulaire. Pour obtenir une copie du formulaire appeler au (866) 632-9992. Soumettre votre lettre ou formulaire complété au USDA par :

- (1) Courrier: U.S. Department of Agriculture  
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;
- (2) Télécopieur: (202) 690-7442; or
- (3) Courriel: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Cette institution est un employeur offrant l'égalité des chances.

Vous pouvez également déposer votre plainte au Département des services de santé et de la famille (Cabinet for Health and Family Services), Bureau des ressources humaines (Office of Human Resource Management), EEO Compliance Branch, 275 East Main Street, 5C-D, Frankfort, Kentucky 40621 ou appelez au (502) 564-7770 EXT 4107.

Si vous avez d'autres plaintes concernant votre dossier SNAP, vous pouvez appeler le bureau du médiateur (Ombudsman) au 1-800-372-2973 or (TTY) 1-800-627-4702.

Si vous n'êtes pas d'accord avec quelque chose que **nous avons fait** à votre demande SNAP, vous pouvez demander une audience **dans les 90 jours** à compter de la date que vous avez reçu notre avis concernant votre demande SNAP. Pour demander une audience:

Appeler au 1-855-306-8959; **OU**

Écrire votre raison pour obtenir une audience, signer et dater votre demande, ensuite:  
Donner votre demande à n'importe quel bureau DCBS; **OU**

Poster au: Département des services de santé et de la famille (Cabinet for Health and Family Services), Division of Administrative Hearings  
Families and Children Administrative Hearings Branch,  
105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601

## Formulaire de Demande de SNAP

### Qu'est-ce que SNAP?

Le Programme d'Aides Alimentaires Supplémentaires (SNAP) est un programme pour vous aider à acheter de la nourriture pour une bonne santé.

### Comment puis-je recevoir l'aide de SNAP?

**Étape 1.** Remplissez une demande.

N'importe qui peut remplir une demande. Répondez à autant de questions que vous pouvez. **Si vous faites une demande pour SNAP et ne pouvez pas remplir toutes les 8 pages du formulaire de demande aujourd'hui, assurez-vous de remplir cette page et de la donner. Compléter et retourner le reste du formulaire de demande (pages 2 - 8) aussitôt que vous le pouvez.**

**Étape 2.** Retournez-nous la demande remplie.

Vous pouvez envoyer votre demande par télécopie au *Department for Community Based Services* (DCBS) au (502) 573-2007 ou par courrier à DCBS, P.O. Box 2104, Frankfort, KY 40602. Vous pouvez également apporter votre demande au bureau du DCBS lorsqu'il est ouvert. Lorsque nous recevons votre demande, vous allez recevoir les instructions afin de compléter une entrevue. Vous avez le droit de savoir tôt si vous pouvez obtenir des prestations. **La date à laquelle nous recevons ce document avec votre nom, adresse et signature débute le moment dont nous devons déterminer si vous avez droit aux prestations SNAP. C'est aussi pour vous la date du début des prestations SNAP si vous êtes admissible aux prestations.**

**Étape 3.** Parlez-nous.

A votre entretien, vous aurez besoin de nous montrer:

- Une preuve de qui vous êtes, tel qu'un permis de conduire, une carte de sécurité sociale ou documents de l'immigration;  
\*Voir la notification page 2 sur comment obtenir votre numéro de sécurité sociale.
- Preuve de qui vit chez vous, tel qu'un bail ou une déclaration écrite;
- Preuve que vous vivez dans le Kentucky;
- Preuve de vos dépenses pour les soins de l'enfant ou pension alimentaire payée ; et
- Preuve de l'argent que vous avez reçu depuis les derniers 60 jours, relevés de payes inclus.
- **\*Si vous ne pouvez pas tout amener, venez quand même à l'entretien. Nous vous aiderons.**

### Dites-nous qui vous êtes

**Nom Légal:**

\_\_\_\_\_ (Nom de Famille) (Prénom) (Initial) \_\_\_\_\_ (No. de Sécurité Sociale)

\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_  
(Date de Naissance) (Adresse) (Ville) (État) (Code Postal)

Comté de Résidence \_\_\_\_\_ No. de Téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ Votre Proche

Si votre adresse postale est différente, écrivez-la en dessous:

\_\_\_\_\_ (Adresse) (Ville) (État) (Code Postal)

Signature/Marque (X)

Témoin (si signé par X)

Date d'aujourd'hui

/ /

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Langue parlée : \_\_\_\_\_ Langue écrite : \_\_\_\_\_

Avez-vous une maîtrise limitée de l'anglais? Oui Non

Nous pouvons obtenir un interprète gratuitement pour votre entrevue si vous avez de la difficulté à parler anglais. Avez-vous besoin d'un interprète de langue parlée durant votre entrevue? Oui Non  
si oui, *quelle langue?* \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'assistance pour une communication effective? Oui Non si oui, *choisissez tous ceux dont vous avez besoin :*

Interprète américain en langage gestuel      Interprète en signes phonétiques      Interprète orale  
Interprète tactile      Interprète de relais vidéo      Service de relais en télécommunications  
Braille      Impression augmenté      Courriel (email)      Autre: \_\_\_\_\_

Avez-vous des problèmes physiques ou mentaux qui nécessitent que vous ayez des accommodements spéciaux (tels que la nécessité d'une chaise roulante, etc.) durant votre entrevue de demande? Oui Non  
Si oui, de quoi avez-vous besoin? \_\_\_\_\_

### Quand pourrais-je obtenir l'Aide Alimentaire?

**Vous pourrez peut-être obtenir l'aide alimentaire dès le 5eme jour après avoir fait la demande.** Cela s'appelle les Aides Facilitées—*Expedited Benefits*. Si vous y avez droit, nous avons besoin de plus que cette page. Voir ci-dessous à propos des Aides Facilitées—*Expedited Benefits* ou demandez-nous des renseignements dessus.

Pour obtenir l'assistance alimentaire, vous allez avoir besoin de remplir cette demande. Nous avons besoin que le formulaire **en entier** soit rempli pour pouvoir savoir si vous y avez droit, même si vous avez droit à *Expedited Benefits* (les aides facilitées). Le plus de renseignements vous pourrez nous donner, le mieux nous pourrions vous aider. Donnez-nous autant de renseignements que possible. Si vous avez besoin d'aide, demandez-nous et nous vous aiderons. Vous avez aussi besoin de nous donner une copie d'une pièce d'identité telle qu'un permis de conduire, une carte de sécurité sociale, ou des papiers de l'immigration.

#### **Aides Facilitées – Aides Alimentaires en 5 jours**

**C'est pour ceux qui peuvent obtenir l'aide alimentaire dans les 5 jours:**

- Familles avec moins de \$150 de revenu mensuel brut et \$100 ou moins en actifs; ou
- Familles avec loyer, prêt immobilier et factures de gaz et d'électricité qui sont plus que les revenus brut mensuel du foyer et actifs; ou
- Familles avec un migrant ou un travailleur saisonnier et avec des actifs de \$100 ou moins dont le revenu est arrêté ou redémarré.

#### **Aides Alimentaires en 30 jours:**

Si vous n'obtenez pas les Aides Facilitées, vous recevrez soit une lettre vous disant que:

- Vous avez droit à l'aide alimentaire et pour combien, ou
- Vous n'avez pas droit et pourquoi vous n'avez pas droit aux aides alimentaires.

**Vous pouvez appliquer à l'aide alimentaire et autres prestations en même temps. Mais, votre demande à l'aide alimentaire va être traitée séparément. Nous devons traiter votre demande d'aide alimentaire selon les règles du SNAP et vous laisser savoir de notre décision le plus tôt possible, mais pas plus de 30 jours après la date de réception de votre demande signée. Vous n'aurez pas votre demande d'aide alimentaire rejetée seulement parce que votre demande pour d'autres prestations fut rejetée ou parce que vous avez cessé de recevoir d'autres prestations.**

### Puis-je choisir d'avoir quelqu'un pour m'aider?

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Vous pouvez choisir d'avoir quelqu'un pour vous aider. Vous n'êtes pas obligé de le faire. Mais, si vous décidez, cette personne peut remplir votre demande, répondre aux questions pour vous, donner les renseignements à votre entretien, et acheter votre nourriture avec une carte EBT. Nous aurons besoin de partager les renseignements avec cette personne.

**Note:** Les centres de désintoxication à la drogue et à l'alcool doivent désigner un employé pour faire la demande pour tout résident.

<b>Représentant :</b>			
_____		_____	
(Nom de Famille)	(Prénom)	(Initial.)	
_____		_____	
(Adresse postale)	(Ville)	(Etat)	(Code Postal)
Date de naissance _____ / _____ / _____		(_____) _____	
MM	JJ	AAAA	No.de Téléphone

### Renseignements à propos de votre statut d'immigrant

Vous pouvez faire une demande pour des prestations SNAP pour votre famille même si certains membres peuvent ne pas être admissibles à cause de leur statut d'immigration. Par exemple, des parents qui n'ont pas le statut d'immigrant légal peuvent faire la demande pour des prestations SNAP pour leurs enfants qui sont citoyens Américains ou immigrants légaux. Les personnes qui n'ont pas un statut d'immigrant légal peuvent ne pas être admissibles aux prestations SNAP. Nous ne contacterons pas les Services U.S. pour la Citoyenneté et l'Immigration (*USCIS*) à propos des gens dont vous nous avez mentionné qu'ils n'ont pas de statut légal d'immigration. Nous devons utiliser leurs revenus et leurs actifs pour voir si le reste de la famille peut recevoir les prestations SNAP. Vous n'avez pas besoin de nous donner les documents d'immigrant pour les personnes dont vous ne désirez pas recevoir de prestations SNAP. Nous vérifions le statut des immigrés qui font la demande avec le Système de Vérification Systématique des Étrangers opéré par *USCIS*. L'information que nous recevons peut affecter vos prestations SNAP.

### Renseignements au sujet des Numéros de Sécurité Sociale

Vous pouvez choisir de nous donner le Numéro de Sécurité Sociale de chaque personne dans votre foyer. Nous ne pouvons donner l'aide alimentaire qu'aux gens qui nous donnent leur numéro de sécurité sociale ou la preuve qu'ils ont fait la demande pour un numéro de sécurité sociale. Vous n'avez pas à nous donner le numéro de sécurité sociale des personnes pour qui vous ne faites pas la demande.

### Vous ne serez pas victime de discrimination

En accord avec la loi fédéral des droits civils et les règlements et politiques du Département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), ses agences, bureaux et employés et les institutions participantes ou administratives aux programmes USCA sont interdit de discriminer sur une base de race, couleur, origine nationale, sexe, croyance religieuse, incapacité, âge, opinions politiques, ou représailles pour des activités antérieurs de droits civils dans n'importe quel programme ou activité réalisé ou financé par USDA.

Les personnes ayant une déficience exigeant une forme alternative de communication (e.g. Braille, Impression augmenté, langage gestuel américain, etc.) devrait contacter l'Agence (de l'État ou local) où ils ont fait leur demande de prestations. Les personnes qui sont sourdes, ayant une déficience auditive ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter USDA via le service fédéral de relais au (800) 877-8339. De plus, le programme d'information peut être disponible en d'autres langages que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination, complétez le formulaire [USDA Program Discrimination Complaint Form](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), (AD-3027) que vous trouvez en ligne au: [http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) et à n'importe quel bureau USDA ou écrivez une lettre adressée à USDA avec toutes les renseignements demandés dans le formulaire. Pour obtenir une copie du formulaire appelez au (866) 632-9992.

Soumettez votre lettre ou formulaire complété au USDA par :

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

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Office of the Assistant Secretary for Civil Rights  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410;

- (2) Télécopieur: (202) 690-7442; ou
- (3) Courriel: [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Cette institution est un employeur offrant l'égalité des chances.

### Parlez-nous des gens qui vivent chez vous

Un foyer qui bénéficie de l'aide alimentaire est une personne ou un groupe de personnes qui vivent ensemble et achètent et préparent les repas ensemble. Le groupe n'a pas besoin d'avoir des liens de parenté. **Les personnes suivantes doivent être un foyer SNAP si elles vivent ensemble, même si elles n'achètent pas et ne préparent pas les repas ensemble:**

- Vous-même et votre mari ou épouse,
- Vos enfants qui ont moins de 22 ans (même si ils ont des enfants à eux),
- Tout parent d'enfants de moins de 22 ans,
- Autres enfants de moins de 18 ans dont vous vous occupez, et
- Toutes autres personnes qui achètent de la nourriture et préparent les repas avec vous.

#### Instructions:

Sur le tableau ci-dessous, remplissez les cases pour chacune des personnes qui vivent dans votre foyer. Si vous ne voulez pas les aides pour quelqu'un, répondez "non" à la première question ci-dessous et mettez seulement leur nom, leur lien avec vous, et leur date de naissance.

Nous devons demander pour l'ethnicité et la race afin de s'assurer que les programmes de prestations sont répartis sans considération de la race, couleur, ou la nationalité d'origine, mais vous pouvez ne pas répondre. Votre réponse ne modifiera pas combien de prestations vous recevez ou la rapidité de l'obtention de ceux-ci. **Si vous choisissez de répondre, utiliser les codes suivants :**

Si vous choisissez de répondre aux questions sur la race et l'ethnicité, utilisez le codage suivant:

**\* Ethnicité**

H = Hispanique ou Latino

B = Noir ou Africain Américain

N=Natif Hawaïen/autre Habitant d'une île du Pacifique

N = Non Hispanique ou Latino

W = Blanc

A=Asiatique

I =Américain Indien ou Natif de l'Alaska

\*\*\*Certaines personnes doivent accepter de s'inscrire au travail et peuvent avoir à suivre d'autres règles de travail/formation pour obtenir des prestations SNAP. S'il vous plaît indiquer si chaque personne accepte de s'inscrire. Nous allons vous laisser savoir si d'autres règles de travail/formation s'applique à n'importe quel membre de votre famille.

Demande Pour? Oui/Non	Acheter et préparer des repas ensemble?	Prénom, Initial, Nom de Famille	No. de Sécurité Sociale (#)	Lien avec vous	Date de Naissance MM/JJ/AA	Sexe M ou F	*Ethnicité	**Race	Citoyen Oui/Non	*Accepter de s'enregistrer au travail? Oui/Non
1.				<b>Vous-même</b>	/ /					
2.					/ /					
3.					/ /					
4.					/ /					
5.					/ /					
6.					/ /					
7.					/ /					
8.					/ /					

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

**Note: En signant la page 7, je m'engage à ce que tous les membres de mon foyer qui sont demandés suivent le travail et les règles de la formation.**

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui a une carte de Kentucky EBT? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Nommez toutes personnes de 18 ans ou plus qui vont à l'université ou dans une école d'enseignement professionnel: \_\_\_\_\_

Est-ce qu'il y a quelqu'un qui recoit de l'aide alimentaire d'un autre État? Oui Non Quel État?  
\_\_\_\_\_

Y-a-t-il quelqu'un dans votre domicile qui a été condamné pour avoir donné des fausses données concernant qui vous êtes ou l'endroit où vous demeurez afin d'obtenir des prestations alimentaires pour plus d'un domicile à la fois depuis le 22/8/96? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Est-ce quelqu'un est un criminel en fuite ou un contrvenant de liberté conditionnelle? Oui Non  
Qui? \_\_\_\_\_

Y-a-t-il quelqu'un qui a été comdamné pour un crime de drogues depuis le 22/8/96? Oui Non Qui?  
\_\_\_\_\_

Y-a-t-il quelqu'un de votre domicile qui a été comdamné pour acheter, vendre ou transiger plus de \$500 de prestations alimentaires depuis le 22/8/96? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Y-a-t-il quelqu'un de votre domicile qui a été comdamné pour transiger des prestations alimentaires contre des armes à feu, des munitions, ou des explosifs depuis le 22/8/96? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Y-a-t-il quelqu'un de votre domicile qui a été comdamné pour transiger des prestations alimentaires contre de la drogue depuis le 22/8/96? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

### **Quelles sont les dépenses de votre ménage ?**

Pour obtenir le plus des aides alimentaires, vous pouvez nous parler de vos factures. Ne pas déclarer ou donner la preuve de toute dépense sera vu comme une preuve de la part de votre foyer de ne pas vouloir recevoir une déduction pour les dépenses non déclarées. Ci-dessous, dites-nous quelles sont les factures que votre ménage paie.

#### **Logement et Factures de gaz, d'eau et d'électricité**

Combien votre foyer paie-t-il pour les dépenses suivantes ?

Loyer: \$ \_\_\_\_\_ par mois

Location d'un terrain: \$ \_\_\_\_\_ par mois

Emprunt Immobilier: \$ \_\_\_\_\_ par mois

Si vous payez des taxes ou une assurance **séparément** de votre emprunt immobilier, listez les montants ci-dessous:

Taxes d'habitation: \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Assurance Immobilière: \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Cochez les cases pour les factures que vous avez à payer:

Lumière/Electricité

Gaz

Téléphone

Autre, expliquez \_\_\_\_\_

Eau ou tout-à-l'égout

Ramassage des poubelles et ordures ménagères

Frais ajouté par le propriétaire

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Avez-vous à payer des factures pour le chauffage ou l'air conditionné? Oui Non

Avez-vous reçu de l'assistance en énergie (LIHEAP) l'an passé à votre adresse courante? Oui Non

### **Dépenses Médicales**

Si vous avez des frais médicaux, non payés par l'assurance, pour quiconque qui est **invalide ou plus de 59 ans**, dites-le nous. Ceux-ci peuvent être pour des factures de médecin ou d'hôpital, médicaments, transport, primes d'assurance santé, ou autres dépenses médicales

Qui paie: \_\_\_\_\_ Montant: \$ \_\_\_\_\_ par mois

### **Garderie**

Si vous avez des dépenses pour faire garder un enfant ou un adulte qui vit avec vous, dites-le.

Qui reçoit la garde: \_\_\_\_\_ Qui paie pour la garde: \_\_\_\_\_

Montant: \$ \_\_\_\_\_ par mois

### **Pension Alimentaire**

Si quelqu'un paie une pension alimentaire ordonnée par un juge, faites-le nous savoir.

Qui paie: \_\_\_\_\_ Montant: \$ \_\_\_\_\_ par mois

### **Aide pour Payer les Dépenses**

*Si vous recevez de l'aide pour payer vos dépenses, dites-le nous:*

Quelle dépense a été payée?	Qui a payé?	Montant payé?

### **Quelle argent est-ce-que les gens de votre foyer reçoivent?**

Listez les noms des personnes et les montants mensuels. Si vous laissez un espace vide, nous comprendrons qu'il n'y a pas d'argent dans cette catégorie. Attachez une autre feuille si besoin est.

D'où vient l'argent?	Qui reçoit l'argent?	Montant par mois	Employeur (si applicable)
Argent du travail avant impôts (Brut)			
Argent du Travail avant impôt (Brut) 2eme Emploi			
Travail à son compte ou petits boulots			
Pourboires			
Sécurité Sociale ou SSI			
Pensions pour les Vétérans, Pensions ou Retraite			
Chômage ou Indemnité pour Accident du Travail			
Pension Alimentaire			
Argent venant d'amis ou de la famille			
Autre			

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Quelqu'un a-t-il été embauché pour un travail mais pas encore payé? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Quelqu'un a-t-il quitté son travail dans les 30 derniers jours derniers? Oui Non  
Qui? \_\_\_\_\_

Quelqu'un est-il un migrant ou un travailleur saisonnier? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

Quelqu'un est-il en grève? Oui Non Qui? \_\_\_\_\_

### Quels Actifs ont les gens de votre Foyer?

Listez le total de l'argent que chacun a:

Argent Liquide \$ \_\_\_\_\_ Compte en Banque/Coopérative d'épargne et de crédit \$ \_\_\_\_\_

Action, bonds, certificats d'épargne, ou autres actifs \$ \_\_\_\_\_

**Lisez S.V.P. cette information et signez et datez page 7.**

### Règles de SNAP

#### Suivez ces règles:

- Ne cachez pas ou ne donnez pas de mauvaises informations dans le but d'obtenir des bénéfices de SNAP.
- N'utilisez pas les bénéfices de SNAP pour acheter des articles qui ne sont pas de la nourriture, tels que de l'alcool ou des cigarettes.
- N'échangez pas, ne vendez pas ou ne donnez pas vos bénéfices SAP.
- N'utilisez pas pour vous-même les bénéfices SAP de quelqu'un d'autre.
- N'utilisez pas vos bénéfices SAP pour quelqu'un en dehors du foyer.
- N'utilisez pas vos bénéfices SAP pour payer n'importe quelles formes de crédit, et ce, même si c'est pour des aliments admissible par SNAP.
- Coopérer avec le personnel fédéral et de l'état pour la revue du control de qualité.

### Pénalités de SNAP

Quiconque ne respecte pas les règles ci-dessus:

- Risque de ne pas recevoir les aides alimentaires pendant 1 an la première fois, 2 ans pour la seconde fois, et plus jamais pour la troisième fois.
- Risque une amende jusqu'à \$250,000 ou jusqu'à 20 de prison, ou les deux; et
- Si un tribunal vous trouve coupable d'acheter, vendre, ou échanger pour plus de \$500 en aides alimentaires, vous risquez de ne plus jamais pouvoir recevoir les aides alimentaires.
- Si un tribunal vous trouve coupable d'échanger des aides alimentaires contre des armes à feu, des munitions, ou des explosifs, vous perdrez les aides pour toujours.
- Si un tribunal vous trouve coupable d'échanger les aides alimentaires contre des substances contrôlées, vous perdrez les aides pendant deux ans la première fois et pour toujours la seconde fois.
- Vous ne recevrez pas les aides alimentaires pendant 10 ans si on vous trouve coupable d'obtenir ou d'essayer d'obtenir des aides alimentaires dans plus d'un foyer à la fois. Cette pénalité arrive si vous donnez les mauvais renseignements sur vous ou sur où vous habitez.
- En plus de ces pénalités, un tribunal peut ordonner l'arrêt de vos prestations alimentaires pour un autre dix-huit mois si vous êtes condamné pour un crime ou un délit d'infraction des règles mentionnées ci-haut.
- Vous ne recevrez pas de prestations alimentaires si vous vous cachez ou fuyez la loi pour éviter des poursuites judiciaires, d'être sous détention policières, d'être incarcéré ou d'être en infraction de votre liberté conditionnelle.

**\*\*De donner volontairement de mauvaise information peut résulter en des poursuites judiciaires de notre part à votre rencontre, soit criminelles ou civiles. Cela peut signifier que l'on réduise vos aides ou que l'on reprenne de l'argent qui vous a été donnée.**

---

---

### **Ce que nous faisons avec vos renseignements**

---

---

Si toute information que vous nous donnez n'est pas correcte, nous devons refuser de vous donner les aides alimentaires. Nous donnerons vos réponses aux autorités et représentants de la loi pour attraper les personnes voulant échapper à la loi. Si vous avez un trop-perçu en aides alimentaires, nous donnerons votre réponse aux agences d'état et fédérales pour collecter le trop-perçu. Nous refuserons l'assistance aux gens, si vous ne nous donnez pas leur Numéro de Sécurité Sociale. Nous utiliserons le Numéro de Sécurité Sociale de la même façon que nous utilisons le Numéro de Sécurité Sociale des personnes recevant l'assistance. Nous ne donnerons pas votre Numéro de Sécurité Sociale aux Services d'Immigration et de la Citoyenneté--U.S. Citizenship and Immigration Services (USCIS).

---

---

### **Privacy Act—Loi sur la protection de la vie privée**

---

---

La collecte de ces renseignements, incluant le numéro de sécurité sociale (SSN) de chaque membre du foyer, est autorisée par la Loi sur les bons alimentaires--*Food Stamp Act* de 1977, telle qu'elle a été modifiée, 7 U.S.C. 2011-2036. Les renseignements seront utilisés pour déterminer si le ménage a droit aux aides ou continue à avoir droit de participer au Programme d'Assistance Alimentaire Supplémentaire--*Supplemental Nutrition Assistance Program*. Nous vérifierons ces renseignements à travers le programme informatique de comparaisons. Ces informations seront aussi utilisées pour surveiller l'adhérence aux règles du programme et pour la gestion du programme.

Ces renseignements peuvent être donnés à d'autres agences fédérales ou d'état pour examen officiel, et aux représentants des forces de l'ordre dans le but d'appréhender des personnes voulant échapper à la loi.

Quand une réclamation pour bons alimentaires apparaît pour votre ménage, les renseignements sur cette demande, incluant tous les numéros de Sécurité Sociale, peuvent être référés aux agences d'état et fédérales, ainsi qu'aux agences de recouvrement privées, pour réclamation de recouvrement.

Fournir les renseignements demandés, ainsi que le Numéro de Sécurité Sociale de chaque membre de votre foyer est volontaire. Cependant, ne pas fournir un numéro de Sécurité Sociale résultera en un refus de l'aide en bons alimentaires pour chaque individu qui ne pourra pas fournir un Numéro de Sécurité Sociale. Tout numéro de Sécurité Sociale fourni sera utilisé et divulgué de la même manière que les numéros de Sécurité Sociale des autres membres éligibles du foyer.

---

---

### **Nous vérifions ce que vous nous dites**

---

---

**Nous utilisons des systèmes informatiques pour vérifier les revenus familiaux et pour faire des comparaisons avec d'autres agences telles que le Bureau pour l'Emploi et la Formation, les Services des impôts, et autres sources. Si quelque chose que vous nous avez dites est différent de ce que nous donne le système informatique, nous vérifierons pour voir ce qui est correct. Nous vérifierons vos informations en contactant votre employeur, votre banque ou d'autres personnes. Si n'importe quelle partie des renseignements sur cette demande est incorrect, les aides alimentaires peuvent être refusées et vous pouvez être sujet à des poursuites judiciaires pour sciemment avoir fourni des informations incorrectes.**

**Les renseignements que vous nous donnez peuvent être vérifiés par les représentants officiels fédéraux, de l'état ou de la localité pour s'assurer qu'ils sont vrais. Les choses que l'on vérifie sont pour chaque personne listée : Numéro de Sécurité Sociale, travail et paie, montant sur le compte en banque, montants reçus venant d'autres sources que la Sécurité Sociale ou le chômage, et le statut d'étranger.**

---

---

### **Votre Signature et Compréhension**

---

---

#### **Je comprends que**

- Les questions sur cette demande et ce qui peut se passer si je cache des informations ou donne de mauvaises informations.
- Je dois donner des preuves pour les renseignements au sujet de mon foyer.
- Le bureau de DCBS et l'unité de Contrôle de la Qualité contacteront peut-être d'autres personnes ou organismes pour se procurer la preuve de mes informations.

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

- Les renseignements que j'ai fourni sur la demande incluant les informations concernant la citoyenneté et le statut d'étranger sont sujet à vérification par l'Etat Fédéral et les représentants officiels locaux pour déterminer si les informations sont vraie.
- En temps qu'appliquant pour les aides alimentaires, je suis obligé de fournir un numéro de sécurité sociale pour chaque personne qui vit chez moi pour lequel ou laquelle je fais la demande pour les aides (Les numéros de Sécurité Sociale et statuts d'immigration n'ont pas besoin d'être fournis pour les membres qui ne font pas la demande pour les aides).
- Les numéros de sécurité sociale doivent être utilisés pour des comparaisons entre les différentes fiches couplées fédérales et des états à travers le Système de Vérification d'Eligibilité et du Revenu--*Income and Eligibility Verification System (IEVS)*. Ces fiches couplées incluent, mais ne sont pas limitées à, Sécurité Sociale, IRS (Trésor Public), SSI, *Wage Records* (registre des salaires), Assurance chômage, registre de l'application des pensions alimentaires et autres comparaisons comme étant fournies sous l'autorité du *IEVS*. Ces informations peuvent être vérifiées à travers les contacts collatéraux s'il y a des divergences. Les renseignements fournis sous *IEVS*, après vérification, peuvent affecter le droit aux aides et le montant des aides.

Je consens :

- Que tous les membres requis de ma famille vont suivre les règles de travail et de formation.

**Je certifie, sous peine de parjure, que:**

- Mes réponses sont correctes et complètes au mieux de ma connaissance.
- Ma réponse au sujet de la citoyenneté ou du statut d'étranger de chaque personne demandant l'assistance est correct.

Signature/Marque (X)	Témoïn (si signé X)	La date de ce jour / /
----------------------	---------------------	---------------------------

**Que signifient ces termes?**

On utilise les termes suivants dans votre demande. Voici ce qu'ils signifient:

**Ménage, Foyer** Une personne ou un groupe de gens qui vivent ensemble, achètent la nourriture et préparent les repas ensemble.

**Contrôle de la Qualité** Une unité du *DCBS* qui réexamine les dossiers d'aides alimentaires pour voir s'ils sont corrects. Si votre dossier est choisi, l'unité de Contrôle de la Qualité vous contactera.

**Règlement de Travail et Formation** Certaines personnes se doivent de travailler ou de suivre une formation pour obtenir de l'aide alimentaire. Si c'est le cas pour vous ou pour d'autres personnes de votre foyer, nous vous préviendrons. Vous devrez suivre les règles au sujet du travail et de la formation pour obtenir l'aide alimentaire.

**Comment obtenir une audience**

Si vous êtes en désaccord avec quelque chose **que nous avons fait** à votre demande ou prestations, vous pouvez demander pour une audience **suivant les 90 jours** de la date de réception de notre avis concernant votre demande de prestation alimentaire. Vous pouvez nous dire votre version des faits ou amener un ami(e), parent, ou avocat pour parler en votre nom à l'audience.

**Qui dois-je demander pour une audience?**

Appeller au 1-855-306-8959; **OU**

Nom: \_\_\_\_\_ Numéro de sécurité sociale : \_\_\_\_\_

Joindre une feuille de papier distincte expliquant les raisons de votre demande d'une audience, signer et dater puis:  
Retourner à n'importe quel bureau du DCBS; **OU**

Retourner au: **Cabinet for Health and Family Services, Division of Administrative Hearings, Families and Children  
Administrative Hearings**

**Branch, 105 Sea Hero Road, Suite 2, Frankfort, KY 40601**

---

---

### **Autorisation Ecrite Optionnelle**

---

---

#### ***Aidez-nous pour qu'on vous aide!***

Vous n'êtes pas obligé de signer ceci, mais cela nous aidera à nous procurer les renseignements dont nous avons besoin pour vous aider, sans avoir à avoir votre signature pour les demandes spécifiques.

#### **Vous devez savoir que:**

- Il est possible que nous ayons besoin de plus de renseignements afin de pouvoir décider si vous pouvez obtenir de l'assistance.
- Si plus de renseignements sont nécessaires de votre part, vous recevrez une lettre pour vous dire de quoi nous avons besoin et la date à laquelle on devra l'obtenir de votre part.
- Vous êtes responsable pour nous faire parvenir les renseignements ou pour nous demander de vous aider.
- Si vous ne nous faites pas parvenir les renseignements ou demander de l'aide d'ici la date d'échéance, votre demande pourrait être refusé ou votre assistance pourrait être arrêtée.
- Il est possible que nous puissions obtenir des renseignements pour vous en utilisant le formulaire ci-dessous. **Mais vous devez tout de même procurer les renseignements que nous demandons ou demander qu'on vous aide.**
- Nous attacherons une copie de l'autorisation écrite à un formulaire que demande les autres personnes ou organismes (tel que votre employeur) pour des renseignements spécifiques à votre sujet ou au sujet d'autres personnes de votre foyer.

**Ecrivez en lettres d'imprimerie et signez votre nom en dessous  
pour nous donner la permission d'obtenir les renseignements.**

#### AUTORISATION ECRITE

Je soussigné autorise toute personne ou organisme à donner aux *Kentucky Department of Community Based Services* les renseignements demandés sur moi ou les autres membres de ma famille. Une copie de cette autorisation est valide de la même façon que l'originale. Cette autorisation n'est pas valable pour les renseignements médicaux protégés. Cette autorisation est bonne pour 12 mois depuis la date de signature.

\_\_\_\_\_  
Votre Nom (en lettres imprimées clairement s.v.p.)

\_\_\_\_\_  
Signature ou Marque

\_\_\_\_\_  
Témoin (si signé par X)

\_\_\_\_\_  
Date