

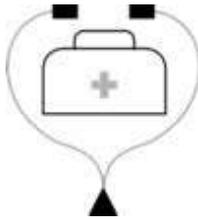
Ce formulaire est utilisé pour les trois premiers programmes énumérés ci-dessous. Votre assistant social peut vous renseigner comment faire votre demande.

Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP)



Le SNAP aide les ménages à faibles revenus à acheter les aliments dont ils ont besoin pour être en bonne santé.

Assistance médicale



L'assistance médicale (MA) est un programme complet d'assurance maladie pour les familles et les individus, qui permet l'accès aux services de santé à de nombreux résidents à faibles revenus de l'État. Les individus peuvent être éligibles aux services en fonction de leurs revenus et d'autres facteurs. Le programme de santé des enfants du Maryland (MCHP) offre des prestations de santé complètes aux enfants jusqu'à l'âge de 19 ans, ainsi qu'aux femmes enceintes de tout âge qui répondent aux critères de revenus. Votre assistant social peut discuter avec vous des critères de revenus.

Assistance en espèces



L'assistance temporaire en espèces (TCA) fournit une assistance en espèces aux familles nécessiteuses avec enfants lorsque les revenus et les ressources de la famille ne répondent pas à leurs besoins. Les personnes qui demandent et reçoivent la TCA participent à des activités professionnelles.

L'Assistance d'urgence aux familles avec enfants (EAFC) fournit une assistance en espèces aux familles en situation de crise, par exemple en cas d'expulsion ou d'autres urgences.

Le programme d'assistance temporaire aux personnes handicapées (TDAP) fournit une assistance en espèces aux adultes handicapés qui ne peuvent pas travailler.

Services de garde d'enfants



Le programme d'achat de services de garde d'enfants (POC) aide les familles éligibles à payer les services de garde d'enfants par des coupons. Les coupons peuvent être utilisés pour acheter des services de garde d'enfants dans n'importe quel centre ou foyer de garde d'enfants agréé. Les coupons peuvent également être utilisés pour rémunérer les membres de la famille agréés qui fournissent des services de garde d'enfants. Votre gestionnaire de cas vous indiquera comment faire la demande pour cette assistance.

Assistance énergétique



Le bureau des programmes d'énergie domestique (OHEP) aide les familles à payer leurs factures d'électricité, à minimiser les crises de chauffage et à rendre les coûts de l'énergie plus abordables grâce au programme d'assistance énergétique du Maryland et au programme de service universel pour l'électricité. Votre gestionnaire de cas vous indiquera comment faire la demande pour cette assistance.

Cette section est à usage interne seulement					
catégorie	AU#	Statut	Écran WOMIS	Réaffectation de cas nécessaire	
				De :	Autorisateur :
				À :	Examineur :

Informations générales

À propos du SNAP

Vous avez le droit de faire une demande du SNAP immédiatement en indiquant votre nom et votre adresse et en signant le recto de ce formulaire de demande d'assistance.

Si vous êtes éligible, nous vous fournirons des prestations à partir de la date de réception du formulaire signé.

Vous pouvez bénéficier immédiatement du programme SNAP si vous nous fournissez une preuve de votre identité et si l'une des conditions suivantes s'applique à vous :

- Le loyer mensuel ou l'hypothèque et les charges de votre ménage sont supérieurs aux revenus et aux ressources de votre ménage.
- Le revenu mensuel brut de votre ménage est inférieur à 150 dollars et vos ressources, telles que les comptes chèques ou d'épargne, sont inférieures ou égales à 100 dollars.
- Votre ménage est un ménage de travailleurs agricoles migrants ou saisonniers.

Si vous répondez aux conditions requises pour bénéficier immédiatement de SNAP, nous donnerons suite à votre demande dans un délai de 7 jours à compter de la date où vous avez signé ce formulaire.

Ne répondez pas aux questions suivantes. Ce document est à usage interne uniquement.

SNAP accéléré

Les demandeurs qui répondent aux normes accélérées ci-dessous peuvent recevoir des prestations SNAP dans un délai de 7 jours. Les ménages doivent remplir et signer le formulaire de demande d'assistance et fournir une preuve d'identité avant que vous n'approuviez les prestations.

1. Le revenu total du ménage ce mois-ci, avant déductions, est-il inférieur à 150 dollars et les liquidités/épargnes du ménage sont-elles inférieures ou égales à 100 dollars ? Oui Non

- | | | | |
|-----------|---|----------|----------------|
| a. | Montant mensuel du loyer ou de l'hypothèque du ménage | \$ _____ | |
| b. | Norme d'utilité appropriée | \$ _____ | Total \$ _____ |
| c. | Revenu mensuel approximatif | \$ _____ | |
| d. | Liquidités/épargne du ménage pour tous les membres | \$ _____ | Total \$ _____ |

2. Est-ce que le coût total du logement dépasse les revenus et les ressources mensuels ? Oui Non

3. Est-ce que les membres du ménage sont des travailleurs migrants ou saisonniers sans ressources dont les liquidités et les épargnes s'élèvent à plus de 100 dollars ou moins ? Oui Non

4. Si la réponse à l'une des questions 1 à 3 est oui, il convient d'accélérer le processus. Éligible au processus accéléré ? Oui Non

Je certifie que j'ai examiné ce demandeur pour le programme SNAP accéléré, que j'ai vérifié son identité et que j'ai déterminé que le ménage était n'était pas potentiellement éligible à la délivrance accélérée à ce moment-là.

Signature de l'examineur

Date

Étape 1 : Parlez-nous de vous

Pour demander de l'assistance, remplissez cette section et signez votre nom. Nous pouvons vous aider plus rapidement si vous remplissez le formulaire dans son intégralité.

Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)

Adresse électronique

Adresse personnelle (numéro et rue)

Ville

État

Code postal

Adresse postale (numéro et rue ou boîte postale)

Ville

État

Code postal

Téléphone résidentiel
professionnel

Téléphone

Téléphone portable

Votre signature

Date
d'aujourd'hui

Représentant autorisé :

Vous pouvez choisir une personne pour vous représenter. Si vous choisissez quelqu'un pour vous aider, donnez-nous les informations suivantes sur cette personne et cochez ce que vous voulez qu'elle fasse.

Nom complet (nom, prénom, Deuxième prénom)	Lien de parenté	Numéro de téléphone	
Numéro, Rue	Ville	État	Code postal

Cochez ce que vous voulez que le représentant fasse :

- Réaliser l'entretien pour vous
 Utiliser votre carte d'indépendance (espèces)
 Recevoir vos notifications
 Signer votre demande
 Utiliser vos prestations SNAP
 Recevoir votre carte d'assistance médicale

Étape 2 : Dites-nous comment nous pouvons vous aider

1. Quel est le type d'assistance dont vous avez besoin actuellement ? (Cochez tout ce qui s'applique)

- SNAP
 Assistance en espèces
 Assistance médicale
 Orientation vers les services de garde d'enfants
 Orientation vers l'assistance énergétique

2. Avez-vous des factures médicales impayées au cours des trois derniers mois ? Oui Non

3. Avez-vous l'un de ces problèmes ?

- Interruption des services publics Expulsion ou saisie nourriture
 Pas de
 Pas de chauffage
 Pas de lieu de séjour
 Incapacité de payer la garde d'enfants
 Autre _____

4. Quel type d'assistance recevez-vous actuellement, vous ou quelqu'un qui vit avec vous ?

Type d'assistance	Personne bénéficiant de l'assistance

5. Avez-vous, ou quelqu'un qui vit avec vous, reçu une assistance d'un État autre que le Maryland ? (si oui, veuillez remplir les cases vides ci-dessous) Oui Non

État bénéficiaire _____ Date de réception _____ Type d'assistance _____

6. Est-ce que quelqu'un qui demande à bénéficier du programme de santé des enfants du Maryland a une assurance maladie de salarié (assurance que vous obtenez au travail) ? Oui Non

7. Est-ce que quelqu'un qui demande à bénéficier du programme de santé des enfants du Maryland a abandonné l'assurance maladie de salarié au cours des six derniers mois ? Oui Non

Étape 3 : Parlez-nous des personnes de votre ménage

8. Parlez-nous des personnes qui vivent avec vous.

Remplissez les cases vides pour toutes les personnes qui vivent avec vous. Indiquez votre propre nom en premier. Le numéro de sécurité sociale et la nationalité sont facultatifs pour les membres qui ne demandent pas de prestations.

Vous-même		N° ID du client
<p>_____</p> <p>Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)</p>		<p>Soi-même lien de parenté avec vous</p>
<p>_____</p> <p>Date de naissance (mm/jj/aaaa)</p>		<p>_____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>Race</p>
<p>Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		<p>_____</p> <p>État matrimonial</p>
<p>Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No</p>		<p>Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Membre supplémentaire du ménage		N° ID du client
<p>_____</p> <p>Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)</p>		<p>lien de parenté avec vous</p>
<p>_____</p> <p>Date de naissance (mm/jj/aaaa)</p>		<p>_____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>Race</p>
<p>Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		<p>_____</p> <p>État matrimonial</p>
<p>Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No</p>		<p>Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Membre supplémentaire du ménage		N° ID du client
<p>_____</p> <p>Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)</p>		<p>lien de parenté avec vous</p>
<p>_____</p> <p>Date de naissance (mm/jj/aaaa)</p>		<p>_____ <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin</p> <p>Race</p>
<p>Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>		<p>_____</p> <p>État matrimonial</p>
<p>Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No</p>		<p>Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>

Membre supplémentaire du ménage	N° ID du client
_____ Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)	_____ lien de parenté avec vous
_____ Date de naissance (mm/jj/aaaa)	_____ Numéro de sécurité sociale
_____ Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ Race <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____ Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	_____ État matrimonial
_____ Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Membre supplémentaire du ménage	N° ID du client
_____ Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)	_____ lien de parenté avec vous
_____ Date de naissance (mm/jj/aaaa)	_____ Numéro de sécurité sociale
_____ Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ Race <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____ Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	_____ État matrimonial
_____ Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Membre supplémentaire du ménage	N° ID du client
_____ Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)	_____ lien de parenté avec vous
_____ Date de naissance (mm/jj/aaaa)	_____ Numéro de sécurité sociale
_____ Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ Race <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____ Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	_____ État matrimonial
_____ Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Membre supplémentaire du ménage	N° ID du client
_____ Nom complet (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)	_____ lien de parenté avec vous
_____ Date de naissance (mm/jj/aaaa)	_____ Numéro de sécurité sociale
_____ Postulant <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	_____ Race <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin
_____ Handicapé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> No	_____ État matrimonial
_____ Citoyen américain <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

9. Y a-t-il une personne enceinte dans votre ménage ?

_____ **Nom complet** (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)

_____ **Date prévue d'accouchement**

10. Indiquez tout parent absent des enfants de votre ménage.

Le parent d'un enfant qui ne vit pas avec vous est un parent absent. Indiquez également le nom de votre conjoint s'il/elle ne vit pas avec vous. Indiquez ce que vous savez sur la personne.

Nom (nom, prénom, initiale)	Date de naissance	Adresse	Numéro de sécurité sociale	N° ID du client

Étape 4 : Parlez-nous de vos revenus

11. Dans cette section, indiquez-nous tout l'argent que les membres de votre ménage reçoivent chaque mois, qu'il s'agisse d'argent gagné ou non gagné.

Nous avons besoin de ces informations pour pouvoir vous accorder la prestation correspondante. Indiquez tous les revenus avant déductions. Indiquez le type et le montant du revenu. (Les types de revenus comprennent les salaires à temps plein ou à temps partiel, le travail indépendant, le baby-sitting, les petits boulots, le travail à la journée, les allocations de logement, les prestations de sécurité sociale, les pensions, les pensions alimentaires, les allocations familiales, l'assistance temporaire en espèces et tout autre revenu gagné ou non gagné.)

Nom de la personne ayant des revenus	Type de revenu	Nom et adresse de l'employeur	Montant du revenu	Fréquence d'obtention
			\$	
			\$	
			\$	

12. Si vous ne travaillez pas actuellement, quand avez-vous cessé de travailler ? _____

 Nom et adresse de l'employeur

Date de fin d'emploi

Raison de fin d'emploi

Date de la dernière paie

Étape 5 : Parlez-nous de vos actifs

13. Veuillez nous parler de vos actifs, y compris de l'argent que vous avez et des biens que vous possédez.

Les exemples d'actifs comprennent les comptes bancaires, les certificats de dépôt, les investissements, les actions, les obligations, les biens que vous n'habitez pas.

Type de compte bancaire ou des actifs	Montant du compte ou valeur des actifs	Nom du titulaire du compte/des actifs
	\$	
	\$	
	\$	

Étape 6 : Parlez-nous de vos dépenses

Ne répondez à ces questions que si vous demandez des prestations SNAP.

14. Dans cette section, indiquez-nous vos frais de logement et autres dépenses.

Dépenses	Montant	A quelle fréquence ?	Nom de la personne qui paie
Loyer ou hypothèque	\$		
Impôts et assurances	\$		
Frais de coopérative ou de condominium ou loyer foncier	\$		
Eau, égouts, ordures	\$		
Gaz, électricité	\$		
Téléphone	\$		
Frais de garde d'enfants ou d'adultes (baby-sitting)	\$		
Frais médicaux pour les personnes âgées ou handicapées	\$		
Pension alimentaire pour enfants légalement obligatoire	\$		

15. Est-ce que le chauffage est inclus dans votre loyer ? Oui Non
Si le chauffage n'est pas inclus dans le loyer, comment chauffez-vous votre logement ?

 Comment chauffez-vous votre logement ?

16. Payez-vous pour la climatisation ? Oui Non

 Nom de la compagnie d'électricité ou de la personne que vous payez

17. Est-ce que quelqu'un vous aide à payer vos frais de logement ? Oui Non

 Nom complet de la personne qui aide (nom, prénom, initiale du deuxième prénom)

18. Êtes-vous en train de partager les frais d'hébergement énumérés ci-dessus ? Oui Non

 Nom complet de la personne partageant les frais d'hébergement (nom, prénom, initiale) Votre part

19. Habitez-vous dans un logement public, un logement de la section 8 ou un logement de la section 515 de l'administration des foyers agricoles (FMHA) ? Oui Non

20. Avez-vous bénéficié d'une assistance énergétique (aide de l'État pour payer les factures de chauffage ou d'électricité) à votre adresse actuelle au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

ENQUÊTE SUR LA DÉCLARATION DU MÉNAGE - À remplir si vous faites une demande d'assistance temporaire en espèces ou de programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire

1. Est-ce qu'un membre de votre foyer a été condamné pour :
 - a. Un crime de baron de la drogue le ou après le 22 août 1996 ?
(Baron de la drogue - organisateur, superviseur, financier ou directeur qui agit en tant que co-conspirateur dans le cadre d'un complot visant à fabriquer, distribuer, dispenser, transporter ou introduire dans l'État une substance dangereuse contrôlée).
 OUI NON Si oui, qui ? _____
 - b. Un délit de trafic de drogue en grande quantité le ou après le 22 août 1996 ?
(Trafiquant de quantités - Un individu qui fabrique, distribue, dispense ou possède certaines quantités d'une substance dangereuse contrôlée).
 OUI NON Si oui, qui ? _____
2. Est-ce qu'un membre de votre foyer a été condamné après le 7 février 2014 pour abus sexuel aggravé, meurtre, exploitation sexuelle et autres abus sur des enfants, agression sexuelle telle que définie dans la loi sur la violence contre les femmes de 1994, ou dans une loi d'État similaire, **et n'a pas respecté les conditions de sa peine ?**
 OUI NON Si oui, qui ? _____
3. Est-ce qu'un membre de votre foyer viole actuellement les règles de la liberté conditionnelle ou de la probation, ou fuit la police ou les tribunaux ?
 OUI NON Si oui, qui ? _____
4. Est-ce qu'un membre de votre ménage a été condamné depuis le 22 août 1996 par un tribunal fédéral ou d'État pour avoir dissimulé son lieu de résidence ou son identité afin de recevoir des prestations SNAP ou une assistance en espèces de plus d'un endroit au cours du même mois ?
 OUI NON Si oui, qui ? _____
5. Est-ce qu'un tribunal a condamné un membre de votre ménage pour avoir échangé ou trafiqué des prestations SNAP d'un montant égal ou supérieur à 500 dollars ?
 OUI NON Si oui, qui ? _____
6. Est-ce qu'un membre de votre ménage reçoit des prestations sous une autre identité ou en tant que membre d'un autre ménage ou dans un autre État ?
 OUI NON Si oui, qui ? _____

Droits des clients

Conformément aux lois fédérales sur les droits civils et aux réglementations et politiques du département américain de l'agriculture (USDA) en matière de droits civils, l'USDA, ses agences, bureaux et employés, ainsi que les institutions participant aux programmes de l'USDA ou les administrant, ne peuvent pratiquer de discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour des activités antérieures liées aux droits civils dans le cadre de tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA. Les programmes qui reçoivent une assistance financière fédérale du département américain de la santé et des services sociaux (HHS), tels que l'assistance temporaire aux familles nécessiteuses (TANF), et les programmes gérés directement par le HHS sont également interdits de discrimination en vertu des lois fédérales sur les droits civils et des réglementations du HHS.

Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations relatives au programme (par exemple, le braille, les gros caractères, les bandes sonores, la langue des signes américaine) doivent contacter l'agence (locale ou d'État) où elles ont déposé leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du service de relais fédéral au (800) 877-8339. En outre, des informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais.

L'USDA fournit une assistance financière fédérale pour de nombreux programmes de sécurité alimentaire et de réduction de la faim tels que le programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), le programme de distribution alimentaire dans les réserves indiennes (FDPIR) et d'autres. Pour déposer une plainte pour discrimination, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination (AD-3027) disponible en ligne à l'adresse suivante : <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf> et dans tous les bureaux de l'USDA ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et indiquez-y toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou votre lettre dûment rempli à l'USDA par courrier : Service de l'alimentation et de la nutrition, USDA, 1320 Braddock Place, Salle 334, Alexandria, VA 22314 ; ou par fax : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou par téléphone : (833) 620-1071 ; ou par courriel : FNCSIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Pour toute autre information concernant le SNAP, les personnes doivent soit appeler le numéro d'assistance téléphonique SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également disponible en espagnol, soit appeler les [numéros d'information ou d'assistance téléphonique de l'État](#) (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros d'assistance téléphonique par État) ; disponibles en ligne à l'adresse suivante : [Ligne d'assistance téléphonique SNAP](#)

Le HHS fournit une assistance financière fédérale à de nombreux programmes visant à améliorer la santé et le bien-être, notamment TANF, Head Start, le programme d'assistance énergétique pour les ménages à faible revenu (LIHEAP), etc. Si vous considérez avoir été victime de discrimination en raison de votre race, de votre couleur, de votre origine nationale, de votre handicap, de votre âge, de votre sexe (y compris la grossesse, l'orientation sexuelle et l'identité de genre) ou de votre religion dans le cadre de programmes ou d'activités gérés directement par le HHS ou pour lesquels le HHS fournit une assistance financière fédérale, vous pouvez déposer une plainte auprès du bureau des droits civils (OCR) pour vous-même ou pour quelqu'un d'autre

Pour déposer une plainte pour discrimination pour vous-même ou quelqu'un d'autre concernant un programme bénéficiant d'une assistance financière fédérale par l'intermédiaire du HHS, remplissez le formulaire en ligne sur le portail de plaintes de l'OCR à l'adresse suivante : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/>. Vous pouvez également contacter l'OCR par courrier à l'adresse suivante : Opérations centralisées de gestion des cas, Département américain de la santé et des services sociaux, 200 Independence Avenue, S.W., Salle 509F Bâtiment HHH, Washington, D.C. 20201 ; fax : (202) 619-3818 ; ou courriel : OCRmail@hhs.gov. Les personnes qui ont besoin d'aide pour déposer une plainte en matière de droits civils peuvent envoyer un courriel à l'OCR à l'adresse OCRMail@hhs.gov ou appeler l'OCR gratuitement au 1-800-368-1019, ATS 1-800-537-7697. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution peuvent composer le 7-1-1 pour accéder aux services de relais de télécommunications.

Cette institution garantit l'égalité des chances.

