



# Demande de prestations

**VOUS DEVEZ APPORTER EN PERSONNE, PAR FAX OU PAR COURRIEL LA DEMANDE DÛMENT REMPLIE AU BUREAU DE VOTRE COMTÉ OU LOCALITÉ.**

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce document ou pour communiquer avec nous, demandez-nous ou appelez au 1-877-423-4746. Nos services, y compris les interprètes, sont gratuits. Si vous êtes malentendant, sourd et aveugle ou si vous avez des difficultés à parler, vous pouvez nous appeler au numéro ci-dessus en composant le 711 (Georgia Relay).

## Quels services offrons-nous à la Division des services à la famille et à l'enfance (DFCS)?

Le DFCS offre les services suivants :



### Assistance alimentaire

Les bons alimentaires sont des prestations que vous pouvez utiliser pour acheter de la nourriture dans n'importe quel magasin qui porte le signe EBT/Quest. Nous soustrayons le prix de votre achat de nourriture de votre compte de Bons alimentaires.



### Secours en argent/services de soutien à l'emploi

L'assistance temporaire aux familles dans le besoin (TANF) fournit une aide en espèces aux familles ayant des enfants à charge pour une durée limitée. Les parents ou les gardiens qui sont inclus dans la subvention sont tenus de participer à un programme de travail. Le programme de secours en argent fournit également une aide financière aux ménages de réfugiés qui ne sont pas éligibles au programme TANF.

- **Le programme Grandparents Raising Grandchildren (GRG)** fournira le soutien nécessaire pour que les enfants puissent être pris en charge dans les maisons de leurs grands-parents.



### Soutien médical

Medicaid, pour ceux qui y ont droit, peut aider à payer les factures médicales, les visites chez le médecin et les primes de Medicare.

## Foire aux questions

### Combien de temps faut-il pour obtenir des prestations?

|                     |                  |
|---------------------|------------------|
| Bons alimentaires : | jusqu'à 30 jours |
| TANF :              | jusqu'à 45 jours |
| Medicaid :          | 10 à 60 jours    |

Vous pourrez peut-être obtenir des bons alimentaires dans les 7 jours si vous remplissez les conditions requises. Voir la page 5.

### Combien vais-je recevoir?

Vos revenus, vos ressources et la taille de votre famille déterminent le montant des prestations. Nous serons en mesure de vous donner des informations spécifiques une fois que nous aurons déterminé votre admissibilité.

### Comment vais-je obtenir mes prestations?

Pour les bons alimentaires, vous recevrez une carte de transfert électronique de prestations (Electronic Benefit Transfer, EBT) pour accéder à vos prestations. Pour le TANF, vous obtiendrez une carte EPPIC Debit Master pour accéder à vos prestations. Pour Medicaid, vous recevrez une carte Medicaid pour chaque membre éligible.



# Demande de prestations

## Quelles informations devrai-je fournir?

Vous devriez fournir ce qui suit :

- Preuve d'identité du demandeur si celui-ci demande des bons alimentaires et/ou du TANF. Preuve d'identité pour tous si vous demandez l'assistance médicale. Une carte d'identité (ID) ou un permis de conduire (driver's license, DL) est une forme de vérification acceptable.
- Preuve de la citoyenneté américaine/du statut d'immigrant qualifié pour toute personne demandant des prestations. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence, vous n'êtes pas tenu de fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigration.
- Les numéros de sécurité sociale de toutes les personnes qui demandent de l'aide.
- Preuves de revenu, *par exemple*, talons de paie, pensions alimentaires pour enfants et lettres d'attribution de revenus.
- Preuve des dépenses comme les reçus de garde d'enfants, les factures médicales, les frais de transport médical, les frais de loyer ou hypothèque et les paiements de pension alimentaire pour enfants.

Vous aurez le temps de renvoyer toute information à notre bureau. Si vous avez besoin d'aide pour obtenir ces informations, n'hésitez pas à nous le faire savoir.

## Comment utilisons-nous les informations personnelles du demandeur?

Il suffit de fournir le numéro de sécurité sociale (SSN) et le statut de citoyenneté ou d'immigration pour les personnes qui veulent demander des prestations. Ces informations seront utilisées pour vérifier le système de vérification des revenus et de l'éligibilité (IEVS). Nous comparerons également vos informations à celles d'autres agences fédérales, de l'état et locales afin de vérifier vos revenus et votre éligibilité, de suivre les informations sur les salaires et la participation à des activités professionnelles. Si un membre du ménage ne veut pas nous donner d'informations sur son SSN, sa citoyenneté ou son statut d'immigrant, les autres membres du ménage peuvent quand même recevoir des prestations. Si vous demandez uniquement des services médicaux d'urgence, vous n'êtes pas tenu de fournir votre SSN ou des informations sur votre statut d'immigration.

## Quelqu'un peut-il faire une demande pour moi?

Pour les bons alimentaires et Medicaid, vous pouvez demander à quelqu'un de faire une demande pour vous. Pour le TANF, tout le monde peut faire une demande, mais le parent ou le gardien doit passer un entretien.

## Services de proximité

Pour plus d'informations sur les autres services du DHS, veuillez consulter notre site web à l'adresse suivante :

<http://dfcs.georgia.gov> ou appelez au 1-877-423-4746.

## Comment faire une demande de

## prestations?

### Étape 1. Remplissez la demande.

Lisez attentivement les questions et donnez des informations précises. Signez et datez la demande.

### Étape 2. Remettez la demande à votre bureau local.

Vous devrez détacher les pages 1, 12-13 et les garder pour vous.

**Envoyez, faxez ou apportez les pages 2 à 11 de cette demande à votre bureau local de la Division des services à la famille et à l'enfance (DFCS). Vous pouvez trouver votre bureau local à l'adresse suivante <http://dfcs.georgia.gov/locations> .**

Si vous ou la personne pour laquelle vous faites une demande avez droit à des prestations, les prestations des bons alimentaires seront fournies à partir de la date de réception de la demande avec votre nom, votre adresse et votre signature. Les prestations du TANF seront fournies à partir de la date d'approbation de la demande.

Si vous faites une demande de bons alimentaires, de TANF et/ou de Medicaid, vous pouvez déposer une demande de prestations avec seulement votre nom, votre adresse et votre signature. Toutefois, il peut nous aider à traiter votre demande plus rapidement si vous remplissez le formulaire dans son intégralité. Vous pouvez utiliser ce formulaire pour déposer une demande conjointe pour plus d'un programme ou pour le programme de bons alimentaires (Food Stamps, FS) uniquement. Votre demande de FS ne sera pas refusée au seul motif que votre demande pour un autre programme a été rejetée. Nous procéderons à une détermination d'admissibilité distincte pour votre demande de FS. Si vous êtes dans une institution et que vous faites une demande de bons alimentaires et de SSI en même temps, la date de dépôt de votre demande est la date à laquelle vous êtes libéré de l'institution.

### Étape 3. Parlez avec nous.

Vous devrez peut-être passer un entretien avec un travailleur. Si tel est le cas, nous vous donnerons un rendez-vous. Cet entretien peut être réalisé par téléphone.





# Demande de prestations

**(Remplissez cette demande et renvoyez-la à votre bureau local du DFCS).**

**Ce que je demande : (Cochez tout ce qui s'applique)**

- Bons alimentaires (Supplemental Nutrition Assistance Program (SNAP))**  
Le programme d'aide complémentaire à la nutrition (SNAP), anciennement connu sous le nom de « Food Stamps », bons alimentaires, est un programme financé par le gouvernement fédéral qui fournit des prestations mensuelles aux ménages à faible revenu pour les aider à payer le coût de la nourriture.  
Le programme fournit également une éducation nutritionnelle aux familles afin de répondre à leurs besoins alimentaires et nutritionnels, ainsi que des possibilités d'emploi et de formation pour aider les familles à obtenir un emploi qui les rend moins dépendantes du SNAP.
  
- Assistance temporaire aux familles dans le besoin (TANF)**  
L'assistance temporaire aux familles dans le besoin (TANF) fournit des versements mensuels temporaires en espèces, des versements uniques en espèces ou d'autres services de soutien, afin de renforcer les familles avec enfants éligibles. Si vous êtes le parent de l'enfant ou le gardien qui souhaite être inclus dans la bourse, nous vous demanderons de participer à un programme de travail.
  
- Le programme Grandparents Raising Grandchildren (GRG)**  
Le programme « Grandparents Raising Grandchildren » (GRG) fournira des paiements supplémentaires en espèces afin que les enfants puissent être pris en charge dans les maisons de leurs grands-parents.  
**Les demandeurs doivent faire une demande au TANF pour être éligible à GRG.**
  
- Secours en argent pour réfugiés**  
Le programme de secours en argent pour réfugiés fournit une aide financière aux ménages de réfugiés qui ne sont pas éligibles au programme TANF. Le terme de réfugié comprend les réfugiés, les Cubains et Haïtiens entrants, les victimes de la traite des êtres humains, les Amérindiens et les mineurs réfugiés non accompagnés.
  
- Medicaid**  
Medicaid offre une couverture médicale aux personnes âgées, aux adultes aveugles ou handicapés, aux femmes enceintes, aux enfants et aux familles. Lorsque vous ferez votre demande, nous examinerons tous les programmes Medicaid et déciderons lesquels vous pourrez bénéficier.

**Veillez remplir le tableau ci-dessous concernant le demandeur.**

|  |          |  |                                   |
|--|----------|--|-----------------------------------|
| Prénom   | Initiale | Nom de famille   | Suffixe                           |
| Adresse de la rue où vous habitez                  |          | App.   |                                   |
| Ville  | État     | Code postal  |                                   |
| Adresse postale (si différente)                    |          |  |                                   |
| Numéro de téléphone principal                      |          | Autre numéro de contact  | Adresse électronique (facultatif) |
| Communication par email Oui___ Non___ (facultatif) |          | Message texte : Oui___ ou Non___ (facultatif)                                    |                                   |
| Quelle est votre langue de préférence?             |          | Si un entretien est nécessaire, aurez-vous besoin d'un interprète? Oui___ ou Non |                                   |

**Americans with Disabilities Act : Demander une modification raisonnable ou un soutien à la communication (les cas échéant) :**

**Avez-vous un handicap qui nécessitera une modification raisonnable ou un soutien à la communication?**  
**Oui\_\_\_ Non\_\_\_ (Si oui, veuillez décrire la modification raisonnable ou le soutien à la communication que vous demandez) :**

Interprète en langue des signes \_\_\_; ATS \_\_\_; Gros caractères \_\_\_; Communication électronique (courrier électronique) \_\_\_; Braille \_\_\_; Relais vidéo \_\_\_; Interprète de discours en différé \_\_\_; Interprète oral \_\_\_; Interprète tactile \_\_\_;



# Demande de prestations

Rappel par téléphone des dates limites du programme \_\_\_; Signature téléphonique (le cas échéant) \_\_\_; Entretien en face à face (visite à domicile) \_\_\_; Autre: \_\_\_\_\_

**Avez-vous besoin de ce soutien à la modification raisonnable ou à la communication, une fois \_\_\_ ou en continu \_\_\_? Si possible, expliquez brièvement quand et combien de temps vous avez besoin de cette modification ou de ce soutien?** \_\_\_\_\_

Je déclare sous peine de parjure, au mieux de mes connaissances et de mes convictions, que la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie en outre que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, vrais et exacts. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les renseignements que je donne sur cette demande. Les renseignements peuvent être obtenus auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation à des activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences des programmes de Timbres alimentaires/Medicaid et/ou TANF. Je signalerai également si un membre de mon ménage reçoit des gains de loterie ou de jeu, d'un montant brut de 3 500 \$ ou plus (avant que les impôts ou autres montants ne soient retenus). Je déclarerai ces gains dans les dix jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage les a reçus. Je comprends que si un renseignement est incorrect, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu(e) des programmes du DHS-DFCS pour avoir sciemment fourni des renseignements incorrects. Je comprends que je peux être poursuivi(e) si je fournis de faux renseignements ou si je cache des renseignements. Je comprends que si je n'informe pas le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses lors de mon entretien de candidature ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations de bons alimentaires.

\_\_\_\_\_  
**Signature**

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

\_\_\_\_\_  
**Signature du témoin si elle est signée par « X »**

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

## Représentant autorisé :

Ne remplissez cette section que si vous souhaitez que quelqu'un remplisse votre candidature, termine votre entretien et/ou utilise votre carte EBT pour acheter de la nourriture lorsque vous ne pouvez pas vous rendre au magasin. Si vous demandez à bénéficier de Medicaid, vous pouvez choisir plus d'une personne pour demander une assistance médicale en votre nom.

**Nom 1 :** \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_  
**Ville :** \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
**Langue de préférence :** \_\_\_\_\_ Avez-vous besoin d'un interprète? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

**Nom 2 :** \_\_\_\_\_ Téléphone : \_\_\_\_\_  
**Adresse :** \_\_\_\_\_ App. : \_\_\_\_\_  
**Ville :** \_\_\_\_\_ État : \_\_\_\_\_ Code postal : \_\_\_\_\_  
**Langue de préférence :** \_\_\_\_\_ Avez-vous besoin d'un interprète? Oui \_\_\_ Non \_\_\_

**Pour Medicaid, voulez-vous que cette personne ait une copie de votre carte Medicaid?**  Oui  Non







# Demande de prestations

## Dites-nous en plus sur le demandeur et sur tous les membres du ménage

Nous avons besoin de plus d'informations sur le demandeur et sur tous les membres du ménage afin de décider qui a droit aux prestations. Veuillez répondre uniquement aux questions concernant les prestations que vous souhaitez recevoir sur la page ci-dessous.

1. Quelqu'un a-t-il reçu des prestations dans un autre comté ou état?  Oui  Non.

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

2. Quelqu'un a-t-il été condamné pour avoir donné de fausses informations sur son lieu de résidence et son identité afin d'obtenir des prestations FS multiples dans plus d'une région après le 22/08/1996? (Pour les bons alimentaires seulement)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

3. Un membre de votre ménage a-t-il volontairement quitté un emploi ou réduit ses heures de travail à moins de 30 heures par semaine dans les 30 jours suivant la date de la demande? (Pour bons alimentaires et TANF seulement)

Oui  Non

Si oui, qui a démissionné? \_\_\_\_\_

Pourquoi a-t-il/elle démissionné? \_\_\_\_\_

4. Est-ce que quelqu'un est enceinte? \*Veuillez fournir une preuve de grossesse si elle est disponible.

Qui : \_\_\_\_\_

Oui  Non

Date de l'accouchement : \_\_\_\_\_

(Cette question ne s'applique pas aux demandeurs de bons alimentaires seulement)

5. Pour Medicaid, quelqu'un a-t-il des factures médicales impayées depuis 3 mois?  Oui  Non

(Cette question ne s'applique pas aux demandeurs de bons alimentaires ou de TANF seulement)

6. Quelqu'un est-il disqualifié du programme de bons alimentaires ou du programme TANF?

Si oui :

Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_

Où : \_\_\_\_\_

7. Quelqu'un essaie-t-il d'éviter les poursuites ou la prison pour un crime? (Bons alimentaires et TANF seulement)

Si oui, qui : \_\_\_\_\_

Oui  Non

8. Quelqu'un viole-t-il les conditions de sa mise à l'épreuve ou de sa libération conditionnelle?

(Pour bons alimentaires et TANF seulement)

Oui  Non

Si oui, qui : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

9. Quelqu'un a-t-il été condamné pour un crime en raison d'un comportement lié à la possession, l'utilisation ou la distribution d'une substance médicamenteuse contrôlée (c'est-à-dire un criminel de la drogue) après le 22/8/1996 (pour bons alimentaires et TANF seulement) ou pour un crime violent (TANF seulement)?

Si oui :  Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

a) Respectez-vous les conditions de mise à l'épreuve liées à une condamnation pour crime lié à la drogue? (Pour les bons alimentaires et TANF seulement)  Oui  Non

b) Respectez-vous les conditions de la libération conditionnelle liées à une condamnation pour crime lié à la drogue? ( Pour les bons alimentaires et TANF seulement)  Oui  Non

c) Avez-vous complété avec succès **toutes les conditions de mise à l'épreuve ou de libération conditionnelle** liées à toute condamnation liée à la drogue?(Bons alimentaires et TANF seulement)  Oui  Non

10. Avez-vous, ou l'un des membres de votre foyer, été condamné pour avoir échangé des bons alimentaires contre des médicaments après le 22/08/96? (Pour bons alimentaires seulement)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

11. Avez-vous, ou un membre de votre ménage, été condamné pour avoir acheté ou vendu des bons alimentaires de plus de 500 \$ après le 22/08/1996? (Pour bons alimentaires seulement)

Si oui :  Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

12. Avez-vous, ou un membre de votre famille, été condamné pour avoir échangé des bons alimentaires contre des armes, des munitions ou des explosifs après le 22/08/96? (Pour bons alimentaires seulement)

Si oui :  Oui  Non

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

13. Avez-vous, ou l'un des membres de votre ménage, reçu des gains de loterie ou de jeu? (Pour bons alimentaires seulement)  Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_

Montant reçu : \_\_\_\_\_

14. Quelqu'un a-t-il utilisé des fonds du TANF ou la carte EPPIC dans les établissements suivants : magasins d'alcool, casinos, salles de poker, entreprises de divertissement pour adultes, caisses de cautionnement, boîtes de nuit, salons/tavernes, salles de bingo, pistes de course, magasins d'armes/de munitions, bateaux de croisière, lecteurs psychiques, fumeries, salons de tatouage/de piercing et salons de spa/massage? (Pour TANF seulement)

Oui  Non

Si oui :

Qui : \_\_\_\_\_

Quand : \_\_\_\_\_



# Demande de prestations

## Parlez-nous des revenus du demandeur et de tous les membres du ménage

**Est-ce que vous ou la personne pour laquelle vous faites une demande percevez un revenu quelconque tel que :** salaire, pourboires, primes, travail indépendant, sécurité sociale/retraite ferroviaire, autre handicap, revenu de VA, pensions, chômage, pension alimentaire, argent d'autrui, indemnisation des accidents du travail ou tout autre revenu? Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

| Nom du membre du ménage avec revenu | Type de revenu | Nom de l'employeur /Source de revenu | Montant mensuel (Avant déductions) | Fréquence du salaire (mensuelle, bihebdomadaire, hebdomadaire) | Paie par heure | Heures par semaine | DATE(S) PAYÉS |
|-------------------------------------|----------------|--------------------------------------|------------------------------------|--|----------------|--------------------|---------------|
|                                     |                |                                      |                                    |  |                |                    |               |
|                                     |                |                                      |                                    |  |                |                    |               |
|                                     |                |                                      |                                    |  |                |                    |               |
|                                     |                |                                      |                                    |  |                |                    |               |
|                                     |                |                                      |                                    |  |                |                    |               |

## Parlez-nous des dépenses du demandeur et de tous les membres du ménage

**Payez-vous pour la garde d'un enfant à charge ou d'un adulte handicapé membre du ménage?** Oui  Non  Si oui, complétez le tableau ci-dessous. (Pour les bons alimentaires, fournir une preuve si le montant est supérieur à 200 \$ par mois)

| Personne qui a besoin de soins | Personne qui paie les soins | Motif de la prise des soins | Nom et numéro du fournisseur | Montant payé au fournisseur | Fréquence du paiement |
|--------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-----------------------------|-----------------------|
|                                |                             |                             |                              |                             |                       |
|                                |                             |                             |                              |                             |                       |

**Payez-vous pour les frais de transport d'un enfant à charge ou d'un adulte handicapé membre du ménage ?** Oui  Non

Ces dépenses sont-elles incluses dans les frais de garde des personnes à charge? Oui  Non

Si non, veuillez répondre à cette question : **Nombre total de miles parcourus par semaine :** \_\_\_\_\_

**Toute personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a-t-elle des frais médicaux?** Oui  Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

| Membre du ménage qui a des dépenses | Type de dépense (visites chez le médecin, visites à l'hôpital, prescriptions, primes de l'assurance maladie ou de l'assurance santé, lunettes) | Montant dû | Vous avez encore des dettes? Oui/Non | Date de paiement | L'assurance va-t-elle payer? Oui/Non |
|-------------------------------------|--|------------|--------------------------------------|------------------|--------------------------------------|
|                                     |  |            |                                      |                  |                                      |
|                                     |  |            |                                      |                  |                                      |
|                                     |  |            |                                      |                  |                                      |

**Toute personne âgée de 60 ans ou plus ou handicapée a-t-elle des frais médicaux pour le transport?** Oui  Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

| But du voyage (visite chez le médecin ou à l'hôpital; ramassage à la | Nombre total de kilomètres parcourus : | Coût du taxi, du bus, du parking ou de |
|--|--|--|
|  |  |  |
|  |  |  |



# Demande de prestations

## Parlez-nous plus des dépenses du demandeur et de tous les membres du ménage

Un membre du ménage verse-t-il une pension alimentaire à une personne vivant en dehors du foyer? Oui  Non   
Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

| Membre du ménage obligé de payer | Nom de l'enfant pour lequel la pension alimentaire est versée | Montant obligatoire à payer | Montant réel payé | À qui est versée la pension alimentaire pour enfants? |
|----------------------------------|---|-----------------------------|-------------------|---|
|                                  |   |                             |                   |   |
|                                  |   |                             |                   |   |

Est-ce que vous ou un membre de votre ménage avez des frais de logement et de services publics? Oui  Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous.

| Dépense             | Montant | À quelle fréquence? | Qui a payé? |
|---------------------|---------|---------------------|-------------|
| Loyer/Hypothèque    |         |                     |             |
| Taxes foncières     |         |                     |             |
| Assurance des biens |         |                     |             |
| Électricité         |         |                     |             |
| Gaz                 |         |                     |             |
| Poubelles           |         |                     |             |
| Téléphone           |         |                     |             |
| Autre               |         |                     |             |

Partagez-vous les dépenses mensuelles du ménage avec quelqu'un du foyer? Oui  Non

Si oui, qui ? \_\_\_\_\_

Commentaires/Documentation \_\_\_\_\_

Payé à qui \_\_\_\_\_ Montant payé \$ \_\_\_\_\_ par \_\_\_\_\_

Nom du propriétaire : \_\_\_\_\_

Adresse du propriétaire : \_\_\_\_\_

Quelqu'un d'autre paie-t-il l'une de ces factures à votre place? Oui  Non

Si oui, complétez le tableau ci-dessous :

|                           |  |
|---------------------------|--|
| Qui paie la facture?      | Quelles sont les factures payées?              |
| Quel est le montant payé? | À qui cette personne paie-t-elle les factures? |



# Demande de prestations

## Bons alimentaires (SNAP) Pénalités du programme

Vous pouvez perdre vos prestations ou faire l'objet de poursuites pénales pour avoir sciemment fourni de fausses informations.

- Ne donnez pas de fausses informations et ne cachez pas d'informations pour obtenir des prestations que votre ménage ne devrait pas recevoir.
- N'utilisez pas de bons alimentaires ou de cartes EBT qui ne vous appartiennent pas et ne laissez pas quelqu'un d'autre utiliser les vôtres.
- N'utilisez pas les bons alimentaires pour acheter des produits non alimentaires tels que de l'alcool ou des cigarettes ou pour payer par carte de crédit.
- Ne pas échanger ou vendre des bons alimentaires ou des cartes EBT contre des articles illégaux, tels que des armes à feu, des munitions ou des substances contrôlées (drogues illégales).

**Tout membre d'un ménage qui enfreint délibérément l'une des règles du programme de bons d'alimentation peut être exclu du programme de bons alimentaires pour une période allant d'un an à de façon permanente, être condamné à une amende allant jusqu'à 250 000 dollars, à une peine de prison allant jusqu'à 20 ans ou aux deux. Il ou elle peut également faire l'objet de poursuites en vertu d'autres lois fédérales et de l'état applicables. Elle peut également être exclue du programme de bons alimentaires pour une période supplémentaire de 18 mois si le tribunal l'ordonne.**

**Tout membre du ménage qui enfreint intentionnellement les règles ne peut obtenir de bons alimentaires pendant un an pour le premier délit, deux ans pour le deuxième délit et de façon permanente pour le troisième délit.**

**Si un tribunal vous déclare coupable, vous ou un membre de votre ménage, d'avoir utilisé ou reçu des bons alimentaires dans une transaction impliquant la vente d'une substance réglementée, vous ou ce membre de votre ménage n'aurez pas droit aux prestations pendant deux ans pour la première infraction, et de façon permanente pour la seconde infraction.**

**Si un tribunal vous déclare coupable, vous ou un membre de votre foyer, d'avoir utilisé ou reçu des prestations dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs, vous ou ce membre de votre foyer serez définitivement inéligible au programme de bons d'alimentation dès la première infraction.**

**Si un tribunal vous déclare coupable, vous ou un membre de votre foyer, d'avoir fait l'objet d'un trafic de prestations pour un montant total de 500 \$ ou plus, vous ou ce membre de votre foyer serez définitivement inéligible au programme de bons alimentaires dès le premier délit de cette infraction.**

**S'il s'avère que vous ou un membre de votre ménage avez fait une déclaration ou une représentation frauduleuse concernant votre identité (qui vous êtes) ou votre lieu de résidence (où vous vivez) afin de recevoir plusieurs bons alimentaires, vous ou ce membre de votre ménage ne pourrez pas participer au programme de bons alimentaires pendant une période de 10 ans.**

## Pénalités du programme TANF

Dans le programme TANF, une IPV (violation intentionnelle du programme) est une action intentionnelle d'un individu pour établir ou maintenir l'éligibilité d'une unité d'assistance (AU), ou pour augmenter ou empêcher une diminution des prestations de l'AU, en fournissant des informations fausses ou trompeuses ou en retenant des informations.

- Tout membre du ménage qui cache des informations et ne signale pas les changements à temps ou ne dit pas la vérité perdra les prestations du TANF pendant six mois pour la première infraction, douze mois pour la deuxième infraction et de façon permanente pour la troisième infraction. L'utilisation abusive des fonds de secours en argent ou de la carte TANF DEBIT pour retirer des espèces ou effectuer des transactions dans les casinos, les magasins d'alcool, les établissements de divertissement pour adultes « clubs de strip-tease », les salles de poker, les cautions, les boîtes de nuit/salons/tavernes, les salles de bingo, les hippodromes, les établissements de jeux, Les magasins d'armes et de munitions, les bateaux de croisière, les lecteurs psychiques, les bureaux de fumeurs, les salons de tatouage et de piercing et les salons de spa/massage sont strictement interdits et entraîneront la perte des prestations du TANF pendant six mois pour la première violation, douze mois pour la deuxième violation et de façon permanente pour la troisième violation.
- Si un tribunal constate que vous ou un membre de votre foyer cachez des informations ou que vous ne signalez pas les changements à temps ou que vous ne dites pas la vérité et que vous êtes condamné, vous ne pouvez pas obtenir le TANF pendant 6 mois pour la première infraction, 12 mois pour la deuxième infraction et de façon permanente pour la troisième infraction.
- Si un tribunal vous déclare coupable, vous ou un membre de votre ménage, d'avoir donné de faux renseignements sur votre lieu de résidence afin de pouvoir bénéficier de prestations dans plusieurs états, vous serez frappé d'une interdiction d'exercer pendant 10 ans.
- Si un tribunal vous condamne pour une substance contrôlée liée à la drogue ou pour un crime violent grave, à partir du 1/1/97, vous ou le membre de votre foyer ne serez pas éligible et/ou définitivement disqualifié.



# Demande de prestations

## Pour tous les demandeurs de bons alimentaires, de TANF et de Medicaid :

Je déclare sous peine de parjure, au mieux de mes connaissances et de mes convictions, que la ou les personnes pour lesquelles je demande des prestations sont des citoyens américains ou des non-citoyens légalement présents aux États-Unis. Je certifie en outre que tous les renseignements fournis dans la présente demande sont, à ma connaissance, vrais et exacts. Je comprends et accepte que le DHS-DFCS, le DCH et les agences fédérales autorisées puissent vérifier les renseignements que je donne sur cette demande. Les renseignements peuvent être obtenus auprès d'employeurs passés ou présents. Je comprends que mes informations seront utilisées pour suivre les informations sur les salaires et ma participation à des activités professionnelles.

Je signalerai tout changement de ma situation conformément aux exigences des programmes de Timbres alimentaires/Medicaid et/ou TANF. Je signalerai également si un membre de mon ménage reçoit des gains de loterie ou de jeu, d'un montant brut de 3 500 \$ ou plus (avant que les impôts ou autres montants ne soient retenus). Je déclarerai ces gains dans les dix jours suivant la fin du mois au cours duquel mon ménage les a reçus. Je comprends que si un renseignement est incorrect, mes prestations peuvent être réduites ou refusées, et que je peux faire l'objet de poursuites pénales ou être exclu(e) des programmes du DHS-DFCS pour avoir sciemment fourni des renseignements incorrects. Je comprends que je peux être poursuivi(e) si je fournis de faux renseignements ou si je cache des renseignements. Je comprends que si je n'informe pas le DHS-DFCS de certaines de mes dépenses lors de mon entretien de candidature ou de renouvellement et/ou si je ne les vérifie pas, le DHS-DFCS ne tiendra pas compte de ces dépenses dans le calcul du montant de mes prestations de bons alimentaires.

\_\_\_\_\_  
Signature du demandeur

\_\_\_\_\_  
Date

\_\_\_\_\_  
Signature du représentant autorisé

\_\_\_\_\_  
Date

## INFORMATIONS SUR L'INSCRIPTION DES ÉLECTEURS

Si vous n'êtes pas inscrit pour voter là où vous vivez actuellement, souhaitez-vous demander à vous inscrire pour voter ici aujourd'hui ?

\_\_\_\_\_ Oui

\_\_\_\_\_ Non

\_\_\_\_\_ Je ne veux pas répondre à la question sur l'inscription des électeurs

Le fait de présenter une demande d'inscription ou de refuser de s'inscrire pour voter n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide qui vous sera fournie par cette agence.

Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire de demande d'inscription sur les listes électorales, nous vous aiderons. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire de demande en privé.

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire pour voter, votre droit à la vie privée pour décider de vous inscrire ou de demander à vous inscrire pour voter, ou votre droit de choisir votre propre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du secrétaire d'état à l'adresse suivante :

2 Martin Luther King Jr. Drive, Suite 802, West Tower, Atlanta, GA 30334  
ou en appelant au 404-656-2871.

**SI VOUS NE COCHEZ AUCUNE CASE, VOUS SEREZ CONSIDÉRÉ COMME AYANT DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE POUR VOTER À CE MOMENT.**



# Demande de prestations

Une copie de la demande d'inscription des électeurs de Géorgie est jointe aux formulaires de demande, de renouvellement et de changement d'adresse du DFCS. Vous pouvez également faire une demande d'inscription sur les listes électorales à votre assistant social. Si vous remplissez une demande d'inscription des électeurs, soumettez-la au bureau du secrétaire d'état de la Géorgie en suivant les instructions fournies sur la demande d'inscription des électeurs.

## (Conservez ces documents pour votre information)

### Que signifient les mots utilisés dans cette demande?

Ce tableau explique les mots que nous avons utilisés dans cette demande.

|   |  |
|---|--|
| <b>Demandeur</b>  | Une personne qui choisit de demander ou de recevoir une aide ou des prestations publiques.   |
| <b>Non demandeur</b>  | Une personne qui ne demande pas ou ne reçoit pas d'aide ou de prestations publiques; les non demandeurs ne sont pas tenus de fournir un SSN, un statut de citoyenneté ou d'immigration.  |
| <b>Unité d'assistance (AU)</b>  | Une unité d'assistance comprend les personnes <i>éligibles</i> qui vivent ensemble et reçoivent une assistance/des prestations publiques.  |
| <b>Gardien</b>  | Un parent, un proche ou un tuteur légal qui demande et reçoit le TANF avec les enfants dont il a la charge.  |
| <b>Parent du bénéficiaire</b>   | Un parent, un proche ou un tuteur légal qui demande et reçoit le TANF en son nom au nom des enfants.   |
| <b>Disqualification</b>   | L'action entreprise pour retirer un individu d'un cas de bons alimentaires ou de TANF parce qu'il n'a pas dit la vérité et a reçu des prestations qu'il n'aurait pas dû recevoir.  |
| <b>Transfert électronique de prestations</b>                          | Le système utilisé en Géorgie pour verser des prestations aux personnes qui ont droit aux bons alimentaires (SNAP). Les personnes qui reçoivent de l'aide reçoivent une carte de débit EBT, qui est utilisée pour accéder à leur compte de bons alimentaires.  |
| <b>Carte de débit EPPICard MasterCard</b>                             | Nouvelle carte de débit émise par Xerox pour les personnes recevant un secours en argent en Géorgie. La carte de débit EPPICard MasterCard sera acceptée pour les achats et les retraits d'espèces partout où la carte MasterCard est acceptée.  |
| <b>Membres du ménage</b>  | Les personnes qui vivent dans votre maison. Pour les bons alimentaires (SNAP), des personnes qui vivent ensemble et qui achètent et préparent leurs repas ensemble.  |
| <b>Revenu</b>   | Les paiements tels que les salaires, les traitements, les commissions, les primes, les indemnités pour accident du travail, l'invalidité, la pension, les prestations de retraite, les intérêts, la pension alimentaire pour enfants ou toute autre forme d'argent reçu.   |
| <b>Revenu brut</b>  | Revenu total d'une personne avant prise en compte des impôts ou autres déductions.   |
| <b>Travailleurs agricoles migrants</b>                                | Les personnes qui sont des travailleurs agricoles saisonniers et qui se déplacent d'un domicile à l'autre pour travailler ou chercher du travail agricole.   |
| <b>Ressources</b>   | Espèces, biens ou actifs tels que comptes bancaires, véhicules, actions, obligations et assurance vie.   |
| <b>Travailleurs agricoles saisonniers</b>                             | Les personnes qui travaillent à certaines périodes de l'année à planter, cueillir ou emballer des produits. Ils sont engagés sur une base temporaire lorsqu'un emploi nécessite plus de travailleurs que ceux que l'exploitation agricole emploie régulièrement.   |
| <b>Loi de 2012 sur les allègements fiscaux pour la classe moyenne</b> | Cette loi interdit l'utilisation de fonds secours en argent ou de cartes de débit TANF pour retirer des espèces ou effectuer des transactions dans les casinos, les magasins d'alcool, les établissements de divertissement pour adultes, les salles de poker, les cautions, les boîtes de nuit/salons/tavernes, les salles de bingo, les hippodromes, les établissements de jeux, les magasins d'armes/de munitions, les bateaux de croisière, les lecteurs psychiques, les fumoirs, les salons de tatouage/piercing et les salons de spa/massage. L'utilisation de fonds de secours en argent ou de la carte de débit TANF dans ces entreprises constituera une violation intentionnelle du programme (fraude) de la part du bénéficiaire. |



# Demande de prestations

|  |   |
|--|---|
| <p><b>Trafic dans le cadre du programme SNAP/Bons alimentaires</b></p> | <p>Le <i>trafic</i> dans le cadre du programme SNAP signifie : (1) L'achat, la vente, le vol ou tout autre échange de prestations SNAP délivrées et accessibles par le biais de cartes EBT, de numéros de cartes et de codes NIP ou par bon manuel et signature, contre de l'ARGENT ou une contrepartie autre que des denrées éligibles, soit directement, indirectement, en complicité ou en collusion avec d'autres, soit en agissant seul ; (2) L'échange d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de substances contrôlées ; (3) L'achat d'un produit bénéficiant des prestations du SNAP et dont le contenant exige une consigne, dans le but d'obtenir de l'argent en se débarrassant du produit et en retournant le contenant pour le montant de la consigne, en se débarrassant intentionnellement du produit et en retournant intentionnellement le contenant pour le montant de la consigne ; (4) l'achat d'un produit bénéficiant du programme SNAP dans le but d'obtenir de l'argent ou une contrepartie autre que des denrées alimentaires admissibles en revendant le produit, puis en revendant intentionnellement le produit acheté avec le programme SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des denrées alimentaires admissibles ; (5) l'achat intentionnel de produits initialement achetés avec le programme SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des denrées alimentaires admissibles ; (6) Tenter d'acheter, de vendre, de voler ou d'affecter d'une autre manière un échange de prestations SNAP délivrées et accessibles par le biais de cartes de transfert électronique de prestations (EBT), de numéros de cartes et de numéros</p>  |
| <p><b>Étranger/immigrant qualifié</b></p>                              | <p>Un <i>étranger/immigrant qualifié</i> est une personne qui réside légalement aux États-Unis qui entre dans l'une des catégories suivantes : une personne légalement admise à la résidence permanente (LPR) en vertu de la loi sur l'immigration et la nationalité (INA) ; un immigrant <i>amérasien</i> en vertu de la section 584 de la loi de 1988 sur les opérations étrangères, le financement des exportations et les crédits de programmes connexes; une personne qui se voit accorder l'asile en vertu de la section 208 de l'INA; les <i>réfugiés</i>, admis en vertu de la section 207 de l'INA ; une personne libérée sur parole aux États-Unis en vertu de la section 212(d)(5) de l'INA pendant au moins un an; une personne dont l'<i>expulsion</i> est suspendue en vertu de la section 243(h) de l'INA en vigueur avant le 1er avril 1997, ou de la section 241(b)(3) de l'INA, telle que modifiée; une personne à laquelle est accordée une <i>entrée conditionnelle</i> en vertu de la section 203(a)(7) de l'INA en vigueur avant le 1er avril 1980; les immigrants <i>cubains ou haïtiens</i> tels que définis dans la section 501(e) de la loi de 1980 sur l'aide à l'éducation des réfugiés; les <i>victimes de la traite des êtres humains</i> en vertu de la section 107(b)(1) de la loi de 2000 sur la protection des victimes de la traite des êtres humains; les <i>immigrants battus</i> qui remplissent les conditions énoncées à la section 431 (c) de la loi de 1996 sur la réconciliation des responsabilités personnelles et des opportunités de travail, telle que modifiée; les immigrants <i>afghans ou irakiens</i> auxquels a été accordé le statut d'immigrant spécial en vertu de la section 101(a)(27) de l'INA (sous réserve de conditions précises) ; les <i>Indiens d'Amérique</i> nés au Canada et vivant dans les États-Unis en vertu de l'article 289 de l'INA ou les non-citoyens d'une tribu indienne reconnue au niveau fédéral en vertu de l'article 4(e) de la loi sur l'autodétermination des Indiens et l'aide à l'éducation et les membres de tribus <i>Hmong ou Highland Laotien</i> qui ont prêté assistance au personnel américain en participant à une opération militaire ou de sauvetage pendant l'ère du Vietnam (05/08/1964 - 07/05/1975).</p> |

## **Avis de droits ADA/Section 504**

### **Aide aux personnes handicapées**

Le ministère des services sociaux de Géorgie et le ministère de la santé communautaire de Géorgie (« les ministères ») sont tenus par la loi fédérale\* de donner aux personnes handicapées une chance égale de participer et de se qualifier pour les programmes, services ou activités du ministère. Cela comprend des programmes tels que le SNAP, le TANF et l'assistance médicale.

Les ministères apportent des modifications raisonnables lorsque ces modifications sont nécessaires pour éviter la discrimination fondée sur le handicap. Par exemple, nous pouvons modifier les politiques, les pratiques ou les procédures pour assurer l'égalité d'accès. Pour assurer une communication tout aussi efficace, nous fournissons aux personnes handicapées ou à leurs compagnons handicapés une aide à la communication, par exemple des interprètes en langue des signes. Notre aide est gratuite. Les ministères ne sont pas tenus d'apporter des modifications qui entraîneraient une altération fondamentale de la nature d'un service, d'un programme ou d'une activité ou des charges financières et administratives excessives.

### **Comment demander une modification raisonnable ou un soutien à la communication**

Veillez contacter votre assistant social si vous avez un handicap et avez besoin d'une modification raisonnable, d'un soutien à la communication ou d'une aide supplémentaire. Par exemple, appelez si vous avez besoin de soutien ou d'un service pour communiquer efficacement, comme un interprète en langue des signes. Vous pouvez contacter votre assistant social ou appeler le DFCS au 404-657-3433 ou le DCH au 678-248-7449 pour faire votre demande. Vous pouvez également faire votre demande en utilisant le formulaire ADA de demande de modification raisonnable du DFCS, qui est disponible dans votre bureau local du DFCS ou en ligne à l'adresse <https://dhs.georgia.gov/forms-notice>, ou vous pouvez obtenir le formulaire ADA de demande de modification raisonnable du DCH au bureau de l'équipe Katie Becket du DCH ou en ligne à l'adresse <https://medicaid.georgia.gov/programs/all-programs/tefrakatie-beckett>, mais vous n'êtes pas obligé d'utiliser un formulaire.

### **Comment déposer une plainte**

Vous avez le droit de déposer une plainte si les ministères ont fait preuve de discrimination à votre égard en raison de votre handicap. Par exemple, vous pouvez déposer une plainte pour discrimination si vous avez demandé une modification raisonnable ou un interprète en langue des signes qui vous a été refusé ou auquel on n'a pas donné suite dans un délai raisonnable. Vous pouvez déposer une plainte oralement ou par écrit en contactant votre assistant social, votre bureau local du DFCS ou le coordinateur des droits civils du DFCS, ADA/Section 504, au 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Pour le DCH, contactez le coordinateur du KB TEAM ADA/Section 504 au 5815 Live Oak Pkwy Suite 2-F, Norcross, GA, 30093, 678-248-7449.

Vous pouvez demander à votre assistant social une copie du formulaire de plainte en matière de droits civils du DFCS. Le formulaire de plainte est également disponible à l'adresse suivante <https://dhs.georgia.gov/documents/dfcs-discrimination-complaint-form-0>. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une plainte pour discrimination, vous pouvez contacter le personnel du DFCS dont la liste figure ci-dessus. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent appeler le 711 pour qu'un opérateur les mette en relation avec nous.

Vous pouvez également déposer une plainte pour discrimination auprès de l'agence fédérale compétente. Les coordonnées du ministère américain de l'agriculture (U.S. Department of Agriculture, USDA) et du ministère américain de la santé et des services sociaux (Department of Health and Human Services, HHS) figurent dans la « Déclaration conjointe de non-discrimination USDA-HHS » qui y est incluse.

*\* La section 504 de la loi sur la réadaptation de 1973, la loi sur les Américains handicapés de 1990 et la loi sur les modifications de la loi sur les Américains handicapés de 2008 garantissent que les personnes handicapées ne seront pas victimes de discrimination illégale.*

Sous le **ministère des services à la personne (Department of Human Service, DHS)**, vous pouvez également déposer d'autres plaintes pour discrimination en contactant votre bureau local du DFCS, ou le coordinateur du DFCS pour les droits civils, ADA/Section 504, au 2 Peachtree Street N.W., Ste 19-454, Atlanta, GA, 30303, 404-657-3735. Pour les plaintes alléguant une discrimination fondée sur une maîtrise limitée de l'anglais, contactez le programme de maîtrise limitée de l'anglais et de déficience sensorielle du DHS à l'adresse suivante : Two Peachtree Street, N.W., Suite 29-103

N.W., Atlanta, GA 30303 ou appelez le 404-657-5244 (voix), le 404-463-7591 (ATS), le 404-651-6815 (fax).

En vertu de la politique du **ministère de la santé communautaire (Department of Community Health, DCH)**, les programmes d'assistance médicale ne peuvent pas vous refuser l'éligibilité ou les prestations en raison de votre race, de votre âge, de votre sexe, de votre handicap, de votre origine nationale ou de vos convictions politiques ou religieuses.

Pour signaler l'éligibilité à Medicaid ou la discrimination d'un prestataire, appelez le bureau de l'intégrité des programmes du ministère de la santé communautaire de Géorgie (**local 404-463-7590**) ou (**numéro gratuit**) **800-533-0686**. Vous pouvez également signaler une fraude présumée à Medicaid en appelant (sans frais) le 1-800-533-0686.

### **Déclaration de non-discrimination**

Il est interdit à cette institution de faire des discriminations fondées sur la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, l'âge, le sexe et, dans certains cas, la religion ou les convictions politiques.

Le ministère américain de l'agriculture interdit également la discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles ou représailles pour une activité antérieure en matière de droits civils dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations sur le programme (par exemple en braille, en gros caractères, sur bande audio, en American Sign Language, etc.), doivent s'adresser à l'agence (d'État ou locale) où ils ont fait leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Service de relais fédéral au (800) 877-8339. En outre, les informations sur le programme peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais.

Pour déposer une plainte de discrimination dans le cadre du programme, remplissez le Formulaire de plainte pour discrimination du programme de l'USDA, (AD-3027), trouvé en ligne à l'adresse :

[http://www.ascr.usda.gov/complaint\\_filing\\_cust.html](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html), et à tout bureau de l'USDA, ou bien écrire une lettre adressée à l'USDA et fournir dans cette lettre toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez au (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou lettre rempli à l'USDA par :

- (1) la poste : U.S. Département de l'agriculture  
Bureau du secrétaire adjoint aux droits civils  
1400 Independence Avenue, SW  
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax : (202) 690-7442; ou
- (3) email : [program.intake@usda.gov](mailto:program.intake@usda.gov).

Pour toute autre information concernant les questions relatives au programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), les personnes doivent soit contacter le numéro de la ligne directe SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, soit appeler le Informations sur l'état / numéros de téléphone (cliquez sur le lien pour obtenir une liste des numéros de lignes directes par état) ; disponible en ligne à l'adresse : [http://www.fns.usda.gov/snap/contact\\_info/hotlines.htm](http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm).

Pour déposer une plainte pour discrimination concernant un programme bénéficiant d'une aide financière fédérale par l'intermédiaire du ministère américain de la santé et des services sociaux (HHS), écrivez : Directeur du HHS, Office des droits civils, Bureau 515-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou appelez le (800) 368-1019 (voix) ou le (800) 537-7697 (ATS).

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances.