

À l'attention du : Département des services sociaux des
Services d'alimentation et de nutrition de _____

Demande de Services d'alimentation et de nutrition/Revenu de sécurité supplémentaire (SSI)

Admissible au service d'urgence

Si le ménage est admissible au service d'urgence, vérifiez ci-dessus et envoyez par fax ce formulaire au bureau local concerné de la DSS.

Demande anticipée

Date à laquelle le demandeur est supposé sortir de l'institution : _____

Nom de l'institution : _____

Adresse de l'institution : _____

Numéro de téléphone de l'institution : _____ Contact : _____

DE LA PART DE : Bureau de l'administration de la sécurité sociale
(SSA) de _____

Date de réception par la SSA : _____

Date de réception par la DSS : _____ **DEMANDE DE SERVICES
D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION**

PREMIÈRE PARTIE Informations pour remplir votre demande

➤ **Services d'alimentation et de nutrition**

Pour poser sa candidature auprès des Services d'alimentation et de nutrition, vous devez remplir votre nom et adresse ci-dessous. Signez votre nom sur la ligne réservée à la **signature**. Donnez le formulaire signé à votre agent du Revenu supplémentaire de sécurité (SSI).

NOM (caractères d'imprimerie) : _____	ADRESSE : _____
VILLE : _____	ÉTAT : _____
CODE POSTAL : _____	
SIGNATURE : _____	DATE : _____
N° de téléphone ou Contact _____	

Le montant des prestations des Services d'alimentation et de nutrition que vous obtenez dépend de la date à laquelle vous faites la demande. Plus vite vous signez cette demande que vous remettrez à l'agent SSI, plus tôt vous obtiendrez vos prestations des services d'alimentation et de nutrition. Vous pouvez faire une demande et obtenir les prestations des services d'alimentation et de nutrition, si vous y avez droit, sans distinction de race, sexe, âge, handicap, religion, origine nationale ou conviction politique.

Je comprends que ma demande de Services d'alimentation et de nutrition peut être traitée avant ma demande de Revenu supplémentaire de sécurité (SSI). Je comprends que **mes prestations des Services d'alimentation et de nutrition peuvent être réduites sans avis préalable** lorsque mon SSI sera approuvé.

➤ **Droits civils**

Vous avez le droit d'être protégé(e) contre la discrimination ou les conséquences de la discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du sexe, de l'âge, de la religion, de la conviction politique ou de l'handicap. Pour déposer une plainte pour discrimination auprès des **Services d'alimentation et de nutrition**, appelez le 1-(800) 795-3272 (serveur vocal) ou le (202) 720-6382 (appareil de télécommunication pour personne sourde et muette TTY) ou écrivez à :

United States Department of Agriculture (USDA)
 Director, Office of Civil Rights
 1400 Independence Avenue, S.W.
 Washington, D.C. 20250-9410

➤ **Obtenir un entretien**

Après avoir signé ce formulaire et l'avoir remis à votre agent SSI, il vous faudra répondre à quelques questions à propos de votre revenu, de vos factures et des gens qui vivent dans votre ménage.

➤ **Dire la vérité**

Tout ce que vous direz à votre agent SSI doit être vrai, sinon vous courrez le risque d'être poursuivi(e) en justice et d'être reconnu(e) coupable d'un crime. Si vous êtes reconnu(e) coupable, vous devrez rembourser tous les Services d'alimentation et de nutrition que vous avez obtenus mais dont vous n'auriez pas dû bénéficier. Vous pourriez vous voir supprimer les Services d'alimentation et de nutrition pendant un an, la première fois que cela se produit, pendant deux ans si cela se produit une deuxième fois et pendant le reste de votre vie la troisième fois.

Si quelqu'un dans votre ménage est reconnu coupable par un tribunal, d'avoir donné de fausses informations à propos de son identité **ou** au sujet de son adresse, dans le but de recevoir des prestations des Services d'alimentation et de nutrition auprès de plusieurs centres, il n'aura pas droit aux Services d'alimentation et de nutrition pendant 10 ans.

Si un membre de votre foyer est reconnu coupable (1) d'avoir utilisé les Services d'alimentation et de nutrition pour acheter des armes, des munitions ou des explosifs, **ou** (2) pour vendre l'allocation de 500 \$ ou plus de Services d'alimentation et de nutrition, il ne recevra plus de Services d'alimentation et de nutrition pour le reste de sa vie.

➤ **Prouver ce que vous nous dites**

Vous devez apporter la preuve de certaines des choses que vous dites à votre agent SSI.

- **Obtenir vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition**
Si votre demande est approuvée, vous obtiendrez vos premières prestations des Services d'alimentation et de nutrition dans les 30 jours à partir de la date à laquelle vous signez cette demande et remettez ce document à votre agent SSI.

Si vous avez besoin de vos prestations de Services d'alimentation et de nutrition tout de suite et que vous respectez certaines règles, le bureau des coupons alimentaires complètera votre demande d'ici 7 jours. Votre agent SSI vous dira si vous respectez ces règles.
- **Mauvais usage de vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition**
Si vous êtes reconnu(e) coupable par une cour d'avoir utilisé vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition pour acheter des drogues illicites, vous ne recevrez pas les Services d'alimentation et de nutrition pendant 2 ans la première fois et pendant le reste de votre vie, la deuxième fois. Si vous êtes reconnu(e) coupable par une cour d'avoir utilisé les Services d'alimentation et de nutrition pour acheter des armes, des munitions ou des explosifs, vous ne recevrez plus de Services d'alimentation et de nutrition pour le reste de votre vie.
- **Citoyenneté**
En signant ce formulaire, vous prêtez serment ou affirmez que vous et toute personne vivant dans votre foyer est un(e) citoyen(ne) américain(e) ou est autorisé(e) par la loi à vivre aux États-Unis.

DEUXIÈME PARTIE Qui vit avec vous

Énumérez toutes les personnes qui vivent dans votre ménage NOM	Numéro de sécurité sociale	Date de naissance	Race	Sexe	Achetez-vous les provisions et cuisinez-vous avec cette personne ?
1. (Vous) _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. _____	_____	____/____/____	_____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

TROISIÈME PARTIE Revenus et Ressources

Énumérez la totalité des ressources et revenus bruts pour chaque personne qui mange avec le demandeur pendant le mois en cours au moment de la demande et le mois suivant si le mois est différent.

Ménage Membre	REVENU BRUT (mois de la demande)		REVENU BRUT (mois suivant)		Interrompu(s)		MOYENS LIQUIDES	
	Montant	Source	Montant	Source	Oui	Non	Montant	Source
1	_____ \$	_____	_____ \$	_____	_____	_____	_____ \$	_____
2	_____ \$	_____	_____ \$	_____	_____	_____	_____ \$	_____
3	_____ \$	_____	_____ \$	_____	_____	_____	_____ \$	_____
4	_____ \$	_____	_____ \$	_____	_____	_____	_____ \$	_____
							_____ \$	
							_____ \$	

TOTAUX : _____ \$ _____ \$ _____ \$

QUATRIÈME PARTIE Dépenses

Énumérez le montant mensuel des dépenses suivantes à la charge du foyer. (Entourez la première source de chauffage et/ou de climatisation).

Dépense	Coût	Dépense	Coût	Dépense	Coût	Dépense	Coût
Garde d'enfant légalement obligatoire	_____ \$	Garde d'enfant	_____ \$	Soins médicaux	_____ \$	Travail indépendant	_____ \$
Loyer ou prêt hypothécaire	_____ \$	Téléphone	_____ \$	Électricité	_____ \$	Fioul	_____ \$
Impôts fonciers	_____ \$	Ordures et déchets	_____ \$	Kérosène	_____ \$	Bois	_____ \$
Assurance habitation	_____ \$	Eau et écoulement des eaux	_____ \$	Gaz (de pétrole liquéfié ou gaz naturel)	_____ \$	Charbon	_____ \$

TOTAUX : _____ \$ _____ \$ _____ \$ _____ \$

Je reconnais avoir reçu une explication de mon droit à recevoir une déduction pour l'un des éléments suivants : Pension alimentaire obligatoire pour enfant, dépenses de garde d'enfant, dépenses médicales, dépenses de logement, dépenses utilitaires et dépenses de fonctionnement dans le cadre d'un emploi indépendant. Je comprends que le fait de ne pas fournir de rapport ou de ne vérifier aucune des dépenses énumérées ci-dessus sera considéré comme une déclaration par mon ménage que je ne veux pas recevoir de déduction pour la ou les dépenses non rapportée(s).

DÉPENSES TOTALES : _____ \$

CINQUIÈME PARTIE INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES À PROPOS D'INDIVIDUS COMPRIS DANS VOS PRESTATIONS DES SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION

Veillez répondre aux questions ci-dessous.

- (1) Y a-t-il quelqu'un chez vous qui
- essaie d'éviter une poursuite criminelle ? **Oui ou Non**
 - fuit l'application de la loi ? **Oui ou Non**
 - essaie d'éviter la prison après une condamnation pour acte délictueux grave ? **Oui ou Non**
 - se trouve en violation des conditions de mise à l'épreuve ou de liberté conditionnelle ? **Oui ou Non**

(2) Est-ce que, dans votre foyer, se trouve une personne coupable de crime lié à la drogue commis le 23 août 1996 ou après ? **Oui ou Non**

Si oui, la condamnation a-t-elle été prononcée en Caroline du Nord ? **Oui ou Non**

Si la condamnation a été prononcée en Caroline du Nord, quelle était la classification de l'infraction, si vous le savez ?

Catégorie : _____

Si vous avez coché « oui » à l'un des blocs ci-dessus, veuillez écrire dans l'espace situé sous le ou les noms de l'individu ou des individus, la date de l'infraction et le type d'infraction. **(Cet individu est inéligible en ce qui concerne l'obtention de prestations des Services d'alimentation et de nutrition, à moins que l'individu n'ait été condamné pour une infraction de catégorie H ou I en Caroline du Nord.) :**

Je comprends que si un représentant de la loi demande l'adresse d'une personne de mon foyer, cette agence doit la fournir.

SIXIÈME PARTIE Enquête pour un service d'urgence

Utilisez ce guide pour déterminer si le demandeur est éligible au service d'urgence. Posez les questions suivantes. Informez le demandeur s'il est éligible au traitement de service d'urgence de 7 jours.

RÉPONSE		QUESTION	EFFET
Oui	Non		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❶ Est-ce que vous et toutes les personnes qui mangent avec vous possédez des moyens liquides et à la banque ne dépassant pas 100 \$ et un revenu mensuel brut actuel de moins de 150 \$?	Si oui, le demandeur est éligible au traitement d'un service d'urgence. Si non, allez à la question ❷, ci-dessous.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❷ Est-ce que le revenu total et les revenus liquides figurant dans la troisième partie sont inférieurs aux dépenses d'hébergement figurant dans la quatrième partie ?	Si oui, le demandeur est éligible au traitement d'un service d'urgence. Si non, allez à la question ❸, ci-dessous.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	❸ Est-ce que vous ou une autre personne qui mange avec vous êtes migrant ou ouvrier agricole saisonnier ?	Si oui, allez à la section (A) ci-dessous. Si non, le demandeur n'est pas éligible au traitement d'un service d'urgence.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(A) Est-ce que vous et toutes les personnes qui mangent avec vous ont des moyens liquides et en banque qui soient au total inférieurs ou égaux à 100 \$?	Si oui, allez à la section (B) ci-dessous. Si non, le demandeur n'est pas éligible au traitement d'un service d'urgence.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(B) Est-ce que le revenu de votre ménage a récemment été interrompu ?	Si oui, avez-vous reçu la dernière paie ? Si oui, allez à la section (C) ci-dessous. Si non, le demandeur n'est pas éligible au traitement d'un service d'urgence.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(C) Est-ce que vous ou une autre personne qui mange avec vous va gagner plus de 25 \$ d'une nouvelle source de revenus dans les 10 prochains jours ?	Si oui, le demandeur n'est pas éligible au traitement d'un service d'urgence. Si non, le demandeur est éligible au traitement d'un service d'urgence.

À compléter si le demandeur bénéficie de Medicaid, Medicare, une assurance médicale privée, ou s'il est responsable du paiement d'une autre dépense médicale.

Individu qui reçoit le service	Type de dépenses	Montant (\$)	Fréquence

Je comprends qu'il est possible que je ne sois pas éligible pour une déduction médicale avant que mon SSI ne soit approuvé. Je comprends également que si j'espère recevoir une déduction médicale, je dois fournir à mon agent SSI une preuve de toutes les dépenses médicales que je dois payer.

Signature du client : _____ **Date :** _____

Signature de l'enquêteur : _____ **Date :** _____

Signature de l'agent de traitement des dossiers de la DSS : _____ **Date :** _____

Approuvé : Oui Non Si non, pourquoi pas ? _____ **Certifié exact de** _____ **jusqu'à** _____