

NOTIFICATION D'INFORMATION NÉCESSAIRE POUR LES SERVICES D'ALIMENTATION ET DE NUTRITION (FNS)

Nom _____ (1) Comté _____ (2)

N° de dossier FSIS _____ (3) Agent FNS _____ (4)

Les articles énumérés sur ce formulaire sont nécessaires pour compléter votre

demande renouvellement d'attestation changement (5)

Si nous ne recevons pas ces informations avant le _____ (6) vos prestations FNS peuvent être retardées, refusées, réduites ou arrêtées.

(7) Justificatif de : Domicile (où vous vivez) Identité

Numéros de sécurité sociale ou justificatif de demande de _____.

Justificatif de : Citoyenneté Statut d'étranger pour _____.

Formulaire de représentant autorisé, signé par _____.

Justificatif de salaires reçus pour _____, pour les mois de _____.

Justificatif de revenus d'emploi indépendant ou de revenu agricole et de reçus détaillés des dépenses pour les mois de _____ ou imprimé fiscal (année _____).

Emplois divers : Document indiquant les dates de travail, la personne qui vous a payé(e), et les dépenses liées au travail pour le mois de _____.

Justificatif actuel de : Sécurité sociale VA indemnité pour travailleurs Prestation de retraite/départ à la retraite Aide au loyer/Aide au paiement des factures de service public Prestations pour invalidité Pension alimentaire pour enfants Pension alimentaire Revenus provenant des intérêts Autres _____.

Justificatif de l'obligation de payer une pension alimentaire, montant de l'obligation, et montant payé par _____ pour les mois de _____.

Déclaration provenant d'une personne qui : vous donne de l'argent tous les mois. vous paie un loyer chaque mois.

Rendez-vous concernant l'entretien : Pour compléter le processus de demande, vous devez assister à un entretien et répondre à des questions. Si vous ne pouvez pas maintenir ce rendez-vous, veuillez nous contacter pour prendre un nouveau rendez-vous. Si vous ne vous soumettez pas à un entretien, votre demande sera rejetée 30 jours à compter de la date de votre demande.

Revenez à _____ à _____ pour assister à votre entretien.

Nous vous contacterons par téléphone au _____ le _____ pour finaliser votre entretien.

Vous êtes potentiellement éligible pour recevoir les services accélérés. Si vous ne complétez pas votre entretien avant le _____, vous pourrez cependant obtenir vos prestations mais vous perdrez votre droit à recevoir des services accélérés.

Rendez-vous d'entretien manqué : Vous avez manqué votre rendez-vous d'entretien. Il est de votre responsabilité de contacter l'agence pour programmer un nouvel entretien. Si vous ne vous soumettez pas à un entretien, votre demande sera rejetée 30 jours à compter de la date de votre demande.

Autre : _____.

Les éléments énumérés CI-DESSOUS sont nécessaires pour permettre des déductions de votre revenu. Si ces éléments dans cette section ne sont pas renvoyés, nous traiterons votre demande renouvellement d'attestation changement (8) sans déductions.

Si ces éléments sont renvoyés, vous pourriez obtenir plus de prestations FNS.

(9) Les factures ou les reçus médicaux pour _____ les mois de _____ (Inclure les médecins, les hôpitaux, les médicaments prescrits et les médicaments en vente libre, les primes de la partie D de Medicare, les primes d'assurance médicale, le transport chez le médecin, l'employé(e) de maison ou les soins infirmiers, les fournitures médicales, les soins dentaires, les lunettes de vue, les prothèses auditives.)

Remboursements d'assurance privée ou Medicare Reçu ou déclaration d'un prestataire de soins de jour

Justificatif de : Loyer Emprunt Impôt foncier Assurance de biens

Autre _____.

Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'obtenir les informations pour déterminer mon éligibilité au programme FNS. Si j'ai des difficultés à obtenir ces informations, je le ferai savoir à mon agent de traitement des dossiers.

Signature du client (10) _____ Témoïn (11) _____ Date (12) _____

Signature de l'agent de traitement des dossiers (13) _____ Date (14) _____ Numéro de téléphone (15) _____

CONSIGNES POUR COMPLÉTER LE FORMULAIRE DSS-8650

Utilisez ce formulaire pour demander la vérification des renseignements au moment de la demande, du renouvellement de l'attestation ou du signalement de changement. Donnez au moins 10 jours civils à l'unité des Services d'alimentation et de nutrition (FNS) pour renvoyer la vérification nécessaire.

NE REFUSEZ PAS OU N'INTERROMPEZ PAS LES PRESTATIONS lorsque la vérification d'une dépense déductible n'est pas renvoyée dans les délais de traitement. Traitez le dossier sans la déduction. Si la vérification est renvoyée plus tard, traitez-la comme un changement de situation.

1. Nom du client ou de la cliente
2. Nom du comté
3. Numéro de dossier FNS du comté
4. Nom de l'agent FNS
5. Saisissez la demande, le renouvellement d'attestation, ou le changement.
6. Saisissez la date à laquelle la vérification doit être renvoyée. Donnez au moins 10 jours civils à l'unité des Services d'alimentation et de nutrition (FNS) pour renvoyer la vérification nécessaire.
7. Cochez une ou plusieurs cases concernant les renseignements nécessaires. Si « autre » est une case cochée, notez les renseignements spécifiques nécessaires.
8. Saisissez la demande, le renouvellement d'attestation, ou le changement.
9. Cochez une ou plusieurs cases concernant les renseignements nécessaires. Si « autre » est une case cochée, notez les renseignements spécifiques nécessaires.
10. Signature du client ou de la cliente (s'il/elle était présent(e) au moment de la demande)
11. Signature du témoin, si nécessaire
12. Date de signature du ou de la cliente
13. Signature de l'agent de traitement des dossiers
14. Date de signature de l'agent de traitement des dossiers
15. Numéro de téléphone de l'agent de traitement des dossiers