

Demande d'aide en espèces ou alimentaire

Application for Cash or Food Assistance

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce formulaire, veuillez nous consulter.
Conservez cette page dans votre dossier personnel.

Comment effectuer une demande d'aide en espèces ou alimentaire ?

Vous pouvez **commencer** le processus aujourd'hui en déposant votre demande en personne dans un bureau de services communautaires local. La demande doit comporter votre nom, adresse et signature ou la signature de votre Représentant autorisé. Vous pouvez déposer votre demande immédiatement même si elle ne contient que ces trois éléments.

- Vous pouvez bénéficier de prestations supplémentaires ou les obtenir plus tôt si vous commencez, complétez et nous remettez votre demande et tous les autres renseignements demandés aussi rapidement que possible.
- Vous pouvez déposer votre demande dans un bureau local. Consultez www.dshs.wa.gov pour la liste des bureaux.
- Faxez votre demande à 1-888-338-7410

- Envoyez votre demande par courrier à l'adresse suivante :

DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699

- Vous pouvez également effectuer une demande en ligne à www.washingtonconnection.org
- **Pour une couverture santé, vous devez effectuer une demande soit en ligne à www.wahealthplanfinder.org, soit en appelant le 1-855-923-4633, ou en utilisant la demande HCA pour une couverture santé (HCA 18-001).**

Dans quels délais puis-je recevoir une aide en espèces ou alimentaire ?

Si vous avez besoin d'une aide alimentaire en urgence, répondez aux questions 1 à 14 et remettez ce formulaire à votre bureau local.

Nous déterminons que vous êtes éligible à une aide alimentaire *dans un délai de 7 jours* si vous fournissez une preuve de votre identité *et* répondez à l'un des critères suivants :

- Votre foyer aura un revenu brut inférieur à 150 \$ et un montant de ressources en liquide inférieur à 100 \$ pour le mois en cours.
- Le revenu et les ressources de votre foyer sont inférieurs à votre loyer et vos charges mensuels.
- Votre foyer comprend un travailleur agricole migrant ou saisonnier démuné.

Les prestations commencent dès le lendemain du jour où nous approuvons votre éligibilité. Nous devons déterminer si vous êtes éligible à une aide alimentaire dans un délai de 30 jours suivant la date de soumission de votre demande. L'aide alimentaire commence en règle générale le jour où nous recevons votre demande. Si vous remettez votre demande depuis une institution, la date de départ est la date de votre libération ou sortie. L'aide en espèces commence en règle générale le jour où nous avons toutes les informations pour déterminer votre éligibilité.

Droits civils

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils, les politiques et réglementations sur les droits civils du Département de l'Agriculture des Etats-Unis (U.S. Department of Agriculture) (USDA), il est interdit à cette institution de faire preuve de discrimination sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de la religion, du sexe, de l'identité sexuelle (notamment l'identité de genre et l'orientation sexuelle), du handicap, de l'âge, de croyances politiques, ou de représailles pour une activité antérieure relative aux droits civils.

Les informations relatives aux programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens alternatifs de communication pour se renseigner sur les programmes (par ex, Braille, gros caractères, enregistrement audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence responsable (d'État ou locale) où elles ont introduit leur demande d'aide. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA via le service relais fédéral (Federal Relay Service) au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans un programme, compléter le formulaire de plainte pour discrimination dans un programme de l'USDA, AD-3027, disponible en ligne à

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR%20P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf>, dans tous les bureaux de l'USDA, par téléphone au (833) 620-1071 ou envoyer un courrier à l'USDA.

Ce dernier doit contenir le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite du cas de discrimination avancé, avec suffisamment de détails pour permettre au Secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) d'évaluer la nature et la date de l'allégation de violation des droits civils. Le formulaire AD-3027 complété ou le courrier doit être envoyé à :

1. Courrier postal : Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314 ; ou
2. Fax : (833) 256-1664 ou (202) 690-7442 ; ou
3. E-mail : FNSVICILRIGHTSCOMPLAINT@usda.gov

Cette institution est un prestataire, employeur et prêteur souscrivant au principe de l'égalité des chances.

Statut d'immigration et numéros de sécurité sociale

Vous pouvez avoir droit à des prestations pour certains membres de votre foyer même si d'autres membres en sont exclus en raison de leur statut d'immigration. Vous devez nous informer du statut d'immigration des personnes qui effectuent une demande. Le statut d'étranger des membres du foyer du demandeur peut être sujet à vérification par l'USCIS (anciennement connu sous le nom d'INS), à partir des informations fournies dans la demande à l'USCIS. Les informations reçues de l'USCIS, sur la base de cette soumission, peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité et les montants des prestations.

Selon la loi fédérale, (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), vous devez nous donner le numéro de sécurité sociale (SSN) des personnes avec qui vous vivez qui effectuent une demande d'aide TANF, ou d'aide alimentaire. Nous pouvons également demander les numéros de sécurité sociale (SSN) des parents et conjoints qui vivent avec vous mais qui ne déposent pas de demande.

Si vous effectuez une demande d'aide alimentaire et pour d'autres programmes

Nous devons suivre les règles SNAP pour traiter votre demande. Cela comprend de traiter la demande dans les délais, d'émettre des avis adaptés, et de vous notifier vos droits administratifs. Nous ne pouvons pas vous refuser l'aide alimentaire simplement parce que votre demande pour d'autres programmes d'aide vous a été refusée.

Confidentialité, aide en espèces et aide alimentaire

La loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008), telle qu'amendée, permet à notre service de recueillir les informations demandées dans le cadre de la demande, dont le numéro de sécurité sociale (SSN) de chacun des membres du foyer. Nous utilisons les numéros de sécurité sociale SSN afin de vérifier l'identité, déterminer l'éligibilité, prévenir la fraude et recouvrer les trop-perçus. Nous échangeons ces informations avec d'autres agences pour gérer nos programmes et respecter la législation. Les informations demandées sont fournies à titre volontaire. Cependant, le manquement à fournir un numéro de sécurité sociale ou une preuve d'une demande de numéro SSN sans une bonne raison entraînera le refus de l'aide alimentaire de base à chaque personne qui ne fournit pas de numéro SSN. Nous vérifions ces informations avec des programmes informatiques de rapprochement, notamment le système fédéral de vérification d'éligibilité et de revenus (Eligibility Verification System) (IEVS).

Les informations fournies au Département de la Santé et des Services Sociaux peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité à une couverture santé administrée par l'Autorité de la Santé et la Bourse des prestations de santé.

Nous utilisons cette information pour :	Nous pouvons communiquer cette information pour :
<ul style="list-style-type: none">• Déterminer l'éligibilité à nos programmes.• Recouvrer les trop-perçus.• Gérer nos programmes.• Confirmer que nous respectons la législation.	<ul style="list-style-type: none">• Les agences fédérales et de l'État dans le cadre d'une utilisation officielle.• Les autorités policières qui recherchent des criminels en fuite pour contourner la loi.• Les agences de recouvrement privées en charge de recouvrer les trop-perçus au titre de l'aide alimentaire.

Avertissement sur les sanctions dans le cadre de l'aide alimentaire

Nous vérifions avec d'autres agences que vos informations sont correctes. Si elles ne le sont pas, les personnes qui en ont fait la demande n'obtiendront peut-être pas l'aide alimentaire.

Tout membre qui contrevient aux règles délibérément peut être :

- Passible de poursuites selon les autres lois fédérales et d'Etat applicables.
- Exclu du programme SNAP pendant un an ou définitivement.
- Passible d'une amende jusqu'à 250 000 \$.
- Passible d'une peine d'emprisonnement jusqu'à 20 ans.
- Exclu du programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires si le tribunal l'a ordonné.

Si un tribunal vous juge coupable de :

Percevoir des prestations dans une transaction impliquant : Vous pouvez être :

- La vente d'une substance contrôlée.....Exclu pendant deux ans ou définitivement.
- La vente d'armes à feu, de munitions, ou d'explosifs.....Exclu définitivement.
- Une fraude aux prestations de plus de 500 \$ combinée.....Exclu définitivement.
- Une fraude de résidence ou usurpation d'identitéExclu pendant 10 ans.

Demande d'aide en espèces ou alimentaire

Application for Food and Cash Assistance

Nous demander si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

1. PRÉNOM INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM NOM	SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ (OBLIGATOIRE)	2. NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT (SI CONNU)
3. ADRESSE DE RÉSIDENCE	VILLE	ÉTAT
	CODE POSTAL	4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL <input type="checkbox"/> PORTABLE <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> MESSAGE
5. ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE)	VILLE	ÉTAT
	CODE POSTAL	6. NUMÉROS DE TÉLÉPHONE SECONDAIRES <input type="checkbox"/> PORTABLE <input type="checkbox"/> DOMICILE <input type="checkbox"/> MESSAGE
8. J'effectue une demande de (cocher toutes les cases pertinentes) : <input type="checkbox"/> Aide en espèces <input type="checkbox"/> Aide alimentaire <input type="checkbox"/> Garde d'enfant		7. ADRESSE EMAIL

9. Un membre de mon foyer ou moi-même (cocher toutes les cases pertinentes) :
 Sommes dans une situation de violence domestique Avons un handicap
 Sommes dans l'incapacité de travailler en raison de problèmes de santé Sommes enceintes ; nom : _____
 date d'accouchement : _____

10. Quel est le montant de revenus attendus de votre foyer pour le mois en cours ? _____ \$

11. Quel est le montant de revenus de votre foyer en espèces et épargne bancaire ? _____ \$

12. Quel est le montant du loyer ou du prêt immobilier de votre foyer ? _____ \$

13. Quelles sont les charges payées par votre foyer ? Chauffage/climatisation Téléphone Autre : _____

14. Un membre de votre foyer est-il un travailleur agricole migrant ou saisonnier ? Oui Non

15. Si vous effectuez une demande d'aide alimentaire, combien votre foyer compte-t-il de membres pour lesquels vous achetez et préparez des repas ? _____

16. Si vous effectuez une demande de garde d'enfant, pour quelles activités avez-vous besoin de garde (cocher toutes les cases pertinentes) ? Travail École WorkFirst Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training, BFET)

FOR OFFICE USE ONLY – Household eligible for expedited service: Yes No **Screener's Initials:** _____ **Date:** _____

17. J'ai besoin d'un interprète. Je parle : _____ ou j'utilise la langue des signes ; traduisez mes lettres en : _____

18. Indiquez tous les membres de votre foyer, même si vous ne déposez aucune demande en leur nom (joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire).

NOM (PRÉNOM, DEUXIEME PRÉNOM, NOM)	GENDER	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSAN CE	COCHEZ SI VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE	FACULTATIF SI VOUS NE DEMANDEZ PAS DE PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE			
					NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	COCHER SI CITOYEN AMÉRICAIN	RACE (VOIR CI-DESSOUS)	NOM DE LA TRIBU (Indiens américains, natifs de l'Alaska)
		Moi-même		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Mon origine ethnique est hispanique ou latino : Oui Non

La divulgation des informations sur l'origine ethnique et la race est volontaire. Ces informations sont Raceutilisées pour assurer que les prestations du programme sont distribuées indépendamment de la race, la couleur ou l'origine nationale. Pour l'aide alimentaire, le Département de l'Agriculture (USDA) nous impose de répondre à votre place si vous ne nous avez pas fourni les informations requises. **Exemples de races :** Blanche, noire ou africaine-américaine, asiatique, natif d'Hawaï, natif des îles du Pacifique, indien d'Amérique, natif d'Alaska, ou toute combinaison de races.

Barcode label



I. Informations générales

1. Au cours des 30 derniers jours, j'ai reçu une aide en espèces ou alimentaire d'un autre Etat, d'une tribu ou d'une autre source. Oui Non
2. La personne pour laquelle j'effectue la demande vit à l'extérieur de l'Etat de Washington : Oui Non
Qui : _____
3. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes un étranger sponsorisé : Oui Non Qui : _____
4. Un membre de mon foyer âgé de 16 ans ou plus ou moi-même sommes inscrits dans (cocher toutes les cases pertinentes) : Lycée Programme d'équivalence de lycée Université École de commerce
Qui : _____
5. Un membre est provisoirement hors de mon foyer : Oui Non Qui : _____
6. Un membre de mon foyer ou moi-même avons servi dans les Forces armées américaines, la Garde Nationale, ou la Réserve ou a été un ayant-droit, un conjoint de quelqu'un qui a servi : Oui Non Si oui, qui : _____
7. La personne pour laquelle j'effectue la demande ou moi-même avons contourné la loi pour éviter des poursuites judiciaires ou la prison pour un crime : Oui Non
8. Je vis dans : Ma propre maison ou mon propre appartement Un foyer d'accueil Autre : _____
 Un établissement (indiquer le type) : _____ Date de l'entrée : _____
9. Je suis : Célibataire Marié(e) Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(veuve)
 En union libre enregistrée
10. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour échanger l'aide alimentaire contre des drogues après le 22 septembre 1996 : Oui Non
11. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour acheter ou vendre des prestations d'aide alimentaire de plus de 500 \$ après le 22 septembre 1996 : Oui Non
12. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour échanger l'aide alimentaire contre des armes à feu, des munitions, ou des explosifs après le 22 septembre 1996 : Oui Non
13. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour percevoir l'aide alimentaire dans plus d'un Etat après le 22 septembre 1996 : Oui Non
14. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes : a. En grève : Oui Non b. Un pensionnaire : Oui Non

II. Ressources (Joindre les justificatifs ; Aide en espèces seulement)

Une ressource est un élément que vous possédez ou que vous achetez, et qui peut être vendu, échangé ou converti en liquidités, ou des liquidités détenues par des tiers. Une ressource n'inclut pas les biens personnels comme le mobilier ou les vêtements. Exemples de ressources :

- Liquidités
- Fiducies
- Certificats de placement (CD)
- Fonds funéraires, plans prépayés
- Comptes courants
- IRA / 401k
- Compte de dépôt du marché monétaire
- Équipement d'entreprise
- Comptes d'épargne
- Logements, Terrains ou Bâtiments
- Obligations
- Bétail
- Fonds d'éducation
- Fonds de retraite
- Assurance vie

Veillez indiquer les ressources que votre conjoint, l'une des personnes pour lesquelles vous effectuez la demande ou vous-même possédez ou achetez :

RESSOURCE	PROPRIÉTAIRE	LIEU	VALEUR
			\$
			\$
			\$
			\$

2. Mon conjoint, l'une des personnes pour lesquelles j'effectue la demande ou moi-même possédons des automobiles, des camions, des fourgonnettes, des bateaux, des véhicules récréatifs, des remorques ou d'autres véhicules à moteur :

ANNÉE (PAR EX., 1980)	MARQUE (PAR EX., FORD)	MODÈLE (PAR EX., ESCORT)	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST EN CRÉDIT-BAIL	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST UTILISÉ À DES FINS MÉDICALES	MONTANT DÛ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

3. Mon conjoint, l'une des personnes pour lesquelles j'effectue la demande, ou moi-même avons vendu, échangé, donné, ou transféré une ressource au cours des deux dernières années (notamment, des fiducies, des véhicules ou des domaines viagers) : Oui Non Si oui, lesquels : _____ À quelle date : _____

III. Annuités (Investissements effectués par un membre du foyer pour recevoir des paiements réguliers maintenant ou à l'avenir.)

QUI POSSÈDE LA RENTE ?	SOCIÉTÉ OU INSTITUTION ?	MONTANT OU VALEUR	REVENU MENSUEL	DATE D'ACHAT
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

NOM DU DEMANDEUR	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT
------------------	----------------------------	--------------------------------

IV. Justificatif de revenus (joindre les justificatifs)

1. Mon conjoint, la personne pour laquelle j'effectue la demande, ou moi-même, avons un emploi qui s'est terminé au cours des 30 derniers jours : Oui Non
2. Mon conjoint, la personne pour laquelle j'effectue la demande, ou moi-même, avons des revenus du travail : Oui Non
Si oui, veuillez compléter cette section :

QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Est-ce un travail en indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant mensuel des dépenses du travail en indépendant : \$ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT RETENUES) \$ _____ Chaque : <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par ex, les 1er et 15 du mois, ou chaque vendredi) : _____
QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Est-ce un travail en indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant mensuel des dépenses du travail en indépendant : \$ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT RETENUES) _____ \$ par : <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par ex, les 1er et 15 du mois, ou chaque vendredi) : _____

V. Autres revenus (joindre les justificatifs ; déclarer pour tous les membres du foyer)

- Indemnités de chômage
- Indemnités de sécurité sociale
- Revenus tribaux
- Revenus du jeu
- Prestations d'éducation (prêts étudiants, bourses, emploi-études)
- Complément de ressources (SSI - Supplemental Security Income).
- Pension alimentaire
- Prestations des chemins de fer
- Revenus mobiliers
- Retraite ou pension
- Prestations militaires ou de l'Administration des Vétérans (Veteran Administration) (VA)
- Travail et industries (Labor and Industries) (L&I)
- Fiducies
- Intérêts/Dividendes

TYPE DE REVENUS ANNEXES	QUI PERÇOIT LE REVENU ?	MONTANT MENSUEL BRUT
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. Dépenses mensuelles

LOYER \$	PRÊT IMMOBILIER \$	LOCATION MOBILIERE \$	ASSURANCE FONCIÈRE \$	TAXES FONCIÈRES \$	AUTRES CHARGES \$
-------------	-----------------------	--------------------------	--------------------------	-----------------------	----------------------

Quelles charges sont-elles payées par votre foyer pour séparément le loyer ou le prêt immobilier ?
 Chauffage (électricité/gaz) Électricité (hors chauffage) Eau Téléphone domicile/mobile Égouts
 Ordures ménagères

Une autre personne, ou agence, telle que les logements subventionnés, m'aide à payer soit en totalité ou en partie ces dépenses : Oui Non Si oui, qui : _____ Pour quelles dépenses : _____ Montant payé : _____ \$

J'ai reçu un paiement sous la Loi de l'aide pour l'énergie domestique pour les foyers aux faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Act) (LIHEAA) au cours des 12 derniers mois.

Mon conjoint, un membre de mon foyer ou moi-même payons ou sommes censés payer (cocher toutes les réponses pertinentes) :

<input type="checkbox"/> Garde des enfants ou des adultes à charge (y compris les frais de transport)	Montant mensuel : \$	Qui paie :
<input type="checkbox"/> Frais médicaux pour des personnes handicapées de 60 ans ou plus (y compris les frais de transport et les primes d'assurance maladie)	Montant mensuel : \$	Qui paie :
<input type="checkbox"/> Garde des enfants (joindre les justificatifs)	Montant mensuel : \$	Qui paie :

Si vous ne déclarez aucune des dépenses indiquées ci-dessus, nous considérerons que votre foyer ne souhaite pas recevoir de déduction pour cette dépense.

NOM DU DEMANDEUR		NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT
VII. Représentant autorisé			
Un représentant autorisé est une personne que le DSHS est autorisé à contacter au sujet de vos prestations. Vous pouvez nommer quelqu'un, mais ce n'est pas une obligation.			
Avez-vous un Représentant autorisé ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle votre tuteur légal ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Vous devez éventuellement compléter le formulaire concernant le représentant autorisé (DSHS 14-532).			
NOM	LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
Inscription sur les listes électorales			
Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales, dont l'inscription automatique sur les listes électorales. Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas vos prestations ou le montant des allocations que vous pourriez obtenir via cette agence. Si vous souhaitez une assistance pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous y aiderons. La décision de rechercher ou d'accepter une aide est de votre ressort. Vous pouvez remplir votre formulaire d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de : Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).			
Souhaitez-vous vous inscrire sur les listes électorales ou mettre à jour votre inscription sur les listes électorales ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous ne cochez pas de case, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales à l'heure actuelle, sauf si vous êtes admissible, et ne vous opposez pas, à l'inscription automatique sur les listes électorales.			
Si vous n'avez pas coché la case « Non » ci-dessus, vous pouvez être admissible pour l'inscription automatique sur les listes électorales. Vous êtes admissible pour l'inscription automatique sur les listes électorales si vous aurez au moins 18 ans lors des prochaines élections, si vous êtes citoyen(ne) des États-Unis et si le DSHS dispose de votre nom, votre adresse, votre date de naissance, vos données de vérification de citoyenneté et votre signature attestant que les informations fournies sur cette demande sont vraies.			
Souhaitez-vous être automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez coché la case « Oui » ou que vous n'avez coché aucune case et que vous répondez aux critères d'admissibilité pour l'inscription automatique sur les listes électorales, le DSHS enverra vos coordonnées à l'Office du Secrétaire d'État et vous serez automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales.			
Déclaration et signatures			
Pour une demande d'aide en espèces, tous les adultes (ou représentants autorisés) du foyer doivent signer.			
Pour une demande d'aide alimentaire, le demandeur (ou son représentant autorisé) doivent signer.			
Je comprends que je dois :			
<ul style="list-style-type: none"> • Fournir des informations correctes et respecter les règles de déclarations. • Fournir les justificatifs de mon éligibilité. • Affecter certains droits à une pension alimentaire à l'État de Washington, lorsque je perçois l'aide provisoire aux familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families) (TANF). Cependant, je peux demander au DSHS de ne pas entamer des poursuites pour une pension alimentaire si cela devait mettre en danger mes enfants ou moi-même. • Respecter les exigences de travail dans le cadre de l'aide alimentaire. 			
Tout manquement à ces conditions peut entraîner le refus de toute allocation ou prestation ou l'obligation de rembourser les prestations reçues.			
Je comprends que je peux être poursuivi(e) au pénal si je fais délibérément une fausse déclaration ou si j'ometts de signaler un fait que je devrais signaler.			
J'autorise le DSHS à contacter toute autre personne ou agence si nécessaire pour m'aider à justifier de mon éligibilité.			
J'ai pris connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire d'un tiers, de mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie du document Droits et responsabilités du client (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. Je certifie ou déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir donné dans ce formulaire de demande des informations exactes et correctes, notamment en ce qui concerne la nationalité et le statut d'immigration des membres de mon foyer qui demandent des prestations.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE	NOM DU DEMANDEUR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE D'UN AUTRE ADULTE DEMANDEUR	DATE	NOM DE L'AUTRE ADULTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE DE L'AIDE OU DU REPRÉSENTANT	DATE	NOM DU REPRÉSENTANT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE DU TÉMOIN SI LA SIGNATURE APOSEEE EST UN « X »	DATE	NOM DU TÉMOIN EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	