Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Vérification de l'éligibilité

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce formulaire, n'hésitez pas à nous demander de l'aide.
Conservez cette page pour vos dossiers.

Comment puis-je demander une aide financière ou alimentaire ?

- Vous pouvez **commencer** la procédure dès maintenant en présentant ce formulaire de vérification en personne à un bureau des services communautaires. Elle doit porter votre nom, votre adresse et votre signature ou celle de votre représentant autorisé. Vous pouvez déposer votre formulaire de vérification maintenant même si elle ne contient que ces trois éléments.
- Vous pouvez obtenir plus de prestations ou les obtenir plus rapidement si vous remplissez le formulaire en répondant aux questions, en signant la page sept et en nous déposant votre formulaire de vérification et toute autre information que nous vous demandons dès que vous le pouvez.
- Vous pouvez déposer votre formulaire de vérification à un bureau local ou l'envoyer par fax au 1-888-338-7410. Voir www.dshs.wa.gov pour le lieu.
- Envoyez votre formulaire de vérification par la poste à l'une des adresses suivantes :

DSHS CSD-Customer Service Center PO Box 11699 Tacoma, WA 98411-6699	DSHS Home and Community Services – Long Term Care Services PO Box 45826 Olympia, WA 98504-5826

- Vous pouvez remplir ce formulaire en ligne à l'adresse www.washingtonconnection.org
- **Ce formulaire de vérification de l'éligibilité ne peut être utilisé que pour renouveler la couverture des programmes Apple Health de l'État de Washington énumérés dans ce formulaire. Pour toute autre couverture des soins de santé, vous devez faire une demande en ligne sur le site www.wahealthplanfinder.org, en appelant le 1-855-923-4633, ou en utilisant la demande de couverture des soins de santé HCA (HCA 18-001).**

Dans quel délai puis-je bénéficier de l'assistance alimentaire et financière ?

- Si vous avez besoin d'une assistance alimentaire immédiatement, remplissez les questions 1 à 14 et déposez ce formulaire à votre bureau local. Nous déterminons votre éligibilité à l'assistance alimentaire *dans les 7 jours* si vous présentez un justificatif de votre identité *et* si vous répondez au conditions d'éligibilité.
- Nous procédons au versement des prestations au plus tard le jour suivant la date à laquelle votre éligibilité est établie.
- L'assistance alimentaire commence généralement le jour de réception de votre demande.
- L'assistance financière commence généralement le jour où nous disposons de toutes les informations nécessaires pour déterminer votre éligibilité.
- Nous déterminerons votre éligibilité à l'assistance alimentaire dans les 30 jours suivant la date de réception de votre demande.
- Si votre demande provient d'une institution, la date de début correspond à la date de votre libération ou de votre congé.

Si vous demandez une aide alimentaire ou d'autres programmes :

Nous devons suivre les règles du SNAP afin de traiter votre demande. Il s'agit notamment de traiter la demande dans les délais impartis, d'émettre les avis appropriés et de vous informer de vos droits administratifs. Nous ne pouvons pas vous refuser l'aide alimentaire simplement parce que votre demande pour d'autres programmes d'aide a été refusée.

Droits civils et non-discrimination

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux réglementations et politiques du U.S. Department of Agriculture (Département de l'agriculture des États-Unis, USDA) en matière de droits civils, cette institution s'interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour des activités antérieures en faveur des droits civils.

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

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, qu'il peut obtenir en ligne à l'adresse suivante : https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (833) 620-1071, ou en écrivant une lettre adressée à l'USDA. La correspondance doit mentionner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'action discriminatoire présumée suffisamment détaillée pour informer le Assistant Secretary for Civil Rights (Sous-Secrétaire aux droits civiques) (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils.

Le formulaire AD-3027 dûment rempli ou la correspondance doivent être envoyés à l'adresse suivante :

1. **Poste :** Food and Nutrition Service (Service d'alimentation et de nutrition), USDA
   1320 Braddock Place, Room 334
   Alexandria VA 22314 ; ou
2. **Fax :** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **E-mail :** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances.

Statut d'immigration et numéros de sécurité sociale

Vous pourrez obtenir une aide pour certains membres de votre ménage, même si ces derniers ne peuvent pas obtenir d'aide en raison de leur statut d'immigrant. Vous devez nous indiquer le statut d'immigration de toute personne qui présente une demande. Le statut d'immigrant des membres du ménage peut être vérifié par l'USCIS (anciennement INS). Les informations reçues de l'USCIS peuvent affecter l'éligibilité et le montant des prestations. Nous disposons d'une couverture médicale susceptible de couvrir certains étrangers.

En vertu de la loi fédérale (42 CFR § 435.910, 45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), vous devez nous communiquer le Social Security Number (numéro de sécurité sociale, SSN) de toute personne avec laquelle vous vivez et qui fait une demande pour le Washington Apple Health, le TANF ou l'aide alimentaire. Nous pouvons également avoir besoin des SSN des parents et des conjoints qui vivent dans votre ménage, mais qui ne font pas de demande. Nous avons une couverture santé pour certaines personnes ne disposant pas de SSN.

Citoyenneté et identité pour le Washington Apple Health

Les citoyens américains doivent produire un justificatif de leur citoyenneté et de leur identité afin de bénéficier du Washington Apple Health. Nous pouvons vous aider à produire ce justificatif. Si nous avons besoin d'un document qui vous coûtera de l'argent, nous l'enverrons et en paierons le coût. Nous n'avons pas besoin de justificatif pour les membres de votre ménage qui bénéficient de Medicare, du Social Security Disability Insurance (Assurance d'invalidité de sécurité sociale, SSDI) en raison de leur propre invalidité ou du Supplemental Security income (Revenu de sécurité complémentaire, SSI).

Remboursement de l'État pour les soins médicaux et de longue durée

En vertu de la loi sur le recouvrement de la succession de l'État de Washington (RCW 41.05A.090, RCW 43.20B.080), votre succession peut être amenée à rembourser les coûts payés par l'État pour certains types de services médicaux et de soins de longue durée que vous avez reçus après avoir atteint l'âge de 55 ans. Il n'y a pas de limite d'âge si vous avez bénéficié de services financés uniquement par l'État. Le recouvrement de la succession commence après votre décès ; le paiement est effectué après le décès de votre conjoint survivant ou lorsque votre/vos enfant(s) atteint(nt) l'âge de 21 ans, sauf si l'enfant était aveugle/handicapé au moment de votre décès. L'État peut déposer un privilège sur vos biens immobiliers avant votre décès, quelque soit votre âge, si vous vivez dans une maison de repos et qu'il est peu probable que vous retourniez chez vous. L'État peut recouvrer ce privilège si vous vendez ou transférez le bien immobilier, ou après votre décès. Si vous retournez vire chez vous, l'État supprimera le privilège. Pour plus d'informations, y compris pour obtenir une liste des services soumis au recouvrement successoral, voir le chapitre 182-527 WAC.

Confidentialité et votre aide financière et alimentaire

La loi de 2008 sur l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Act) nous permet de collecter les informations requises dans la demande. La fourniture des informations demandées est volontaire, mais ne pas les fournir sans aucune raison valable peut entraîner le refus des prestations alimentaires de base. Nous vérifions certaines informations à l'aide de programmes informatiques de comparaison, notamment le système fédéral de Income and Eligibility Verification System (vérification des revenus et de l'éligibilité, IEVS).

Nous utilisons ces informations pour :	Nous pouvons communiquer ces informations à :
• Décider qui est éligible à nos programmes. • Recouvrer les trop-perçus au titre de l'aide alimentaire. • Gérer nos programmes. • S'assurer que nous respectons la loi.	• Agences fédérales et étatiques pour un usage officiel. • Les forces de l'ordre poursuivent les personnes qui fuient pour se soustraire à la loi. • Agences de recouvrement privées chargées de recouvrer les sommes versées en trop au titre de l'aide alimentaire.

Les informations communiquées au Department of Social and Health Services (Département de la santé et des services sociaux) peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité à la couverture des soins de santé gérée par la Health Care Authority (autorité médicale) et l'échange d'information d'assurance maladie.

Avertissement de pénalité pour l'aide alimentaire

Nous vérifions auprès d'autres agences que vos informations sont correctes. Si l'une de ces informations s'avère incorrecte, cela peut annuler l'aide alimentaire pour le demandeur concerné.

Tout membre qui enfreint volontairement l'une des règles peut être :

- Poursuivi en vertu d'autres lois fédérales et nationales applicables.
- Subir une interdiction de participer au programme SNAP pendant un an ou de façon permanente.
- Amende pouvant aller jusqu'à 250 000 dollars.
- Emprisonnement jusqu'à 20 ans.
- Interdiction de bénéficier du programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires si le tribunal l'ordonne.

Si un tribunal vous déclare coupable de :

Avoir bénéficié d'avantages dans le cadre d'une transaction impliquant :	Vous pouvez être :
• La vente d'une substance soumise à une réglementation	Disqualification de deux ans à permanente.
• Vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs	Disqualification permanente.
• Trafic d'avantages de plus de 500 dollars combinés	Disqualification permanente.
• Fraude à la résidence ou à l'identité	Disqualification pour une période de 10 ans.

Washington State Department of Social & Health Services
Transforming lives

Vérification de l'éligibilité

Demandez-nous si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire.

Pour les prestations alimentaires uniquement : si vous n'êtes pas en mesure de remplir ce formulaire aujourd'hui, commencez la procédure en envoyant votre **nom, votre adresse** et votre **signature**. Vous devez signer à **la page 7 afin de compléter votre formulaire de vérification d'éligibilité.** Nous pourrions avoir besoins d'informations supplémentaires et d'un entretien pour parachever la vérification de votre dossier.

1. PRÉNOM INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM NOM DE FAMILLE	SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ	2. NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT (SI CONNU)
3. NOM DE LA RUE OU VOUS RÉSIDEZ VILLE ÉTAT CODE POSTAL		4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL ☐ ADRESE DE MESSAGE DU TÉLÉPHONE DU ☐ ☐ DOMICILE
5. ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENT) VILLE ÉTAT CODE POSTAL		6. NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE(S) ☐ ADRESE DE MESSAGE DU TÉLÉPHONE DU ☐ ☐ DOMICILE
		7. ADRESSE ÉLECTRONIQUE

8. J'effectue ma demande pour (cocher toutes les cases correspondantes) :
   - ☐ Aide financière
   - ☐ Nourriture
   - ☐ Medicare Savings Program (Programme d'épargne Medicare)
   - ☐ Hospice
   - ☐ pour vie / Maison familiale pour adulte
   - ☐ Services de soins de longue durée à domicile
   - ☐ Maison de retraite
   - ☐ Soins de santé / Healthcare / Workers with Disabilities (Soins de santé / Travailleurs handicapés (HWD))
   - ☐ Couverture des soins de santé pour les personnes aged, blind, or disabled (âgées, aveugles ou handicapées)
   - ☐ Services de soutien sur mesure pour les personnes âgées

9. Moi-même ou un membre de mon ménage (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : ☐ est dans une situation de violence domestique
   ☐ Vit avec un handicap ☐ Ne peut pas travailler en raison de problèmes de santé
   ☐ suis/Est enceinte ; nom :_____date d'accouchement : _____

10. Combien d'argent pensez-vous que votre ménage recevra ce mois-ci ? $_____

11. De combien d'argent votre ménage dispose-t-il en espèces et sur ses comptes bancaires ? $_____

12. Quel est le montant du loyer ou de l'emprunt immobilier payé par votre ménage ? $_____

13. Quels sont les services publics payés par votre ménage ? ☐ Chauffage/refroidissement ☐ Téléphone ☐ Autre :_____

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

15. Si vous demandez une aide alimentaire, pour combien de personnes de votre ménage achetez-vous et préparez-vous la nourriture ?_____

RÉSERVÉ AU BUREAU - Ménage éligible pour un service accéléré : ☐ Oui ☐ Non Initiales de l'examinateur : _____Date :_____

16. ☐ J'ai besoin d'un interprète. Je parle : _____ou ☐ je signe ; traduisez mes lettres en : _____

17. Dressez la liste de tous les membres de votre ménage, même si vous n'en faites pas la demande (joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire).

NOM (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	SEXE	QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ ENTRE CETTE PERSONNE ET VOUS ?	DATE DE NAISSANCE	COCHEZ SI VOUS VOULEZ DES PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE	FACULTATIF POUR LES NON-DEMANDEURS			
					SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	COCHEZ SI VOUS ÊTES CITOYEN DES ÉTATS-UNIS	RACE (VOIR EXEMPLES CI-DESSOUS)	NOM DE LA TRIBU (pour les Indiens d'Amérique et les autochtones de l'Alaska)
		Moi-même		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

Barcode label

14078

NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

18. Mon origine ethnique est hispanique ou latino : ☐ Oui ☐ Non

Les informations relatives à la race et à l'origine ethnique sont facultatives et n'ont aucune incidence sur l'éligibilité ou le montant des prestations. Ces informations sont utilisées pour garantir que les prestations du programme sont distribuées sans tenir compte de la race, de la couleur ou de l'origine nationale. Pour l'assistance alimentaire, l'USDA exige que nous répondions pour vous si aucune information n'est fournie. Nous sélectionnerons "unreported" si vous ne souhaitez pas répondre. **Exemples de race :** Blanc, noir ou afro-américain, asiatique, hawaïen natif, insulaire du Pacifique, indien d'Amérique, natif de l'Alaska, ou toute combinaison de races.

I. Informations générales

1. Au cours des 30 derniers jours, j'ai reçu de l'argent ou de la nourriture d'un autre État, d'une tribu ou d'une autre source. ☐ Oui ☐ Non
2. La personne pour laquelle je fais la demande vit en dehors de l'État de Washington : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
3. Moi-même ou un membre de mon ménage est un étranger parrainé : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
4. Moi-même ou une personne de mon ménage âgée de 16 ans ou plus est inscrite (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : ☐ École secondaire ☐ Programme d'équivalence de l'école secondaire ☐ Collège ☐ École de commerce Qui : _____
5. Une personne est temporairement hors de mon domicile : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
6. Moi-même ou quelqu'un de mon foyer a servi dans les forces armées américaines, la garde nationale ou la réserve, ou a été à la charge ou le conjoint d'une personne qui a servi : ☐ Oui ☐ Non Si oui, qui : _____
7. Je suis ou quelqu'un pour qui je fais la demande fuit la loi pour éviter d'aller au tribunal ou en prison pour un crime : ☐ Oui ☐ Non
8. Je vis dans : ☐ Ma propre maison ☐ ou appartement ☐ Foyer de groupe Autre : _____
   ☐ Établissement (indiquer le type) :_____Date d'entrée : _____
9. Je suis : ☐ Célibataire ☐ Marié ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve) ☐ En partenariat domestique enregistré
10. J'ai été condamné(e), ou quelqu'un de mon foyer a été condamné(e), pour avoir échangé une aide alimentaire contre de la drogue après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
11. J'ai été condamné(e), ou membre de mon foyer a été condamné pour l'achat ou la vente d'une aide alimentaire d'un montant supérieur à 500 dollars après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
12. J'ai été condamné, ou membre de mon foyer a été condamné, pour avoir échangé de l'aide alimentaire contre des armes, des munitions ou des explosifs après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
13. J'ai été condamné, ou membre de mon foyer a été condamné, à recevoir une aide alimentaire dans plus d'un État après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
14. Je suis ou membre de mon foyer est : a. En grève : ☐ Oui ☐ Non b. Un pensionnaire : ☐ Oui ☐ Non
15. Moi-même ou un membre de mon ménage avons gagné 4 500 $ ou plus à la loterie ou aux jeux de hasard : ☐ Oui ☐ Non
    Si oui, qui : _____ Date de réception : _____
    Montant (montant en dollars hors taxes) : _____

II. Détails de l'assurance maladie (non nécessaire pour l'aide alimentaire de base)

Moi-même, mon conjoint ou une personne de mon foyer :

1. Prévoit d'entrer, est interné dans, ou a récemment quitté un établissement médical (tel qu'un hôpital ou une maison de retraite) ☐ Oui ☐ Non
2. Avez besoin d'aide pour régler des factures médicales impayées au cours des trois derniers mois .....☐ Oui ☐ Non
3. Dispose d'une assurance maladie : ☐ Oui ☐ Non (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : ☐ Medicare (pas Washington Apple Health)
   ☐ Tricare ☐ Assurance soins de longue durée ☐ Indian Health Services (Service de santé des Indiens)
   ☐ Autre assurance maladie :

III. Ressources (joindre le justificatif ; pas nécessaire pour le HWD ou Assistance pour l'alimentation de base) (suite)

Une ressource désigne tout ce que vous possédez ou achetez et qui peut être vendu, échangé ou converti en espèces ou en argent détenu par d'autres personnes. Une ressource ne comprend pas les biens personnels tels que les meubles ou les vêtements. Les ressources sont par exemple les éléments suivants :

- Argent liquide
- Comptes courants
- Comptes d'épargne
- Fonds de l'enseignement supérieur
- Fonds fiduciaires
- IRA / 401k
- Maisons, terrains ou bâtiments
- CD
- Compte du marché monétaire
- Obligations
- Fonds de retraite
- Fonds d'enterrement, plans prépayés
- Matériel d'entreprise
- Bétail
- Assurance-vie

NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

III. Ressources (joindre le justificatif ; pas nécessaire pour le HWD ou Assistance pour l'alimentation de base)

1. Veuillez énumérer les ressources que vous, votre conjoint ou la personne pour laquelle vous faites la demande possédez ou achetez :

RESSOURCE	QUI EST PROPRIÉTAIRE	LIEU	VALEUR
			$
			$
			$
			$
			$

2. Moi, mon conjoint ou la personne pour laquelle je fais une demande avons des voitures, des camions, des camionnettes, des bateaux, des camping-cars, des remorques ou d'autres véhicules à moteur :

ANNÉE (Ex., 1980)	MARQUE (PAR EXEMPLE, FORD)	MODÈLE (PAR EXEMPLE, ESCORT)	COCHEZ SI LOUÉ	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST UTILISÉ À DES FINS MÉDICALES	MONTANT DÛ
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Moi-même, mon conjoint ou une personne pour laquelle je fais une demande avons vendu, échangé, donné ou transféré une ressource au cours des cinq dernières années (y compris les trusts, les véhicules ou les successions) : ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, quoi :_____quand : _____

IV. Rentes (investissements effectués par tout membre du ménage en vue de recevoir des paiements réguliers aujourd'hui ou à l'avenir).

QUI EST PROPRIÉTAIRE DE LA RENTE ?	ENTREPRISE OU INSTITUTION ?	MONTANT OU VALEUR	REVENU MENSUEL	DATE D'ACHAT
		$	$	
		$	$	
		$	$	

Si vous, ou votre conjoint, avez un intérêt dans une rente et que vous acceptez la couverture de soins de longue durée de la Washington Apple Health, associé au SSI ou du CN, vous devez désigner l'État de Washington comme bénéficiaire résiduel de la rente.

V. Revenu gagné (joindre la preuve)

1. Moi-même, mon conjoint ou la personne pour laquelle je fais la demande avons eu un emploi qui s'est terminé au cours des 30 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non
2. Moi-même, mon conjoint ou une personne pour laquelle je fais une demande a un revenu du travail : ☐ Oui ☐ Non

   Si oui, veuillez remplir cette section :

QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Cet emploi est-il un emploi indépendant ? ☐ Oui ☐ Non Montant mensuel des dépenses de travail indépendant : $ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT DÉDUCTIONS) $_____chaque : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par exemple, le 1er et le 15, ou tous les vendredis) :
QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Cet emploi est-il un emploi indépendant ? ☐ Oui ☐ Non Montant mensuel des dépenses de travail indépendant : $ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT DÉDUCTIONS) $_____chaque : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par exemple, le 1er et le 15, ou tous les vendredis) :

NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

VI. Autres revenus (joindre les justificatifs ; déclaration pour tous les membres du ménage)

- Allocations de chômage
- Revenus de la sécurité sociale
- Revenus tribaux
- Revenus des jeux
- Prestations éducatives (prêts étudiants, bourses, travail-études)
- Supplemental Security income (Revenu de sécurité complémentaire, SSI)
- Pension alimentaire pour enfants ou pour époux
- Prestations des chemins de fer
- Revenus locatifs
- Retraite ou pension
- Veteran Administration (Administration des anciens combattants, VA) ou prestations militaires
- Labor and Industries (Travail et industries, L&I)
- Fonds fiduciaires
- Intérêts / Dividendes

TYPE DE REVENU NON GAGNÉ	QUI PERÇOIT LES REVENUS ?	MONTANT MENSUEL BRUT
		$
		$
		$
		$

VII. Dépenses mensuelles

LOYER	EMPRUNT IMMOBILIER	ESPACE LOYER	ASSURANCE HABITATION	TAXES FONCIÈRES	AUTRES TAXES
$	$	$	$	$	$

Quels sont les services publics que votre ménage paie en dehors du loyer ou de l'hypothèque ?
☐ Chauffage (électrique/gaz) ☐ Electricité (pas de chauffage) ☐ Eau ☐ Téléphone fixe/cellulaire ☐ Egouts ☐ Ordures ménagères

Une autre personne ou un organisme, tel qu'un logement subventionné, m'aide à payer tout ou partie de ces dépenses :
☐ Oui ☐ Non Si oui, qui : _____Quelle dépense : _____Montant qu'elle paie : $_____

☐ J'ai reçu un paiement au titre du Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA) au cours des 12 derniers mois.

Moi-même, mon conjoint ou quelqu'un de mon foyer paye ou est censé payer (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

☐ Garde d'enfants ou d'adultes à charge (y compris les frais de transport)	Montant mensuel : $	Qui paie ?
☐ Frais médicaux pour les personnes handicapées ou âgées de plus de 60 ans (y compris les frais de transport et les primes d'assurance maladie)	Montant mensuel : $	Qui paie ?
☐ Pension alimentaire (joindre un justificatif)	Montant mensuel : $	Qui paie ?

Si vous ne déclarez aucune des dépenses énumérées ci-dessus, nous considérerons que votre ménage déclare ne pas vouloir bénéficier d'une déduction pour cette dépense.

VIII. Représentant autorisé

Un représentant autorisé est une personne avec laquelle vous autorisez le DSHS à s'entretenir de vos prestations. Vous pouvez nommer quelqu'un, mais vous n'êtes pas obligé de le faire.

Avez-vous un représentant autorisé ? ☐ Oui ☐ Non
Cette personne est-elle votre tuteur légal ? ☐ Oui ☐ Non
Cette personne a-t-elle une procuration ? ☐ Oui ☐ Non

Il se peut que vous deviez remplir le formulaire de représentant autorisé (DSHS 14-532), si vous renouvelez votre couverture de soins de santé. **Pour l'alimentation de base, le représentant autorisé n'est valable que pour la période de certification.**

NOM	RELATIONS	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

Autorisation de vérification des avoirs

Pour les programmes Medicaid Washington Apple Health pour les personnes Aged, Blind or Disabled (âgées, aveugles ou handicapées) uniquement.

Je comprends que les informations que je fournis pour ma demande ou la demande renouvellement de l'assistance feront l'objet d'une vérification par les autorités fédérales et de l'État afin de déterminer si elles sont exactes. J'autorise la Health Care Authority (Autorité médicale, HCA) et le Department of Social and Health Services (Département des services sociaux et de santé, DSHS) de l'État de Washington à procéder à une vérification des actifs afin de déterminer mon éligibilité et de vérifier l'exactitude de mes informations financières. Je comprends que la HCA et le DSHS peuvent enquêter et contacter toute institution financière, agence fédérale ou d'État, ou base de données privée, dans le cadre du processus de vérification des actifs. Je comprends que cette autorisation prend fin dès lors que ma demande reçoit une décision finale défavorable, lorsque mon éligibilité aux prestations prend fin, ou si je révoque cette autorisation à tout moment en envoyant une notification écrite à la HCA ou à la DSHS. **Si je révoque ou refuse de donner mon autorisation, je comprends que je ne serai pas éligible au programme Medicaid Washington Apple Health destiné aux personnes Aged, Blind, or Disabled (Âgées, aveugles ou handicapées).**

NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT

Inscription sur la liste életorale

Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales, y compris l'inscription automatique. **S'inscrire ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'a aucune incidence sur les services ou le montant des prestations que vous pouvez recevoir de cette agence.** Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire 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 d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a violé votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, votre droit au respect de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou lorsque vous demandez à vous inscrire sur les listes électorales, ou votre droit de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès : Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Voulez-vous vous inscrire sur les listes électorales ou mettre à jour votre inscription sur les listes électorales ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne cochez aucune case, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales pour le moment, à moins que vous ne soyez éligible à l'inscription automatique sur les listes électorales et que vous ne la refusiez pas**.**

Si vous n'avez pas coché la case "Non" ci-dessus, vous pouvez bénéficier de l'inscription automatique sur les listes électorales. Vous pouvez bénéficier de l'inscription automatique sur les listes électorales si vous aurez au moins 18 ans lors de la prochaine élection, si vous êtes citoyen des États-Unis d'Amérique et si le DSHS dispose de votre nom, de votre adresse résidentielle et postale, de votre date de naissance, des informations relatives à la vérification de votre citoyenneté et de votre signature attestant de la véracité des informations fournies dans la présente demande.
Souhaitez-vous être inscrit automatiquement sur les listes électorales ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché la case "Oui", ou si vous ne cochez aucune case et que vous remplissez les conditions d'éligibilité pour l'inscription automatique sur les listes électorales, le DSHS enverra vos informations au bureau du secrétaire d'État et vous serez automatiquement inscrit sur les listes électorales.

Déclaration et signatures (Signez ci-dessous pour compléter votre vérification d'éligibilité.)

Je comprends que je dois :

- Fournir des informations correctes et respecter les exigences en matière de déclaration.
- Fournir la preuve que je suis éligible.
- Céder certains droits à la pension alimentaire pour enfants à l'État de Washington lorsque je bénéficie de Temporary Assistance for Needy Families (Aide temporaire aux familles nécessiteuses, TANF). Toutefois, je peux demander au DSHS de ne pas poursuivre la pension alimentaire si cela risque de me mettre en danger ou de mettre mes enfants en danger.
- Coopérer avec les exigences de travail de l'aide alimentaire.

Si je ne fais pas ces choses, je risque de me voir refuser des prestations ou de devoir les rembourser.

Je comprends que je peux faire l'objet de poursuites pénales si je fais délibérément une fausse déclaration ou si j'omets de déclarer quelque chose que je devrais déclarer.

J'autorise le DSHS à contacter d'autres personnes ou organismes si nécessaire pour m'aider à obtenir la preuve que je suis éligible.

Pour l'aide alimentaire et financière : J'ai lu ou on m'a expliqué mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie des Droits et responsabilités du client, DSHS 14-113. Pour l'assistance médicale, J'ai lu ou on m'a expliqué mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie des Droits et responsabilités du client, HCA 18-003.
Je certifie ou déclare, sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington, que les informations que j'ai fournies dans la présente demande, y compris les informations concernant la citoyenneté et le statut d'étranger des membres qui demandent des prestations, sont véridiques et exactes.

En ce qui concerne l'assistance financière, tous les adultes (ou représentants autorisés) du ménage doivent signer.

Pour la couverture des soins de santé, le demandeur (ou le représentant autorisé doit signer).

Pour l'aide alimentaire, le demandeur et le représentant autorisé doivent tous deux signer, à moins qu'il n'y ait un document de représentant autorisé en cours de validité dans le dossier.

SIGNATURE DU DEMANDEUR (REQUIS)	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU DEMANDEUR	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DE L'AUTRE ADULTE DEMANDEUR	DATE	NOM EN MAJUSCULE DE L'AUTRE ADULTE	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DE L'ASSISTANT OU DU REPRÉSENTANT	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU REPRÉSENTANT	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DU TÉMOIN SI LA SIGNATURE EST ACCOMPAGNÉE D'UN "X"	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU TÉMOIN	