



Pennsylvania
Department of Human Services

Demande de prestations en Pennsylvanie

Il s'agit d'une demande de prestations en espèces, de soins de santé et du Programme d'Assistance Nutritionnelle Supplémentaire (SNAP). Si vous avez besoin de cette demande dans une autre langue ou de quelqu'un pour interpréter, veuillez contacter votre bureau d'assistance local du comté. Une assistance linguistique sera fournie gratuitement.

Esta es una solicitud de beneficios en efectivo, beneficios de atención médica y del Programa de Asistencia Nutricional Suplementaria (SNAP). Si necesita esta solicitud en otro idioma o un intérprete, comuníquese con la oficina de asistencia de su condado. La asistencia lingüística se proporcionará de forma gratuita.

Đây là đơn xin hưởng các khoản tiền phúc lợi, bảo hiểm y tế và Chương Trình Trợ Cấp Dinh Dưỡng Bổ Sung (SNAP). Nếu bạn cần đơn này bằng ngôn ngữ khác hay cần thông dịch viên thì vui lòng liên hệ với văn phòng hỗ trợ quận tại địa phương mình. Hỗ trợ ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

此为现金、医疗和补充营养援助计划 (SNAP) 福利申请表。如需其他语言版本或口头翻译, 请联系当地的县援助办公室。免费获取语言协助。

В этом приложении будут содержаться данные о ваших денежных пособиях, льготах по медицинскому обслуживанию и пособиях по программе «Программа дополнительной продовольственной помощи» (SNAP). Если вы хотите переключить язык приложения или вам требуются услуги перевода, обратитесь в окружное отделение социальной помощи по месту жительства. Языковые услуги предоставляются бесплатно.

នេះគឺជាពាក្យស្នើសុំប្រាក់ ទំហែទាំសុខភាព និងអត្ថប្រយោជន៍កម្មវិធីជំនួយអាហាររូបត្ថម្ភបន្ថែម (SNAP) ។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការដាក់ពាក្យសុំជាភាសាផ្សេង ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែ សូមទាក់ទងការិយាល័យជំនួយខោនធីរបស់អ្នក ។ អ្នកនឹងទទួលបានជំនួយបកប្រែភាសាដោយឥតគិតថ្លៃ ។

هذا تطبيق مخصص للمستحقات النقدية، الرعاية الصحية وميزات برنامج مساعدات التغذية التكميلية (SNAP). إذا كنت تريد تصفح هذا التطبيق بلغة أخرى أو كنت تريد مترجماً فوراً، فالرجاء الاتصال بمكتب المساعدة المحلي التابع للمقاطعة الخاصة بك، وسيتم توفير المساعدة اللغوية مجاناً.

Si vous avez un handicap et avez besoin de cette demande en gros caractères ou dans un autre format, veuillez appeler notre ligne d'assistance au **1-800-692-7462**.

Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole et souhaitant communiquer avec la ligne d'assistance peuvent appeler PA Relay Services en composant le **711**.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Vous pouvez soumettre votre demande en ligne à : www.compass.state.pa.us.



Sécurité familiale : Informations sur la violence conjugale et les agressions sexuelles et vos prestations TANF.

Il peut être très difficile de reconnaître que vous-même, ou quelqu'un de proche, souffrez de violence relationnelle ou familiale.

La violence conjugale est un comportement abusif dans relation, utilisé par une personne pour obtenir ou maintenir le pouvoir et le contrôle sur une autre personne dans une relation intime ou familiale. Cela peut être physique, sexuel, émotionnel ou psychologique. Il s'agit de comportements qui intimident, manipulent, humilient, isolent, effraient, terrorisent, contraignent, menacent, blâment, blessent ou offensent quelqu'un. Cela peut également impliquer de contrôler et de limiter l'accès aux finances ou aux médias sociaux.

Les exemples de comportements abusifs comprennent, sans s'y limiter :

- abus physique
- abus émotionnel
- abus psychologique
- abus sexuel
- agression sexuelle
- harcèlement sexuel
- traque
- abus financier
- abus technologique

Si vous êtes ou avez été victime de violence conjugale, de harcèlement sexuel, d'abus sexuel, d'agression sexuelle ou de harcèlement criminel et que vous risquez de subir d'autres violences, harcèlement, abus, agression ou harcèlement criminel, votre assistant social peut vous dispenser des exigences du programme d'aide en espèces. Parfois, les personnes ne peuvent pas se conformer en toute sécurité aux exigences d'aide financière parce qu'elles craignent que leur enfant ou eux-mêmes soient maltraités s'ils le font.

Ces exigences du programme comprennent :

- Une Coopération en matière de pension alimentaire pour enfants ou conjoints
- Une Participation au travail (RESET)
- Des Exigences de vérification
- Des Délais
- Exigences selon lesquelles les parents adolescents vivent à la maison
- Autres exigences au cas par cas

Si vous devez être exempté de l'obligation d'aide en espèces à cause de la violence conjugale, informez-en votre assistant social. Votre assistant social peut :

- **Parler** avec vous si vous le souhaitez. Vous pouvez demander à parler en privé. Votre assistant social et le personnel garderont vos informations personnelles confidentielles.
- **Vous aider** à trouver des programmes locaux où vous pouvez obtenir des conseils, des plans de sécurité, un refuge, des services juridiques et d'autres aides.
- **Vous aider** à comprendre les règles quand il s'agit d'une demande d'aide en espèces et comment elles vous affectent si vous en faites la demande.

**Coalition de Pennsylvanie contre la Violence Conjugale (PCADV), <https://www.pcadv.org>
1-800-932-4632 (en Pennsylvanie) 303-839-1852 (national)**

L'agression sexuelle, la violence sexuelle ou le harcèlement sexuel ne se limitent pas à une relation intime. Cela peut se produire sur le lieu de travail, dans le milieu scolaire ou dans le grand public, et ce par un inconnu. Pour obtenir des informations sur les agressions sexuelles et la violence sexuelle, contactez :

La Coalition de Pennsylvanie pour la Promotion du Respect (PCAR), <https://pcar.org> 1-888-772-7227 (en Pennsylvanie)

PA CareerLink® - Informations importantes

PA CareerLink® est un programme du Département du Travail et de l'Industrie de Pennsylvanie visant à aider les demandeurs d'emploi à trouver un emploi. Le personnel du Travail et de l'Industrie connaît les conditions actuelles du marché du travail et peut vous fournir des informations et des ressources pour vous aider dans votre recherche d'emploi.

Il est recommandé de vous inscrire sur PA CareerLink® pour commencer. Vous pouvez vous inscrire auprès de PA CareerLink® à l'adresse www.pacareerlink.pa.gov/.





La Pennsylvanie reçoit des informations d'autres agences étatiques et fédérales pour vérifier les informations que vous nous fournissez. Si vous déformez, cachez ou dissimulez des faits qui pourraient affecter votre admissibilité aux prestations, vous pourriez être tenu de rembourser vos prestations et vous pourriez être poursuivi et exclu du bénéfice de certaines prestations futures.



COMPASS
CLICK. APPLY. BENEFIT.

Vous pouvez soumettre votre demande en ligne à : www.compass.state.pa.us.

Le dépôt de C'est facile à soumettre votre demande est très simple !

1. Remplissez ce formulaire.
2. **Signez-le et datez-le en page 1 et page 15**
3. Signez-le et datez-le en page 1 et 15

Êtes-vous intéressé par d'autres services ?

Cochez la case si vous souhaitez obtenir des informations sur l'un de ces autres services :

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> Revenu de Sécurité Supplémentaire (SSI) | <input type="checkbox"/> Well Baby Clinic | <input type="checkbox"/> Garde d'enfants |
| <input type="checkbox"/> Services pour personnes handicapées intellectuelles | <input type="checkbox"/> Vaccination (injections) | <input type="checkbox"/> Head Start (pour les enfants de 3 à 6 ans) |
| <input type="checkbox"/> LIHEAP (aide à l'énergie) | <input type="checkbox"/> Services aux anciens combattants | <input type="checkbox"/> Services d'assistance aux enfants |
| <input type="checkbox"/> Banques alimentaires | <input type="checkbox"/> Emploi et formation | <input type="checkbox"/> Planification familiale/contrôle des naissances |
| <input type="checkbox"/> Repas scolaires (gratuits ou à prix réduit) | <input type="checkbox"/> Réadaptation professionnelle | <input type="checkbox"/> Lifeline (service téléphonique à prix réduit) |
| <input type="checkbox"/> Soins de longue durée (soins en maison de retraite) | <input type="checkbox"/> Aide au logement | <input type="checkbox"/> WIC (Femmes, nourrissons et enfants) |
| <input type="checkbox"/> Services à domicile et communautaires (services d'exonération) | | |
| <input type="checkbox"/> Allocations spéciales pour l'emploi et la formation telles que les outils | <input type="checkbox"/> Autre : _____ | |

Des questions ?

Appelez le bureau d'assistance de votre comté ou notre CENTRE DE SERVICE CLIENT au **1-877-395-8930**.
À Philadelphie, appelez **1-215-560-7226**.

Nous sommes là pour vous aider ! Appelez du lundi au vendredi de 8h30 à 17h
Les services de TDD (dispositif de télécommunication pour les sourds) sont disponibles en appelant les
Services de Relais de la PA au **711**.

Réservé aux Pour l'usage des prestataires médicaux uniquement / Medical Providers Use Only

PROVIDER NAME	PROVIDER NUMBER	<input type="checkbox"/> EMERGENCY
---------------	-----------------	------------------------------------

Pour l'usage du CAO uniquement / CAO Use Only

APPLICATION REGISTRATION NUMBER	CASELOAD	COUNTY	DISTRICT	RECORD NUMBER	DATE STAMP
---------------------------------	----------	--------	----------	---------------	------------

Bénéficiez du SNAP rapidement !

Bénéficiez des prestations avantages SNAP dès maintenant !

(SNAP était autrefois connu sous le nom de programme des Bons Alimentaires (Food Stamp).)

- **Votre ménage dispose-t-il de 100 \$ ou moins en espèces et sur des comptes bancaires, et s'attend-il à recevoir moins de 150 \$ de revenus ce mois-ci ?**
- **Êtes-vous un travailleur agricole migrant ou saisonnier?**
- **Votre revenu mensuel brut, vos liquidités et vos comptes bancaires sont-ils inférieurs à votre loyer/hypothèque et à vos frais de services publics pour ce mois ?**

Si la réponse à l'une de ces questions est oui, vous pourriez avoir droit à des prestations SNAP accélérées.

De ce fait, Cela signifie que vous pouvez bénéficier des avantages SNAP dans les cinq jours ouvrables calendaires suivant la date de votre demande.

Demandez plus d'informations en contactant le bureau d'assistance du comté local.

Déposez votre dossier de demande d'avantages SNAP dès aujourd'hui !

Vous pouvez avoir le droit de déposer une demande aujourd'hui à tout moment avant 17 heures. Le collaborateur La personne du bureau d'assistance du comté doit dater votre demande pendant que vous regardez.

Si les prestations SNAP accélérées vous sont refusées, vous avez droit, à une conférence d'agence à un entretien en ligne dans les deux jours ouvrables, avec un superviseur du bureau de l'agence d'assistance du comté. Si vous pensez que vos droits ou services vous sont refusés, ou si le bureau d'assistance du comté ne prend pas votre demande lorsque vous la remettez et ne la tamponne pas pendant votre présence que vous regardez, demandez un entretien à parler avec un superviseur ou appelez la ligne d'assistance gratuite au 1-800-692-7462.

Vous pouvez obtenir une aide juridique gratuite au bureau des services juridiques local.



Commencer

À quoi voulez-vous soumettre votre demande ? À quelle aide voulez-vous prétendre ?

Aide en espèces Couverture des soins de santé SNAP (Programme d'Assistance Nutritionnelle Supplémentaire)

Quelle est la langue que vous préférez? What language do you prefer? Anglais/English Espagnol/Spanish Autre/Other (précisez/specify) _____

Avez-vous besoin d'un interprète ? Do you need an interpreter? Oui/Yes Non/No Si oui, quelle langue ? If yes, what language? _____

Passez au sans papier ! Vous souhaitez recevoir vos notifications en ligne ?
Accédez à www.compass.state.pa.us et inscrivez-vous sur votre compte MyCOMPASS.

- Nous pouvons démarrer votre demande peut être ouverte dès que vous écrivez votre nom et votre adresse, puis signez et renvoyez cette demande.
- Nous vous encourageons à répondre à autant de questions que possible, à moins que les instructions ne vous indiquent que vous pouvez choisir de ne pas répondre. Plus nous disposons d'informations complètes, plus le traitement de votre demande sera rapide.
- Si vous êtes éligible, les avantages SNAP commencent à compter de la date à laquelle nous recevons votre demande. Nous vous informerons dans les 30 jours si vous l'êtes éligible ou non.

► **IMPORTANT :** Toutes les personnes qui déposent une demande doivent fournir ou demander un numéro de sécurité sociale (SSN) et répondre aux questions sur la citoyenneté. La fourniture d'un SSN est facultative pour les personnes qui ne demandent pas de prestations, mais cela peut accélérer le processus de demande. Nous utilisons les SSN pour vérifier les revenus et d'autres informations afin de voir qui est éligible à une aide pour couvrir les frais de la couverture des soins de santé. Si quelqu'un a besoin d'aide pour obtenir une aide dans l'obtention d'un SSN, appelez le 1-800-772-1213 ou visitez rendez-vous sur www.ssa.gov. Les utilisateurs d'ATS doivent être invités à appeler le 1-800-325-0778.

Remarques : Si vous n'êtes pas un non-citoyen présentant une demande uniquement pour les services médicaux d'urgence, vous n'avez pas besoin de fournir d'informations sur votre statut d'immigration ni de demander ou de fournir un SSN.

Parlez-nous de vous, du demandeur : Nous devons contacter un adulte/parent/tuteur.

Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille et le suffixe - Jr./Sr./etc.) :

Adresse du domicile (inclure la rue, le numéro d'appartement, la ville, l'état et le code postal + 4)

District scolaire :

Canton ou municipalité :

Depuis combien de temps habitez-vous à cette adresse ?

Numéro de téléphone :

()

Type de téléphone :

Domicile Travail Portable

Le deuxième Deuxième numéro de téléphone :

()

Type de téléphone :

Domicile Travail Portable

Cochez ici si vous n'avez pas d'adresse personnelle. Vous devez toujours donner
Donner une adresse postale est obligatoire.

Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile) :

SNAP rapide : Vous pouvez peut-être obtenir SNAP d'ici 5 jours ! Répondez à ces questions, puis signez cette demande et remettez-la à votre bureau d'assistance départemental avant 17 heures aujourd'hui ! Votre bureau d'assistance du comté organisera un entretien avec vous.

Revenu mensuel total, pour vous et toute personne qui présente la demande, avant prélèvement des impôts :

\$

Est-ce que vous, ou quelqu'un pour qui vous présentez la demande, bénéficiez du SNAP maintenant actuellement ?

Oui Non

Payez-vous des services publics autres que le téléphone ? Oui Non
Si oui, quels services publics lesquels ?

Total des ressources (les ressources sont l'argent en espèces, les comptes chèques et les comptes d'épargne) :

\$

Payez-vous les services téléphoniques ?

Oui Non

Êtes-vous, ou l'une des personnes pour lesquelles vous présentez la demande est, un travailleur agricole saisonnier ou migrant ?

Oui Non

Total mensuel du loyer ou de l'hypothèque pour vous et toute personne qui en fait la demande :

\$

Payez-vous le chauffage ou le coût de fonctionnement de la climatisation ?

Oui Non

Est-ce que vous, ou l'une des personnes pour lesquelles vous présentez la demande, vivez dans un refuge pour femmes et enfants maltraités ou battus ?

Oui Non

Signez ici :

X

Votre signature ou celle de votre représentant

Date



Parlez-nous des personnes qui vivent chez vous :

Nous devons recueillir des informations sur toutes les personnes qui vivent à votre adresse, même si elles ne demandent pas de prestations. **Pour les demandeurs de soins de santé, assurez-vous d'inclure toute personne sur votre déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec vous.**

Remarques : Vous n'avez pas besoin de produire une déclaration de revenus pour bénéficier des prestations.

Personne 1 (Commencez par vous-même)				Pour l'usage du CAO uniquement Ligne # :	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe -Jr./Sr./etc.)		Vous présentez Déposez-vous la demande pour vous-même ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro de Sécurité Sociale :	
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'État si cette personne en possède un :	Statut Matrimonial État civil ▶ <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Séparé	<input type="checkbox"/> Marié (e) <input type="checkbox"/> Veuf
Allez-vous à l'école? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Êtes-vous enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, date de terme	Pour quand attendez-vous le bébé ?	Combien de bébés sont attendus ?		
Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez déposez la demande pour vous-même.					
Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si vous n'êtes pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, souhaitez-vous être examiné pour la couverture du programme de services de planification familiale uniquement ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si vous avez moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que vos revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. Si vous souhaitez bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de votre ménage, y compris et notamment le revenu de vos parents. Souhaitez-vous être examiné uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Quel que soit votre âge, craignez-vous que les informations que vous pourriez recevoir là où vous vivez concernant les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de votre conjoint, de vos parents ou d'une autre personne ? Si oui, avez-vous une autre adresse (autre que celle où vous habitez) où vous souhaiteriez obtenir des informations sur les services de planification familiale ?			
Êtes-vous citoyen ou ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si vous n'êtes pas citoyen ou ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Avez-vous un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :	Type de document :	Numéro d'identification du document :
	Avez-vous un sponsor ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Vivez-vous aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes appropriées)	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain		<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique	
	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)		<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____	
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif)	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino				



Personne 2				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)				Présentez Déposez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'Etat si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié (e)	
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien				Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	
Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez déposez la demande pour cette personne.					
Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Quel que soit leur âge, ont-ils peur que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?			
Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :		Type de document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro d'identification du document :
RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)		<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique	
		<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____	
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif) <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino					

Personne 3				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)				Présentez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'Etat si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié (e)	
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Autre _____ <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien				Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	
Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez la demande pour cette personne.					
Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?			
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non ▶	Quel que soit leur âge, ont-ils peur craignent-ils que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?			
Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui		Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :		Type de document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Numéro d'identification du document :
RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)		<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique	
		<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____	
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif) <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino					



Personne 4				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)				Présentez Déposez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'Etat si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié (e)	
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien <input type="checkbox"/> Autre _____			Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	

Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez la demande pour cette personne.

Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Quel que soit leur âge, ont-ils peur que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?

Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :	Type de document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique
	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif)	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino		

Personne 5				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)				Présentez Déposez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :		Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'Etat si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf <input type="checkbox"/> Marié (e)	
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien <input type="checkbox"/> Autre _____			Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	

Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez la demande pour cette personne.

Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Quel que soit leur âge, ont-ils peur que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?

Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :	Type de document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique
	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif)	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino		



Personne 6				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)			Présentez Déposez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Ligne # : Numéro de Sécurité Sociale :
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'État si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Marié (e)
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien <input type="checkbox"/> Autre _____			Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	

Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez déposez la demande pour cette personne.

Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Quel que soit leur âge, ont-ils peur que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?

Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :	Type de document :	Numéro d'identification du document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique
	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif)	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino		

Personne 7				Pour l'usage du CAO uniquement	
Nom (inclure le prénom, l'initiale du deuxième prénom, le nom de famille, le suffixe-Jr./Sr./etc.)			Présentez Déposez-vous la demande pour cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Ligne # : Numéro de Sécurité Sociale :
Date de naissance (MM/DD/AAAA) :	Sexe <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	Permis de conduire ou numéro d'identification d'État si cette personne en possède un :	Matrimonial État civil Statut <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé	<input type="checkbox"/> Séparé <input type="checkbox"/> Veuf	<input type="checkbox"/> Marié (e)
Quel est le lien de parenté entre cette personne et vous ? <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Enfant <input type="checkbox"/> Beau-fils <input type="checkbox"/> Pas de lien <input type="checkbox"/> Autre _____			Cette personne habite-t-elle avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Cette personne est-elle à l'école ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quelle niveau scolaire ?	Nom de l'école :		Étudiant à plein temps ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Cette personne est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Si oui, date de terme Pour quand attendez-vous le bébé ?		Combien de bébés sont attendus ?	

Répondez aux questions ci-dessous si vous présentez la demande pour cette personne.

Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si elle n'est pas éligible à la couverture complète de l'assistance médicale, cette personne souhaite-t-elle être examinée pour une couverture uniquement pour le programme de services de planification familiale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Si cette personne a moins de 21 ans, nous ne prendrons en compte que ses revenus dans notre détermination du programme de services de planification familiale. S'ils souhaitent bénéficier d'une couverture complète d'assistance médicale, nous devons évaluer le revenu de leur ménage, y compris le revenu de leurs parents. Cette personne souhaite-t-elle être examinée uniquement pour le programme de services de planification familiale et NON pour une couverture complète d'assistance médicale ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	▶ Quel que soit leur âge, ont-ils peur que les informations qu'ils peuvent recevoir là où ils vivent sur les services de planification familiale puissent causer un préjudice physique, émotionnel ou autre de la part de leur conjoint, de leurs parents ou d'une autre personne ? Si oui, ont-ils une autre adresse (autre que celle où ils habitent) où ils aimeraient obtenir des informations sur les services de planification familiale ?

Cette personne est-elle un citoyen ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Si cette personne n'est pas un citoyen ou un ressortissant américain, répondez aux questions suivantes :	Cette personne a-t-elle un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui	Si oui, renseignez le type de document et le numéro d'identification :	Type de document :	Numéro d'identification du document :
	Cette personne a-t-elle un parrain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		Cette personne vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

RACE (Facultatif) (Cochez toutes les cases pertinentes)	<input type="checkbox"/> Noir ou Afro-Américain	<input type="checkbox"/> Asiatique	<input type="checkbox"/> Native Hawaïenne / Insulaire du Pacifique
	<input type="checkbox"/> Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska (voir l'annexe A)	<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Autre _____
ORIGINE ETHNIQUE (Facultatif)	<input type="checkbox"/> Hispanique/Latino-américaine <input type="checkbox"/> Non hispanique ou latino		



Autres questions sur les personnes vivant chez vous :

Veillez répondre à ces questions concernant **vous ou toute personne de votre foyer** qui demande des prestations.

Quelqu'un bénéficie-t-il actuellement d'une aide en espèces, d'une assistance médicale ou d'un SNAP dans un autre État ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel état et quel comté ?	
Est-ce que vous ou un membre de votre foyer avez été disqualifié ou avez accepté d'être disqualifié pour les bons d'alimentation ou les prestations SNAP dans un autre État ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, dites-nous qui :	
Quelqu'un a-t-il déjà demandé des prestations en utilisant un nom ou un numéro de sécurité sociale différent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, merci de nous indiquer le nom et le numéro de sécurité sociale :	
Y a-t-il quelqu'un dans l'armée américaine, ou quelqu'un a-t-il été dans l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Y a-t-il une veuve, une épouse ou un enfant (de moins de 18 ans) d'un membre de l'armée américaine, ou d'une personne ayant servi dans l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Y avait-il quelqu'un en famille d'accueil âgé de 18 ans ou plus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	État :
Quelqu'un est-il handicapé, gravement malade ou a-t-il besoin de soins médicaux ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	Qu'est-ce que le handicap ?
Quelqu'un a-t-il un problème de santé qui nécessite des médicaments de maintien de la santé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	
Quelqu'un vit-il dans un établissement médical ou de soins de longue durée ou souffre-t-il d'un problème de santé physique, mentale ou émotionnelle qui entraîne des limitations dans les activités (comme prendre son bain, s'habiller, faire les tâches quotidiennes, etc.) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
Quelqu'un a-t-il payé ou impayé des factures médicales ce mois-ci ou au cours des trois derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelqu'un a-t-il été victime de violence domestique ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Y a-t-il quelqu'un qui suit un traitement pour abus de drogues ou d'alcool ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	

Proches absents : Cette section est destinée aux personnes qui soumettent font une demande d'espèces.

Si une personne présente une demande pour un enfant dont les parents ne vivent pas chez vous ou si une personne présente une demande a un conjoint ne vivant pas chez vous, veuillez répondre à ces questions afin que nous puissions essayer d'obtenir de l'aide.

Vous n'avez pas besoin de remplir cette section si le fait de fournir ces informations ou de demander de l'aide vous exposerait, vous ou des membres de votre famille, à un risque de violence domestique ou rendrait plus difficile l'évasion de la violence domestique, ou si votre enfant est né à la suite d'un viol ou d'un inceste, ou si vous envisagez l'adoption.

Si cela vous pose problème de fournir ces informations ou de demander de l'aide en raison de violence domestique, de viol ou d'inceste ou parce que vous envisagez de proposer un enfant en adoption, cochez cette case :

Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un proche absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un proche absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un proche absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un proche absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un parent absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint
Nom de la personne ayant un proche absent :	Nom du proche absent :	Un parent absent est :
		<input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Conjoint

- ▶ Si vous demandez une aide en espèces, vous devez nommer nommez les parents de tout de l'enfant mineur et aider la Section des relations familiales (DRS) à collecter recouvrer la pension alimentaire en fournissant les informations dont ils ont besoin nécessaires, sauf si vous avez un motif valable. Si vous n'aidez pas le DRS en fournissant les informations nécessaires et que vous n'avez pas de bonnes raisons de ne pas aider sans raisons valables, tout montant d'aide en espèces pour lequel vous êtes approuvé sera réduit d'au moins 25 pour cent.

Si votre demande d'aide en espèces est approuvée, vous devez donner au ministère et au DRS le droit de collecter recouvrer de l'argent pour vous et les autres personnes pour lesquelles vous présentez la demande. La loi stipule que les droits à la pension alimentaire seront cédés à l'État si vous acceptez une aide en espèces.

Si une pension alimentaire est versée pour un enfant qui bénéficie d'une aide en espèces, la famille peut pourra recevoir une partie de l'aide en plus de l'aide en espèces.



Informations fiscales: Remplissez cette section si vous présentez la demande pour des soins de santé. Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.

Remplissez ces informations pour votre conjoint/partenaire et vos enfants qui vivent avec vous et/ou toute autre personne sur votre même déclaration de revenus fédérale si vous en produisez une.

L'une des personnes indiquées sur la demande envisage-t-elle de produire une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? Oui Non
Si oui, indiquez le déclarant et indiquez le conjoint du déclarant si vous produisez une déclaration conjointe.

Nom du déclarant :	En cas de déclaration conjointe, nom du conjoint :

L'une des personnes indiquées sur la demande déclarera-t-elle des personnes à charge sur sa déclaration de revenus ? Oui Non
Si oui, indiquez le déclarant et les personnes à charge.

Une personne à charge ne peut être réclamée que par un seul déclarant. Pour les déclarants conjoints, il vous suffit de répertorier les personnes à charge du déclarant qui signera le formulaire fiscal.

Nom du déclarant :	Personne à charge :

L'une des personnes indiquées sur la demande sera-t-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une personne ? Oui Non
Si oui, indiquez le numéro de la personne à charge et le déclarant pour lequel la personne à charge sera réclamée.

Vous n'avez pas besoin de compléter les informations de ce tableau si la personne à charge est déjà répertoriée ci-dessus.

Nom de la personne à charge :	Nom du déclarant :	Lien avec le déclarant :

Déductions fiscales: Remplissez cette section si vous présentez la demande pour des soins de santé. Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour le SNAP.

Si quelqu'un paie pour certaines choses qui peuvent être déduites dans sa déclaration de revenus fédérale, le fait de nous en parler pourrait réduire un peu le coût de la couverture des soins de santé.

Remarque : Si vous êtes travailleur indépendant, n'incluez pas un coût que vous indiquerez comme dépense sur votre formulaire fiscal de l'annexe C (par exemple, les dépenses liées aux voitures et aux camions, l'amortissement, les salaires des employés et les avantages sociaux, etc.).

Quelqu'un a-t-il des dépenses provenant de : (✓)(Cochez oui)	Oui	À qui est Qui paie cette dépense ?	À quelle fréquence la dépense est-elle payée ? (une fois, mensuellement, trimestriellement, deux fois par an, annuellement)	Combien ?
Déduction des intérêts sur les prêts étudiants				
Déduction d'assurance maladie pour les travailleurs indépendants				
Part déductible de l'impôt sur le travail indépendant				
Déduction pour compte d'épargne santé				
Autre (précisez)				



Ressources (également appelées « actifs ») : Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous demandez uniquement des prestations SNAP ou si vous demandez des soins de santé et que vous répondez à l'une de ces exceptions : enceinte ; enfant de moins de 21 ans ; avoir un enfant à charge de moins de 21 ans vivant avec vous ; vous n'avez pas de handicap et avez moins de 65 ans.

Veillez nous parler Parlez-nous de ressources d'actifs, telles que :

- Espèces
- Compte chèque/épargne
- Certificat de dépôt
- Compte de monnaie électronique/numérique (PayPal, Cash App)
- IRA/401k/partage des bénéfices
- Compte chèque/épargne
- Club de Noël ou de vacances
- Actions et obligations
- Fonds de placement
- Bateau, motoneige, camping-car
- Moto, VTT
- Véhicule (voiture, fourgonnette, camion)

Répertoriez chaque ressource actif séparément :

Nom de la personne possédant la ressource l'actif :	Type de ressource d'actif :	Combien ?	Où se trouve cette ressource cet actif/numéro de compte ?

Autres questions sur les ressources : Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous demandez uniquement des prestations SNAP ou si vous demandez des soins de santé et que vous répondez à l'une de ces exceptions : enceinte ; enfant de moins de 21 ans ; avoir un enfant à charge de moins de 21 ans vivant avec vous ; vous n'avez pas de handicap et avez moins de 65 ans.

Quelqu'un chez vous Un membre de votre foyer attend-il de l'argent, notamment un emploi, un règlement d'accident, un héritage ou un fonds en fiducie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	Quel genre?	Quand est-ce prévu ?	Combien est-il attendu ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il vendu, cédé ou transféré une maison, un terrain, un bien personnel ou toute autre ressource au cours des cinq dernières années ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?	Quel genre?	Quand ?	Combien valait-il ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer possède-t-il une maison ou une propriété dans laquelle il n'habite pas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?		Combien de véhicules les personnes de votre foyer possèdent-elles ?	▶
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il un accord d'inhumation avec une banque ou une maison funéraire ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?		Combien de terrains funéraires les personnes de votre foyer possèdent-elles ?	▶
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il une police d'assurance-vie ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?			



Revenu :

Veillez nous informer du revenu de tout enfant ou adulte que vous avez inscrit sur cette demande.

Est-ce qu'un membre de votre foyer a un revenu ? Oui Non **Si oui**, indiquez tout les revenus que vous avez déjà reçus ou que vous prévoyez recevoir cette année.

<input type="checkbox"/> Commissions	<input type="checkbox"/> Argent qui vous est versé pour le loyer	<input type="checkbox"/> Support
<input type="checkbox"/> Dividendes	<input type="checkbox"/> Argent qui vous est versé pour le logement ou la pension	<input type="checkbox"/> Chômage
<input type="checkbox"/> Jeux d'argent/Loterie	<input type="checkbox"/> Pensions	<input type="checkbox"/> Union Pay
<input type="checkbox"/> Frais de tuteur	<input type="checkbox"/> Travail indépendant	<input type="checkbox"/> Prestation aux anciens combattants
<input type="checkbox"/> Argent gagné en faisant du babysitting	<input type="checkbox"/> Prestations de maladie	<input type="checkbox"/> Salaire provenant de l'emploi
<input type="checkbox"/> Argent pour la formation	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Indemnisation des travailleurs
<input type="checkbox"/> Argent qui vous est versé pour les prêts	<input type="checkbox"/> Revenu de Sécurité Supplémentaire (SSI)	<input type="checkbox"/> Autre _____

Nom de la personne ayant un revenu :	Type/Source de revenu/Nom de l'employeur :	Revenu/ Salaire : Combien ?	À quelle fréquence est-il payé ?	Date du paiement le plus récent :

Autres questions sur les revenus :

Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il travaillé au cours des 90 derniers jours ?	Si oui , qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il vu ses heures de travail réduites au cours des 60 derniers jours ?	Si oui , qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il arrêté de travailler à un ou plusieurs emplois au cours des 30 derniers jours ?	Si oui , qui ?
Y a-t-il quelqu'un Un membre de votre foyer est-il en grève ?	Si oui , qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il déjà bénéficié de la sécurité sociale ?	Si oui , qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il déjà reçu un revenu de sécurité supplémentaire ?	Si oui , qui ?

Déductions avant impôts

Énumérez toutes les déductions avant impôt prélevées sur le revenu brut, telles que les primes d'assurance maladie/dentaire/vision/vie, 401(k) ou les cotisations au compte de retraite, les cotisations au compte d'épargne familial (FSA) ou au compte d'épargne santé (HSA).

Nom	Déduction	Montant mensuel

Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il demandé ou attend une décision pour l'une de ces prestations ? (Cochez toutes les réponses qui s'appliquent.)

<input type="checkbox"/> Sécurité Sociale	<input type="checkbox"/> Indemnités de chômage	<input type="checkbox"/> L'indemnisation des travailleurs
<input type="checkbox"/> Revenu de Sécurité Supplémentaire (SSI)	<input type="checkbox"/> Avantages Allocations pour anciens combattants	<input type="checkbox"/> Autre _____

Qui a postulé :	Prestation demandée :	Date de demande de prestation :	Toute décision en matière de prestations faisant l'objet d'un appel :

Quelqu'un Un membre de votre foyer finance-t-il la garde d'un enfant ou la prise en charge d'un adulte handicapé afin qu'il puisse aller travailler, étudier ou suivre une formation ? Oui Non

Si oui, combien montant versé chaque mois ?

Qui reçoit les soins ?

Montant mensuel :

Est-ce que cela coûte t-il quelque chose à quelqu'un d'obtenir les revenus indiqués ci-dessus ? (Comme les tels que frais de transport, les frais de justice, les frais bancaires ou de tuteur, etc.) ? Oui Non



Assurance de santé : Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement au SNAP.

La personne pour laquelle vous présentez déposez la demande est-elle couverte par une assurance maladie ? Oui Non

Une personne pour laquelle vous présentez déposez la demande a-t-elle bénéficié d'une couverture d'assurance maladie au cours des 90 derniers jours ? Oui Non

Si vous bénéficiez (ou aviez au cours des 90 derniers jours) de plusieurs types de couverture de soins de santé, veuillez remplir remplissez une case pour chaque police.

REMARQUE : Si vous avez plusieurs polices, vous devrez faire faites des copies de cette page et les joindre.

Type de couverture de soins de santé Assurance employeur Medicare TRICARE*
 Peace Corps Forfait individuel Autre _____

Liste de qui est (ou était) couvert :

Liste de qui est (ou était) couvert :		
Nom du preneur titulaire d'assurance :	Prénom :	Nom :
Nom de la compagnie d'assurance :	Prénom :	Nom :
Numéro de la police :	Prénom :	Nom :
Nom/numéro du groupe :	Prénom :	Nom :

Qu'est-ce qui est (ou était) couvert ? Soins hospitaliers Ordonnances Soin des yeux
 Visites du médecin Soin dentaire Dentaire

S'agit-il (ou était-il) d'un régime à prestations limitées (comme telle qu'une police d'assurance contre les accidents à l'école) ? Oui Non

Quand cette assurance a-t-elle débuté ?

Quand cette assurance a-t-elle (ou prendra-t-elle fin) ?
(Laissez vide si vous êtes toujours couvert.)

Cette assurance maladie a-t-elle (ou prendra-t-elle fin) parce que l'assuré a perdu son emploi (licencié, licencié, démissionné) ou a changé d'emploi ?
 Oui Non

Si oui, qui a perdu la couverture ?

Des enfants ont-ils perdu (ou vont-ils perdre) leur assurance maladie parce que l'employeur a cessé de proposer une couverture ? Oui Non

*Ne vérifiez pas si vous bénéficiez de soins directs ou si vous êtes dans l'exercice de vos fonctions.

Assurance maladie de votre employeur : Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez déposez la demande uniquement au SNAP.

Quelqu'un à qui vous postulez offre-t-il une assurance maladie à partir d'un emploi ? Oui Non

Cochez oui, même si la couverture provient de l'emploi d'une autre personne, comme un parent ou un conjoint.

Si oui, remplissez cette section et autant d'informations que possible à l'annexe B : Couverture santé du ou des emplois provenant d'activités salariales.

S'agit-il d'un régime d'avantages sociaux pour les employés de l'État ?
 Oui Non

Est-ce une couverture COBRA ?
 Oui Non

Est-ce un plan de santé pour retraités ?
 Oui Non

Si votre emploi vous propose une couverture santé, devrez-vous (ou devrez-vous) payer pour votre couverture ? Oui Non

Devez-vous (ou devez-vous) payer pour la couverture de votre (vos) enfant(s) ? Oui Non

Quel est le coût de la couverture familiale offerte par le régime d'assurance maladie collectif de votre employeur ?

Quel est le coût pour couvrir votre (vos) enfant(s) par le biais du avec le plan de santé de votre employeur ?



Dépenses : Cette section est destinée aux candidats SNAP.

Veillez nous faire part de vos dépenses afin que vous puissiez bénéficier du maximum d'avantages de prestations possible. Sur demande, vous devez fournir une preuve de vos dépenses.

► A tout moment, vous pouvez nous déclarer des dépenses de ménage, nous pourrions vous demander de nous en fournir un justificatif.

Est-ce que quelqu'un dans qu'un membre de votre foyer verse une pension alimentaire à une personne qui ne vit pas avec vous ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelqu'un chez vous Un membre de votre foyer bénéficie-t-il d'une aide au logement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Si oui, est-ce une ordonnance du tribunal ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, quel genre ? _____ Si oui, bénéficiez-vous d'une allocation pour services publics ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Les repas sont-ils inclus dans votre loyer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Y a-t-il quelqu'un en dehors de votre foyer qui paie certaines de vos dépenses ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, quelles dépenses ? _____ Combien ? _____ À quelle fréquence? _____ À qui? _____
Payez-vous le chauffage ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Payez-vous pour la climatisation centrale ou pour faire fonctionner un ou plusieurs climatiseurs individuels ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Vérifiez toutes les dépenses payées chaque mois par vous ou par toute personne vivant dans votre maison. Veuillez vérifier même si vous ne payez qu'une partie de la facture.

Téléphone Eau Ordures Installation d'utilitaires Électrique
 Pétrole, charbon, bois, kérosène Égout Gaz Propane Autre _____

Si vous avez l'une de ces dépenses, combien payez-vous par mois ?

Loyer : \$ _____ Frais de copropriété : \$ _____

Hypothèque \$ _____ Impôts fonciers : \$ _____ Assurance habitation : \$ _____

Frais médicaux : Cette section est destinée aux candidats SNAP.

Vous pouvez bénéficier de prestations SNAP supplémentaires si une personne vivant dans votre foyer est âgée de 60 ans ou plus ou handicapée, et si vous pouvez fournir une preuve de frais médicaux.

Vérifiez tous les frais médicaux que vous ou quelqu'un à votre domicile payez :

<input type="checkbox"/> Factures dentaires	<input type="checkbox"/> Tous les Les frais pour se rendre aux rendez-vous médicaux, aux traitements médicaux ou pour récupérer les ordonnances. Il peut s'agir de coûts tels que les taxis et les transports publics.
<input type="checkbox"/> Factures Honoraires de médecin	
<input type="checkbox"/> Factures d'hôpital	<input type="checkbox"/> Aides-soignants (personnes à votre domicile pour vous aider avec les traitements médicaux).
<input type="checkbox"/> Primes d'assurance maladie ou Medicare	<input type="checkbox"/> Fournitures liées à la santé (telles que lunettes, appareils auditifs, couches pour adultes).
<input type="checkbox"/> Équipement médical	<input type="checkbox"/> Médicaments sur ordonnance
<input type="checkbox"/> Autre : _____	

► **Le fait de ne pas déclarer ou vérifier l'une des dépenses énumérées ci-dessus sera considéré comme une déclaration de votre ménage indiquant que vous ne souhaitez pas recevoir de déduction pour les dépenses non déclarées.**



Enquête sur les antécédents criminels : Vous n'avez pas besoin de répondre à ces questions si vous présentez la demande uniquement pour des soins de santé.

Veillez répondre aux questions suivantes pour vous-même et pour toute autre personne pour laquelle vous présentez la demande :

Quelqu'un a-t-il une citation à comparaître ou un mandat pour comparaître en tant qu'accusé lors d'une procédure pénale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer doit-il des amendes, des frais ou une restitution pour un crime ou un délit ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il un plan de paiement pour les amendes et les frais ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer est-il en probation ou en libération conditionnelle ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Est-ce qu'une personne en probation ou en liberté conditionnelle <u>ne</u> se conforme pas ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer a-t-il été reconnu coupable de fraude sociale ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Quelqu'un Un membre de votre foyer fuit-il les forces de l'ordre ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Est-il obligatoire de Un membre de votre foyer doit-il s'inscrire en tant que délinquant sexuel reconnu coupable ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?
Est-ce qu'une personne qui Un membre de votre foyer doit-il s'inscrire en tant que délinquant sexuel reconnu <u>ne</u> se conforme pas à ses exigences d'enregistrement ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si oui, qui ?

Numéro d'inscription des d'électeurs (facultatif) : Cette section est réservée aux citoyens américains uniquement

Si vous n'êtes pas inscrit pour voter là où vous vivez actuellement à votre lieu de résidence actuel, souhaiteriez-vous demander à vous inscrire pour voter ici aujourd'hui ? Oui Non

SI VOUS NE COCHEZ AUCUNE DES DEUX CASES, VOUS SEREZ CONSIDÉRÉ COMME AYANT DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE POUR LE MOMENT.

Pour vous inscrire, vous devez :

- 1) Avoir au moins 18 ans le jour de la prochaine élection ;
- 2) Être citoyen des États-Unis depuis au moins un mois AVANT LA PROCHAINE ÉLECTION ;
- 3) Résider en Pennsylvanie et dans la circonscription électorale au moins 30 jours avant la prochaine élection.

Faire une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas le montant de l'aide qui vous sera fournie par cette agence.

Si vous souhaitez 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 candidature en privé. Veuillez contacter le bureau d'assistance du comté si vous souhaitez de l'aide.

Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, à votre droit à la vie privée en décidant de vous inscrire ou de demander à vous inscrire sur les listes électorales, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès du secrétaire du Commonwealth, Département d'État de Pennsylvanie, Harrisburg, PA 17120. (Numéro de téléphone sans frais 1-877-VOTESPA.)

LE PERSONNEL DU BUREAU D'ASSISTANCE DU COMTÉ COMPLÉTERA CETTE CASE EN FONCTION DE VOTRE RÉPONSE CI-DESSUS / COUNTY ASSISTANCE OFFICE STAFF WILL COMPLETE THIS BOX BASED UPON YOUR RESPONSE ABOVE

<input type="checkbox"/> Given to Client __/__/__	<input type="checkbox"/> Sent to voter registration __/__/__	<input type="checkbox"/> Mailed to Client __/__/__
<input type="checkbox"/> Declined, not interested __/__/__	<input type="checkbox"/> Not a U.S. citizen __/__/__	<input type="checkbox"/> Declined, already registered __/__/__

POUR USAGE DU CAO UNIQUEMENT / CAO USE ONLY

1. Yes No Is anyone in the application group receiving SNAP and not living in a certified shelter for battered women and children?
2. Yes No Is there any postponed verification from a previous expedited issuance that the household must provide?
3. Yes No Are the household liquid resources equal to or less than \$100?
4. Yes No Is the countable monthly gross income less than \$150?
5. Yes No Is this a migrant or seasonal farm worker household?
6. Yes No Is the household destitute?
7. Yes No Are combined monthly gross income and liquid resources less than monthly shelter expenses?

EXPEDITED REVIEW	Initials: _____	Date: _____
<input type="checkbox"/> Eligible <input type="checkbox"/> Denied - CLIENT NOTIFIED		
Reason for denial:		
REGISTERED FOR CATEGORIES		



Vos droits et responsabilités Découvrez vos droits et responsabilités :

DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

Il est interdit à cette institution de discriminer sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, de l'âge, du sexe et, dans certains cas, de la religion ou des convictions politiques.

Le Département 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 des activités antérieures en matière de droits civiques dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (par ex. Braille, gros caractères, bande audio, Langue des Signes Américaine, etc.) doivent être priés de contacter l'Agence (Étatique ou locale) auprès de laquelle elles ont demandé des prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter USDA via le Service de Relais Fédéral au (800) 877-8339. De plus, les informations sur le programme peuvent être disponibles dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du programme USDA (AD-3027), disponible en ligne à l'adresse : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, et dans n'importe quel bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et fournissez dans la lettre toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, composez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou lettre rempli à USDA par :

- (1) courrier : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax : (202) 690-7442 ; ou
- (3) e-mail : program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information concernant les problèmes du programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), les personnes doivent être priées soit contacter le numéro d'assistance téléphonique USDA SNAP au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, soit appeler les numéros d'information/hotline de l'État (cliquez sur le lien pour une liste des numéros d'assistance téléphonique par État) ; trouvé disponible en ligne sur : 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 Département américain de la Santé et des Services sociaux (HHS), écrivez à : Directeur HHS, Bureau des droits civils, salle 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 ou appelez le (202) 619-0403 (voix) ou le (800) 537-7697 (ATS).

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances Cet organisme applique le principe de l'égalité des chances.

DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ

Nous garderons vos informations privées. Il servira uniquement à décider à quels programmes vous pourriez être admissible. Le bureau d'assistance du comté (CAO), sur demande, doit fournir aux responsables de l'application des lois fédérales, étatiques et locales l'adresse, le numéro de sécurité sociale (SSN) et la photographie (si disponible) d'une personne qui fuit pour éviter des poursuites, une garde à vue ou une détention. Pour un crime ou une violation de la probation ou de la libération conditionnelle. Toute personne enfreignant sciemment l'une des règles et règlements de ce département sera coupable d'un délit et, sur déclaration de culpabilité, sera condamnée à payer une amende n'excédant pas cent (100 \$) dollars, ou à une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois. ou les deux (62 PS article 483).

DROIT À UN AVIS ÉCRIT

Nous vous remettrons un avis écrit expliquant vos avantages. Si nous refusons, modifions, suspendons ou arrêtons les prestations, nous vous expliquerons par écrit pourquoi. Vous disposez de 30 jours (90 jours pour les prestations du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP)) à compter de la date d'envoi de l'avis pour demander une audience.

DROIT D'APPEL

Vous avez le droit de demander une audience du Département des Services sociaux (DHS) pour faire appel d'une décision si vous pensez qu'elle est injuste ou incorrecte, ou si le DHS ne donne pas suite à votre demande de prestations. Vous pouvez déposer un recours auprès du CAO. Si vous faites appel, vous pouvez également demander une conférence d'agence avant l'audience. Si votre appel concerne des prestations SNAP accélérées, vous avez le droit d'avoir cette conférence avec un superviseur dans les deux jours ouvrables. Lors de l'audience, vous pouvez vous représenter vous-même ou quelqu'un d'autre, comme un avocat, un ami ou un parent, peut vous représenter.

DROIT DE RÉCLAMER UNE BONNE CAUSE

Si vous demandez des prestations en espèces ou une assistance médicale, la loi vous oblige à coopérer pour établir la paternité et demander de l'aide. Vous pourrez être dispensé de ces exigences si vous prouvez que cela peut être dangereux pour vous et/ou vos enfants. C'est ce qu'on appelle une bonne cause. À moins qu'une exemption pour motif valable ne soit établie, vous devrez satisfaire aux exigences en matière d'emploi et de formation. Vous devrez également satisfaire aux exigences de déclaration semestrielle, à moins qu'un motif valable ne soit accordé.

DROIT AU CERTIFICAT DE COUVERTURE CRÉDITABLE

La loi fédérale limite les cas dans lesquels la couverture maladie peut être refusée ou limitée pour une maladie préexistante. Si vous adhérez à un régime d'assurance maladie collectif qui exclut le traitement d'une maladie que vous souffrez déjà, vous pouvez être crédité pour la période pendant laquelle vous avez bénéficié d'une couverture d'assistance médicale. Cela peut vous aider à obtenir une couverture. Contactez votre assistant social pour demander ce certificat.

RESPONSABILITÉ DE FOURNIR DES INFORMATIONS

Vous devez fournir des informations véridiques, correctes et complètes. Vous devez aider à prouver les informations que vous fournissez. Les prestations peuvent être refusées si vous ne fournissez pas certaines preuves. Si vous ne pouvez pas les fournir de preuve, vous devez demander demandez au CAO de vous aider à l'obtenir. Si vous êtes contacté par le DHS ou le Bureau de l'Inspecteur général de l'État, vous devez coopérer pleinement avec ces personnes ou enquêteurs. Si vous avez 55 ans ou plus et recevez une assistance médicale pour payer les services d'un établissement de soins infirmiers, les services d'exonération à domicile et dans la communauté et tout les services hospitaliers et de médicaments sur ordonnance connexe, vous devrez peut-être être tenu de rembourser le coût de ces services à partir de votre succession d'homologation. Si vous demandez une aide en espèces, nous pouvons vous demander de signer un accord pour rembourser les prestations que vous, votre conjoint et vos enfants avez reçues.

RESPONSABILITÉ DE FOURNIR LES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Pour les prestations en espèces, d'assistance médicale et/ou SNAP, vous devez fournir un SSN pour chaque personne pour laquelle vous présentez la demande. Si vous n'avez pas de SSN, vous devez en demander un. Ne pas fournir de SSN peut entraîner l'impossibilité de bénéficier des prestations. Pour les prestations en espèces, nous pouvons demander un SSN pour toute personne dont les revenus ou les ressources peuvent affecter votre éligibilité ou le montant des prestations. Votre SSN sera utilisé pour l'identité, pour les correspondances informatiques qui vérifient les revenus et les ressources, et pour éviter la duplication des prestations étatiques et fédérales. Un non-citoyen qui demande uniquement une assistance médicale d'urgence n'est pas tenu de fournir un SSN. (42 Code américain 1320b-7)

RESPONSABILITÉ D'UTILISER LA CARTE D'ACCÈS PA LÉGALEMENT

Une fois que vous êtes éligible aux prestations, vous recevrez une carte PA ACCESS. Cette carte ne peut être utilisée que pour la personne éligible et uniquement pendant la période d'éligibilité. Vous ne pouvez utiliser la carte que pour des services nécessaires et raisonnables.

RESPONSABILITÉ DE SIGNALER LES CHANGEMENTS

Si vous êtes admissible aux prestations, vous devez signaler les changements dans votre situation à votre assistant social ou au centre de service client d'aide sociale. Les types de changements signalés incluent les personnes qui quittent ou emménagent dans la maison, une nouvelle adresse, un nouvel emploi pour un membre de votre foyer quel qu'un, si quelqu'un perd son en cas de perte d'emploi, la naissance d'un enfant, de nouvelles sources de revenus ou des modifications de revenus, ainsi que des gains de loterie et de jeu. Votre assistant social et les avis notifications que vous recevez couvriront les détails en détail en fonction des programmes et des avantages auxquels vous avez droit. Le fait de ne pas signaler les changements requis dans les lignes directrices du programme pourrait entraîner une perte d'avantages de prestations, des sanctions ou des accusations civiles ou pénales. Vous pouvez signaler les changements au CAO en personne, par téléphone, fax, courrier ou via un votre compte MyCOMPASS. Vous pouvez également signaler les modifications au centre de service client service d'aide sociale au 1-877-395-8930 ou, pour Philadelphie, au 1-215-560-7226 à tout moment.

DÉCLARATION DE LA LOI SUR LA CONFIDENTIALITÉ

(i) La collecte de ces informations, y compris et notamment le numéro de sécurité sociale (SSN) de chaque membre du ménage, est autorisée en vertu de la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008, telle que modifiée, 7 USC 2011-2036d. Les informations seront utilisées pour déterminer si votre ménage est éligible ou continue d'être de l'être éligible pour participer au programme SNAP. Nous vérifierons ces informations grâce à des programmes informatiques de correspondance. Ces informations seront également utilisées pour contrôler la conformité aux règlements du programme et pour la sa gestion du programme.

(ii) Ces informations peuvent être divulguées à d'autres agences fédérales et étatiques pour examen officiel, ainsi qu'aux responsables de l'application des lois dans le but afin d'appréhender les personnes fuyant la loi.

(iii) Si une réclamation SNAP survient contre votre foyer, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et étatiques, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des réclamations, pour des mesures de recouvrement des réclamations.

(iv) La fourniture des informations demandées, y compris le SSN de chaque membre du ménage, est volontaire. Cependant, le fait de ne pas fournir un SSN entraînera le refus des avantages SNAP à chaque personne qui ne fournit pas de SSN. Tous les SSN fournis seront utilisés et divulgués de la même manière que les SSN des membres éligibles du ménage.



Interdictions et sanctions Découvrez vos responsabilités :

SI CELA SE PRODUIT SANS CAUSE JUSTE		CELA PEUT ARRIVER (PÉNALITÉ)
TOUS LES AVANTAGES TOUTES LES PRESTATIONS SNAP CASH ESPÈCES ASSISTANCE MÉDICALE	Utilisation abusive de la carte de transfert électronique des avantages prestations (EBT) ou de la carte PA ACCESS.	Bien Amende, prison, ou les deux.
	Ne signalez pas pas signaler les changements, comme requis.	Prestations réduites ou arrêtées résiliées
	Donner volontairement des informations fausses, incorrectes ou incomplètes, ou ne pas signaler les modifications.	Amende, disqualification et/ou peine de prison pour fraude à l'aide sociale, disqualification pour une audience administrative. Non éligible au paiement en espèces : • Première fois - 6 mois. • Deuxième fois - 12 mois. • La troisième Troisième fois, : c'est pour toujours définitivement Non éligible au SNAP : • Première fois - 12 mois. • Deuxième fois - 24 mois. • La troisième Troisième fois, : c'est pour toujours définitivement
Échanger, vendre ou tenter d'échanger, vendre, acheter ou utiliser la carte ACCESS d'une autre personne.	Non Éligible éligible : • Toutes les condamnations judiciaires – 12 mois.	
SNAP	Utiliser volontairement à mauvais escient les avantages prestations SNAP, par exemple, échanger, vendre ou acheter une carte EBT ou des avantages prestations SNAP ; les convertir les prestations ; ou jeter les conteneurs achetés avec les avantages SNAP pour recevoir des cautions l'argent des consignes – ou acheter des choses non couvertes par SNAP celui-ci, comme de l'alcool ou du tabac – ou utiliser les avantages prestations SNAP pour payer la nourriture déjà reçue ou la nourriture à crédit.	Non Éligible: • Première fois - 12 mois. • Deuxième fois - 24 mois. • La troisième Troisième fois, c'est pour toujours définitivement. • Condamnation judiciaire pour la première fois supérieure à 500 \$ - pour toujours.
	Achetez Acheter un produit offrant des avantages SNAP dans le but d'obtenir de l'argent ou une contrepartie autre qu'un aliment éligible en revendant le produit en échange d'argent ou d'une contrepartie autre qu'un aliment éligible.	
	Achetez Acheter délibérément des produits achetés à l'origine avec les avantages SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments éligibles.	
	Utilisez/recevez des avantages Utiliser/percevoir des prestations SNAP pour acheter des médicaments ou des substances contrôlées.	Non Éligible éligible : • Première fois - 24 mois. • Deuxième fois - pour toujours définitive
	Utilisez/recevez les avantages SNAP Utiliser/percevoir des prestations SNAP dans la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs.	Première fois – non éligible pour toujours définitivement.
	Être reconnu coupable d'avoir acheté, vendu ou échangé des avantages SNAP pour un total de 500 \$ ou plus.	Non éligible pour toujours définitive
	Mentez sur qui vous êtes ou sur l'endroit où vous habitez pour recevoir Mentir sur votre identité ou votre lieu de résidence pour percevoir plus d'une prestation SNAP.	Non éligible pendant 10 ans.
Fuyez Fuir pour éviter des poursuites, une détention ou une détention une incarcération en raison d' suite à un crime/tentative de crime – ou fuyez fuite parce que vous n'avez pas respecté la probation ou la libération conditionnelle.	Vous n'êtes pas éligible tant que vous n'avez pas fait ce que dit respecté la loi.	
CASH ESPÈCES	Ne vous conformez pas pas vous conformer à la sanction judiciaire, y compris tel que le paiement d'amendes, pour un crime ou un délit.	Non éligible tant que vous n'avez pas respecté votre pénalité peine,
	Mentez sur l'endroit où vous habitez pour recevoir de l'argent dans deux États ou plus.	Non éligible pendant 10 ans.
	Fuir Fuite pour éviter des poursuites, une détention ou une détention en raison d'une condamnation pour crime/tentative de crime ; défaut de comparution ne pas comparaître en tant que défendeur lors d'une procédure pénale lorsqu'une assignation ou un mandat d'arrêt lui est délivré pour une infraction sommaire, un crime ou un délit ; fuir fuite suite au non-respect de parce qu'il n'a pas respecté sa probation/libération conditionnelle ; ou avoir un mandat actif en cours contre vous.	Vous n'êtes pas éligible tant que vous n'avez pas fait ce que dit respecté la loi.
Si vous êtes reconnu coupable de fraude ou de violation des règles ci-dessus :		<ul style="list-style-type: none"> • Amende jusqu'à 250 000 \$ pour SNAP et jusqu'à 15 000 \$ pour espèces ; • Prison jusqu'à 20 ans pour SNAP et jusqu'à sept ans pour Cash ; et/ou • Rembourser les prestations reçues. • Exclusion des prestations pour les périodes indiquées ci-dessus par programme.
RÈGLES DE TRAVAIL FONCTIONNEMENT SNAP	Pour les membres du ménage foyer – en bonne forme physique et mentale – âgés de plus de 15 ans et de moins de 60 ans – qui ne sont pas autrement exonérés ou pour de bonnes raisons.	Non Éligible: • Première fois - un mois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est requis. • Deuxième fois - trois mois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est demandé. • Trois fois ou plus – six mois à chaque fois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est requis.
	Refuser de: <ul style="list-style-type: none"> • Acceptez Accepter un emploi. • Informez Informer le CAO de votre statut professionnel et de la disponibilité de l'emploi. 	
RÈGLES DE TRAVAIL FONCTIONNEMENT POUR LES ESPÈCES DE CAISSE	Agir volontairement pour : <ul style="list-style-type: none"> • Quittez Quitter un emploi. • Réduisez Réduire les heures de travail à moins de 30 heures par semaine (sauf si un autre emploi répond déjà aux exigences du travail). 	Non Éligible éligible : <ul style="list-style-type: none"> • Première violation – Vous serez inéligible pendant au moins 30 jours ou jusqu'à ce que le non-respect cesse, selon la période la plus longue la plus longue étant retenue. • Deuxième violation – Vous serez inéligible pendant au moins 60 jours ou jusqu'à ce que le non-respect cesse, selon la période la plus longue la plus longue étant retenue, • Troisième infraction - Vous serez définitivement disqualifié. Si le motif de la sanction survient dans les 24 premiers mois suivant la réception de l'aide en espèces, qu'elle soit consécutive ou interrompue, la sanction ne s'applique qu'à la personne concernée. Si le motif de sanction survient après 24 mois de perception de l'aide en espèces, qu'elle soit consécutive ou interrompue, la sanction s'applique à l'ensemble de la famille.
	Ne répondez pas pas se conformer volontairement aux exigences de travail fonctionnement en espèces, comme indiqué dans l'Accord de responsabilité mutuelle (AMR).	

Comprendre Compréhension de vos droits et responsabilités

Lorsque je signe ce formulaire :

- Je comprends que la Pennsylvanie reçoit des informations du système de vérification de l'admissibilité aux revenus (IEVS), des institutions financières, des services d'information sur les consommateurs et des agences étatiques et fédérales pour vérifier les informations que je leur donne. Les informations disponibles via l'IEVS et d'autres entités seront demandées, utilisées et pourront être vérifiées par le biais de contacts collatéraux lorsque des détails contradictoires sont trouvés par l'agence d'État, et ces informations peuvent affecter l'éligibilité et le niveau de prestations de mon ménage.
- Je comprends qu'en signant cette demande, j'autorise toute institution financière à divulguer, par voie électronique ou par tout autre moyen, toute information financière détenue par cette institution, au ministère département des Services sociaux ou à son agent ou entrepreneur désigné dans le but de identifier et vérifier les ressources (également appelées « actifs ») lorsque cela est nécessaire pour déterminer et redéterminer l'éligibilité à l'assistance médicale. Je comprends que les informations financières comprennent les dépôts, les retraits, les fermetures de comptes et autres informations pertinentes demandées ou reçues de l'institution financière, y compris et notamment d'autres transactions entreprises par l'institution financière concernant le compte ou l'actif. Je comprends également que cette autorisation est en vigueur jusqu'à ce que l'éligibilité à l'assistance médicale soit refusée ou prenne fin, ou si je décide de la révoquer par notification écrite au département, selon la première éventualité. Je comprends que si je révoque cette autorisation, cela pourrait me rendre, moi ou mon foyer, inéligible à l'assistance médicale.
- Je comprends que si je déforme, cache ou dissimule des faits qui pourraient affecter mon admissibilité aux prestations, je pourrais être tenu de les rembourser mes prestations et je pourrais être poursuivi et exclu du bénéfice de certaines prestations futures.
- Je comprends que je peux désigner un représentant autorisé en remplissant la section Représentant autorisé et en la soumettant avec cette la présente demande.
- Je comprends et j'accepte que je suis responsable de toute déclaration frauduleuse faite sur cette candidature dans la présente, même si la candidature celle-ci est soumise par une personne agissant en mon nom.
- J'ai reçu une copie de mes droits et responsabilités, je les ai lus ou quelqu'un me les a lus et je les comprends.
- Je comprends que les informations saisies dans cette demande resteront confidentielles et utilisées uniquement pour administrer les prestations. J'autorise la divulgation de renseignements personnels, financiers et médicaux dans le but de déterminer l'admissibilité.
- Je comprends que le Département des Services sociaux ou ses représentants peuvent me contacter via des méthodes telles que l'e-mail et la messagerie texte pour m'aider à traiter ma candidature ou demander des commentaires sur le processus de candidature. Si je ne souhaite pas d'e-mails ou de SMS, je comprends que le Département des services sociaux traitera quand même ma candidature demande.
- Je comprends que tout changement que je suis tenu de signaler doit être signalé dans les 10 premiers jours du mois suivant le mois du changement.
- Je comprends que mon foyer peut perdre les avantages SNAP si un de ses membres du foyer reçoit des gains de loterie ou de jeu égaux ou supérieurs à la limite de ressources SNAP pour les ménages âgés ou handicapés.
- Je comprends que je recevrai un avis écrit expliquant les avantages détaillant les prestations. Si les prestations ces dernières sont refusées, modifiées, suspendues ou interrompues, l'avis écrit expliquera pourquoi.
- Je comprends que j'aurai 30 jours (90 jours pour les prestations SNAP (coupons alimentaires)) à compter de la date de l'avis pour demander une audience si je ne suis pas d'accord avec la décision prise sur cette demande.
- Je comprends que ma situation est sujette à vérification auprès des employeurs, des sources financières et d'autres tiers.
- Je comprends que les candidats doivent fournir leur numéro de sécurité sociale ou en demander un s'ils n'en ont pas. Ce numéro peut être utilisé pour vérifier les informations sur cette application.
- Je comprends que je dois utiliser le transfert électronique de prestations (EBT) ou la carte PA ACCESS uniquement pendant la période pendant laquelle je suis éligible. Je dois utiliser l'EBT ou la carte PA ACCESS uniquement pour la personne éligible et je ne peux bénéficier que des avantages prestations nécessaires et raisonnables.
- Je comprends que je ne peux pas utiliser les fonds Cash Assistance émis via ma carte PA ACCESS pour effectuer des transactions EBT dans des magasins d'alcool, des casinos (casinos de jeux, établissements de jeux) ou des lieux de divertissement pour adultes.
- Je comprends que je n'ai pas à fournir de numéro de sécurité sociale pour toute personne qui ne demande pas d'aide. Si je fournis leur numéro de sécurité sociale, il pourra être utilisé pour vérifier les informations contenues dans cette demande.
- Je certifie que toutes les informations saisies sont véridiques sous peine de perjure.
- Je comprends que j'ai droit à un certificat de couverture admissible pour vérifier ma couverture médicale. La loi fédérale limite les cas où la couverture d'assistance médicale peut être refusée ou limitée pour une condition préexistante. Si je m'inscris à un régime d'assurance maladie collectif comportant une clause relative aux affections préexistantes, je peux obtenir un crédit pour la période pendant laquelle j'ai reçu une assistance médicale.
- Je comprends que si je suis jugé admissible à l'assistance médicale, je bénéficierai du programme d'assistance médicale le plus complet qui soit à ma disposition. Je comprends que je devrai peut-être m'inscrire à un plan de santé. Je comprends que l'inscription à un plan de santé peut être gratuite ou peu coûteuse pour moi, car le ministère département paie des frais mensuels au plan de santé pour moi. Je comprends que les frais mensuels sont des frais par capitation. Je comprends que si je reçois une assistance médicale à laquelle je n'ai pas droit, en raison d'une erreur, d'une fraude ou pour toute autre raison, je pourrai alors être tenu de rembourser au Département tous les frais mensuels payés en mon nom.
- Si Dans le cas où je reçois des prestations en espèces, je coopérerai avec les exigences du programme d'exécution des pensions alimentaires pour enfants selon les directives du ministère. J'accorde au Département et à la Section des relations familiales le droit de rechercher et de collecter de l'argent et/ou une assistance médicale pour moi et les autres personnes pour lesquelles je postule.
- Je comprends que si je déclare ou fournisse une preuve des dépenses du ménage, j'obtiendrai le montant maximum des prestations SNAP (coupons alimentaires) autorisées. Le défaut de déclarer ou de fournir une preuve des dépenses du ménage sera considéré comme ma déclaration selon laquelle je ne souhaite pas recevoir de déduction pour les dépenses non déclarées ou non prouvées. (Autorité: Département de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Nutrition des États-Unis, Région Mid-Atlantic, Avis administratif 6-99, publié le 4 janvier 1999).
- Je comprends que j'ai le droit de recevoir un crédit pour les dépenses du ménage au moment où je déclare et d'en fournir la preuve à tout moment pendant ma période de certification SNAP (coupons alimentaires).
- Je comprends que j'ai le droit de demander de l'aide au bureau d'assistance du comté (CAO) pour obtenir une preuve de dépenses et que le CAO peut contacter d'autres personnes pour confirmation si j'ai du mal à obtenir une preuve de quoi que ce soit.
- Je comprends que si certaines ou toutes les personnes postulantes ne sont pas admissibles à l'assistance médicale, elles peuvent être admissibles au CHIP.
- Je comprends que si certaines ou toutes les personnes postulant ne sont pas admissibles à l'assistance médicale, elles peuvent être éligibles aux prestations fédérales et/ou explorer des options de soins de santé privés via le Health Insurance Marketplace de Pennsylvanie (Pennie). Si tel est le cas, j'autorise le Ministère Département à donner mon nom et mes informations sur cette demande à Pennie.
- Renouvellement de couverture dans les années à venir :** Afin de déterminer plus facilement mon éligibilité à une aide pour payer une couverture maladie dans les années à venir, j'accepte d'autoriser le marché de l'assurance maladie de Pennsylvanie (Pennie) à utiliser mes données de revenus, y compris les informations provenant des déclarations de revenus. Pennie m'enverra un avis, me permettra d'apporter des modifications et je pourrai me désinscrire à tout moment.

Oui, renouveler automatiquement mon éligibilité pour les prochains :

(Cochez-en une) :

Cinq ans (le nombre maximum d'années autorisé)

Quatre années

Trois ans

Deux ans

Un an

N'utilisez pas mes informations contenues dans les déclarations de revenus pour renouveler ma couverture.

Signez ici :

X

Votre signature ou celle de votre représentant

Date

IMPORTANT : Si votre foyer est éligible au SNAP/LIHEAP, vous pouvez recevoir par courrier un formulaire de consentement accéléré qui pourrait vous permettre, à vous et aux membres de votre foyer, d'être automatiquement inscrits à l'assistance médicale.

Nom du représentant autorisé	Adresse du représentant autorisé	Numéro de téléphone

**BUREAU
D'ASSISTANCE
DU COMTÉ
UNIQUEMENT**
CAO Use Only

I have explained to the applicant her or his rights and responsibilities.

CAO Signature

Date





Pennsylvania
Department of Human Services

Le Département des Services sociaux de Pennsylvanie (DHS) se conforme aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne fait aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. Le DHS n'exclut pas les personnes et ne les traite pas différemment en raison de leur race, couleur, origine nationale, âge, handicap, croyance, affiliation religieuse, ascendance, sexe, identité ou expression de genre ou orientation sexuelle.

Le DHS FOURNIT OFFRE :

- Des aides et services gratuits aux personnes handicapées pour communiquer efficacement avec nous, tels que :
 - Des Interprètes qualifiés en langue des signes
 - Des informations écrites dans d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles, autres formats)
- Des services linguistiques gratuits pour les personnes dont la langue principale n'est pas l'anglais, tels que :
 - Interprètes qualifiés
 - Informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services, contactez votre bureau d'assistance local du comté.

Si vous pensez que le DHS n'a pas fourni ces services ou a fait preuve d'une autre forme de discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe, vous pouvez déposer une plainte auprès de : Bureau de l'égalité des chances, salle 223, bâtiment de santé et de protection sociale, PO Box 2675, Harrisburg, PA 17105-2675, (717) 787-1127, PA Relay Services 711, Fax (717) 772-4366 ou e-mail - RA-PWBEOAO@pa.gov. Vous pouvez déposer un grief en personne ou par courrier, fax ou e-mail. Si vous avez besoin d'aide pour déposer une réclamation, le Bureau de l'égalité des chances est à votre disposition pour vous aider.

Vous pouvez également déposer une plainte pour droits civils auprès du Bureau des droits civils du Département américain de la santé et des services sociaux, par voie électronique via le portail des plaintes du Bureau pour les droits civils, disponible sur <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, ou par courrier ou téléphone à :

U.S. Department of Health and Human Services
200 Independence Avenue, SW
Room 509F, HHH Building
Washington, D.C. 20201
1-800-368-1019, 800-537-7697 (TDD)

Les formulaires de plainte sont disponibles sur <http://www.hhs.gov/ocr/office/file/index.html>.



Numéro de membre de la famille amérindienne ou autochtone de l'Alaska (AI/AN)

Remplissez cette annexe si vous ou un membre de votre famille êtes un Indien d'Amérique ou un natif de l'Alaska. Soumettez-le avec votre demande de couverture des soins de santé. **Vous n'avez pas besoin de remplir cette annexe si vous présentez la demande uniquement au SNAP.**

Parlez-nous des membres de votre famille amérindienne ou autochtone de l'Alaska.

Les Indiens d'Amérique et les autochtones de l'Alaska peuvent bénéficier des services des services de santé indiens, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé des Indiens urbains. Ils n'auront peut-être pas non plus à payer de partage des coûts et pourront bénéficier de périodes d'inscription mensuelles spéciales. Répondez aux questions suivantes pour vous assurer que votre famille reçoit reçoive le plus d'aide possible.

REMARQUE : Si vous avez d'autres personnes à inclure, faites une copie de cette page et joignez-la.

AI/UNE PERSONNE 1	Veuillez imprimer toutes les informations
Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) :	Membre d'une tribu reconnue par le gouvernement fédéral ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de la tribu : _____ État : _____
Cette personne a-t-elle déjà bénéficié d'un service du Service de santé indien, d'un programme de santé tribal ou d'un programme de santé indien urbain, ou grâce à une référence de l'un de ces programmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, cette personne est-elle éligible aux services du Service de santé indien, des programmes de santé tribale ou des programmes de santé indiens urbains, ou via une référence de l'un de ces programmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Certains fonds reçus peuvent ne pas être pris en compte pour les soins de santé. Énumérez tout revenu (montant et fréquence) déclaré sur votre demande qui comprend de l'argent provenant de ces sources : <ul style="list-style-type: none"> • Paiements par habitant d'une tribu provenant de ressources naturelles, de droits d'usage, de baux ou de redevances. • Paiements provenant des ressources naturelles, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, des baux ou des redevances provenant de terres désignées comme terres sous tutelle indienne par le ministère de l'Intérieur (y compris les réserves et anciennes réserves). • L'argent provenant de la vente d'objets qui ont une signification culturelle. 	\$ _____ À quelle fréquence? _____

AI/UNE PERSONNE 2	Veuillez imprimer toutes les informations
Nom (prénom, deuxième prénom, nom de famille) :	Membre d'une tribu reconnue par le gouvernement fédéral ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, nom de la tribu : _____ État : _____
Cette personne a-t-elle déjà bénéficié d'un service du Service de santé indien, d'un programme de santé tribal ou d'un programme de santé indien urbain, ou grâce à une référence de l'un de ces programmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Si non, cette personne est-elle éligible aux services du Service de santé indien, des programmes de santé tribale ou des programmes de santé indiens urbains, ou via une référence de l'un de ces programmes ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Certains fonds reçus peuvent ne pas être pris en compte pour les soins de santé. Énumérez tout revenu (montant et fréquence) déclaré sur votre demande qui comprend comprenant de l'argent provenant de ces sources : <ul style="list-style-type: none"> • Paiements par habitant d'une tribu provenant de ressources naturelles, de droits d'usage, de baux ou de redevances. • Paiements provenant des ressources naturelles, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, des baux ou des redevances provenant de terres désignées comme terres sous tutelle indienne par le ministère Département de l'Intérieur (y compris les réserves et anciennes réserves). • L'argent provenant de la vente d'objets qui ont ayant une signification culturelle. 	\$ _____ À quelle fréquence? _____





Couverture santé du ou des emplois

Parlez-nous du travail qui offre une couverture. Vous n'avez PAS besoin de répondre à ces questions à moins qu'un membre du ménage ne soit éligible à une couverture maladie en raison d'un emploi. **Vous n'avez pas besoin de remplir cette annexe si vous présentez la demande uniquement au SNAP.**

Écrivez votre nom et votre numéro de sécurité sociale dans la section Informations sur l'employé. Vous devrez peut-être demander à votre employeur de vous aider à remplir la section Informations sur l'employeur. Si vous ne parvenez pas à obtenir ces informations de votre employeur en temps opportun, ou si vous pensez que les remplir retarderait le début de votre candidature, vous pouvez soumettre votre candidature sans l'annexe B.

Joignez une copie de cette page pour chaque emploi offrant une couverture.

INFORMATIONS SUR LE NUMÉRO D'EMPLOYÉ

Nom de l'employé (prénom, prénom, nom) :	Numéro de Sécurité Sociale :
--	------------------------------

RENSEIGNEMENTS SUR L'EMPLOYEUR

Nom de l'employeur:	Numéro d'identification de l'employeur (EIN)
---------------------	--

Adresse de l'employeur (inclure indiquer la rue, le numéro, la ville, l'état et le code postal +4) :	Numéro de téléphone de l'employeur : ()
--	--

Qui pouvons-nous contacter au sujet de la couverture maladie des employés à ce poste ? 	Numéro de téléphone (si différent de ci-dessus) : ()	Email address Adresse e-mail :
--	---	--------------------------------

L'employé est-il actuellement admissible à la couverture offerte par cet l'employeur, ou sera-t-il admissible au cours des trois prochains mois ?

Oui (continuer) Si l'employé n'est pas admissible aujourd'hui, notamment en raison d'une période d'attente ou d'essai, quand est-il admissible à la couverture ? _____

Non (ARRÊTEZ et retournez NE PAS CONTINUER et retourner ce formulaire à l'employé)

Parlez-nous du **plan santé** proposé par cet **employeur**.

L'employeur propose-t-il un plan de santé qui couvre le conjoint ou les personnes à charge d'un employé ? Oui. Quelles personnes : Conjoint Personne à charge

Non (passez à la question suivante)

L'employeur propose-t-il un plan de santé qui répond à la norme de valeur minimale ?*

Oui (passez à la question suivante) Non (STOP NE PAS POURSUIVRE et formulaire de retour au salarié et retourner le formulaire à l'employé)

Pour Concernant le plan le moins cher qui répond à la norme de valeur minimale* offert **uniquement à l'employé** (n'inclut pas les plans familiaux) : Si l'employeur propose des programmes de bien-être, indiquez la prime que l'employé paierait s'il bénéficiait du rabais maximum pour tout programme de sevrage tabagique et ne bénéficiait d'aucun autre rabais basé sur les programmes de bien-être.

Quel montant l'employé devrait-il payer en primes pour ce régime ? \$ _____

À quelle fréquence? Hebdomadaire Toutes les deux semaines Tous les quinze jours Deux fois par mois

Mensuel à compter du 10/10 Trimestriel Annuel

Si votre régime prend fin bientôt et que vous savez que les régimes de santé offerts vont changer, passez à la question suivante. Si vous ne le savez pas, ARRÊTEZ NE POURSUIVEZ PAS et retournez le formulaire à l'employé.

Quel changement l'employeur apportera-t-il pour la nouvelle année du régime ?

L'employeur n'offrira pas de couverture maladie

L'employeur commencera à offrir une couverture maladie à ses employés ou modifiera la prime du plan le moins cher disponible uniquement pour l'employé qui répond à la norme de valeur minimale.* (La prime doit refléter la réduction pour les programmes de bien-être. Voir question ci-dessus.)

Quel montant l'employé devrait-il payer en primes pour ce régime ? \$

À quelle fréquence? Hebdomadaire Toutes les deux semaines Tous les quinze jours Deux fois par mois

Mensuel à compter du 10/10 Trimestriel Annuel

Date de changement : (mm/dd/aaaa) _____

*Un régime de santé parrainé par l'employeur répond à la « norme de valeur minimale » si la part du régime du coût total des prestations autorisées couvertes par le régime n'est pas inférieure à 60 pour cent de ces coûts (Section 36B(C)(2)(C)(ii) de l'Internal Revenue Code de 1986).





Vos droits et responsabilités Découvrez vos droits et responsabilités :

DROIT À LA NON-DISCRIMINATION

Il est interdit à cette institution de discriminer sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du handicap, de l'âge, du sexe et, dans certains cas, de la religion ou des convictions politiques.

Le Département 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 civiques dans tout programme ou activité mené ou financé par l'USDA.

Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (par ex. Braille, gros caractères, bande audio, Langue des Signes Américaine, etc.) doivent contacter l'Agence (Étatique ou locale) auprès de laquelle elles ont demandé des prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de la parole peuvent contacter USDA via le Service de Relais Fédéral au (800) 877-8339. De plus, les informations sur le programme peuvent être disponibles dans des langues autres que l'anglais.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, remplissez le formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du programme USDA (AD-3027), disponible en ligne à l'adresse : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, et dans n'importe quel bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA et fournissez dans la lettre toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, composez le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire ou lettre rempli à USDA par :

- (1) courrier : U.S. Department of Agriculture
Office of the Assistant Secretary for Civil Rights
1400 Independence Avenue, SW
Washington, D.C. 20250-9410
- (2) fax : (202) 690-7442 ; ou
- (3) e-mail : program.intake@usda.gov.

Pour toute autre information concernant les problèmes du programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP), les personnes doivent soit contacter le numéro d'assistance téléphonique USDA SNAP au (800) 221-5689, qui est également en espagnol, soit appeler les numéros d'information/hotline de l'État (cliquez sur le lien pour une liste des numéros d'assistance téléphonique par État) ; trouvé disponible en ligne sur : 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 Département américain de la Santé et des Services sociaux (HHS), écrivez : Directeur HHS, Bureau des droits civils, salle 515-F, 200 Independence Avenue, SW, Washington, DC 20201 ou appelez le (202) 619-0403 (voix) ou le (800) 537-7697 (ATS).

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances Cette institution applique le principe de l'égalité des chances.

DROIT À LA CONFIDENTIALITÉ

Nous garderons vos informations privées. Il servira uniquement à décider à quels programmes vous pourriez être admissible. Le bureau d'assistance du comté (CAO), sur demande, doit fournir aux responsables de l'application des lois fédérales, étatiques et locales l'adresse, le numéro de sécurité sociale (SSN) et la photographie (si disponible) d'une personne qui fuit pour éviter des poursuites, une garde à vue ou une détention, pour un crime ou une violation de la probation ou de la libération conditionnelle. Toute personne enfreignant sciemment l'une des règles et règlements de ce département sera coupable d'un délit et, sur déclaration de culpabilité, sera condamnée à payer une amende n'excédant pas cent (100 \$) dollars, ou à une peine d'emprisonnement n'excédant pas six mois, ou les deux (62 PS article 483).

DROIT À UN AVIS ÉCRIT

Nous vous remettons un avis écrit expliquant vos avantages. Si nous refusons, modifions, suspendons ou arrêtons les prestations, nous vous expliquerons par écrit pourquoi. Vous disposez de 30 jours (90 jours pour les prestations du Programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (SNAP)) à compter de la date d'envoi de l'avis pour demander une audience.

DROIT D'APPEL

Vous avez le droit de demander une audience du Département des Services sociaux (DHS) pour faire appel d'une décision si vous pensez qu'elle est injuste ou incorrecte, ou si le DHS ne donne pas suite à votre demande de prestations. Vous pouvez déposer un recours auprès du CAO. Si vous faites appel, vous pouvez également demander une conférence d'agence avant l'audience. Si votre appel concerne des prestations SNAP accélérées, vous avez le droit d'avoir cette conférence avec un superviseur dans les deux jours ouvrables. Lors de l'audience, vous pouvez vous représenter vous-même ou quelqu'un d'autre, comme un avocat, un ami ou un parent, peut vous représenter.

DROIT DE RÉCLAMER UNE BONNE CAUSE

Si vous demandez des prestations en espèces ou une assistance médicale, la loi vous oblige à coopérer pour établir la paternité et demander de l'aide. Vous pourriez être dispensé de ces exigences si vous prouvez que cela peut être dangereux pour vous et/ou vos enfants. C'est ce qu'on appelle une bonne cause. À moins qu'une exemption pour motif valable ne

soit établie, vous devrez satisfaire aux exigences en matière d'emploi et de formation. Vous devrez également satisfaire aux exigences de déclaration semestrielle, à moins qu'un motif valable ne soit accordé.

DROIT AU CERTIFICAT DE COUVERTURE CRÉDITABLE

La loi fédérale limite les cas dans lesquels la couverture maladie peut être refusée ou limitée pour une maladie préexistante. Si vous adhérez à un régime d'assurance maladie collectif qui exclut le traitement d'une maladie que vous souffriez déjà, vous pouvez être crédité pour la période pendant laquelle vous avez bénéficié d'une couverture d'assistance médicale. Cela peut vous aider à obtenir une couverture. Contactez votre assistant social pour demander ce certificat.

RESPONSABILITÉ DE FOURNIR DES INFORMATIONS

Vous devez fournir des informations véridiques, correctes et complètes. Vous devez aider à prouver les informations que vous fournissez. Les prestations peuvent être refusées si vous ne fournissez pas certaines preuves. Si vous ne pouvez pas fournir de preuve, vous devez demander au CAO de vous aider à l'obtenir. Si vous êtes contacté par le DHS ou le Bureau de l'Inspecteur général de l'État, vous devez coopérer pleinement avec ces personnes ou enquêteurs. Si vous avez 55 ans ou plus et recevez une assistance médicale pour payer les services d'un établissement de soins infirmiers, les services d'exonération à domicile et dans la communauté et tout service hospitalier et de médicaments sur ordonnance connexe, vous devez peut-être rembourser le coût de ces services à partir de votre succession d'homologation. Si vous demandez une aide en espèces, nous pouvons vous demander de signer un accord pour rembourser les prestations que vous, votre conjoint et vos enfants avez reçues.

RESPONSABILITÉ DE FOURNIR LES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE

Pour les prestations en espèces, d'assistance médicale et/ou SNAP, vous devez fournir un SSN pour chaque personne pour laquelle vous présentez la demande. Si vous n'avez pas de SSN, vous devez en demander un. Ne pas fournir de SSN peut entraîner l'impossibilité de bénéficier des prestations. Pour les prestations en espèces, nous pouvons demander un SSN pour toute personne dont les revenus ou les ressources peuvent affecter votre éligibilité ou le montant des prestations. Votre SSN sera utilisé pour l'identité, pour les correspondances informatiques qui vérifient les revenus et les ressources, et pour éviter la duplication des prestations étatiques et fédérales. Un non-citoyen qui demande uniquement une assistance médicale d'urgence n'est pas tenu de fournir un SSN. (42 Code américain 1320b-7)

RESPONSABILITÉ D'UTILISER LA CARTE D'ACCÈS PA LÉGALEMENT

Une fois que vous êtes éligible aux prestations, vous recevrez une carte PA ACCESS. Cette carte ne peut être utilisée que pour la personne éligible et uniquement pendant la période d'éligibilité. Vous ne pouvez utiliser la carte que pour des services nécessaires et raisonnables.

RESPONSABILITÉ DE SIGNALER LES CHANGEMENTS

Si vous êtes admissible aux prestations, vous devez signaler les changements dans votre situation à votre assistant social ou au centre de service client. Les types de changements signalés incluent les personnes qui quittent ou emménagent dans la maison, une nouvelle adresse, un nouvel emploi pour quelqu'un, si quelqu'un perd son emploi, la naissance d'un enfant, de nouvelles sources de revenus ou des modifications de revenus, ainsi que des gains de loterie et de jeu. Votre assistant social et les avis que vous recevez couvriront les détails en détail en fonction des programmes et des avantages auxquels vous avez droit. Le fait de ne pas signaler les changements requis dans les lignes directrices du programme pourrait entraîner une perte d'avantages, des sanctions ou des accusations civiles ou pénales. Vous pouvez signaler les changements au CAO en personne, par téléphone, fax, courrier ou via un compte MyCOMPASS. Vous pouvez également signaler les modifications au centre de service client au 1-877-395-8930 ou, pour Philadelphie, au 1-215-560-7226 à tout moment.

DÉCLARATION DE LA LOI SUR LA CONFIDENTIALITÉ

(i) La collecte de ces informations, y compris le numéro de sécurité sociale (SSN) de chaque membre du ménage, est autorisée en vertu de la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008, telle que modifiée, 7 USC 2011-2036d. Les informations seront utilisées pour déterminer si votre ménage est éligible ou continue d'être éligible pour participer au programme SNAP. Nous vérifierons ces informations grâce à des programmes informatiques de correspondance. Ces informations seront également utilisées pour contrôler la conformité aux règlements du programme et pour la gestion du programme.

(ii) Ces informations peuvent être divulguées à d'autres agences fédérales et étatiques pour examen officiel, ainsi qu'aux responsables de l'application des lois dans le but d'appréhender les personnes fuyant la loi.

(iii) Si une réclamation SNAP survient contre votre foyer, les informations contenues dans cette demande, y compris tous les SSN, peuvent être transmises aux agences fédérales et étatiques, ainsi qu'aux agences privées de recouvrement des réclamations, pour des mesures de recouvrement des réclamations.

(iv) La fourniture des informations demandées, y compris le SSN de chaque membre du ménage, est volontaire. Cependant, le fait de ne pas fournir de SSN entraînera le refus des avantages SNAP à chaque personne qui ne fournit pas de SSN. Tous les SSN fournis seront utilisés et divulgués de la même manière que les SSN des membres éligibles du ménage.



Interdictions et sanctions Découvrez vos responsabilités :

SI CELA SE PRODUIT SANS CAUSE JUSTE		CELA PEUT ARRIVER (PÉNALITÉ)
TOUS LES AVANTAGES SNAP ESPÈCES ASSISTANCE MÉDICALE	Utilisation abusive de la carte de transfert électronique des avantages (EBT) ou de la carte PA ACCESS.	Bien Amende, prison, ou les deux.
	Ne signalez pas pas signaler les changements, comme requis.	Prestations réduites ou arrêtées.
	Donner volontairement des informations fausses, incorrectes ou incomplètes, ou ne pas signaler les modifications.	Amende, disqualification et/ou peine de prison pour fraude à l'aide sociale, disqualification pour une audience administrative. Non éligible au paiement en espèces : • Première fois - 6 mois. • Deuxième fois - 12 mois. • La troisième Troisième fois, c'est pour toujours définitivement. Non éligible au SNAP : • Première fois - 12 mois. • Deuxième fois - 24 mois. • La troisième Troisième fois, c'est pour toujours définitivement.
Échanger, vendre ou tenter d'échanger, vendre, acheter ou utiliser la carte ACCESS d'une autre personne.	Non Éligible éligible : • Toutes les condamnations judiciaires – 12 mois.	
SNAP	Utiliser volontairement à mauvais escient les avantages prestations SNAP, par exemple, échanger, vendre ou acheter une carte EBT ou des avantages prestations SNAP ; les convertir les prestations ; ou jeter les conteneurs achetés avec les avantages SNAP pour recevoir des cautions l'argent des consignés – ou acheter des choses non couvertes par SNAP celui-ci, comme de l'alcool ou du tabac – ou utiliser les avantages prestations SNAP pour payer la nourriture déjà reçue ou la nourriture à crédit.	Non Éligible éligible : • Première fois - 12 mois. • Deuxième fois - 24 mois. • La troisième Troisième fois, c'est pour toujours définitivement. • Condamnation judiciaire pour la première fois supérieure à 500 \$ - pour toujours.
	Achetez Acheter un produit offrant des avantages SNAP dans le but d'obtenir de l'argent ou une contrepartie autre qu'un aliment éligible en revendant le produit en échange d'argent ou d'une contrepartie autre qu'un aliment éligible.	
	Achetez Acheter délibérément des produits achetés à l'origine avec les avantages prestations SNAP en échange d'argent ou d'une contrepartie autre que des aliments éligibles.	
	Utilisez/recevez des avantages Utiliser/recevoir des prestations SNAP pour acheter des médicaments ou des substances contrôlées.	Non Éligible éligible : • Première fois - 24 mois. • Deuxième fois - pour toujours définitive.
	Utilisez/recevez utiliser/recevoir les avantages SNAP dans la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs.	Première fois – non éligible pour toujours définitivement.
	Être reconnu coupable d'avoir acheté, vendu ou échangé des avantages prestations SNAP pour un total de 500 \$ ou plus.	Non éligible pour toujours.
	Mentez sur qui vous êtes ou sur l'endroit où vous habitez pour recevoir Mentir sur votre identité ou votre lieu de résidence pour percevoir plus d'une prestation SNAP.	Non éligible pendant 10 ans.
Fuyez Fuir pour éviter des poursuites, une détention ou une détention une incarcération en raison d' suite à un crime/tentative de crime – ou fuyez fuite parce que vous n'avez pas respecté la probation ou la libération conditionnelle.	Vous n'êtes pas éligible tant que vous n'avez pas fait ce que dit la loi.	
CASH ESPÈCES	Ne vous conformez pas pas vous conformer à la sanction judiciaire, y compris le paiement d'amendes, pour un crime ou un délit.	Non éligible tant que vous n'avez pas respecté votre pénalité peine.
	Mentez sur l'endroit où vous habitez pour recevoir de l'argent dans deux États ou plus.	Non éligible pendant 10 ans.
	Fuir Fuite pour éviter des poursuites, une détention ou une détention en raison d'une condamnation pour crime/tentative de crime ; défaut de comparution ne pas comparaître en tant que défendeur lors d'une procédure pénale lorsqu'une assignation ou un mandat d'arrêt lui est délivré pour une infraction sommaire, un crime ou un délit ; fuir fuite suite au non-respect de parce qu'il n'a pas respecté sa probation/libération conditionnelle ; ou avoir un mandat actif en cours contre vous.	Vous n'êtes pas éligible tant que vous n'avez pas fait ce que dit la loi.
Si vous êtes reconnu coupable de fraude ou de violation des règles ci-dessus :		<ul style="list-style-type: none"> • Amende jusqu'à 250 000 \$ pour SNAP et jusqu'à 15 000 \$ pour les espèces ; • Prison jusqu'à 20 ans pour SNAP et jusqu'à sept ans pour les espèces ; et/ou • Rembourser les prestations reçues. • Exclusion des prestations pour les périodes indiquées ci-dessus par programme.
RÈGLES DE TRAVAIL FONCTIONNEMENT SNAP	Pour les membres du ménage foyer– en bonne forme physique et mentale – âgés de plus de 15 ans et de moins de 60 ans – qui ne sont pas autrement exonérés ou pour de bonnes raisons.	Non Éligible éligible : • Première fois - un mois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est requis. • Deuxième fois - trois mois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est demandé. • Trois fois ou plus – six mois à chaque fois et jusqu'à ce que vous fassiez ce qui est requis.
	<p>Refuser de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acceptez Accepter un emploi. • Informez Informer le CAO de votre situation professionnelle et de la disponibilité de l'emploi. 	<p>Agir volontairement pour :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Quittez Quitter un emploi. • Réduisez Réduire les heures de travail à moins de 30 heures par semaine (sauf si un autre emploi répond déjà aux exigences du travail).
RÈGLES DE FONCTIONNEMENT DES ESPÈCES	Ne répondez pas Ne pas répondre volontairement aux exigences de travail en espèces, comme indiqué dans l'Accord de responsabilité mutuelle (AMR).	<p>Non Éligible éligible :</p> <ul style="list-style-type: none"> • Première violation – Vous serez inéligible pendant au moins 30 jours ou jusqu'à ce que le non-respect cesse, selon la période la plus longue. • Deuxième violation – Vous serez inéligible pendant au moins 60 jours ou jusqu'à ce que le non-respect cesse, selon la période la plus longue. • Troisième infraction - Vous serez définitivement disqualifié. <p>Si le motif de la sanction survient dans les 24 premiers mois suivant la réception de l'aide en espèces, qu'elle soit consécutive ou interrompue, la sanction s'applique uniquement à l'individu.</p> <p>Si le motif de sanction survient après 24 mois de perception de l'aide en espèces, qu'elle soit consécutive ou interrompue, la sanction s'applique à l'ensemble de la famille.</p>



Comprendre vos droits et responsabilités

Lorsque je signe ce formulaire :

- Je comprends que la Pennsylvanie reçoit des informations du système de vérification de l'admissibilité aux revenus (IEVS), des institutions financières, des services d'information sur les consommateurs et des agences étatiques et fédérales pour vérifier les informations que je leur donne. Les informations disponibles via l'IEVS et d'autres entités seront demandées, utilisées et pourront être vérifiées par le biais de contacts collatéraux lorsque des détails contradictoires sont trouvés par l'agence d'État, et ces informations peuvent affecter l'éligibilité et le niveau de prestations de mon ménage.
- Je comprends qu'en signant cette demande, j'autorise toute institution financière à divulguer, par voie électronique ou par tout autre moyen, toute information financière détenue par cette institution, au ministère Département des Services sociaux ou à son agent ou entrepreneur désigné dans le but de identifier et vérifier les ressources (également appelées « actifs ») lorsque cela est nécessaire pour déterminer et redéterminer l'éligibilité à l'assistance médicale. Je comprends que les informations financières comprennent les dépôts, les retraits, les fermetures de comptes et autres informations pertinentes demandées ou reçues de l'institution financière, y compris d'autres transactions entreprises par l'institution financière concernant le compte ou l'actif. Je comprends que cette autorisation est en vigueur jusqu'à ce que l'éligibilité à l'assistance médicale soit refusée ou prenne fin, ou si je décide de la révoquer par notification écrite au département, selon la première éventualité. Je comprends que si je révoque cette autorisation, cela pourrait me rendre, moi ou mon foyer, inéligible à l'assistance médicale.
- Je comprends que si je déforme, cache ou dissimule des faits qui pourraient affecter mon admissibilité aux prestations, je pourrais être tenu de rembourser mes prestations et je pourrais être poursuivi et exclu du bénéfice de certaines prestations futures.
- Je comprends que je peux désigner un représentant autorisé en remplissant la section Représentant autorisé et en la soumettant avec cette demande.
- Je comprends et j'accepte que je suis responsable de toute déclaration frauduleuse faite sur cette demande, même si la demande est soumise par quelqu'un agissant en mon nom.
- J'ai reçu une copie de mes droits et responsabilités, je les ai lus ou quelqu'un me les a lus et je les comprends.
- Je comprends que les informations saisies dans cette demande resteront confidentielles et utilisées uniquement pour administrer les prestations. J'autorise la divulgation de renseignements personnels, financiers et médicaux dans le but de déterminer l'admissibilité.
- Je comprends que le Département des Services sociaux ou ses représentants peuvent me contacter via des méthodes telles que l'e-mail et la messagerie texte pour m'aider à traiter ma candidature ou demander des commentaires sur le processus de candidature. Si je ne souhaite pas d'e-mails ou de SMS, je comprends que le Département des services sociaux traitera quand même ma candidature.
- Je comprends que tout changement que je suis tenu de signaler doit être signalé dans les 10 premiers jours du mois suivant le mois du changement.
- Je comprends que mon foyer peut perdre les avantages prestations SNAP si un membre du foyer reçoit des gains de loterie ou de jeu égaux ou supérieurs à la limite de ressources SNAP pour les ménages âgés ou handicapés.
- Je comprends que je recevrai un avis écrit expliquant les avantages. Si les prestations sont refusées, modifiées, suspendues ou interrompues, l'avis écrit expliquera pourquoi.
- Je comprends que j'aurai 30 jours (90 jours pour les prestations SNAP (coupons alimentaires)) à compter de la date de l'avis pour demander une audience si je ne suis pas d'accord avec la décision prise sur cette demande.
- Je comprends que ma situation est sujette à vérification auprès des employeurs, des sources financières et d'autres tiers.
- Je comprends que les candidats demandeurs doivent fournir leur numéro de sécurité sociale ou en demander un s'ils n'en ont pas. Ce numéro peut être utilisé pour vérifier les informations sur cette application.
- Je comprends que je dois utiliser le transfert électronique de prestations (EBT) ou la carte PA ACCESS uniquement pendant la période pendant laquelle je suis éligible. Je dois utiliser l'EBT ou la carte PA ACCESS uniquement pour la personne éligible et je ne peux bénéficier que des avantages nécessaires et raisonnables.
- Je comprends que je ne peux pas utiliser les fonds Cash Assistance émis via ma carte PA ACCESS pour effectuer des transactions EBT dans des magasins d'alcool, des casinos (casinos de jeux, établissements de jeux) ou des lieux de divertissement pour adultes.

- Je comprends que je n'ai pas à fournir de numéro de sécurité sociale pour toute personne qui ne demande pas d'aide. Si je fournis leur numéro de sécurité sociale, il pourra être utilisé pour vérifier les informations contenues dans cette demande.
- Je certifie que toutes les informations saisies sont véridiques sous peine de parjure.
- Je comprends que j'ai droit à un certificat de couverture admissible pour vérifier ma couverture médicale. La loi fédérale limite les cas où la couverture d'assistance médicale peut être refusée ou limitée pour une condition préexistante. Si je m'inscris à un régime d'assurance maladie collectif comportant une clause relative aux affections préexistantes, je peux obtenir un crédit pour la période pendant laquelle j'ai reçu une assistance médicale.
- Je comprends que si je suis jugé admissible à l'assistance médicale, je bénéficierai du programme d'assistance médicale le plus complet qui soit à ma disposition. Je comprends que je devrai peut-être m'inscrire à un plan de santé. Je comprends que l'inscription à un plan de santé peut être gratuite ou peu coûteuse pour moi, car le ministère Département paie des frais mensuels au plan de santé pour moi. Je comprends que les frais mensuels sont des frais par capitation. Je comprends que si je reçois une assistance médicale à laquelle je n'ai pas droit, en raison d'une erreur, d'une fraude ou pour toute autre raison, je pourrai alors être tenu de rembourser au Département tous les frais mensuels payés en mon nom.
- Si je reçois des prestations en espèces, je coopérerai avec les exigences du programme d'exécution des pensions alimentaires pour enfants selon les directives du ministère. J'accorde au Département et à la Section des relations familiales le droit de rechercher et de collecter de l'argent et/ou une assistance médicale pour moi et les autres personnes pour lesquelles je postule.
- Je comprends que si je déclare ou fournisse une preuve des dépenses du ménage, j'obtiendrai le montant maximum des prestations SNAP (coupons alimentaires) autorisées. Le défaut de déclarer ou de fournir une preuve des dépenses du ménage sera considéré comme ma déclaration selon laquelle je ne souhaite pas recevoir de déduction pour les dépenses non déclarées ou non prouvées. (Autorité: Département de l'Agriculture, de l'Alimentation et de la Nutrition des États-Unis, Région Mid-Atlantic, Avis administratif 6-99, publié le 4 janvier 1999).
- Je comprends que j'ai le droit de recevoir un crédit pour les dépenses du ménage au moment où je déclare et d'en fournir la preuve à tout moment pendant ma période de certification SNAP (coupons alimentaires).
- Je comprends que j'ai le droit de demander de l'aide au bureau d'assistance du comté (CAO) pour obtenir une preuve de dépenses et que le CAO peut contacter d'autres personnes pour confirmation si j'ai des difficultés à obtenir une preuve de quoi que ce soit.
- Je comprends que si certaines ou toutes les personnes postulantes ne sont pas admissibles à l'assistance médicale, elles peuvent être admissibles au CHIP.
- Je comprends que si certaines ou toutes les personnes postulant ne sont pas admissibles à l'assistance médicale, elles peuvent être éligibles aux prestations fédérales et/ou explorer des options de soins de santé privés via le Health Insurance Marketplace de Pennsylvanie (Pennie). Si tel est le cas, j'autorise le Ministère Département à donner mon nom et mes informations sur cette demande à Pennie.
- **Renouvellement de couverture dans les années à venir** : Afin de déterminer plus facilement mon éligibilité à une aide pour payer une couverture maladie dans les années à venir, j'accepte d'autoriser le marché de l'assurance maladie de Pennsylvanie (Pennie) à utiliser mes données de revenus, y compris les informations provenant des déclarations de revenus. Pennie m'enverra un avis, me permettra d'apporter des modifications et je pourrai me désinscrire à tout moment.

Oui, renouveler automatiquement mon éligibilité pour les prochains :
(Cochez-en une) :

- Cinq ans (le nombre maximum d'années autorisé)
- Quatre années
- Trois ans
- Deux ans
- Un an
- N'utilisez pas mes informations contenues dans les déclarations de revenus pour renouveler ma couverture.



AVIS DE PRATIQUES DE CONFIDENTIALITÉ

CET AVIS DÉCRIT COMMENT LES INFORMATIONS MÉDICALES VOUS CONCERNANT PEUVENT ÊTRE UTILISÉES ET DIVULGUÉES ET COMMENT VOUS POUVEZ ACCÉDER À CES INFORMATIONS. VEUILLEZ L'EXAMINER ATTENTIVEMENT.

Cet avis contient des informations importantes sur la confidentialité de vos informations médicales. Si vous avez besoin de cet avis dans une autre langue ou de quelqu'un pour l'interpréter, veuillez contacter votre bureau d'assistance local du comté. Une assistance linguistique sera fournie gratuitement.

Este aviso contiene información importante acerca de la privacidad de su información médica. Si necesita este aviso en otro idioma o alguien para que interprete, comuníquese con la Oficina de Asistencia de su Condado. La asistencia bilingüe será gratuita.

Данное уведомление содержит важные сведения относительно конфиденциальности вашей медицинской информации. Если вам нужно данное уведомление на другом языке или вам нужны услуги устного переводчика, обращайтесь в Бюро помощи вашего округа (County Assistance Office). Переводческие услуги предоставляются бесплатно.

此通知包括关于您的医疗信息的个人隐私方面的重要资料。如果您需要此通知译成其它语言或需要有人替您翻译，请联系您所在地区的郡县援助办事处。可提供免费语言协助。

Thông báo này gồm những thông tin quan trọng về việc bảo mật các chi tiết y tế cá nhân của quý vị. Nếu cần có thông báo này bằng một ngôn ngữ khác hay người để thông dịch, xin quý vị liên lạc với Văn Phòng Trợ Cấp Địa Phương. Trợ giúp ngôn ngữ sẽ được cung cấp miễn phí.

សំបុត្រនេះមានព័ត៌មានសំខាន់ៗអំពីការអភិរក្សភាពសម្ងាត់ព័ត៌មានពេទ្យរបស់លោកអ្នក។ បើលោកអ្នកត្រូវការសំបុត្រនេះ ជាភាសាផ្សេងទៀត ឬត្រូវការអ្នកបកប្រែសំបុត្រសម្រាប់លោកអ្នក សូមទាក់ទងការិយាល័យដើម្បីរបស់លោកអ្នក។ ជំនួយខាងភាសាភ្លើងផ្តល់ដោយឥតគិតថ្លៃ។

يحتوي هذا الإخطار على معلومات هامة حول خصوصية المعلومات الطبية المتعلقة بك. إذا كنت بحاجة إلى هذا الإخطار بلغة أخرى أو إلى شخص ما لترجمته لك، فيرجى الاتصال بمكتب معونة المقاطعة المحلي. وستقدم المساعدة اللغوية مجاناً.

Le Département des Services sociaux (DHS) fournit et paie de nombreux types de prestations et de services sociaux. Nous déterminons également l'admissibilité d'une personne à recevoir des prestations et des services. Pour ce faire, nous devons collecter des informations personnelles et de santé sur vous et/ou votre famille. Les informations que nous collectons sur vous et/ou votre famille sont privées. Nous appelons ces informations « informations de santé protégées ».

Le DHS n'utilise ni ne divulgue les informations médicales du DHS à moins que cela ne soit autorisé ou requis par la loi. Le DHS est tenu par la loi de préserver la confidentialité des informations de santé protégées, d'informer les individus de ses obligations légales et de ses pratiques en matière de confidentialité concernant les informations de santé protégées et d'informer les personnes concernées en cas de violation d'informations de santé protégées non sécurisées. En tant qu'« entité couverte », le DHS doit respecter les lois applicables protégeant la confidentialité de vos informations de santé protégées, qui incluent les règles de confidentialité de la Health Insurance Portability and Accountability Act (HIPAA). En vertu de la HIPAA, les agences Medicaid, certains plans de santé et prestataires de soins de santé sont des exemples d'entités couvertes qui doivent se conformer à la HIPAA. D'autres lois pouvant s'appliquer incluent des règles concernant les informations confidentielles sur l'assistance médicale, d'autres avantages, la santé comportementale, la toxicomanie/le traitement et le VIH/SIDA. Lorsque nous utilisons ou divulguons des informations de santé protégées, nous faisons tous les efforts raisonnables pour limiter leur utilisation ou leur divulgation au minimum nécessaire pour atteindre l'objectif prévu. Cet avis explique votre droit à la confidentialité de vos informations de santé protégées et comment nous pouvons utiliser et divulguer ces informations. Pour plus d'informations sur les pratiques de confidentialité du DHS ou pour recevoir une autre copie de cet avis, veuillez nous contacter. Pour savoir comment nous contacter, consultez la section « Questions ou plaintes » à la dernière page de cet avis.

Nous sommes tenus par la loi de suivre les termes de cet avis. Nous nous réservons le droit de modifier les termes de cet avis et de rendre les nouvelles dispositions d'avis effectives pour toutes les informations de santé protégées que nous conservons. Si nous apportons une modification importante à nos politiques ou procédures de confidentialité, nous publierons une copie révisée de l'avis sur notre site Web et/ou vous fournirons un nouvel avis de confidentialité par courrier ou en personne. Vous pouvez demander et recevoir une copie papier de cet avis à tout moment.

Qu'est-ce qu'une information de santé protégée ?

Les informations de santé protégées sont des informations vous concernant qui se rapportent à un problème de santé physique ou mentale passé, présent ou futur, à un traitement ou au paiement d'un traitement, et qui peuvent être utilisées pour vous identifier. Ces informations incluent toute information, qu'elle soit verbale ou enregistrée sous quelque forme que ce soit, créée ou reçue par le DHS ou par les personnes ou organisations qui contractent avec le DHS. Cela inclut les informations électroniques et les informations sous toute autre forme ou support qui pourraient vous identifier, par exemple :

Votre nom (ou les noms de vos enfants)
Adresse
Date de naissance
Date d'admission/sortie
Code de diagnostic

Numéro de téléphone
Numéro de dossier DHS
Numéro de Sécurité Sociale
Code acte médical



Qui voit et partage mes informations de santé ?

Les professionnels du DHS (tels que les travailleurs sociaux et autres bureaux d'assistance du comté et le personnel des programmes) et les personnes extérieures au DHS (telles que nos sous-traitants, le personnel des organismes de maintenance de la santé (HMO), les infirmières, les médecins, les thérapeutes, les travailleurs sociaux et les administrateurs) peuvent voir et utiliser vos informations de santé pour déterminer votre éligibilité aux prestations, au traitement, au paiement ou pour d'autres raisons requises ou autorisées. Le partage de vos informations de santé peut concerner des services et des avantages dont vous bénéficiez auparavant, que vous recevez maintenant ou que vous pourriez recevoir plus tard. Le DHS n'utilisera ni ne partagera d'informations génétiques vous concernant pour décider si vous êtes éligible à Medicaid.

Pourquoi mes informations de santé protégées sont-elles utilisées et divulguées par le DHS ?

Il existe différentes raisons pour lesquelles nous pouvons utiliser ou divulguer vos informations de santé protégées. La loi stipule que nous pouvons utiliser ou divulguer des informations sans votre consentement ou votre autorisation pour les raisons décrites ci-dessous.

Pour traitement: Nous pouvons utiliser ou divulguer des informations afin que vous puissiez recevoir un traitement ou des services médicaux. Par exemple, nous pouvons divulguer des informations dont votre médecin, hôpital ou thérapeute a besoin pour vous prodiguer des soins de qualité et coordonner votre traitement avec d'autres personnes qui vous aident dans vos soins.

Pour le paiement: Nous pouvons utiliser ou divulguer des informations pour payer votre traitement et d'autres services. Par exemple, nous pouvons échanger des informations vous concernant avec votre médecin, votre hôpital, votre maison de retraite ou un autre organisme gouvernemental pour payer les factures de votre traitement et de vos services.

Pour faire fonctionner nos programmes : Nous pouvons utiliser ou divulguer des informations dans le cadre de nos activités ordinaires lorsque nous gérons nos différents programmes. Par exemple, nous pouvons utiliser vos informations de santé pour vous contacter afin de vous fournir des informations sur vos rendez-vous, des informations liées à la santé et des avantages et services. Nous pouvons également examiner les informations que nous recevons de votre médecin, de votre hôpital, de votre maison de retraite et d'autres prestataires de soins de santé pour examiner le fonctionnement de nos programmes ou pour examiner le besoin et la qualité des services de soins de santé fournis à vous et/ou à votre famille.

Pour les activités de santé publique : Nous communiquons des informations de santé publique à d'autres agences gouvernementales concernant des sujets tels que les maladies contagieuses, les informations sur la vaccination et le suivi de certaines maladies telles que le cancer.

À des fins d'application de la loi et comme l'exigent les procédures judiciaires : Nous divulguerons les informations à la police ou à d'autres autorités chargées de l'application des lois, comme l'exige une ordonnance du tribunal.

Pour les programmes gouvernementaux : Nous pouvons divulguer des informations à un fournisseur, à un organisme gouvernemental ou à une autre organisation qui a besoin de savoir si vous êtes inscrit à l'un de nos programmes ou si vous recevez des prestations dans le cadre d'autres programmes tels que le Programme d'indemnisation des accidents du travail.

Pour la sécurité nationale : Nous pouvons divulguer les informations demandées par le gouvernement fédéral lorsqu'il enquête sur quelque chose d'important pour protéger notre pays.

Pour la santé et la sécurité publiques : Nous pouvons divulguer des informations pour prévenir des menaces graves à la santé ou à la sécurité d'une personne ou du public.

Pour la recherche : Nous pouvons divulguer des informations à des fins de recherche autorisées et pour élaborer des rapports. Ces rapports derniers n'identifient pas de personnes spécifiques.

Pour les coroners médecins légistes, les directeurs de pompes funèbres et les dons d'organes : Nous pouvons divulguer des informations à un coroner ou à un médecin légiste à des fins d'identification, de détermination de la cause du décès, de don d'organes et pour des raisons connexes. Nous pouvons également divulguer des informations aux pompes funèbres pour effectuer des tâches liées aux funérailles.

Pour des raisons autrement requises par la loi : Le DHS peut utiliser ou divulguer vos informations de santé protégées dans la mesure où l'utilisation ou la divulgation est par ailleurs requise par la loi. L'utilisation ou la divulgation est effectuée conformément à la loi et est limitée aux exigences de la loi.

D'autres lois protègent-elles également certaines informations de santé me concernant ?

Le DHS respecte également d'autres lois fédérales et étatiques qui offrent des protections supplémentaires de la vie privée pour l'utilisation et la divulgation d'informations vous concernant. Par exemple, si nous détenons des informations sur le VIH ou la toxicomanie, à quelques exceptions près, nous ne pouvons pas les divulguer sans une autorisation écrite spéciale signée et conforme à la loi. Dans certaines situations, la loi nous oblige également à obtenir une autorisation écrite avant d'utiliser ou de divulguer des informations concernant la santé mentale ou la déficience intellectuelle et certaines autres informations.



Puis-je demander au DHS d'utiliser ou de divulguer mes informations de santé ?

Parfois, vous pouvez avoir besoin ou vouloir que vos informations de santé protégées soient envoyées ou autrement divulguées à quelqu'un ou quelque part pour des raisons autres que le traitement, le paiement, l'exploitation de nos programmes ou toute autre fin autorisée ou requise ne nécessitant pas votre autorisation écrite. Si tel est le cas, il vous sera peut-être demandé de signer un formulaire d'autorisation, nous permettant d'envoyer ou de divulguer de toute autre manière vos informations de santé protégées à votre demande.

Le formulaire d'autorisation nous indique quoi, où et à qui les informations seront envoyées ou autrement divulguées. Vous pouvez révoquer votre autorisation ou limiter la quantité d'informations à divulguer à tout moment en nous le faisant savoir par écrit, sauf dans la mesure où le DHS a déjà pris des mesures sur la base de l'autorisation.

Si vous avez moins de 18 ans et que, selon la loi, vous êtes en mesure de consentir à vos propres soins de santé, vous aurez alors le contrôle de ces informations sur votre santé. Vous pouvez demander que vos informations de santé soient envoyées à toute personne qui vous aide dans vos soins de santé.

Sauf dans les cas décrits dans le présent avis, nous n'utiliserons ni ne divulguerons vos informations de santé sans votre autorisation écrite. Par exemple, la HIPAA exige généralement une autorisation écrite avant qu'une entité couverte puisse utiliser ou divulguer les notes de psychothérapie d'un individu. Dans la plupart des cas, la HIPAA exige également une autorisation écrite avant qu'une entité couverte puisse utiliser ou divulguer des informations de santé protégées à des fins de marketing ou avant de les vendre.

Quels sont mes droits concernant mes informations de santé ?

En tant que client du DHS, vous disposez des droits suivants concernant vos informations de santé protégées que nous utilisons et divulguons :

Droit de consulter et de copier vos informations de santé : Vous avez le droit de consulter la plupart de vos informations de santé protégées et d'en recevoir une copie. Si vous souhaitez des copies d'informations que vous avez le droit de consulter, des frais minimes peuvent vous être facturés. Cependant, en général, vous ne verrez ou ne recevrez pas de copie de : (1) notes de psychothérapie; ou (2) des informations qui ne peuvent pas vous être divulguées en vertu de la loi fédérale.

Si nous refusons votre demande d'informations de santé protégées, nous vous fournirons une explication écrite du refus et de vos droits concernant le refus.

Le DHS ne reçoit ni ne conserve de dossier de toutes vos informations de santé protégées. Les médecins, les hôpitaux, les maisons de retraite et autres prestataires de soins de santé (y compris une HMO, si vous y êtes inscrit) peuvent également disposer de vos informations de santé protégées. Vous avez également le droit d'accéder à vos informations de santé par l'intermédiaire de votre médecin ou d'un autre prestataire qui détient ces dossiers.

Droit de corriger ou d'ajouter des informations : Si vous pensez que certaines des informations de santé protégées dont nous disposons sont erronées, vous pouvez nous demander par écrit de corriger ou d'ajouter de nouvelles informations. Vous pouvez nous demander d'envoyer les informations corrigées ou nouvelles à d'autres personnes qui ont reçu de notre part des informations sur votre santé. Dans certains cas, nous pouvons refuser votre demande de correction ou d'ajout d'informations. Si nous refusons votre demande, nous vous fournirons une explication écrite des raisons pour lesquelles nous avons refusé votre demande. Nous vous expliquerons également ce que vous pouvez faire si vous n'êtes pas d'accord avec notre décision.

Droit de recevoir une liste de divulgations : Vous avez le droit de recevoir une liste de l'endroit où vos informations de santé protégées ont été envoyées, sauf si elles ont été envoyées à des fins liées au traitement, au paiement, au fonctionnement de nos programmes, ou si la loi stipule que nous ne sommes pas tenus d'ajouter la divulgation à la liste. Par exemple, la loi ne nous oblige pas à ajouter à la liste les divulgations que nous pourrions avoir faites à vous, à votre famille ou aux personnes dont vous prenez soin, à d'autres personnes à qui vous nous avez autorisés à divulguer, ou pour les informations divulguées avant le 14 avril. 2003.

Droit de demander des restrictions d'utilisation et de divulgation : Vous avez le droit de nous demander de restreindre l'utilisation et la divulgation de vos informations de santé protégées. Nous ne pourrions peut-être pas accéder à votre demande. En fait, dans certaines situations, nous ne sommes pas autorisés à restreindre l'utilisation ou la divulgation des informations. Si nous ne pouvons pas donner suite à votre demande, nous vous en dirons la raison. Sauf disposition contraire de la loi, nous devons accéder à votre demande de restriction de la divulgation à un régime de santé si le but de la divulgation n'est pas un traitement et que les services médicaux auxquels la demande s'applique ont été entièrement payés de votre poche.

Droit de demander une communication confidentielle : Vous pouvez nous demander de communiquer avec vous d'une certaine manière ou à un certain endroit. Par exemple, vous pouvez nous demander de vous contacter uniquement par mail.

Droit de recevoir une notification d'une violation : Vous avez le droit de recevoir une notification en cas de violation de vos informations de santé protégées non sécurisées.



Qui dois-je contacter au sujet de mes droits ou pour poser des questions sur cet avis ?

Vous pouvez contacter la ligne d'assistance DHS HIPAA, sans frais au 800-692-7462, pour discuter de vos droits ou pour poser des questions sur cet avis. Vous pouvez également contacter votre assistant social ou votre prestataire de soins de santé ou écrire au bureau de confidentialité du DHS, 3e étage ouest, bâtiment de santé et de bien-être, 7e et Forster Streets, Harrisburg, PA 17120.

Vous pouvez recevoir des informations importantes ou des mises à jour de cet avis en visitant le site Web du DHS à l'adresse www.dhs.pa.gov.

Comment déposer une plainte ?

Vous pouvez contacter l'un des bureaux répertoriés ci-dessous si vous souhaitez déposer une plainte concernant la manière dont le DHS a utilisé ou divulgué des informations vous concernant. Il n'y a aucune pénalité pour déposer une plainte. Vos prestations ne seront ni affectées ni modifiées dans ces cas si vous déposez une plainte. Le DHS, ses employés et sous-traitants ne peuvent pas et n'exerceront pas de représailles contre vous pour avoir déposé une plainte.

PENNSYLVANIA DEPARTMENT OF HUMAN SERVICES PRIVACY OFFICE
3RD FLOOR WEST, HEALTH AND WELFARE BUILDING
7TH AND FORSTER STREETS
HARRISBURG, PA 17120

REGION III
U.S. DEPARTMENT OF HEALTH & HUMAN SERVICES
OFFICE FOR CIVIL RIGHTS
150 S. INDEPENDENCE MALL WEST - SUITE 372
PHILADELPHIA, PA 19106-9111

Effectif Date d'entrée en vigueur : avril 2003 – Révisé 28 juillet 2015



Pennsylvania
Department of Human Services



ATTENTION : Si vous parlez une autre langue, des services d'assistance linguistique, gratuits, sont à votre disposition. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-800-692-7462 (TDD: 711).

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-800-692-7462 (TDD: 711)。

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вы можете воспользоваться бесплатными услугами перевода. Звоните 1-800-692-7462 (телетайп: 711).

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ប្រយ័ត្ន: បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតល្អ្ល គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។
ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-800-692-7462 (TTY: 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث لغة أخرى، فسوف تتوفر لك خدمات المساعدة اللغوية مجاناً. اتصل برقم 1-800-692-7462 (رقم هاتف الصم والبكم: 711)

주: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-800-692-7462 (TDD: 711) 번으로 전화해 주십시오.

સુચના: જો તમે ગુજરાતી બોલતા હો, તો નિ:શુલ્ક ભાષા સહાય સેવાઓ તમારા માટે ઉપલબ્ધ છે.
ફોન કરો 1-800-692-7462 (TTY: 711).

ATTENTION : Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-800-692-7462 (ATS : 711).

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-800-692-7462 (TDD: 711).

লক্ষ্য করুন: আপনি যদি বাংলায় কথা বলতে পারেন, তাহলে আপনি বিনা খরচে ভাষা সহায়তা পরিষেবা নিতে পারেন। 1-800-692-7462- নম্বরে কল করুন (TTY: 711)

သတိပြုရန် - အကယ်၍ သင်သည် မြန်မာစကား ကို ပြောပါက၊ ဘာသာစကား အကူအညီ၊ အခမဲ့၊ သင့်အတွက် စီစဉ်ဆောင်ရွက်ပေးပါမည်။ ဖုန်းနံပါတ် 1-800-692-7462 (TTY: 711) သို့ ခေါ်ဆိုပါ။

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-800-692-7462 (TDD: 711).

KUJDES: Nëse flitni shqip, për ju ka në dispozicion shërbime të asistencës gjuhësore, pa pagesë. Telefononi në 1-800-692-7462 (TDD: 711).

ध्यान दिनुहोस्: यदि तपाईं नेपाली भाषा बोल्नुहुन्छ भने भाषा सहायता सेवाहरू तपाईंको लागि नि:शुल्क रूपमा उपलब्ध छन्। 1-800-692-7462 (TDD: 711) मा फोन गर्नुहोस्।



Pennsylvania
Department of Human Services

