

Division des services sociaux de Caroline du Nord
Services d'alimentation et de nutrition (FNS) Avis d'expiration et formulaire de renouvellement d'attestation

N° cie	Nom de l'agent	Numéro de	Numéro de	Numéro de livraison du	Date d'envoi

Vos allocations des Services d'alimentation et de nutrition (Food and Nutrition Services, FNS) seront interrompus le _____. Il se peut que vous continuiez à bénéficier de vos allocations FNS après cette date si vous remplissez ce formulaire et que vous nous le renvoyez avant _____.

(Adresse locale de la DSS)

(Adresse du ménage)

De quoi ai-je besoin pour remplir ce formulaire ?

Vous ou votre représentant autorisé devez remplir ce formulaire, le signer et dater la dernière page. Veuillez répondre de manière exhaustive à toutes les questions. Si vous ne pouvez pas remplir ce formulaire, il vous suffira d'apposer une signature, d'indiquer un nom et une adresse lisibles. Apportez, envoyez par e-mail ou faxez-le nous à l'adresse ci-dessus. Si un formulaire signé est incomplet, votre agent FNS vous contactera pour obtenir plus d'informations. Si vous avez des questions, veuillez contacter votre agent de traitement des dossiers ou le centre du service de la clientèle DHHS au 1-800-662-7030 ou 1-877-452-2514 (appareil de télécommunication pour personne sourde et muette TTY).

Vous devez fournir les informations de vérification requises. Les informations sur ce formulaire et les informations obtenues à partir d'autres sources peuvent entraîner l'arrêt ou la modification de vos prestations.

VOUS DEVEZ ASSISTER À UN ENTRETIEN. LES PRESTATIONS NE SERONT PAS ÉMISES SANS UN ENTRETIEN. Votre agent de traitement des dossiers fixera votre rendez-vous pour l'entretien. Vous êtes responsable de la prise d'un autre rendez-vous pour un entretien manqué.

Si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, appelez _____ ou appelez le centre de service à la clientèle DHHS au 1-800-662-7030 ou au 1-877-452-2514 (appareil de télécommunications pour personnes sourdes et muettes TTY).

- Un(e) interprète peut vous être proposé(e), gratuitement, si vous avez besoin d'aide.
- Veuillez vous assurer que l'adresse du Département locale des services sociaux apparaît dans la fenêtre de l'enveloppe de retour.
- **Ne renvoyez pas ce formulaire avant le premier jour de _____.**
- Joignez les justificatifs pour le mois de _____.

Informations à propos des numéros de sécurité sociale, de la citoyenneté américaine et du statut d'immigration

Vous pouvez décider de ne pas faire de demande de prestations pour vous-même ou pour les membres de votre ménage et vous ne serez pas obligé(e) de répondre à des questions à propos des numéros de sécurité sociale et concernant la citoyenneté/l'immigration des personnes pour lesquelles vous avez décidé de ne pas faire de demande. En ce qui concerne chaque personne pour laquelle vous faites une demande, vous devez fournir des informations à propos des numéros de sécurité sociale et du statut d'immigration/citoyenneté. La fourniture d'un numéro de sécurité sociale est requise par la loi sur l'alimentation et la nutrition pour les personnes qui demandent des prestations. Nous utiliserons seulement le numéro de sécurité sociale que vous nous donnerez pour établir des correspondances informatiques et vérifier ce que vous nous avez dit auprès des agences d'État et des agences fédérales. Vous devez être un citoyen américain (États-Unis) ou un étranger admissible et vous devez satisfaire les conditions requises en vertu des règles des Services d'alimentation et de nutrition afin d'obtenir les Prestations des services d'alimentation et de nutrition. Nous contacterons uniquement le service USCIS pour vérifier le statut d'immigration des membres du ménage ayant donné leurs documents d'immigrants. Si un demandeur ne fournit pas ces informations, il ne sera pas admissible aux prestations.

Les membres du ménage doivent fournir leurs informations financières parce qu'elles sont nécessaires pour déterminer l'admissibilité des personnes qui font une demande. Les membres admissibles du ménage qui font une demande pourront obtenir des prestations même si certaines personnes dans le ménage ne demandent pas de prestations. Le montant des prestations dépendra du nombre de personnes qui demandent des prestations.

Si vous n'êtes pas inscrit au registre des électeurs où vous habitez actuellement, aimeriez-vous faire une demande d'inscription au registre ici aujourd'hui ?

Oui Non **SI VOUS NE COCHEZ PAS L'UNE OU L'AUTRE DES CASES, NOUS CONSIDÉRERONS QUE VOUS AVEZ DÉCIDÉ DE NE PAS VOUS INSCRIRE REGISTRE DES ÉLECTEURS POUR LE MOMENT.**

Veillez nous parler des factures de votre ménage.

1. Énumérez votre adresse postale et votre adresse personnelle.

Adresse postale _____

Adresse personnelle (si elle est différente de l'adresse postale) _____

Ville, État, Code postal _____

Ville, État, Code postal _____

Numéro de téléphone _____

Opérateur de téléphonie (fournisseur) _____

FOURNISSEZ UN JUSTIFICATIF DE TOUTE NOUVELLE FACTURE OU DE TOUTE FACTURE MODIFIÉE DEPUIS VOTRE DERNIER RENOUVELLEMENT D'ATTESTATION.

2. Quel est le montant du loyer de votre domicile ? _____ \$ Fréquence des paiements ? _____

Entourez les paiements que vous recevez : Département du logement et du développement urbain Section 8 Logement public Quelle est votre portion du loyer ? _____

Quel est le montant de loyer de votre domicile ? _____ \$ Fréquence des paiements ? _____

3. Combien payez-vous pour le prêt immobilier de votre maison ? _____ \$ Fréquence des paiements ? _____

Impôts fonciers : (si vous payez séparément) Montant payé ? _____ \$ Fréquence des paiements ? _____

Assurance des propriétaires occupants : (si vous payez séparément) Montant payé ? _____ \$ À quelle fréquence ? _____

Droits des propriétaires : (si vous payez séparément) _____ \$ Fréquence des paiements ? _____

4. De quelles factures de services publics êtes-vous responsable ? (Cochez les cases qui vous concernent.)

- Chauffage Kérosène Eaux/égouts Charbon
 Électricité Gaz propane Téléphone/téléphone mobile Fioul
 Déchets/ordures Gaz Naturel Excès aux services publics (logements sociaux) Bois

Comment chauffez-vous votre maison ? _____ Comment climatisez-vous votre maison ? _____

5. Quelqu'un vous aide-t-il à régler vos factures ? Oui Non Si c'est le cas, qui vous aide ? _____

6. Est-ce que vous avez reçu un chèque du programme LIEAP (Programme d'aide aux impayés d'énergie pour les ménages à faible revenu), à votre domicile actuel au cours des 12 derniers mois ? Oui Non

7. Votre ménage doit-il payer des soins pour un enfant ou un adulte handicapé ? Oui Non

Qui reçoit les soins ? _____

Qui paie ? _____ Montant par mois ou frais pour les parents _____ \$

Nom et numéro de téléphone du fournisseur de soins de santé/garde d'enfant _____

Dépenses de transport pour les soins pour adulte/enfant _____ \$

8. Est-ce qu'une personne âgée de 60 ans ou plus ou est-ce qu'une personne recevant des prestations d'invalidité, doit déboursier des frais médicaux d'un montant supérieur à 35 \$ par mois ? Cela inclut les coûts de transport pour les soins médicaux. Oui Non
Si c'est le cas, souhaitez-vous demander une déduction concernant ces dépenses ? Oui Non **Pour obtenir cette déduction, vous devez joindre des reçus ou un justificatif imprimé, concernant vos dépenses.**

9. Votre ménage paie-t-il une pension alimentaire pour enfant sur ordonnance d'un tribunal pour des enfants hors de votre maison (y compris des paiements d'assurance maladie décidés par un tribunal) ? Oui Non

Qui paie la pension alimentaire pour enfant ? _____ Qui reçoit cette pension ? _____

Nom de l'enfant ? _____ Somme que vous payez \$ Fréquence des paiements ? _____

Dites-nous ce que font les personnes qui vivent avec vous.

10. Énumérez toutes les personnes qui vivent avec vous ci-dessous. (Joignez une autre feuille si besoin)

Nom (Prénom, deuxième prénom et nom de famille)	Lien avec vous	Date de naissance	Âge/ Sexe	Faites-vous une demande ? (Oui/non)	*Facultatif Numéro de sécurité sociale	*Facultatif Citoyen des États-Unis ? (Oui/Non)	*Facultatif Hispanique (Oui/Non)	*Facultatif Race (voir ci-dessous)	Achetez-vous et cuisinez-vous ensemble ?
	Moi-même								<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
									<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
									<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
									<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
									<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
									<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Les numéros de sécurité sociale et les informations concernant la citoyenneté ne sont pas nécessaires pour ceux qui ne font pas de demande de prestations.

*Ne pas répondre aux questions sur l'ethnicité ou la race n'affecte pas les prestations ou leur niveau. Lorsque les informations ne sont pas communiquées, l'agence les recueillera par observation lors de l'entretien. La communication de ces informations facilitera la distribution des prestations du programme sans considération de la race, de la couleur ou de l'origine nationale (ces informations ne sont utilisées qu'à des fins statistiques).

Appartenance ethnique : Choisissez un ou plusieurs numéros qui concernent votre ménage et inscrivez-le ci-dessus 1- Indien Américain/natif d'Alaska 2- Asiatique 3- Noir/Afro-américain 4- Natif d'Hawaï/d'une autre île du Pacifique 5- Blanc

Combien d'argent les personnes de votre ménage gagnent-elles grâce à leur travail ou ailleurs ?

11. Est-ce que quelqu'un travaille dans votre ménage ? Oui Non Si c'est le cas, remplissez ci-dessous.

Est-ce que, dans votre ménage, une personne est sur le point de commencer un travail ? Oui Non Si c'est le cas, saisissez la date de début _____ et complétez ci-dessous.

Nom de la personne _____ Employeur _____ Fréquence des paiements ? _____

Nom de la personne _____ Employeur _____ Fréquence des paiements ? _____

Joignez tous vos talons de chèque pour le mois figurant à la page 1. Si vous êtes payé(e) une fois par mois, joignez les talons de chèque ou le justificatif de revenus pour le mois énuméré à la page 1 et le mois précédant ce mois. Si vous êtes travailleur indépendant, joignez les formulaires des feuilles d'impôt du gouvernement fédéral et ajoutez tous les échéanciers. Si les feuilles d'impôt pour l'année passée ne sont pas disponibles, joignez vos registres commerciaux et les reçus concernant les frais professionnels des 12 derniers mois.

Si vous n'avez pas tous vos talons de chèques, vous pouvez demander à votre employeur de remplir et de signer la section ci-dessous.

A - Nom de la personne qui travaille :					B - Nom de la personne qui travaille :								
Employeur :					Employeur :								
Adresse :					Adresse :								
Numéro de téléphone de l'employeur :					Numéro de téléphone de l'employeur :								
Fréquence des paiements ?					Fréquence des paiements ?								
	Date de réception de la paie			Salaire brut	Pourboires	Nombre total d'heures		Date de réception de la paie			Salaire brut	Pourboires	Nombre total d'heures
	Mois	Jour	Année					Mois	Jour	Année			
1							1						
2							2						
3							3						
4							4						
5							5						
SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR DATE					SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR DATE								

12. Est-ce que, dans votre ménage, quelqu'un obtient de l'argent autrement que par le travail ? Exemples : Espèces, contributions, programme Work First, pension alimentaire pour enfants, indemnités de chômage, sécurité sociale, revenu supplémentaire de sécurité (SSI), indemnisation des accidentés du travail, zone de vulnérabilité (VA), etc. Oui Non

Dans l'affirmative, joindre la vérification pour le mois figurant à la **Page 1**. Veuillez saisir les informations dans le tableau ci-dessous.

Si vous recevez des espèces, des contributions ou une pension alimentaire pour enfant, joignez le justificatif du mois figurant à la **page 1** et du mois précédent. (Joignez une autre feuille si besoin)

Nature des fonds obtenus	Qui obtient l'argent ?	Qui donne l'argent ?	Numéro de téléphone et adresse de la personne qui vous donne de l'argent	Combien ?	À quelle fréquence ?

Quels sont les éléments d'actif dont disposent les membres de votre ménage ?

13. Cochez oui ou non pour les actifs figurant ci-dessous que vous possédez, que quelqu'un d'autre possède dans votre ménage ou possédés conjointement avec une personne qui ne fait pas partie du ménage. Nous déterminerons si une vérification est nécessaire et si vous y avez accès. (Joignez une autre feuille si besoin)

Type d'élément d'actif	Oui	Non	Solde ou valeur	Qui possède cet élément d'actif ?	Où conservez-vous cet élément d'actif et quel est le numéro de compte ?
Disponibilités					
Compte courant					
Compte d'épargne					
Autre					

Veillez nous en dire plus sur les personnes de votre ménage qui sont incluses dans vos Services d'alimentation et de nutrition.

14. Avez-vous connaissance d'un changement de situation dans votre ménage tel qu'une personne qui aurait arrêté de ou commencé à travailler ou aller à l'école au cours des 6 derniers mois ? Oui Non Si oui, veuillez énumérer les changements : _____
15. Y a-t-il dans votre ménage une personne âgée de 16 ans ou plus qui va à l'école ? Oui Non Si c'est le cas, énumérez les personnes et l'établissement qu'elles fréquentent : _____
16. Un membre de votre ménage a-t-il été condamné pour trafic de drogue après le 22 août 1996 ? Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom, la date, le type et le lieu de la condamnation : _____
17. Un membre de votre ménage est-il en situation de violation des conditions de mise à l'épreuve ou en liberté conditionnelle ou fuit-il la loi pour éviter une condamnation pour acte délictueux grave ?
 Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom et la date et le type d'infraction : _____
18. Un membre de votre ménage ou vous a-t-il ou avez-vous été condamné pour trafic de drogue après le 22 août 1996 ?
 Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom, la date, le type et le lieu de la condamnation : _____
19. Avez-vous ou un autre membre de votre ménage a-t-il été condamné pour vente ou achat de prestations sociales d'au moins 500 dollars après le 22 août 1996 ? Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom et la date : _____
20. Avez-vous ou un autre membre de votre ménage a-t-il été condamné pour avoir bénéficié de manière frauduleuse de doubles prestations sociales dans tout État après le 22 août 1996 ? Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom, la date, le type et le lieu de la condamnation : _____
21. Avez-vous ou un autre membre de votre ménage a-t-il été condamné pour avoir échangé des prestations sociales contre des armes à feu, munitions ou explosifs après le 22 août 1996 ? Oui Non Si oui, veuillez nous indiquer son nom, la date, le type et le lieu de la condamnation : _____

Avez-vous besoin que quelqu'un fasse la demande pour vous ou utilise vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition pour vous ?

Avez-vous besoin qu'une personne vous aide à obtenir et/ou à utiliser vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition ? Oui Non Si oui, veuillez indiquer le nom de cette personne : _____

Si vous cochez la réponse oui, nous vous remettrons ou vous enverrons un formulaire. Vous et la personne que vous avez choisie pour vous aider pouvez remplir le formulaire et le renvoyer à notre bureau. Cette personne recevra une carte EBT (carte de transfert électronique de prestation) et aura accès à vos prestations des services d'alimentation et de nutrition.

S'il y a un représentant autorisé indiqué à la page 1, souhaitez-vous qu'il continue ? Oui Non

Votre signature et protocole d'entente

Je comprends que ma signature autorise des agents officiels, des représentants de l'État et des agents fédéraux à contacter d'autres personnes ou organisations pour vérifier les informations que j'ai fournies. J'ai donné des informations exactes à propos du statut d'immigration/de citoyenneté de tous les individus pour lesquels j'ai fait une demande. Si un représentant de la loi demande l'adresse, les numéros de sécurité sociale ou les photographies correspondant à votre dossier afin d'aider la justice à localiser des criminels en fuite ou des personnes en situation de violation des conditions de mise à l'épreuve ou de liberté conditionnelle, le Département des services sociaux doit fournir ces informations.

Tout membre qui enfreint intentionnellement toute règle ou qui vend une substance contrôlée, peut ne pas être en mesure de bénéficier de Services d'alimentation et de nutrition pendant un an pour une première infraction, deux ans pour la deuxième infraction et de façon permanente pour la troisième infraction. Vous pouvez également être condamné à une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 \$ et/ou une peine de prison de jusqu'à 20 ans. Si le tribunal l'ordonne, vous pouvez aussi être déclaré non admissible au bénéfice des Services d'alimentation et de nutrition pendant 18 mois supplémentaires. Si un tribunal vous déclare coupable d'avoir participé à un trafic de prestations sociales d'une valeur d'au moins 500 \$, d'avoir vendu des armes à feu, des munitions ou des explosifs, vous ne pourrez plus bénéficier des Services d'alimentation et de nutrition.

Je reconnais avoir reçu une explication de mon droit à recevoir une déduction sur le revenu concernant les prestations des Services d'alimentation et de nutrition pour l'un des éléments suivants : Soins médicaux pour enfant/adulte, dépenses médicales, dépenses de logement, dépenses relatives aux services publics et dépenses de fonctionnement dans le cadre d'un emploi indépendant. Je comprends que si je ne signale pas ou ne justifie pas une des dépenses énumérées ci-dessus, je peux perdre mon droit de recevoir une déduction pour cette ou ces dépenses.

Votre Signature :	Date de la signature :
Représentant autorisé ou signature du témoin (le cas échéant) :	Date de la signature :
Votre numéro de téléphone : _____ Cochez ce qui vous concerne : <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Téléphone portable <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Numéro de la messagerie	
RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'AGENCE	
Date de l'entretien _____ <input type="checkbox"/> Téléphone	<input type="checkbox"/> Visite au bureau

Pour des informations à propos de l'initiative de prévention des grossesses des adolescentes, contactez votre Département local de la santé ou appelez le centre de service clientèle du DHHS au 1-800-662-7030. En ce qui concerne les renseignements afférant aux services fournis pour les Mariages sains, contactez le Département local des services sociaux de votre comté.