

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

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

Vos prestations des Services d'alimentation et de nutrition (Food and Nutrition Services) vont s'arrêter le _____. Il se peut que vous continuiez à bénéficier de vos prestations 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. Apportez, envoyez par e-mail, ou faxez-le-nous à l'adresse ci-dessus. Si un formulaire signé est incomplet, votre agent des Services d'alimentation et de nutrition (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 au 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 programmera votre rendez-vous pour l'entretien. Vous êtes responsable de reprendre rendez-vous si vous manquez l'entretien.

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 local 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 (SSN) et concernant la citoyenneté/l'immigration des personnes pour lesquelles vous avez décidé de ne pas faire de demande. En ce qui concerne chaque individu pour lequel 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 éligible et vous devez satisfaire les conditions requises par les règles des Services d'alimentation et de nutrition afin d'obtenir les prestations des

services d'alimentation et de nutrition. Nous contacterons également 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 sera inéligible aux prestations.

Les membres du ménage doivent fournir leurs informations financières parce qu'elles sont nécessaires pour déterminer l'éligibilité des individus qui font une demande. Les membres éligibles 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.

Veillez nous parler des factures de votre ménage

1. Inscrivez 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

Compagnie de téléphone (fournisseur)

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

2. Combien payez-vous pour le 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 ? _____
Combien payez-vous pour le 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 ? _____ \$ Fréquence ? _____
Droits des propriétaires : (si vous payez séparément) _____ \$ Fréquence? _____

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

- | | | | |
|--|--------------------------------------|---|----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Chauffage | <input type="checkbox"/> Kérosène | <input type="checkbox"/> Eaux/Écoulement des eaux | <input type="checkbox"/> Charbon |
| <input type="checkbox"/> Électricité | <input type="checkbox"/> Gaz propane | <input type="checkbox"/> Téléphone/téléphone mobile | <input type="checkbox"/> Fioul |
| <input type="checkbox"/> Déchets/ordures | <input type="checkbox"/> Gaz Naturel | <input type="checkbox"/> Excès utilitaire (logement public) | <input type="checkbox"/> 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 oui, 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 pour 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/la garde d'enfant _____ \$

8. Est-ce qu'une personne **âgée de 60 ans ou plus** ou est-ce qu'une personne recevant des prestations pour incapacité, doit déboursier des frais médicaux d'un montant supérieur à 35 \$ par mois ? Ceci inclut les coûts de transport pour les soins médicaux. Oui Non Si oui, 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-santé décidés par un tribunal) ? Oui Non

Qui paie la pension alimentaire pour enfant ? _____ À qui va 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 ci-dessous toutes les personnes qui vivent avec vous. (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)	* Numéro de sécurité sociale	* Citoyen des États- Unis ? Oui/Non	Facultatif Hispanique (Oui/Non)	Facultatif Race (voir ci- dessous)	Achetez- vous les provisions 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
									<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.**

Race : Choisissez un ou plusieurs numéros correspondant et inscrivez-le(s) ci-dessus 1- Indien Américain/natif d'Alaska 2 - Asiatique
3 - Noir/Afro-américain 4 - Natif d'Hawaii/d'une autre île du Pacifique 5 - Blanc

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

11. Est-ce que quelqu'un travaille dans votre ménage ? Oui Non Si oui, complétez ci-dessous.
Est-ce que, dans votre ménage, une personne est sur le point de commencer un travail ? Oui Non Si oui, 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 toutes les souches de chèques pour le mois énuméré à la page 1. Si vous êtes payé(e) une fois par mois, joignez les souches 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 pendant les 12 mois précédents.

Si vous n'avez pas toutes vos souches de chèques, vous pouvez demander à votre employeur de compléter 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					SIGNATURE DE L'EMPLOYEUR								
DATE					DATE								

12. Un membre de votre ménage reçoit-il de l'argent autre 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 travailleurs, statut de vétérans (VA), etc. **Oui** **Non**
Si oui, joignez un justificatif pour le mois en dressant une liste à la page 1. Veuillez inscrire les informations dans le tableau ci-dessous.

Si vous recevez de l'espèce, des contributions ou une pension alimentaire pour enfant, joignez le justificatif du mois en dressant une liste 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 devant les éléments d'actifs énumérés ci-dessous. (Joignez une autre feuille si besoin)

Type 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					

Veuillez 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 ou commencé de travailler ou d'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 oui, énumérez les personnes et l'établissement qu'elles fréquentent :

16. Un membre de votre ménage a-t-il déjà 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 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 :

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 remettons ou vous enverrons un formulaire. Vous et la personne que vous avez choisie pour vous aider, devez compléter 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.

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 utilitaires 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 messagerie	
RÉSERVÉ À L'USAGE DE L'AGENCE	
Date de l'entretien _____	<input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Visite au bureau

Pour obtenir des informations concernant le projet Initiative de prévention des grossesses des adolescentes (Teen Pregnancy Prevention Initiative, TPPI), contactez votre Département local de la santé ou appelez le centre de services client DHHS au 1-800-662-7030. Pour des informations à propos des services fournis pour les mariages sains (Healthy Marriages), veuillez contacter le Département des services sociaux de votre comté.