Washington State Department of Social & Health Services

Demande de prestations
Application for Benefits

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce formulaire, veuillez nous consulter.

Conservez cette page dans votre dossier personnel.

Quelle est la marche à suivre pour demander des prestations ?

- Pour **remplir** votre demande, remplissez les pages 3 à 6. Vous pouvez **activer** votre demande aujourd'hui en donnant à la réception votre nom, votre adresse et votre signature ou la signature de votre représentant autorisé à la page 3. Si vous ne disposez pas d'une adresse, indiquez-le à la réception ou appelez votre bureau local.
- Joignez d'autres feuilles si l'espace disponible est insuffisant.
- Portez ou envoyez par voie postale les pages 3 à 6 à votre bureau local. Conservez les pages 1 et 2 dans votre dossier personnel.
- Vous pourrez peut-être bénéficier de davantage de prestations ou vous pourrez les recevoir plus rapidement si vous activez, remplissez et renvoyez votre demande
  ainsi que toutes les autres informations demandées dès que vous le pouvez. Nous pouvons également partager ces informations avec les organismes fédéraux et de l'État.

Dans quels délais puis-je recevoir une aide alimentaire et des allocations financières ?

Si vous avez besoin de recevoir immédiatement l'aide alimentaire, remplissez les questions 1 à 14 de la page 3 et amenez ce formulaire à la réception.

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

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

Les prestations commencent le lendemain du jour où nous approuvons votre éligibilité. L'aide alimentaire commence normalement à partir du jour où nous recevons la demande. Les allocations financières commencent normalement à partir du jour où nous disposons de toutes les informations nécessaires pour déterminer votre éligibilité.

Droits civils

En vertu de la loi fédérale, de la politique du Ministère de l'Agriculture américain et de la politique du Ministère de la Santé et des Services Sociaux américain, cette institution est interdite de discrimination en raison de la race, la couleur, l'origine ethnique, le sexe, l'âge ou le handicap. Selon la loi sur les bons alimentaires (Food Stamp Act) et la politique du Ministère de l'Agriculture, la discrimination est interdite également en raison des croyances politiques ou religieuses. Pour porter plainte en cas de discrimination, veuillez contacter le Ministère de l'Agriculture ou le Ministère de la Santé et des Services Sociaux. Adressez un courrier à USDA, Director, Office of Civil Rights, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20250-9410 ou appelez le (202) 720-5964 (voix et ATS). Adressez un courrier à HHS, Director, Office for Civil Rights, Room 506-F, 200 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C. 20201 ou appelez le (202) 619-0403 (voix) ou le (202) 619-3257 (téléscripteur). Les Ministères de l'Agriculture (USDA) et de la Santé (HHS) sont des fournisseurs de services et des employeurs assurant l'égalité des chances.

Statut d'immigration et numéros de sécurité sociale

Vous pouvez avoir droit à des prestations pour certains membres de votre foyer même si d'autres membres en sont exclus en raison de leur statut d'immigration. Vous devez nous indiquer le statut de tous les membres de votre foyer qui font une demande. Certains programmes médicaux en vigueur peuvent couvrir, selon certaines conditions, les personnes qui ne peuvent pas prouver qu'elles sont légalement dans le pays.

En vertu de la législation fédérale (42 CFR § 435,910, 45 CFR §205,52, 7 CFR §273,6), vous devez nous communiquer le numéro de sécurité sociale (SSN) de tous les membres de votre foyer qui font une demande d'assistance au titre de Medicaid, de la TANF ou de l'aide alimentaire. Nous pourrons également demander les SSN des parents et des conjoints qui vivent dans votre foyer mais qui ne déposent pas de demande. Certains programmes médicaux en vigueur sont destinés aux personnes qui ne possèdent pas de SSN.

Nous utilisons les SSN afin de vérifier l'identité, de déterminer l'éligibilité, de prévenir la fraude et de recouvrer les trop-perçus. Nous échangeons ces informations avec d'autres agences pour gérer nos programmes et respecter la législation. Nous pouvons également communiquer cette information aux autorités policières afin de permettre la capture de criminels en fuite.

Nationalité et identité pour Medicaid

Les citoyens américains doivent prouver leur nationalité et leur identité afin de bénéficier de Medicaid. Nous vous aiderons à obtenir cette preuve. Si nous avons besoin d'un document pour lesquels vous devez débourser des fonds, nous viendrons chercher ce document et nous paierons pour le coût. Nous n'avons besoin d'autre preuve pour les membres de votre foyer qui bénéficient de Medicare, de l'assurance invalidité de la sécurité sociale (SSDI - Social Security Disability Insurance) au titre de leur invalidité ou de complément de ressource (SSI - Supplemental Security Income).

Programme de paiement des primes

Si vous ou votre enfant êtes éligible pour Medicaid, vous pourrez peut-être également recevoir le remboursement de vos primes d'assurance maladie. Pour faire une demande, allez à http://hrsa.dshs.wa.gov/PremiumPymt/. Vous pouvez aussi nous appeler au 1-877-562-3022, poste 15473.

Respect de la confidentialité et aide alimentaire

La loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008), telle qu'amendée, permet à notre service de recueillir les informations demandées dans le cadre de la demande, dont le SSN de chacun des membres du foyer. Les informations demandées sont fournies à titre volontaire. Cependant, le refus, sans raison valable, de fournir un SSN ou une preuve de demande de SSN entraînera le refus d'accorder l'alimentaire de base pour chaque personne qui n'a pas pu fournir de SSN. Nous comparons certaines des informations fournies aux programmes informatiques correspondants, en particulier le système de vérification du revenu et de l'éligibilité (IEVS - Income and Eligibility Verification System), utilisé au niveau fédéral.

Nous utilisons cette information pour :	Nous pouvons communiquer cette information à :
• Déterminer l'éligibilité à nos programmes. • Recouvrer les trop-perçus au titre de l'aide alimentaire. • Gérer nos programmes. • Confirmer que nous respectons la législation.	• Les agences fédérales et de l'État dans le cadre d'une utilisation officielle. • Les autorités policières qui recherchent des criminels en fuite. • Les agences de recouvrement privées en charge de recouvrir les trop-perçus au titre de l'aide alimentaire.

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

Nous envoyons les déclarations des personnes effectuant une demande d'aide alimentaire à d'autres agences fédérales pour contrôler que les informations sont correctes. Si elles ne le sont pas, les personnes qui en ont fait la demande n'obtiendront peut-être pas l'aide alimentaire. Toute personne qui émet des fausses déclarations est passible de poursuites judiciaires. Les sanctions pour violation intentionnelle des règlements de l'aide alimentaire vont de la suspension des droits à l'aide, à une amende ou à une peine d'emprisonnement.

Remboursement à l'État des frais médicaux et de soins de longue durée

- En vertu de la loi, si vous avez 55 ans ou plus ET si vous bénéficiez de Medicaid ou de services de soins de longue durée, le DSHS peut récupérer sur votre succession (le montant de vos actifs au moment de votre décès) le coût de l'assistance médicale, des services médicaux et des soins de longue durée. Le programme d'épargne Medicare n'est pas soumis à cette récupération. La DSHS peut récupérer les coûts pour les services de soins à long terme financés par l'État perçus **à tout âge**. Cela s'appelle le RECOUVREMENT IMMOBILIER. Les territoires tribaux ne sont pas toujours soumis à la récupération.
- Les services de soins à long terme incluent COPES, les soins personnels de Medicaid, les services d'infirmier à domicile, les soins de jour pour adulte, les soins dispensés par des infirmiers particuliers, quatre exonérations DDD HCBS (Basic, Basic Plus, Core et Community Protection), ainsi que les autres services fournies par la Division des services à domicile et communautaires (Home and Community Services) et la Division des déficiences sur le plan du développement (Division of Developmental Disabilities).
- Le recouvrement immobilier n'intervient pas avant votre décès et le décès de votre conjoint survivant, le cas échéant. Si vous avez des héritiers à charge, le recouvrement immobilier peut être reporté pour des raisons d'assistance dans l'épreuve.
- Si vous résidez à temps complet dans un centre d'hébergement et de soins de longue durée ou un autre établissement sanitaire, le DSHS peut revendiquer un privilège sur votre patrimoine en vue de se faire rembourser le coût de l'assistance médicale, des services médicaux et des soins à long terme que vous avez reçus. Le DSHS annulera ce privilège lorsque vous regagnerez votre résidence. Le DSHS ne revendiquera pas un privilège sur votre résidence si :
    - Votre conjoint y habite.
    - Votre enfant y habite et est aveugle, handicapé ou a moins de 21 ans.
    - Un membre de votre fratrie qui possède un titre de participation dans la maison y habite et y a habité pendant au moins un an juste avant que vous ne commenciez à résider dans l'établissement médical.

Washington State Department of Social & Health Services

Demande de prestations (Application for Benefits)

☐ **Cochez cette case si vous avez besoin d'assistance pour remplir ce formulaire.**

1. PRÉNOM INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM NOM	SIGNATURE DU REQUÉRANT OU DE SON REPRÉSENTANT AUTORISÉ (REQUIS)	2. NUMÉRO D'ID CLIENT (SI CONNU)
3. ADRESSE DE RÉSIDENCE VILLE ÉTAT CODE POSTAL		4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU DOMICILE / PRÉFÉRÉ
5. ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE) VILLE ÉTAT CODE POSTAL		6. AUTRE(S) NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE
		7. ADRESSE ÉLECTRONIQUE

8. Je dépose une demande au titre de (cochez toutes les cases applicables) :
   - ☐ Aide ☐ Alimentaire
   - ☐ Traitement ☐ Médical pour toxicomanie ou alcoolisme
   - ☐ Aide pour le règlement des factures médicales (des trois derniers mois) ☐ Centre de soins
   - ☐ Logement avec assistance / Milieu familial pour adultes
   - ☐ Programme d'épargne Medicare
   - ☐ Internement psychiatrique pour indigents (PII) ☐ Centre de soins palliatifs
   - ☐ Soins de santé / Travailleurs handicapés (HWD) ☐ Services de soins à long terme en établissement
   - ☐ Autres (veuillez indiquer) : _____

9. Un membre de mon foyer ou moi-même (cochez toutes les réponses applicables) sommes : ☐ Victimes de violence domestique ☐ Dans l'impossibilité de travailler pour raison de santé ☐ Atteints d'un handicap ☐ En état de grossesse, avec naissance prévue pour le : _____
10. De quelles ressources votre foyer devrait-il disposer pour le mois en cours ? $_____
11. De quelles ressources votre foyer dispose-t-il en liquide et dans ses comptes bancaires ? $_____
12. Quel est le montant du loyer ou de l'hypothèque payé par votre foyer ? $_____
13. Quel est le montant des charges payées par votre foyer ? ☐ Chauffage/climatisation ☐ Téléphone ☐ Autre : _____
14. Un membre de votre foyer est-il un travailleur agricole migrant ou saisonnier ? ☐ Oui ☐ Non
15. Si vous faites une demande d'aide alimentaire, combien votre foyer compte-t-il de membres pour lesquels vous achetez et préparez des repas ? _____

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

16. Je souhaite un entretien téléphonique. Veuillez m'appeler au : _____
17. ☐ Je souhaite un interprète. Je parle : _____ ou j'utilise la langue des signes ☐ ; je traduis mes lettres en : _____
18. Indiquez tous les membres de votre foyer, même si vous ne déposez aucune demande en leur nom (joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaires).

NOM (PRÉNOM, INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM, NOM)	SEXE M OU F	LIEN DE PARENTÉ	DATE DE NAISSANCE	COCHEZ SI VOUS DEMANDEZ DES PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE	FACULTATIF SI VOUS NE DEMANDEZ PAS DE PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE			
					NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	COCHEZ POUR UN CITOYEN AMÉRICAIN	RACE (VOIR CI-DESSOUS)	NOM DE LA TRIBU (Indiens américains, natifs de l'Alaska)
		Moi-même		☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		
				☐		☐		

19. Je suis d'origine Hispanique ou Latino : ☐ Oui ☐ Non

Les informations sur l'origine ethniques sont fournies à titre volontaire. Pour l'aide alimentaire, le Ministère de l'Agriculture (USDA) nous impose de répondre à votre place si vous ne nous avez pas fourni les informations requises. **Exemples de race :** Blanc, Noir ou Afro-Américain, Asiatique, natif d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique, Indien américain, natif de l'Alaska ou toute combinaison de ces races.

Barcode label

14001

Je soussigné(e), Informations générales

1. Au cours des 30 derniers jours, j'ai bénéficié des allocations financières, de l'aide alimentaire ou de l'assistance médicale fournies par un autre État, une autre tribu ou une autre source. ☐ Oui ☐ Non
2. L'une des personnes pour lesquelles je fais la demande vit en dehors de l'État de Washington : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
3. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes un étranger parrainé : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
4. Un membre de mon foyer ou moi-même allons à l'école : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
5. Une personne a provisoirement quitté le foyer : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
6. Une personne pour lesquelles je fais la demande ou moi-même avons servi dans l'armée : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
7. Une personne est une personne à charge ou le conjoint qu'une personne (vivante ou décédée) qui a servi dans l'armée : ☐ Oui ☐ Non
8. Une personne pour lesquelles je fais la demande ou moi-même fuyons la justice pour échapper à un procès ou à une peine de prison pour un acte délictueux grave : ☐ Oui ☐ Non
9. J'habite dans : ☐ Une maison ou un appartement individuel ☐ Un foyer collectif ☐ Autre : _____
   ☐ Installation (type) : _____ Date d'entrée : _____
10. Je suis: ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf (Veuve) ☐ Dans une union libre enregistrée

II. Informations sur l'assurance médicale (Inutiles pour l'aide alimentaire de base)

Mon conjoint, un membre de mon foyer ou moi-même (cochez les cases appropriées) :

1. Envisageons d'aller dans, sommes dans ou avons récemment quitté un établissement sanitaire (comme un hôpital ou un centre de soins) ..... ☐ Oui ☐ Non
2. Possédons une assurance médicale (Cochez toutes les réponses applicables) : ☐ Medicare (pas les services médicaux du DSHS)
   ☐ Tricare ☐ Assurance de soins à long terme ☐ Services de santé tribaux ☐ Autre assurance médicale : _____

III. Ressources (Inutiles pour les services médicaux pour enfants, les services médicaux en cas de grossesse, HWD ou l'aide alimentaire de base) Joindre les attestations

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

- Liquidités
- Comptes courants
- Comptes d'épargne
- Certificats de placement (CD)
- Compte de dépôt du marché monétaire
- Obligations d'épargne
- Obligations
- Fonds mutuel
- Actions
- Rentes
- Fiducies
- Compte de retraite individuel (IRA)
- Compte de retraite individuel (401K)
- Fond de retraite
- Maisons, y compris celle dans laquelle vous habitez
- Copropriété
- Terrain
- Contrat de vente
- Immeuble
- Domaine viager
- Assurance vue
- Indemnités funéraires, plans prépayés
- Fonds d'éducation
- Part donnant vocation à l'attribution en jouissance
- Équipement commercial
- Machines agricoles
- Cheptel

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

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

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

ANNÉE (P. EX., 1980)	MARQUE (P. EX., FORD)	MODÈLE (P. EX., ESCORT)	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST EN CRÉDIT-BAIL	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST UTILISÉ À DES FINS MÉDICALES	MONTANT DÛ
			☐	☐	$
			☐	☐	$

3. Mon conjoint, l'une des personnes pour lesquelles j'effectue la demande ou moi-même avons vendu, échangé, donné ou transféré une ressource au cours des cinq dernières années (dont fiducies, véhicules ou domaines viagers) : ☐ Oui ☐ Non Si oui, quoi : _____ quand : _____

NOM DU REQUÉRANT	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE	NUMÉRO D'IDENTIFICATION CLIENT

IV. Revenu. Joindre un justificatif

1. Mon conjoint, l'une des personnes pour lesquelles j'effectue la demande ou moi-même avons eu un travail qui a pris fin au cours des 60 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non
2. Mon conjoint, l'une des personnes pour lesquelles j'effectue la demande ou moi-même avons un revenu professionnel : ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir cette section :

QUI GAGNE CE REVENU NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR DATE DE DÉBUT Est-ce un travail indépendant ? ☐ Oui ☐ Non	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT IMPÔTS) $_____par : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paiement (p. ex., le 1er et le 15 ou tous les vendredis) :
QUI GAGNE CE REVENU NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR DATE DE DÉBUT Est-ce un travail indépendant ? ☐ Oui ☐ Non	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT IMPÔTS) $_____par : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paiement (p. ex., le 1er et le 15 ou tous les vendredis) :

V. Autre revenu (Utiliser pour tous les membres du foyer). Joindre un justificatif

	QUI PERÇOIT LE REVENU ?	MONTANT MENSUEL BRUT	QUI PERÇOIT LE REVENU ?	MONTANT MENSUEL BRUT
Indemnités de chômage		$		$
Sécurité sociale		$		$
Complément de ressource (SSI - Supplemental Security Income)		$		$
Pension alimentaire		$		$
Retraite ou pension		$		$
Prestations du service des Anciens combattants (Veterans Administration - VA) ou de l'armée		$		$
Prestations professionnelles (L&I) ou indemnités d'assurance		$		$
Fiducies		$		$
Intérêt		$		$
Prestations des chemins de fer		$		$
Revenu de location		$		$
Autre :		$		$
Autre :		$		$

VI. Rentes (Investissements effectués par un membre du foyer en vue de recevoir des paiements réguliers maintenant ou à l'avenir.)

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

Si vous ou votre conjoint acceptez les prestations de soins de longue durée Medicaid alors que vous avez un intérêt dans une rente, vous devez nommer l'État de Washington bénéficiaire résiduel de la rente.

VII. Dépenses mensuelles. Joindre les justificatifs

LOYER	HYPOTHÈQUE	LOCATION D'ESPACE	CHARGES DE COPROPRIÉTÉ
$	$	$	$
ASSURANCE FONCIÈRE	TAXES FONCIÈRES	ÉVALUATION FONCIÈRE	AUTRES CHARGES
$	$	$	$

Une autre personne ou une agence, comme les organismes de logement subventionné, m'aident à payer tout ou partie de ces dépenses : ☐ Oui ☐ Non

Si oui, qui : _____ Quelle dépense : _____ Montant versé : $ _____

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

☐ Garde des enfants ou des adultes à charge (y compris les frais de transport)	Paiement mensuel : $	Qui paie :
☐ Frais médicaux pour des personnes handicapées de 60 ans ou plus (y compris les frais de transport et les primes d'assurance maladie)	Paiement mensuel : $	Qui paie :
☐ Pensions alimentaires	Paiement mensuel : $	Qui paie :

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

VIII. Représentant autorisé

Un Représentant autorisé est une personne que le DSHS est autorisé à contacter pour discuter de vos prestations. Vous pouvez nommer quelqu'un, mais ce n'est pas une obligation. Avez-vous un Représentant autorisé ? ☐ Oui ☐ Non

Cette personne est-elle votre tuteur légal ? ☐ Oui ☐ Non

Cette personne dispose-t-elle d'une procuration ? ☐ Oui ☐ Non

NOM	LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

Déclaration et signatures

Si vous faites une demande d'allocations financières ou d'assistance médicale pour des adultes, tous les adultes (ou leurs représentants autorisés) du foyer doivent signer.
Si vous faites une demande d'aide alimentaire ou d'assistance médicale pour des enfants, le requérant (ou son représentant autorisé) doit signer.

Je comprends que je dois :

- Donner des informations correctes et respecter les impératifs relatifs aux déclarations.
- Fournir les justificatifs de mon éligibilité.
- Accorder à l'État de Washington certains droits en ce qui concerne les pensions alimentaires et l'assistance médicale, lorsque je bénéficie de l'assistance temporaire pour les familles démunies (TANF - Temporary Assistance for Needy Families). Accorder à l'État de Washington des paiements tiers au titre des soins médicaux lorsque je bénéficie d'une assistance médicale. Cependant, je peux demander au DSHS de ne pas recouvrer les pensions alimentaires, l'assistance médicale ou les paiements tiers pour soins médicaux, si cela risque de me mettre en danger, ainsi que mes enfants.
- Respecter les obligations de travail dans le cadre de l'aide alimentaire.

Tout manquement à ces conditions peut entraîner le refus de toute allocation ou assistance ou l'obligation de rembourser les prestations reçues.

Je comprends que je être poursuivi au pénal si je fais délibérément une fausse déclaration ou si j'omets de signaler un fait que je devrais signaler.

J'autorise le DSHS à contacter toute autre personne ou agence nécessaire pour m'aider à justifier mon éligibilité.

J'ai pris connaissance, personnellement ou par l'intermédiaire d'un tiers, de mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie du document Droits et responsabilités du client (Client Rights and Responsibilities), DSHS 14-113. **Je certifie ou déclare sous peine de parjure, conformément aux lois de l'État de Washington, avoir donné dans ce formulaire de demande des informations exactes et correctes, notamment en ce qui concerne la nationalité et le statut d'immigration des membres de mon foyer qui demandent des prestations.**

SIGNATURE DU REQUÉRANT	DATE	NOM DU REQUÉRANT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE D'UN AUTRE ADULTE REQUÉRANT	DATE	NOM DE L'AUTRE ADULTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE DE L'AIDE OU DU REPRÉSENTANT	DATE	NOM DU REPRÉSENTANT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	VILLE ET ÉTAT OÙ LE FORMULAIRE A ÉTÉ SIGNÉ
SIGNATURE DU TÉMOIN SI LA SIGNATURE APPOSEE EST UN « X »	DATE	NOM DU TÉMOIN EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE	