Demande d'aide en espèces ou alimentaire

Application for Cash or Food Assistance

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce formulaire, veuillez nous consulter.
Conservez cette page dans votre dossier personnel.

Comment introduire une demande d'aide en espèces ou alimentaire ?

Vous pouvez **commencer** le processus aujourd'hui en déposant cette demande en personne dans un bureau de services communautaires local. La demande doit comporter votre nom, adresse et signature ou la signature de votre représentant autorisé. Vous pouvez déposer votre demande immédiatement même si elle ne contient que ces trois éléments.

- Vous pouvez bénéficier de prestations supplémentaires ou les obtenir plus tôt si vous remplissez le formulaire en répondant aux questions, en signant la page six et en nous remettant votre demande et tous les autres renseignements demandés aussi rapidement que possible.
- Vous pouvez déposer votre demande dans un bureau local. Trouvez les adresses sur www.dshs.wa.gov.
- Faxez votre demande au 1-888-338-7410
- Envoyez votre demande par courrier à l'adresse suivante : DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- Vous pouvez introduire votre demande en ligne sur www.washingtonconnection.org
- **Pour d'autres couvertures santé, vous devez effectuer une demande en ligne sur www.wahealthplanfinder.org, par téléphone au 1-855-923-4633, ou en utilisant la demande HCA 18-001 pour une couverture santé (HCA Application for Health Care Coverage).**

Dans quels délais puis-je recevoir une aide en espèces ou alimentaire ?

Si vous avez besoin d'une aide alimentaire en urgence, répondez aux questions 1 à 14 et remettez ce formulaire à votre bureau local.

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

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

Les prestations commencent dès le lendemain du jour où nous approuvons votre éligibilité. Nous devons déterminer si vous êtes éligible à une aide alimentaire dans un délai de 30 jours suivant la date de soumission de votre demande. L'aide alimentaire commence en règle générale le jour où nous recevons votre demande. Si vous remettez votre demande depuis une institution, la date de départ est la date de votre libération ou sortie. L'aide en espèces commence en règle générale le jour où nous avons toutes les informations pour déterminer votre éligibilité.

Droits civils et non-discrimination

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et les politiques et réglementations sur les droits civils du Département de l'Agriculture des États-Unis (U.S. Department of Agriculture, USDA), il est interdit à l'USDA, ses agences, bureaux, employés et institutions participant aux programmes de l'USDA ou les administrant de faire preuve de discrimination sur la base du groupe ethnique, de la couleur de peau, de l'origine nationale, de la religion, du sexe, du handicap, de l'âge, de l'état matrimonial, du statut familial/parental, du revenu provenant d'un programme d'aide publique, de croyances politiques, ou d'entreprendre des représailles pour une activité antérieure relative aux droits civils, dans un programme ou une activité dirigé ou financé par l'USDA (toutes les bases ne s'appliquent pas à tous les programmes). Les recours et dates limites pour déposer plainte varient selon les programmes ou incidents.

Les personnes handicapées qui ont besoin de moyens de communication alternatifs pour se renseigner sur les programmes (p. ex. Braille, gros caractères, enregistrement audio, langue des signes, etc.) doivent contacter l'agence d'État ou locale en charge du programme ou l'USDA via le service de relais au 711 (voix et TTY). De plus, les informations sur les programmes peuvent être fournies en d'autres langues que l'anglais.

Pour déposer plainte pour discrimination concernant un programme, veuillez remplir le Formulaire de plainte pour discrimination concernant un programme de l'USDA, AD-3027, disponible en ligne sur Comment déposer plainte pour discrimination concernant un programme ou dans n'importe quel bureau de l'USDA, ou envoyez un courrier adressé à l'USDA fournissant tous les détails demandés dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, veuillez composer le (866) 632-9992. Envoyez votre formulaire complété ou votre courrier à l'USDA par :

1. **Courrier :** USDA Food and Nutrition Service, 1320 Braddock Place, Room 334 Alexandria, VA 22314; ou
2. **E-mail :** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov.

Cette institution est un prestataire souscrivant au principe de 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 informer du statut d'immigration des personnes qui effectuent une demande. Le statut d'étranger des membres du foyer du demandeur peut être sujet à vérification par l'USCIS (anciennement connu sous le nom d'INS), à partir des informations fournies dans la demande à l'USCIS. Les informations reçues de l'USCIS, sur la base de cette soumission, peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité et les montants des prestations.

Selon la loi fédérale, (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), vous devez nous donner le numéro de sécurité sociale (SSN) des personnes avec qui vous vivez qui effectuent une demande d'aide TANF, ou d'aide alimentaire. Nous pouvons également demander les numéros de sécurité sociale (SSN) des parents et conjoints qui vivent avec vous mais qui ne déposent pas de demande.

Si vous effectuez une demande d'aide alimentaire et pour d'autres programmes

Nous devons suivre les règles SNAP pour traiter votre demande. Cela comprend de traiter la demande dans les délais, d'émettre des avis adaptés, et de vous notifier vos droits administratifs. Nous ne pouvons pas vous refuser l'aide alimentaire simplement parce que votre demande pour d'autres programmes d'aide vous a été refusée.

Confidentialité, aide en espèces 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 numéro de sécurité sociale (SSN) de chacun des membres du foyer. Nous utilisons les numéros de sécurité sociale afin de vérifier l'identité, déterminer l'éligibilité, prévenir la fraude et recouvrer les trop-perçus. Nous échangeons ces informations avec d'autres agences pour gérer nos programmes et respecter la législation. Les informations demandées sont fournies à titre volontaire. Toutefois, le refus de fournir votre numéro de sécurité sociale ou la preuve de votre demande d'un numéro SSN sans motif valable entraînera la refus de l'aide alimentaire de base pour chaque personne qui ne fournit pas de numéro SSN. Nous vérifions ces informations avec des programmes informatiques de rapprochement, notamment le système fédéral de vérification d'éligibilité et de revenus (Eligibility Verification System, IEVS).

Les informations fournies au Département de la Santé et des Services Sociaux peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité à une couverture santé administrée par l'Autorité de la Santé et la Bourse des prestations de santé.

Nous utilisons ces informations pour :	Nous pouvons communiquer cette information à :
• Déterminer l'éligibilité à nos programmes. • Recouvrer les trop-perçus. • 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 pour contourner la loi. • 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 vérifions avec d'autres agences que vos 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.

Tout membre qui contrevient aux règles délibérément peut être :

- Passible de poursuites selon les autres lois fédérales et d'État applicables.
- Exclu du programme SNAP pendant un an ou définitivement.
- Passible d'une amende jusqu'à 250 000 $.
- Passible d'une peine d'emprisonnement jusqu'à 20 ans.
- Exclu du programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires si le tribunal l'a ordonné.

Si un tribunal vous juge coupable de :

Percevoir des prestations dans une transaction impliquant :	Vous pouvez être :
• La vente d'une substance contrôlée	Exclu pendant deux ans ou définitivement.
• La vente d'armes à feu, de munitions, ou d'explosifs	Exclu définitivement.
• Une fraude aux prestations de plus de 500 $ combinée	Exclu définitivement.
• Une fraude de résidence ou usurpation d'identité	Exclu pendant 10 ans.

Demande d'aide en espèces ou alimentaire

Application for Food and Cash Assistance

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

Si vous n'êtes pas en mesure de remplir tout ce formulaire aujourd'hui, lancez la procédure en fournissant **votre nom, votre adresse et votre signature**. Vous devrez toujours compléter la demande avec que l'aide ne puisse être approuvée. **La signature à la page six est requise pour compléter la demande.**

1. PRÉNOM INITIALE DU DEUXIEME PRÉNOM NOM	SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DE SON REPRÉSENTANT AUTORISE	2. NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT (SI CONNU)

3. ADRESSE DE RÉSIDENCE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL ☐ PORTABLE ☐ DOMICILE ☐ MESSAGE
5. ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE)	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL	6. AUTRE(S) NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE ☐ PORTABLE ☐ DOMICILE ☐ MESSAGE

8. J'effectue une demande de (cochez toutes les cases pertinentes) :
☐ Aide en espèces ☐ Aide alimentaire ☐ Garde d'enfant

7. ADRESSE E-MAIL

9. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes (cochez les cases pertinentes) :
☐ Dans une situation de violence domestique ☐ Atteints d'un handicap
☐ Dans l'impossibilité de travailler pour raison de santé ☐ Sommes enceintes ; nom : _____
naissance prévue 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 effectuez une demande d'aide alimentaire, combien votre foyer compte-t-il de membres pour lesquels vous achetez et préparez des repas ? _____

16. Si vous effectuez une demande de garde d'enfant, pour quelle activité avez-vous besoin de garde (cochez toutes les cases pertinentes) ? ☐ Travail ☐ École ☐ Activité WorkFirst
☐ Formation et emploi alimentaire de base (Basic Food Employment and Training, BFET)

FOR OFFICE USE ONLY (POUR USAGE INTERNE SEULEMENT) – Household eligible for expedited service: ☐ Yes ☐ No
Screener's Initials: _____ Date: _____

17. ☐ Je souhaite un interprète. Je parle : _____ ou j'utilise la langue des signes
☐ ; veuillez traduire 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 nécessaire).

NOM (PRÉNOM, DEUXIEME PRÉNOM, NOM)	SEXE	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. Mon origine ethnique est hispanique ou latino : ☐ Oui ☐ Non

La divulgation des informations sur l'origine ethnique et la race est volontaire et n'affectera pas l'éligibilité ou le montant des prestations. Ces informations sont utilisées pour assurer que les prestations du programme sont distribuées indépendamment de la race, la couleur ou l'origine nationale. Pour l'aide alimentaire, le Département de l'Agriculture (USDA) nous impose de répondre à votre place si vous ne nous avez pas fourni les informations requises. Nous indiquerons « Non signalé » si vous ne souhaitez pas répondre. **Exemples de races :** 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

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

I. Informations générales

1. Au cours des 30 derniers jours, j'ai reçu une aide en espèces ou alimentaire d'un autre État, d'une tribu ou d'une autre source. ☐ Oui ☐ Non
2. La personne pour laquelle j'effectue la demande vit à l'extérieur de l'État de Washington : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
3. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes un étranger sponsorisé : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
4. Un membre de mon foyer âgé de 16 ans ou plus ou moi-même sommes inscrits à (cochez toutes les cases pertinentes) : ☐ École de type High School ☐ Programme d'équivalence de lycée ☐ Université ☐ École professionnelle Qui : _____
5. Un membre est provisoirement hors de mon foyer : ☐ Oui ☐ Non Qui : _____
6. Un membre de mon foyer ou moi-même avons servi dans les Forces armées américaines, la Garde Nationale, ou la Réserve ou a été un ayant-droit ou un conjoint de quelqu'un qui a servi : ☐ Oui ☐ Non Si oui, qui : _____
7. Une personne pour laquelle j'effectue la demande ou moi-même avons contourné la loi pour éviter des poursuites judiciaires ou la prison pour un crime : ☐ Oui ☐ Non
8. Je vis dans : ☐ Ma propre maison ou mon propre appartement ☐ Un foyer collectif ☐ Autre : _____ ☐ Un établissement (indiquez le type) : _____ Date de l'entrée : _____
9. Je suis : ☐ Célibataire ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(veuve) ☐ En union libre enregistrée
10. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour échange de l'aide alimentaire contre des drogues après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
11. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour achat ou vente de prestations d'aide alimentaire de plus de 500 $ après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
12. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour échange d'aide alimentaire contre des armes à feu, des munitions, ou des explosifs après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
13. Un membre de mon foyer ou moi-même avons été condamnés pour perception de l'aide alimentaire dans plusieurs États après le 22 septembre 1996 : ☐ Oui ☐ Non
14. Un membre de mon foyer ou moi-même sommes : a. En grève : ☐ Oui ☐ Non b. Un pensionnaire : ☐ Oui ☐ Non

II. Ressources (joindre les justificatifs ; Aide en espèces seulement)

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
- Fonds d'éducation
- Fiducies
- Comptes IRA / 401k
- Logements, terrains ou bâtiments
- Certificats de placement (CD)
- Compte de dépôt du marché monétaire
- Obligations
- Fonds de retraite
- Fonds funéraires, plans prépayés
- Équipement d'entreprise
- Bétail
- Assurance vie

1. 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
			$
			$
			$

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 deux dernières années (notamment, des fiducies, des véhicules ou des domaines viagers) : ☐ Oui ☐ Non Si oui, lesquels : _____ À quelle date : _____

III. Rentes (investissements réalisés par les membres du foyer pour recevoir des paiements réguliers maintenant ou dans l'avenir.)

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

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

IV. Justificatif de revenus (joindre les justificatifs)

1. Mon conjoint, la personne pour laquelle j'effectue la demande, ou moi-même, avions un emploi qui s'est terminé au cours des 30 derniers jours : ☐ Oui ☐ Non
2. Mon conjoint, la personne pour laquelle j'effectue la demande, ou moi-même, avons des revenus du travail : ☐ Oui ☐ Non Si oui, veuillez remplir cette section :

QUI GAGNE CE REVENU	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT RETENUES)
NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR DATE DE DÉBUT Est-ce un travail en indépendant ? ☐ Oui ☐ Non Montant mensuel des dépenses du travail en indépendant : $	$_____chaque : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (p. ex. les 1er et 15e du mois, ou chaque vendredi) :
QUI GAGNE CE REVENU	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT RETENUES)
NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR DATE DE DÉBUT Est-ce un travail en indépendant ? ☐ Oui ☐ Non Montant mensuel des dépenses du travail en indépendant : $	$_____chaque : ☐ Heure ☐ Semaine ☐ Deux semaines ☐ Deux fois par mois ☐ Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (p. ex. les 1er et 15e du mois, ou chaque vendredi) :

V. Autres revenus (joindre les justificatifs ; déclarez pour tous les membres du foyer)

- Indemnités de chômage
- Indemnités de sécurité sociale
- Revenus tribaux
- Revenus du jeu
- Prestations d'éducation (prêts étudiants, bourses, emploi-études)
- Complément de ressources (SSI - Supplemental Security Income)
- Pension alimentaire
- Prestations des chemins de fer
- Revenus fonciers
- Retraite ou pension
- Prestations militaires ou de l'Administration des Vétérans (Veteran Administration, VA)
- Travail et industries (Labor and Industries, L&I)
- Fiducies
- Intérêts/dividendes

TYPE DE REVENUS ANNEXES	QUI PERÇOIT LE REVENU ?	MONTANT MENSUEL BRUT
		$
		$
		$
		$
		$

VI. Dépenses mensuelles

LOYER	PRÊT IMMOBILIER	LOCATION MOBILIÈRE	ASSURANCE FONCIÈRE	TAXES FONCIÈRES	AUTRES CHARGES
$	$	$	$	$	$

Quelles sont les charges que votre foyer paie séparément du loyer ou du prêt immobilier ?
☐ Chauffage (électricité/gaz) ☐ Électricité (hors chauffage) ☐ Eau ☐ Téléphone domicile/mobile ☐ Égouts ☐ Ordures ménagères

Une autre personne, ou agence, telle que les logements subventionnés, m'aide à payer soit en totalité ou en partie ces dépenses :
☐ Oui ☐ Non Si oui, qui : _____Pour quelles dépenses : _____Montant payé : $_____

☐ J'ai reçu un paiement sous la Loi de l'aide pour l'énergie domestique pour les foyers aux faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA) au cours des 12 derniers mois.

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

☐ Garde d'enfants ou d'adultes à charge (y compris les frais de transport)	Montant 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)	Montant mensuel : $	Qui paie :
☐ Garde d'enfants (joindre les justificatifs)	Montant mensuel : $	Qui paie :

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

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

VII. Représentant autorisé

Un représentant autorisé est une personne que le DSHS est autorisé à contacter au sujet 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

Vous devez éventuellement compléter le formulaire concernant le représentant autorisé (DSHS 14-532).

NOM	LIEN DE PARENTÉ	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE

ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL

Inscription sur les listes électorales

Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales, dont l'inscription automatique sur les listes électorales. **Effectuer une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'affectera pas vos prestations ou le montant des allocations que vous pourriez obtenir de cette agence.** Si vous souhaitez une assistance pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous vous y aiderons. La décision de rechercher ou d'accepter une aide est de votre ressort. Vous pouvez remplir votre formulaire d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit d'inscription ou de refus d'inscription sur les listes électorales, votre droit de confidentialité dans votre décision de vous inscrire ou lors d'une demande d'inscription, ou votre droit de choisir votre propre parti ou préférence politique, vous pouvez porter plainte auprès de : Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

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

Si vous ne cochez aucune case, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales à l'heure actuelle, sauf si vous êtes éligible pour, et que vous ne refusez pas, l'inscription automatique sur les listes électorales.

À moins d'avoir coché la case « Non » ci-dessus, vous pouvez être éligible pour l'inscription automatique sur les listes électorales. Vous êtes éligible pour l'inscription automatique sur les listes électorales si vous aurez au moins 18 ans au moment des prochaines élections, vous êtes citoyen(ne) des États-Unis d'Amérique, le DSHS possède votre nom, votre adresse de résidence et postale, votre date de naissance, les données de vérification de votre citoyenneté, et votre signature attestant de la véracité des informations fournies sur cette demande.

Souhaitez-vous être automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez coché la case « Oui », ou que vous n'avez coché aucune case mais que vous répondez aux critères d'éligibilité à l'inscription automatique sur les listes électorales, le DSHS enverra vos données à l'Office du Secrétaire d'État et vous serez automatiquement inscrit(e) sur les listes électorales.

Déclaration et signatures (signez ci-dessous pour compléter votre demande.)

Je comprends que je dois :

- Fournir des informations correctes et respecter les règles de déclarations.
- Fournir les justificatifs de mon éligibilité.
- Affecter certains droits à une pension alimentaire à l'État de Washington, lorsque je perçois l'aide provisoire aux familles nécessiteuses (Temporary Assistance for Needy Families, TANF). Cependant, je peux demander au DSHS de ne pas entamer des poursuites pour une pension alimentaire si cela devait mettre en danger mes enfants ou moi-même.
- Respecter les exigences de travail dans le cadre de l'aide alimentaire.

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

Je comprends que je peux être poursuivi(e) 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 si nécessaire pour m'aider à justifier de 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.**

Pour une demande d'aide en espèces, tous les adultes (ou représentants autorisés) du foyer doivent signer.

Pour l'aide alimentaire, le demandeur et le représentant autorisé doivent tous deux signer, sauf si nous disposons d'un document de représentant autorisé à jour dans nos dossiers.

SIGNATURE DU DEMANDEUR (OBLIGATOIRE) DATE	NOM DU DEMANDEUR EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE SIGNÉ À (VILLE ET ÉTAT)

SIGNATURE DE L'AUTRE DEMANDEUR ADULTE DATE	NOM DE L'AUTRE ADULTE EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE SIGNÉ À (VILLE ET ÉTAT)

SIGNATURE DE L'ASSISTANT OU DU REPRÉSENTANT DATE	NOM DU REPRÉSENTANT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE SIGNÉ À (VILLE ET ÉTAT)

SIGNATURE DU TÉMOIN EN CAS DE SIGNATURE PAR « X » DATE	NOM DU TÉMOIN EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE