

Demande d'aide financière ou d'aide alimentaire

Si vous avez besoin d'aide pour lire ou remplir ce formulaire, n'hésitez pas à nous demander de l'aide.

Conservez cette page pour vos dossiers.

Comment puis-je demander une aide financière ou alimentaire ?

Vous pouvez **commencer** la procédure dès maintenant en présentant cette demande en personne à un bureau des services communautaires. La demande doit porter votre nom, votre adresse et votre signature ou celle de votre représentant autorisé. Vous pouvez déposer votre demande immédiatement même si elle ne contient que ces trois éléments.

- Vous pouvez obtenir plus de prestations ou les obtenir plus rapidement si vous remplissez le formulaire en répondant aux questions, en signant la page six et en nous déposant votre demande et toute autre information que nous vous demandons dès que vous le pouvez.
- Vous pouvez déposer votre demande auprès d'un bureau local. Voir www.dshs.wa.gov pour le lieu.
- Envoyez votre demande par fax au 1-888-338-7410
- Envoyez votre demande par la poste à l'adresse suivante :
DSHS
CSD-Customer Service Center
PO Box 11699
Tacoma, WA 98411-6699
- Vous pouvez également déposer votre candidature en ligne à l'adresse www.washingtonconnection.org
- **Pour la couverture des soins de santé, vous devez faire une demande en ligne sur le site www.wahealthplanfinder.org, en appelant le 1-855-923-4633, ou en utilisant la demande de couverture des soins de santé HCA (HCA 18-001).**

Dans quel délai puis-je bénéficier d'une assistance alimentaire et financière ?

Si vous avez besoin d'une assistance alimentaire immédiatement, remplissez les questions 1 à 14 et déposez ce formulaire à votre bureau local.

Nous déterminons votre éligibilité à l'assistance alimentaire *dans les 7 jours* si vous présentez un justificatif de votre identité et si vous répondez à l'une des conditions suivantes :

- Votre ménage disposera ce mois-ci d'un revenu brut inférieur à 150 \$ et de ressources liquides inférieures à 100 \$.
- Les revenus et les ressources de votre ménage sont inférieurs à votre loyer mensuel et à vos charges.
- Votre ménage héberge un travailleur agricole migrant ou saisonnier sans ressources.

Les prestations sont versées au plus tard le jour suivant la date à laquelle votre éligibilité est établie. Nous déterminerons votre éligibilité à l'assistance alimentaire dans les 30 jours suivant la date de réception de votre demande. L'assistance alimentaire commence généralement le jour de réception de votre demande. Si votre demande provient d'une institution, la date de début correspond à la date de votre libération ou de votre congé. L'assistance financière commence généralement le jour où nous disposons de toutes les informations nécessaires pour déterminer votre éligibilité.

Droits civils et non-discrimination

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux réglementations et politiques du U.S. Department of Agriculture (Département de l'agriculture des États-Unis, USDA) en matière de droits civils, cette institution s'interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la croyance religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles pour des activités antérieures en faveur des droits civils.

Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations sur le programme (par exemple, le braille, les gros caractères, les bandes sonores, la langue des signes américaine) doivent contacter l'agence (locale ou d'État) auprès de laquelle elles ont déposé leur demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du service fédéral de télécommunication au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form, qu'il peut obtenir en ligne à l'adresse suivante : <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (833) 620-1071, ou en écrivant une lettre adressée à l'USDA. La correspondance doit mentionner le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'action discriminatoire présumée suffisamment détaillée pour informer le Assistant Secretary for Civil Rights (Sous-Secrétaire aux droits civiques, ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils.

Le formulaire AD-3027 dûment rempli ou la correspondance doivent être envoyés à l'adresse suivante :

1. **Poste :** Food and Nutrition Service (Service d'alimentation et de nutrition), USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria VA 22314 ; ou
2. **Fax :** (833) 256-1665 ou (202) 690-7442; ou
3. **E-mail :** FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Cette institution est un fournisseur d'égalité des chances.

Statut d'immigration et numéros de sécurité sociale

Vous pourrez peut-être obtenir une aide pour certains membres de votre ménage, même si ces derniers ne peuvent pas obtenir d'aide en raison de leur statut d'immigrant. Vous devez nous indiquer le statut d'immigration de toute personne qui présente une demande. Le statut d'étranger des membres du ménage du demandeur peut faire l'objet d'une vérification par l'USCIS (anciennement connu sous le nom d'INS) par le biais de la soumission des informations de la demande à l'USCIS. Les informations reçues de l'USCIS, basées sur cette soumission, peuvent affecter l'éligibilité et le montant des prestations.

En vertu de la loi fédérale (45 CFR §205.52, 7 CFR §273.6), vous devez nous communiquer le Social Security Number (numéro de sécurité sociale, SSN) de toute personne avec laquelle vous vivez et qui fait une demande de TANF ou d'aide alimentaire. Nous pouvons également avoir besoin des SSN des parents et des conjoints qui vivent dans votre ménage, mais qui ne font pas de demande.

Si vous demandez une aide alimentaire ou d'autres programmes

Nous devons suivre les règles du SNAP afin de traiter votre demande. Il s'agit notamment de traiter la demande dans les délais impartis, d'émettre les avis appropriés et de vous informer de vos droits administratifs. Nous ne pouvons pas vous refuser l'aide alimentaire simplement parce que votre demande pour d'autres programmes d'aide a été refusée.

Confidentialité et votre aide financière et alimentaire

La loi de 2008 sur l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Act), telle qu'amendée, autorise le Département à collecter les informations demandées dans la demande, y compris le numéro de sécurité sociale de chaque membre du ménage. Nous utilisons les SSN pour contrôler l'identité, vérifier l'éligibilité, prévenir la fraude et recouvrer les créances. Nous partageons des informations avec d'autres organismes afin de gérer nos programmes et nous conformer à la réglementation. La fourniture des informations demandées est volontaire. Toutefois, ne pas fournir un SSN ou un justificatif dans la demande de SSN sans raison valable entraînera le refus de l'aide alimentaire de base à son auteur. Nous vérifions certaines informations à l'aide de programmes informatiques de comparaison, notamment le système fédéral de Income and Eligibility Verification System (vérification des revenus et de l'éligibilité, IEVS).

Les informations communiquées au Department of Social and Health Services (Département de la santé et des services sociaux) peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité à la couverture des soins de santé gérée par la Health Care Authority (autorité médicale) et l'échange d'information d'assurance maladie.

Nous utilisons ces informations pour :	Nous pouvons communiquer ces informations à :
<ul style="list-style-type: none">• Décider qui est éligible à nos programmes.• Recouvrer les trop-perçus.• Gérer nos programmes.• S'assurer que nous respectons la loi.	<ul style="list-style-type: none">• Agences fédérales et étatiques pour un usage officiel.• Les forces de l'ordre poursuivent les personnes qui fuient pour se soustraire à la loi.• Agences de recouvrement privées chargées de recouvrer les sommes versées en trop au titre de l'aide alimentaire.

Avertissement de pénalité pour l'aide alimentaire

Nous vérifions auprès d'autres agences que vos informations sont correctes. Si l'une de ces informations s'avère incorrecte, cela peut annuler l'aide alimentaire pour le demandeur concerné.

Tout membre qui enfreint volontairement l'une des règles peut être :

- Poursuivi en vertu d'autres lois fédérales et nationales applicables.
- Subir une interdiction de participer au programme SNAP pendant un an ou de façon permanente.
- Amende pouvant aller jusqu'à 250 000 dollars.
- Emprisonnement jusqu'à 20 ans.
- Interdiction de bénéficier du programme SNAP pendant 18 mois supplémentaires si le tribunal l'ordonne.

Si un tribunal vous déclare coupable de :

Avoir bénéficié d'avantages dans le cadre d'une transaction impliquant : Vous pouvez être :

- La vente d'une substance soumise à une réglementationDisqualification de deux ans à permanente.
- Vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifsDisqualification permanente.
- Trafic d'avantages de plus de 500 dollars combinésDisqualification permanente.
- Fraude à la résidence ou à l'identitéDisqualification pour une période de 10 ans.

Demande d'assistance alimentaire et financière

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

Si vous n'êtes pas en mesure de remplir ce formulaire aujourd'hui, commencez la procédure en envoyant votre **nom, votre adresse et votre signature**. Vous devrez encore compléter la demande avant que les prestations ne soient approuvées. **La signature de la page six est nécessaire pour compléter votre demande.**

1. PRÉNOM INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM NOM DE FAMILLE	SIGNATURE DU DEMANDEUR OU DU REPRÉSENTANT AUTORISÉ	2. NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT (SI CONNU)
3. NOM DE LA RUE OU VOUS RÉSIDEZ	VILLE	ÉTAT
		CODE POSTAL
4. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE PRINCIPAL	<input type="checkbox"/> ADRESSE DE <input type="checkbox"/> MESSAGE DU TÉLÉPHONE DU <input type="checkbox"/> DOMICILE	
5. ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENT)	VILLE	ÉTAT
		CODE POSTAL
6. NUMÉRO(S) DE TÉLÉPHONE SECONDAIRE(S)	<input type="checkbox"/> ADRESSE DE <input type="checkbox"/> MESSAGE DU TÉLÉPHONE DU <input type="checkbox"/> DOMICILE	
7. ADRESSE ÉLECTRONIQUE		
8. J'effectue ma demande pour (cocher toutes les cases correspondantes) : <input type="checkbox"/> Assistance <input type="checkbox"/> financière Alimentaire <input type="checkbox"/> Garde d'enfants		
9. Moi-même ou un membre de mon ménage (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : <input type="checkbox"/> Sont dans une situation de violence domestique <input type="checkbox"/> Ont un handicap <input type="checkbox"/> Ne peut pas travailler en raison de problèmes de santé <input type="checkbox"/> Est enceinte ; nom : _____ date d'accouchement : _____		
10. Combien d'argent pensez-vous que votre ménage recevra ce mois-ci ?		\$ _____
11. De combien d'argent votre ménage dispose-t-il en espèces et sur ses comptes bancaires ?		\$ _____
12. Quel est le montant du loyer ou de l'emprunt immobilier payé par votre ménage ?		\$ _____
13. Quels sont les services publics payés par votre ménage ? <input type="checkbox"/> Chauffage/refroidissement <input type="checkbox"/> Téléphone <input type="checkbox"/> Autre : _____		
14. Un membre de votre ménage est-il un travailleur agricole saisonnier ou migrant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
15. Si vous demandez une aide alimentaire, pour combien de personnes de votre ménage achetez-vous et préparez-vous la nourriture ? _____		
16. Si vous faites une demande de garde d'enfants, quelle est l'activité pour laquelle vous avez besoin d'une garde (cochez toutes les cases correspondantes) ? <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> WorkFirst <input type="checkbox"/> Basic Food Employment and Training (Emploi et formation à l'alimentation de base, BFET)		

RÉSERVÉ AU BUREAU - Ménage éligible pour un service accéléré : Oui Non **Initiales de l'examineur :** _____ **Date :** _____

17. J'ai besoin d'un interprète. Je parle : _____ ou je signe ; traduisez mes lettres en : _____

18. Dressez la liste de tous les membres de votre ménage, même si vous n'en faites pas la demande (joignez des feuilles supplémentaires, si nécessaire).

NOM (PRÉNOM, DEUXIÈME PRÉNOM, NOM DE FAMILLE)	SEXE	QUEL EST LE LIEN DE PARENTÉ ENTRE CETTE PERSONNE ET VOUS ?	DATE DE NAISSANCE	COCHEZ SI VOUS VOULEZ DES PRESTATIONS POUR CETTE PERSONNE	FACULTATIF POUR LES NON-DEMANDEURS			NOM DE LA TRIBU (pour les Indiens d'Amérique et les autochtones de l'Alaska)
					SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	COCHEZ SI VOUS ÊTES CITOYEN DES ÉTATS- UNIS	RACE (VOIR EXEMPLES CI- DESSOUS)	
		Moi-même		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		
				<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		

19. Mon origine ethnique est hispanique ou latino : Oui Non

Les informations relatives à la race et à l'origine ethnique sont facultatives et n'ont aucune incidence sur l'éligibilité ou le montant des prestations. Ces informations sont utilisées pour garantir que les prestations du programme sont distribuées sans tenir compte de la race, de la couleur ou de l'origine nationale. Pour l'assistance alimentaire, l'USDA exige que nous répondions pour vous si aucune information n'est fournie. Nous sélectionnerons "unreported" si vous ne souhaitez pas répondre. **Exemples de race :** Blanc, noir ou afro-américain, asiatique, hawaïen natif, insulaire du Pacifique, indien d'Amérique, natif de l'Alaska, ou toute combinaison de races.



NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT
------------------	--	--------------------------------------

I. Informations générales

- Au cours des 30 derniers jours, j'ai reçu de l'argent ou de la nourriture d'un autre État, d'une tribu ou d'une autre source. Oui Non
- La personne pour laquelle je fais la demande vit en dehors de l'État de Washington : Oui Non Qui : _____
- Moi-même ou un membre de mon ménage est un étranger parrainé : Oui Non Qui : _____
- Moi-même ou une personne de mon ménage âgée de 16 ans ou plus est inscrite (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : École secondaire
 Programme d'équivalence de l'école secondaire Collège École de commerce Qui : _____
- Une personne est temporairement hors de mon domicile : Oui Non Qui : _____
- Moi-même ou quelqu'un de mon foyer a servi dans les forces armées américaines, la garde nationale ou la réserve, ou a été à la charge ou le conjoint d'une personne qui a servi : Oui Non Si oui, qui : _____
- Je suis ou quelqu'un pour qui je fais la demande fuit la loi pour éviter d'aller au tribunal ou en prison pour un crime : Oui Non
- Je vis dans : Ma propre maison ou appartement Foyer de groupe Autre : _____
 Établissement (indiquer le type) : _____ Date d'entrée : _____
- Je suis : Célibataire Marié Divorcé(e) Séparé(e) Veuf(ve) En partenariat domestique enregistré
- J'ai été condamné(e), ou quelqu'un de mon foyer a été condamné(e), pour avoir échangé une aide alimentaire contre de la drogue après le 22 septembre 1996 : Oui Non
- J'ai été condamné(e), ou membre de mon foyer a été condamné pour l'achat ou la vente d'une aide alimentaire d'un montant supérieur à 500 dollars après le 22 septembre 1996 : Oui Non
- J'ai été condamné, ou membre de mon foyer a été condamné, pour avoir échangé de l'aide alimentaire contre des armes, des munitions ou des explosifs après le 22 septembre 1996 : Oui Non
- J'ai été condamné, ou membre de mon foyer a été condamné, à recevoir une aide alimentaire dans plus d'un État après le 22 septembre 1996 : Oui Non
- Je suis ou membre de foyer est : a. En grève : Oui Non b. Un pensionnaire : Oui Non

II. Ressources (joindre un justificatif ; pour l'aide financière uniquement)

Une ressource désigne tout ce que vous possédez ou achetez et qui peut être vendu, échangé ou converti en espèces ou en argent détenu par d'autres personnes. Une ressource ne comprend pas les biens personnels tels que les meubles ou les vêtements. Les ressources sont par exemple les éléments suivants :

- Argent liquide
- Comptes courants
- Comptes d'épargne
- Fonds de l'enseignement supérieur
- Fonds fiduciaires
- IRA / 401k
- Maisons, terrains ou bâtiments
- CD
- Compte du marché monétaire
- Obligations
- Fonds de retraite
- Fonds d'enterrement, plans prépayés
- Matériel d'entreprise
- Bétail
- Assurance-vie

- Veillez énumérer les ressources que vous, votre conjoint ou la personne pour laquelle vous faites la demande possédez ou achetez :

RESSOURCE	QUI EST PROPRIÉTAIRE	LIEU	VALEUR
			\$
			\$
			\$
			\$

- Moi, mon conjoint ou la personne pour laquelle je fais une demande avons des voitures, des camions, des camionnettes, des bateaux, des camping-cars, des remorques ou d'autres véhicules à moteur :

ANNÉE (PAR EXEMPLE, 1980)	MARQUE (PAR EXEMPLE, FORD)	MODÈLE (PAR EXEMPLE, ESCORT)	COCHEZ SI LOUÉ	COCHEZ SI LE VÉHICULE EST UTILISÉ À DES FINS MÉDICALES	MONTANT DÛ
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	\$

- Moi-même, mon conjoint ou une personne pour laquelle je fais une demande avons vendu, échangé, donné ou transféré une ressource au cours des deux dernières années (compris les trusts, les véhicules ou les successions) : Oui Non Si oui, quoi : _____ quand : _____

III. Rentes (investissements effectués par tout membre du ménage en vue de recevoir des paiements réguliers aujourd'hui ou à l'avenir).

QUI EST PROPRIÉTAIRE DE LA RENTE ?	ENTREPRISE OU INSTITUTION ?	MONTANT OU VALEUR	REVENU MENSUEL	DATE D'ACHAT
		\$	\$	
		\$	\$	
		\$	\$	

NOM DU DEMANDEUR	SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT
------------------	--	-----------------------------------

IV. Revenu gagné (joindre la preuve)

1. Moi-même, mon conjoint ou la personne pour laquelle je fais la demande avons eu un emploi qui s'est terminé au cours des 30 derniers jours : Oui Non
2. Moi-même, mon conjoint ou une personne pour laquelle je fais une demande a un revenu du travail : Oui Non
Si oui, veuillez remplir cette section :

QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Cet emploi est-il un emploi indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant mensuel des dépenses de travail indépendant : \$ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT DÉDUCTIONS) \$ _____ chaque : <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par exemple, le 1er et le 15, ou tous les vendredis) : _____
---	--

QUI GAGNE CE REVENU _____ NOM ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE L'EMPLOYEUR _____ DATE DE DÉBUT _____ Cet emploi est-il un emploi indépendant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Montant mensuel des dépenses de travail indépendant : \$ _____	MONTANT BRUT PERÇU (MONTANT EN DOLLARS AVANT DÉDUCTIONS) \$ _____ chaque : <input type="checkbox"/> Heure <input type="checkbox"/> Semaine <input type="checkbox"/> Deux semaines <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mois Heures par semaine : _____ Dates de paie (par exemple, le 1er et le 15, ou tous les vendredis) : _____
---	--

V. Autres revenus (joindre les justificatifs ; déclaration pour tous les membres du ménage)

- | | | |
|--|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Allocations de chômage • Revenus de la sécurité sociale • Revenus tribaux • Revenus des jeux • Prestations éducatives (prêts étudiants, bourses, travail-études) | <ul style="list-style-type: none"> • Supplemental Security income (Revenu de sécurité complémentaire, SSI) • Pension alimentaire pour enfants ou pour époux • Prestations des chemins de fer • Revenus locatifs | <ul style="list-style-type: none"> • Retraite ou pension • Veteran Administration (Administration des anciens combattants, VA) ou prestations militaires • Labor and Industries (Travail et industries, L&I) • Fonds fiduciaires • Intérêts / Dividendes |
|--|---|---|

TYPE DE REVENU NON GAGNÉ	QUI PERÇOIT LES REVENUS ?	MONTANT MENSUEL BRUT
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

VI. Dépenses mensuelles

LOYER \$	EMPRUNT IMMOBILIER \$	ESPACE LOYER \$	ASSURANCE HABITATION \$	TAXES FONCIÈRES \$	AUTRES TAXES \$
-------------	--------------------------	--------------------	----------------------------	-----------------------	--------------------

Quels sont les services publics que votre ménage paie en dehors du loyer ou de l'hypothèque ?

- Chauffage (électrique/gaz) Electricité (pas de chauffage) Eau Téléphone fixe/cellulaire Egouts Ordures ménagères

Une autre personne ou un organisme, tel qu'un logement subventionné, m'aide à payer tout ou partie de ces dépenses :

- Oui Non Si oui, qui : _____ Quelle dépense : _____ Montant qu'elle paie : \$ _____

J'ai reçu un paiement au titre du Low Income Home Energy Assistance Act (LIHEAA) au cours des 12 derniers mois.

Moi-même, mon conjoint ou quelqu'un de mon foyer paye ou est censé payer (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

<input type="checkbox"/> Garde d'enfants ou d'adultes à charge (y compris les frais de transport)	Montant mensuel : \$ _____	Qui paie ? _____
<input type="checkbox"/> Frais médicaux pour les personnes handicapées ou âgées de plus de 60 ans (y compris les frais de transport et les primes d'assurance maladie)	Montant mensuel : \$ _____	Qui paie ? _____
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire (joindre un justificatif)	Montant mensuel : \$ _____	Qui paie ? _____

Si vous ne déclarez aucune des dépenses énumérées ci-dessus, nous considérerons que votre ménage déclare ne pas vouloir bénéficier d'une déduction pour cette dépense.

NOM DU DEMANDEUR		SOCIAL SECURITY NUMBER (NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE)	NUMÉRO D'IDENTIFICATION DU CLIENT
VII. Représentant autorisé			
Un représentant autorisé est une personne avec laquelle vous autorisez le DSHS à s'entretenir de vos prestations. Vous pouvez nommer quelqu'un, mais vous n'êtes pas obligé de le faire.			
Avez-vous un représentant autorisé ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Cette personne est-elle votre tuteur légal ?		<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non
Il se peut que vous deviez remplir le formulaire de représentant autorisé (DSHS 14-532).			
NOM	RELATIONS	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE	
ADRESSE POSTALE	VILLE	ÉTAT	CODE POSTAL
Inscription sur la liste électorale			
Le Département offre des services d'inscription sur les listes électorales, y compris l'inscription automatique. S'inscrire ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'a aucune incidence sur les services ou le montant des prestations que vous pouvez recevoir de cette agence. Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire 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 d'inscription sur les listes électorales en privé. Si vous pensez que quelqu'un a violé votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, votre droit au respect de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou lorsque vous demandez à vous inscrire sur les listes électorales, ou votre droit de choisir votre propre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès : Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).			
Voulez-vous vous inscrire sur les listes électorales ou mettre à jour votre inscription sur les listes électorales ?			
<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous ne cochez aucune case, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales pour le moment, à moins que vous ne soyez éligible à l'inscription automatique sur les listes électorales et que vous ne la refusiez pas.			
Si vous n'avez pas coché la case "Non" ci-dessus, vous pouvez bénéficier de l'inscription automatique sur les listes électorales. Vous pouvez bénéficier de l'inscription automatique sur les listes électorales si vous avez au moins 18 ans lors de la prochaine élection, si vous êtes citoyen des États-Unis d'Amérique et si le DSHS dispose de votre nom, de votre adresse résidentielle et postale, de votre date de naissance, des informations relatives à la vérification de votre citoyenneté et de votre signature attestant de la véracité des informations fournies dans la présente demande.			
Souhaitez-vous être inscrit automatiquement sur les listes électorales ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
Si vous avez coché la case "Oui", ou si vous ne cochez aucune case et que vous remplissez les conditions d'éligibilité pour l'inscription automatique sur les listes électorales, le DSHS enverra vos informations au bureau du secrétaire d'État et vous serez automatiquement inscrit sur les listes électorales.			
Déclaration et signatures (Signez ci-dessous pour compléter votre demande.)			
Je comprends que je dois : <ul style="list-style-type: none"> Fournir des informations correctes et respecter les exigences en matière de déclaration. Fournir la preuve que je suis éligible. Céder certains droits à la pension alimentaire pour enfants à l'État de Washington lorsque je bénéficie de Temporary Assistance for Needy Families (Aide temporaire aux familles nécessiteuses, TANF). Toutefois, je peux demander au DSHS de ne pas poursuivre la pension alimentaire si cela risque de me mettre en danger ou de mettre mes enfants en danger. Coopérer avec les exigences de travail de l'aide alimentaire. 			
Si je ne fais pas ces choses, je risque de me voir refuser des prestations ou de devoir les rembourser.			
Je comprends que je peux faire l'objet de poursuites pénales si je fais délibérément une fausse déclaration ou si j'ometts de déclarer quelque chose que je devrais déclarer.			
J'autorise le DSHS à contacter d'autres personnes ou organismes si nécessaire pour m'aider à obtenir la preuve que je suis éligible.			
J'ai lu ou on m'a expliqué mes droits et responsabilités et j'ai reçu une copie des Droits et responsabilités du client, DSHS 14-113. Je certifie ou déclare, sous peine de parjure en vertu des lois de l'État de Washington, que les informations que j'ai fournies dans la présente demande, y compris les informations concernant la citoyenneté et le statut d'étranger des membres qui demandent des prestations, sont véridiques et exactes.			
En cas de demande d'aide en espèces, tous les adultes (ou représentants autorisés) du ménage doivent signer. Pour l'aide alimentaire, le demandeur et le représentant autorisé doivent tous deux signer, à moins qu'il n'y ait un document de représentant autorisé en cours de validité dans le dossier.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR (REQUIS)	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU DEMANDEUR	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DE L'AUTRE ADULTE DEMANDEUR	DATE	NOM EN MAJUSCULE DE L'AUTRE ADULTE	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DE L'ASSISTANT OU DU REPRÉSENTANT	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU REPRÉSENTANT	VILLE ET ÉTAT SIGNÉS
SIGNATURE DU TÉMOIN SI LA SIGNATURE EST ACCOMPAGNÉE D'UN "X"	DATE	NOM EN MAJUSCULE DU TÉMOIN	