

Changement de situation

VOTRE NOM

IDENTIFIANT CLIENT OU
NUMÉRO DE SÉCURITÉ
SOCIALE

Lisez attentivement toutes les sections. **Cochez toutes les cases qui s'appliquent à votre foyer.** Signez, datez et renvoyez ce formulaire à votre bureau local. Pour toute question ou si vous avez besoin d'une enveloppe préaffranchie pour renvoyer ce formulaire par courrier, contactez votre bureau local.

Vos responsabilités : si votre foyer bénéficie d'une aide en espèces, d'une aide alimentaire de base ou d'une aide médicale, vous devez signaler tout changement conformément aux dispositions des articles WAC 388-418-0005, 182-504-0105 et 182-504-0110, selon les prestations que vous recevez. Pour les programmes d'aide en espèces et d'aide alimentaire, vous devez nous signaler ces changements avant le 10^e jour du mois suivant la date à laquelle le changement est survenu. Pour l'aide médicale, vous devez nous en informer dans les 30 jours suivant la date à laquelle le changement est survenu. Si vous nous signalez un changement que vous n'êtes pas tenu de nous signaler, nous devons examiner son impact sur vos prestations. Il peut en résulter une réduction de vos prestations, voire leur suppression. Pour l'aide alimentaire de base, si vous déclarez volontairement un déménagement dans une nouvelle résidence, vous devez également déclarer vos nouveaux frais de logement dans la section 2, même si vous n'avez pas encore reçu de facture. Si vous ne nous communiquez pas vos nouveaux frais de logement, nous retiendrons le montant de 0 \$, ce qui peut entraîner une réduction de vos prestations.

1. ☐ Mon adresse a changé.

☐ J'ai déménagé. Date du déménagement : _____

☐ Mon adresse postale a changé. ☐ Je suis sans domicile fixe.

Ma nouvelle adresse de résidence est :
NUMÉRO D'APPARTEMENT (LE CAS ÉCHÉANT)

Ma nouvelle adresse postale (si différente) est :
NUMÉRO D'APPARTEMENT (LE CAS ÉCHÉANT)

VILLE ÉTAT CODE POSTAL

VILLE ÉTAT CODE POSTAL

2. ☐ Mes frais de logement ont changé.

Pour l'aide alimentaire de base, déclarez **seulement si** vos frais augmentent ou si vous déménagez. Déclarez tout autre changement dans vos frais de logement lors de **votre prochaine certification intermédiaire ou révision d'admissibilité**. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

☐ Je suis locataire.

☐ Je suis propriétaire.

☐ Je bénéficie d'un logement social.

MONTANT MENSUEL DU
LOYER
\$

VOTRE PART, SI
DIFFÉRENTE
\$

MONTANT MENSUEL DU PRÊT
HYPOTHÉCAIRE
\$

MONTANT MENSUEL DU PAIEMENT
(INDIQUEZ UNIQUEMENT VOTRE
PART)
\$

Je paie séparément (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

☐ Les frais de chauffage/
climatisation
Je paie : _____ \$
par mois.

☐ Le téléphone
Je paie : _____ \$
par mois.

☐ L'assurance
habitation
Je paie : _____ \$
par mois.

☐ Les taxes foncières
Je paie : _____ \$
par mois.

3. ☐ Une personne a emménagé dans mon foyer ou a déménagé. Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez la date de l'emménagement/du déménagement.

☐ Une personne a EMMÉNAGÉ dans mon foyer.

Date : _____

Énumérez toutes les personnes qui ont emménagé (y compris les nouveau-nés) :

NOM(S)	SEXE	LIEN AVEC MOI	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE

J'achète et prépare les repas avec mes colocataires (cochez la case qui s'applique) :
☐ Oui ☐ Non

Je souhaite inclure une personne dans l'une de mes aides suivantes :

- ☐ Aide en espèces
- ☐ Aide alimentaire de base
- ☐ Garde d'enfants
- ☐ Aide médicale

Dans ce cas, qui ? Énumérez les noms :

☐ Une personne a DÉMÉNAGÉ de mon foyer. Date : _____ Énumérez toutes les personnes qui ont déménagé :	Je pense que cette ou ces personnes reviendront vivre avec moi (cochez la case qui s'applique) : ☐ Oui ☐ Non Je souhaite inclure une personne dans l'une de mes aides suivantes : ☐ Aide en espèces ☐ Aide alimentaire de base ☐ Garde d'enfants ☐ Aide médicale Dans ce cas, qui ? Énumérez les noms : _____								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 50%;">NOM(S)</th> <th style="width: 50%;">LIEN AVEC MOI</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> <tr><td style="height: 20px;"> </td><td> </td></tr> </tbody> </table>	NOM(S)	LIEN AVEC MOI							
NOM(S)	LIEN AVEC MOI								

4. ☐ Les ressources de mon foyer ont changé. Moi-même ou un membre de mon foyer avons obtenu (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

☐ Un compte bancaire (cochez toutes les cases qui s'appliquent) : ☐ Compte courant ☐ Épargne
☐ Certificats de dépôt ☐ Compte monétaire
 Montant du compte : \$ _____ Date d'ouverture du compte : _____
☐ Un véhicule : Année : _____ Marque : _____ Modèle : _____
 Date d'acquisition : _____
☐ Un remboursement d'impôts : \$ _____ Date de réception : _____
 Montant du crédit d'impôt sur le revenu du travail (Earned Income Tax Credit, EITC) : \$ _____
☐ Une somme forfaitaire (y compris les prestations rétroactives, les règlements ou un héritage) : _____
☐ Autres ressources (énumérez) : _____ Date de réception : _____

5. ☐ Les revenus de mon foyer ont changé. Les revenus comprennent notamment les salaires ou rémunérations provenant d'un emploi ou d'une activité indépendante, les allocations chômage, la sécurité sociale, l'allocation complémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI), les indemnités de travail et d'accidents Labor and Industries, L&I, les pensions alimentaires, les prestations pour anciens combattants (Veterans Affairs, VA), les dons ou les prêts. Cochez toutes les cases qui s'appliquent.

☐ **Revenu ou emploi COMMENCÉ.** Date à laquelle le revenu a commencé : _____
 Qui a commencé à percevoir ce revenu : _____
 Montant brut (avant impôts) : \$ _____ par ☐ heure ☐ mois ☐ Temps plein ☐ Temps partiel
 Type de revenu : _____ Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____
 Date(s) à laquelle la personne perçoit le revenu (par exemple, le 1^{er} et le 15 de chaque mois ou tous les vendredis) : _____

☐ **Revenu ou emploi ARRÊTÉ.** Date à laquelle le revenu a cessé : _____
 Qui a cessé de percevoir ce revenu : _____
 Motif de la cessation du revenu : _____

☐ **Revenu ou emploi AUGMENTÉ.** Date à laquelle le revenu a augmenté : _____
 Qui a commencé à percevoir ce revenu ? : _____
 Montant brut (montant en dollars avant impôts) _____ \$ par ☐ heure ☐ mois
 Type de revenu : _____ Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____
 Si vous travaillez, s'agit-il d'un passage d'un emploi à **temps partiel** à un emploi à **temps plein** ?
☐ Oui ☐ Non

☐ **Revenu ou emploi DIMINUÉ.** Date à laquelle le revenu a diminué : _____
 Qui a commencé à percevoir ce revenu ? : _____
 Montant brut (montant en dollars avant impôts) : \$ _____ par ☐ heure ☐ mois
 Type de revenu : _____ Nom de l'employeur (le cas échéant) : _____

6. ☐ **Autres changements dans mon foyer. Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Les changements non vérifiés dans les déductions qui pourraient entraîner une augmentation des prestations ne seront pas mis à jour avant votre prochain examen, sauf si nous recevons des preuves de ces changements.**

- ☐ Mes frais de garde d'enfants sont passés de : _____ \$/mois à _____ \$/mois.
- ☐ Début de grossesse pour : _____ ;
Date prévue d'accouchement : _____.
- ☐ Fin de grossesse pour : _____ ; Date de fin de la grossesse : _____.
- ☐ Les pensions alimentaires sont passées de : _____ \$/mois à _____ \$/mois.
Qui paie : _____
- ☐ Dépenses médicales passées de : _____ \$/mois à _____ \$/mois.
Qui paie : _____
- ☐ Changement d'état civil pour : _____ ☐ Marié(e) ☐ Divorcé(e) ☐ Séparé(e) ☐ Veuf(ve)
- ☐ Fin de couverture médicale privée pour : _____ ; Date de fin de la couverture : _____
- ☐ Début de couverture médicale privée pour : _____ ;
Date de début de la couverture : _____
Indiquez le nom et le numéro de téléphone de la compagnie d'assurance si la couverture a pris fin ou a commencé :
- ☐ J'ai reçu une aide au titre du programme d'assistance énergétique pour les foyers à faibles revenus (Low Income Home Energy Assistance Act, LIHEAA) au cours des 12 derniers mois.
Montant : _____
- ☐ Gains de loterie ou jeux d'argent de 4 500 \$ ou plus (montant en dollars avant impôts) : \$ _____ ;
Qui : _____ ; Date de réception : _____

AUTRES CHANGEMENTS (DÉCRIRE)

Avertissement – Pénalités liées à l'aide alimentaire

Nous vérifions auprès d'autres organismes que vos informations sont correctes. Toute fausse déclaration peut entraîner la perte d'aide alimentaire.

Tout membre qui enfreint les règles intentionnellement peut être :

- poursuivi en justice en vertu d'autres lois fédérales ou d'État applicables ;
- exclu du programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) pendant un an, voire définitivement ;
- condamné à une amende pouvant aller jusqu'à 250 000 \$;
- emprisonné pour une durée allant jusqu'à 20 ans, ou
- exclu du SNAP pour 18 mois supplémentaires (si décision judiciaire).

Si un tribunal vous juge coupable :

D'avoir reçu des prestations dans le cadre d'une transaction impliquant les éléments suivants

Vous pourriez être :

- | | |
|---|---|
| • La vente de stupéfiants..... | Exclus du programme pour une durée de deux ans minimum, voire définitive. |
| • La vente d'armes à feu, munitions ou explosifs..... | Exclus du programme de manière définitive. |
| • Le trafic de prestations de plus de 500 \$ | Exclus du programme de manière définitive. |
| • Fraude d'identité ou de résidence | Exclus du programme pour une durée de 10 ans. |

Inscription sur les listes électorales

Le Département propose des services d'inscription sur les listes électorales conformément à la Loi nationale sur l'inscription des électeurs (National Voter Registration Act, NVRA) de 1993. **Faire une demande d'inscription ou refuser de s'inscrire ne modifiera pas les services ou le montant des prestations que cette agence peut vous fournir.** Si vous souhaitez de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription électorale, nous vous y aiderons. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire d'inscription électorale en toute confidentialité. Si vous estimez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire, à votre droit à la confidentialité dans le choix de vous inscrire ou non, ou à votre droit de choisir votre parti politique ou toute autre préférence politique, vous pouvez déposer une plainte auprès de : Washington State Elections Office PO Box 40229, Olympia, WA 98504-0229 (1-800-448-4881).

Souhaitez-vous vous inscrire pour voter ou mettre à jour votre inscription électorale ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous ne cochez aucune case, nous considérerons que vous avez décidé de ne pas vous inscrire pour voter pour le moment.

Déclaration et signature

Je déclare sous peine de parjure que les informations que je fournis sont, à ma connaissance, véridiques et complètes. Je comprends que si je fournis des informations fausses, trompeuses ou incomplètes, je m'expose à des sanctions prévues par la loi (RCW 74.08.055 et RCW 74.08.331). Je comprends que les informations que je fournis peuvent être vérifiées et j'accepte de fournir les justificatifs demandés. Si je ne suis pas en mesure de fournir les preuves nécessaires, j'autorise le Département de la santé et des services sociaux (Department of Social and Health Services, DSHS) à contacter d'autres personnes ou organismes pour obtenir ces preuves en mon nom. Ma signature sur ce formulaire signifie que j'ai signalé tous les changements que je dois déclarer.

SIGNATURE	DATE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE
SIGNATURE AUTRE MEMBRE ADULTE DU FOYER OU REPRÉSENTANT	DATE	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE