

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION ☐		☐ REASON CODE ☐ CLOSE		
ELIGIBILITY DETERMINED BY (WORKER):		DATE	ELIGIBILITY APPROVED BY (SUPERVISOR):		DATE	FORM _____ OF _____	SIGNATURE OF PERSON WHO OBTAINED ELIGIBILITY INFORMATION DATE _____		
DATE RECEIVED BY AGENCY		EMPLOYED BY: ☐ SOCIAL SERVICES DISTRICT ☐ PROVIDER AGENCY SPECIFY: _____							

PA AUTHORIZATION PERIOD		MA AUTHORIZATION PERIOD		SNAP AUTHORIZATION PERIOD	
FROM	TO	FROM	TO	FROM	TO

FORMULAIRE DE RECERTIFICATION POUR CERTAINS SERVICES ET ALLOCATIONS DE L'ÉTAT DE NEW YORK

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave et que vous avez besoin de ce formulaire de recertification dans un autre format, vous pouvez en demander un auprès de votre district de services sociaux. Pour de plus amples informations concernant les types de formats disponibles et la manière dont vous pouvez demander un formulaire de recertification dans un autre format, consultez le manuel d'instructions de ce formulaire (PUB-1313 Statewide) disponible à l'adresse www.otda.ny.gov ou <https://www.health.ny.gov/>.

Si vous êtes aveugle ou avez une déficience visuelle grave, souhaitez-vous recevoir les avis écrits dans un autre format ? ☐ Oui ☐ Non

Si oui, veuillez cocher le type de format de votre choix :

☐ Gros caractères ☐ CD de données

☐ CD audio ☐ Braille, si vous déclarez qu'aucun des autres formats ne sera aussi efficace pour vous

Si vous nécessitez d'autres aménagements, veuillez contacter votre district de services sociaux.

Nous nous engageons à vous aider et à vous soutenir de manière professionnelle et respectueuse. Chaque fois que vous voyez « Aide sociale » ou « PA » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Assistance familiale » (Family Assistance) et/ou « Assistance Filet de sécurité » (Safety Net Assistance). Les deux programmes sont appelés « Aide sociale ». **Veillez vous reporter au manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) et aux manuels « Ce que vous devez savoir » 1, 2 et 3 (LDSS-4148A, LDSS-4148B et LDSS-4148C) lorsque vous remplissez ce formulaire de recertification, et contactez votre district de services sociaux si vous avez des questions.**

Lorsque vous voyez « MA » sur le formulaire de recertification, cela signifie « Medicaid » (assistance médicale). Vous pouvez faire une demande de la MA à l'aide de ce formulaire de recertification uniquement si vous demandez également une recertification pour l'Aide sociale ou le Programme d'aide de nutrition supplémentaire en même temps. Si vous souhaitez soumettre une recertification pour la MA uniquement, vous pouvez vous rendre en ligne sur <https://nystateofhealth.ny.gov/> ou appeler le 1 855 355 5777 pour obtenir plus d'informations ou soumettre une demande de recertification. Vous pouvez également utiliser le formulaire de demande imprimé DOH-4220 pour la MA uniquement, que votre agent(e) peut vous remettre, ou encore appeler la ligne d'assistance MA au 1 800 541-2831. Si vous voulez effectuer une demande de recertification seulement pour le Programme d'épargne Medicaid (PSM), vous devez remplir le formulaire DOH-4328, que votre agent peut vous fournir. Si vous avez un besoin immédiat de services de soins personnels, vous devez déposer une demande de la MA séparément en utilisant le formulaire MA DOH-4220.

SECTION 1 COCHEZ <i>CHAQUE</i> PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE FOYER SOUHAITEZ SOUMETTRE UNE RECERTIFICATION										☐ Aide sociale (PA) ☐ Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) ☐ Medicaid (MA) et SNAP ☐ Medicaid (MA) et PA																													
SECTION 2																				SECTION 5 QUELLE OPTION DÉCRIT VOTRE SITUATION ? ☐ Enceinte1 ☐ Victime de violence domestique2 ☐ Besoin d'établir la filiation3 ☐ Besoin des services d'aide à l'enfance4 ☐ Problème de toxicomanie/ d'alcoolisme5 ☐ Coupure du carburant ou des services publics6 ☐ Pas de logement/sans abri7 ☐ Incendie ou autre catastrophe8 ☐ Aucun revenu9 ☐ Problème médical grave10 ☐ Expulsion imminente11 ☐ Pas de nourriture12 ☐ Besoin d'une famille d'accueil13 ☐ Besoin de services de garde d'enfants14 ☐ Problèmes avec l'anglais15 ☐ Aménagements raisonnables16 ☐ Autre _____17																			
QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ? ☐ ANGLAIS ☐ ESPAGNOL ☐ AUTRE (précisez) _____										VOULEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS EN : ☐ ANGLAIS UNIQUEMENT ☐ ANGLAIS ET ESPAGNOL																													
SECTION 3										INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE																				ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE									
PRÉNOM					INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM			NOM					ÉTAT CIVIL			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL														NUMÉRO DE MOBILE ? ☐ OUI ☐ NON									
ADRESSE DU DOMICILE								NUM. APP.		VILLE					COMTÉ				ÉTAT		CODE POSTAL																		
À L'ATTENTION DE (NOM) (À REMPLIR SI VOUS RECEVEZ VOTRE COURRIER AUX SOINS D'UNE AUTRE PERSONNE)																																							
ADRESSE POSTALE (SI DIFFÉRENTE DE L'ADRESSE SUSMENTIONNÉE)								NUM. APP.		VILLE					COMTÉ				ÉTAT		CODE POSTAL																		
DEPUIS COMBIEN DE TEMPS HABITEZ-VOUS À VOTRE ADRESSE ACTUELLE ?		ANS		MOIS		S'AGIT-IL D'UN REFUGE ? ☐ OUI ☐ NON			AUTRE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE OÙ L'ON PEUT VOUS JOINDRE			NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL					ADRESSE ÉLECTRONIQUE (FACULTATIF)																						
ITINÉRAIRES POUR SE RENDRE À L'ADRESSE ACTUELLE																																							
ANCIENNE ADRESSE								NUM. APP.		VILLE					COMTÉ				ÉTAT		CODE POSTAL																		
SI VOUS ETES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ ICI ☐																																							
AGENCE QUI AIDE LE DEMAN DEUR/PERSONNE À CONTACTER															NUMÉRO DE TÉLÉPHONE () INDICATIF RÉGIONAL																								
LA PARTIE MEDICAID DE CE FORMULAIRE DE RECERTIFICATION ET LA RÉCEPTION ÉVENTUELLE D'UNE COUVERTURE MEDICAID DOIVENT-ELLES RESTER CONFIDENTIELLES ? ☐ OUI ☐ NON																																							
INDIQUEZ LES CHANGEMENTS SURVENUS DEPUIS VOTRE DEMANDE OU VOTRE DERNIÈRE RECERTIFICATION (par exemple, déménagement, naissance d'un enfant, revenus, etc.) _____																																							
SECTION 4 – Si vous déposez une nouvelle demande d'allocations SNAP : Vous pouvez déposer un formulaire de recertification le jour où vous le recevez. Pour pouvoir déposer un formulaire de recertification SNAP, il doit comporter, au minimum, votre nom, votre adresse (si vous en avez une) et votre signature ci-dessous. Vous devez suivre la procédure de recertification, notamment signer la dernière page du formulaire et passer un entretien. Si vous êtes admissible, vous recevrez des allocations SNAP à la date à laquelle vous avez déposé votre demande de recertification. Vous devez être informé(e), dans un délai de 30 jours à compter de la date à laquelle vous avez remis (déposé) votre demande de recertification pour les allocations SNAP, si votre recertification est approuvée ou refusée. Si votre foyer a peu ou pas de revenus ou de liquidités, ou si vos dépenses de loyer et de services publics sont supérieures à vos revenus et à vos liquidités, vous pouvez avoir droit à des allocations SNAP dans les cinq jours civils suivant la date de dépôt de votre demande. Si vous êtes résident(e) d'une institution et que vous faites une nouvelle demande de revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI) et d'allocations SNAP avant de quitter l'institution, la date de dépôt de la recertification est la date à laquelle vous quittez l'institution.																																							
SIGNATURE DU/DE LA BÉNÉFICIAIRE/REPRÉSENTANT(E) SNAP										DATE DE SIGNATURE																													
x																																							

SECTION 6 – INFORMATIONS SUR LE FOYER – Indiquez toutes les personnes qui *vivent* avec vous, même si elles ne soumettent pas de recertification avec vous.
Indiquez votre nom sur la première ligne.

Cette personne (y compris les enfants mineurs) achète-t-elle de la nourriture ou prépare-t-elle des repas avec vous ?

Plus haut niveau scolaire atteint

RI

LN

Prénom, initiale du deuxième prénom, nom

Cette personne soumet une recertification pour :

PA

SNAP

MA

Date de naissance : (jj/mm/aaaa)

Sexe : (M/F/X)

Identification sexuelle (facultatif) : (Homme, femme, non-binaire, X, transgenre, identité différente (veuillez décrire))

Lien de parenté avec vous :

Numéro de sécurité sociale des membres du foyer qui soumettent une recertification (Consultez le manuel d'instructions, PUB-1313 Statewide, ou parlez à votre district de services sociaux)

OUI

NON

01

02

03

04

05

06

07

08

VEUILLEZ INDiquer LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES SOUS LESQUELS VOUS OU UNE PERSONNE DE VOTRE FOYER AVEZ PU ÊTRE CONNUS

N° de ligne

ONC

PRÉNOM

INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM

NOM

N° de ligne

ONC

PRÉNOM

INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM

NOM DE FAMILLE

SECTION 7

QUELQU'UN A-T-IL EMMÉNAGÉ DANS VOTRE FOYER AU COURS DE L'ANNÉE DERNIÈRE ? ☐ OUI ☐ NON SI OUI, INDIQUEZ-LE CI-DESSOUS.

CETTE PERSONNE A-T-ELLE DÉJÀ VÉCU DANS L'ÉTAT DE NEW YORK AVANT AUJOURD'HUI ?

QUELQU'UN A-T-IL QUITTÉ VOTRE FOYER AU COURS DE L'ANNÉE DERNIÈRE ? ☐ OUI ☐ NON SI OUI, INDIQUEZ-LE CI-DESSOUS.

NOM

☐ OUI ☐ NON

NOM

QUAND ?

NOM

☐ OUI ☐ NON

NOM

QUAND ?

IS ANYONE SANCTIONED? ☐ YES ☐ NO

IF YES, WHO

REASON

END DATE

NON-APPLICANT INFORMATION

LN

FIRST NAME

LAST NAME

LEGALLY RESPONSIBLE

YES

NO

FOR WHOM?

CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME

CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD

NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION

INDIVIDUAL EDUCATION

CONSIDER

LN

NON-CITIZEN STATUS

STATUS ADJUSTED

YES

NO

DATE OF ENTRY/STATUS

MONT H

DAY

YEAR

APPLIED FOR CITIZENSHIP

YES

NO

SPONSORED

YES

NO

LN

DEGREE RECEIVED

LN

DEGREE RECEIVED

✓

RCA/RMA REFERRAL

01

05

02

06

03

07

04

08

LN	SECTION 8 – RACE/ETHNICITÉ – Fournir cette information est volontaire. Cela n'affectera pas l'admissibilité des personnes qui soumettent une recertification, ni le niveau des allocations reçues. Nous demandons ces informations pour nous assurer que les allocations sont distribuées sans égard à la race, la couleur ou l'origine nationale.						
	H	HISPANIQUE OU LATINO-AMÉRICAIN					
	I	AMÉRINDIEN(NE) OU AUTOCHTONE D'ALASKA					
	A	ASIATIQUE					
	B	NOIR(E) OU AFRO-AMÉRICAIN(E)					
P	AUTOCHTONE D'HAWAÏ OU D'AUTRES ÎLES DU PACIFIQUE						
W	BLANC(HE)						
U	INCONNU (MA UNIQUEMENT)						
↓	POUR CHAQUE PERSONNE DE LA SECTION 6, VEUILLEZ INSCRIRE Y (OUI) SI HISPANIQUE OU LATINO.						
	POUR CHAQUE PERSONNE DE LA SECTION 6, VEUILLEZ INSCRIRE Y (OUI) SI APPLICABLE POUR LA RACE. VOUS POUVEZ SÉLECTIONNER PLUS D'UNE RACE.						
	H	I	A	B	P	W	U
01							
02							
03							
04							
05							
06							
07							
08							

ANTICIPATED FUTURE ACTION				CASE TYPE	RELATED CASE NUMBERS	CONSIDER	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
LINE NO.	CODE	DATE				✓ Relationship ✓ Filing Unit ✓ Legally Responsible Relative ✓ Single Economic Unit ✓ SNAP Household Composition ✓ SNAP Aged/Disabled Individual ✓ Photo ID ✓ AFIS (PA Only) ✓ CBIC/PIN ✓ RFI/OCA ✓ Health Insurance ✓ Child Support Pass-Through			
								Photo ID	
								Birth Verification	
								Marriage License	
								Social Security Card	
								Code 9 Resolution	
								Immigration Status	
								Multi-Suffix/Co-op Case Notice (Single Economic Unit Questionnaire)	
NEEDED		REFERRALS			COMPLETED				
		Legal							
		Services							
		SSA							
		NYSoH							
		Chronic Care/SSI-Related							
		MA-Only							
		Medicare Savings Program							

Veillez lire attentivement l'intégralité de cette page avant de la remplir. Si vous avez des questions, consultez le manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) ou parlez à votre district de services sociaux.																	
SECTION 9 – CITOYEN(NE)/NON-CITOYEN(NE) AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT										SECTION 10 – CERTIFICATION							
ÉNUMÉREZ TOUTES LES PERSONNES QUI SOUMETTENT UNE RECERTIFICATION OU QUI SONT TENUES DE LE FAIRE.										Pour certains programmes de services sociaux, vous devez certifier que vous êtes un(e) citoyen(ne) américain(e), un(e) Amérindien(ne) ou un(e) ressortissant(e) des États-Unis, ou encore une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant. Ce n'est pas le cas pour d'autres programmes. Vous DEVEZ signer la certification ci-dessous uniquement si vous êtes un(e) citoyen(ne) américain(e), un(e) Amérindien(ne) ou un(e) ressortissant(e) des États-Unis, ou encore une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant, et si vous soumettez une recertification pour : - Une aide sociale, ou - le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ou ; - Medicaid Un membre adulte du ménage ou un(e) représentant(e) autorisé(e) peut signer pour tous les membres du foyer. <u>Exemple</u> : Un parent n'ayant pas un statut de personne non-citoyenne satisfaisant peut signer pour son enfant ayant un statut de personne non citoyenne satisfaisant.							
										NEEDED		REFERRALS Systematic Alien Verification for Entitlements (SAVE)			COMPLETED		
Une recertification pour l'allocation SNAP doit énumérer toutes les personnes vivant dans le foyer admissible au programme SNAP. Une recertification pour la PA doit énumérer tous les enfants pour lesquels vous soumettez une recertification, leurs frères et sœurs, et tous les parents de ces enfants qui vivent ensemble. Si vous ne vérifiez pas si une personne énumérée est un citoyen américain, un ressortissant des États-Unis ou une personne non-citoyenne avec un statut d'immigration satisfaisant, ou si vous ne fournissez pas un numéro du Service de Citoyenneté et Immigration des États-Unis (U.S. Citizenship and Immigration Services, USCIS) (numéro d'immatriculation étranger) ou un numéro de non-citoyen (le cas échéant), cette personne ne recevra pas d'assistance et les autres membres du foyer recevront des allocations réduites. Si vous êtes Amérindien(ne), cochez Citoyen(ne)/Ressortissant(e) des États-Unis.										SIGNER* ET DATER LE CHAMP CI-DESSOUS POUR CHAQUE DEMANDEUR. Dans le cas d'une recertification pour une personne non citoyenne ayant un statut d'immigration satisfaisant, cochez les programmes pour lesquels chaque personne non-citoyen(ne) a un statut d'immigration satisfaisant. (Consultez le manuel d'instructions, Pub-1313 Statewide.)							
LN	PRÉNOM	INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM	Cochez soit « CITOYEN / NATIONAL », soit « NON CITOYEN » pour chaque personne.	NUMÉRO USCIS (NUMÉRO D'IMMIGRATION ET DE CITOYENNETÉ AMÉRICAINS) OU NUMÉRO DE NON-CITOYEN (le cas échéant)						CERTIFICATION	DATE	PA	S N A P	MA		
01				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
02				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
03				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
04				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
05				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
06				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
07				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
08				☐ CITOYEN/ NATIONAL ☐ NON-CITOYEN(NE)	A									Signature X			
En cochant une case ci-dessus et en signant le formulaire de certification de la Section 10, je certifie par la présente, sous peine de parjure, que je suis, de même que les personnes pour lesquelles je signe, citoyen(ne) américain(e), Amérindien(ne) ou ressortissant(e) des États-Unis, ou non citoyen(ne) ayant un statut d'immigration satisfaisant. Je comprends que la signature de la certification ci-dessus peut entraîner la transmission d'informations sur les membres de mon foyer qui soumettent une recertification aux Services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis à des fins de vérification du statut de non-citoyens, le cas échéant. L'utilisation ou la divulgation des informations ci-dessus est limitée aux personnes et aux organisations directement liées à la vérification du statut de citoyenneté, et à l'administration ou à l'application des dispositions de l'Aide sociale, du Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire et de Medicaid.																	
* Une personne qui souhaite signer le formulaire de recertification mais ne sait pas écrire peut inscrire un « X » sur la ligne devant un témoin. Le témoin doit signer ci-dessous.																	
J'ai été témoin des marques faites dans les lignes suivantes : _____ Signature du témoin : _____ Date de signature : _____																	

SECTION 11 – INFORMATIONS CONCERNANT L'ORIENTATION VERS L'UNITÉ DE RECOUVREMENT DES PENSIONS ALIMENTAIRES (CHILD SUPPORT ENFORCEMENT UNIT)

Si vous soumettez une recertification pour Medicaid en plus de l'Aide sociale ou du Programme d'aide de nutrition supplémentaire, vous devrez peut-être nous aider à obtenir une aide médicale pour vous et vos enfants pour qui l'admissibilité est renouvelée. Répondez aux questions suivantes pour déterminer si vous devez remplir cette section. Veuillez vous inclure, le cas échéant :

1. Est-ce que vous soumettez une recertification pour une personne âgée de moins de 21 ans née de parents non mariés et/ou pour laquelle la filiation légale n'a pas été établie ? ☐ Oui ☐ Non
2. Est-ce que vous soumettez une recertification pour une personne de moins de 21 ans dont le parent est absent (parent non gardien) ?
☐ Oui ☐ Non

Vous ne devez pas remplir cette section si vous avez répondu « Non » à ces deux questions. Passez à la section suivante.

Vous devez remplir cette section si vous avez répondu « Oui » à l'une ou l'autre de ces questions ou aux deux. Indiquez les noms de toutes les personnes âgées de moins de 21 ans pour lesquelles vous soumettez une recertification et toutes les informations dont vous disposez actuellement sur le(s) parent(s) qui n'a (n'ont) pas la garde de ces personnes, qui est (sont) présumé(s) être le(s) parent(s).

3. Êtes-vous âgé(e) de moins de 21 ans ? ☐ Oui ☐ Non

Si vous avez répondu « Oui » à cette question, veuillez fournir les informations suivantes concernant les parents qui n'ont pas la garde de l'enfant, les parents présumés ou les parents pressentis :

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Acknowledgment of Parentage or Paternity	
	Child Support Order	
	Good Cause Form (LDSS-4279)	
	IV-D Attestation (LDSS-4281)	
	Death Certificate	
	Divorce Decree	
	VA Benefits	
	Order of Filiation/Paternity/Parentage	
	Birth Certificate	
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	CTHP	
	CAP	
	Referral for Child Support Services (LDSS-5145)	
	Parentage/Paternity	
CONSIDER		
✓ Health Insurance of Non-custodial Parent/Absent Spouse	✓ Child Health Plus	
	✓ TASA	
✓ Petition to Family Court	✓ SSI/SSA	

NOM DE LA PERSONNE DE MOINS DE 21 ANS	NOM ET ADRESSE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESENTI	DATE DE NAISSANCE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESENTI			NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESENTI
		MOIS	JOUR	ANNÉE	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					

SECTION 12 – DÉCLARATION DE REVENUS / STATUT DE PERSONNE À CHARGE – Veuillez sélectionner le statut fiscal de chaque personne vivant dans le foyer.										
			STATUT FISCAL							
PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM	CÉLIBATAIRE	MARIÉ(E) AVEC UNE DÉCLARATION COMMUNE	MARIÉ(E) AVEC UNE DÉCLARATION INDIVIDUELLE	CHEF DE FAMILLE (AVEC PERSONNE ADMISSIBLE)	VEUF (VEUVE) ADMISSIBLE AVEC ENFANT À CHARGE	PERSONNE À CHARGE QUI REMPLEIRA UNE DÉCLARATION DE REVENUS	PAS DE DÉCLARATION DE REVENUS REMPLIE	
Personnes à charge sur le plan fiscal ne vivant pas dans le foyer. Veuillez énumérer toutes les personnes à charge sur le plan fiscal qui ne vivent pas avec vous et qui sont alignées par vous ou par une personne de votre ménage. Si vous ne remplissez pas de déclaration fiscale, vous pouvez ignorer cette question.										
NOM DE LA PERSONNE À CHARGE SUR LE PLAN FISCAL					NOM DU/DE LA CONTRIBUABLE					
PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM	PRÉNOM	INITIALE DU SECOND PRÉNOM	NOM DE FAMILLE					
SECTION 13 – INFORMATIONS SUR LE CONJOINT ABSENT/DÉCÉDÉ – Si le conjoint de toute personne qui soumet une recertification vit ailleurs ou est décédé, veuillez l'indiquer ci-dessous.										
NOM DE LA PERSONNE QUI SOUMET UNE RECERTIFICATION		NOM DU CONJOINT		DATE DE NAISSANCE DU CONJOINT	DATE DE DÉCÈS DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT	NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU CONJOINT				
ADRESSE DU CONJOINT, LE CAS ÉCHÉANT				VILLE	COMTÉ	ÉTAT	CODE POSTAL			
SECTION 14 – INFORMATIONS SUR LES ENFANTS ABSENTS – Si toute personne qui soumet une recertification a un enfant de moins de 21 ans qui vit ailleurs, veuillez l'indiquer ci-dessous.										
NOM DE LA PERSONNE QUI SOUMET UNE RECERTIFICATION	NOM DE L'ENFANT ABSENT	DATE DE NAISSANCE	ADRESSE DE L'ENFANT (RUE, VILLE, COMTÉ, ÉTAT ET CODE POSTAL)	LA FILIATION LÉGALE EST-ELLE ÉTABLIE ?		PAYEZ-VOUS UNE PENSION ALIMENTAIRE ?				
				Oui	Non	Oui	Non			
SECTION 15 – INFORMATION SUR LES PARENTS ADOLESCENTS					TEEN PARENT			TEEN PARENT CHILDREN		
Y a-t-il un parent âgé de moins de 18 ans (« parent adolescent ») dans le foyer ? ☐ Oui ☐ Non Nom _____					LN NO. _____ Marital Status _____ High School Diploma/High School Equivalent? _____ LN NO. _____ Marital Status _____ High School Diploma/High School Equivalent? _____			LN NO. _____ LN NO. _____		
L'enfant du parent adolescent vit-il dans le ménage ? ☐ Oui ☐ Non Nom de l'enfant du parent adolescent _____										

SECTION 16 – INFORMATIONS SUR LES REVENUS :										
Indiquez si vous ou une personne vivant avec vous recevez de l'argent de :	OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	INCOME			
							LN No.	SOURCE CODE	AMOUNT	PERIOD
Prestations d'assurance chômage 1										
Allocations du Revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) (total des allocations étatiques et fédérales) 2										
Prestations d'invalidité de la Sécurité sociale (Social Security Disability, SSD) 3										
Pension pour personne à charge de la Sécurité sociale 4										
Prestations de sécurité sociale destinées aux survivants 5										
Allocations de retraite de la Sécurité sociale 6										
Allocations de retraite des chemins de fer 7										
Allocations de retraite (pension) 8										
Dividendes/intérêts de titres, bons du Trésor, épargne, etc. 9										
Indemnités pour accident du travail 10										
Prestations d'invalidité de l'État de New York 11										
Pensions/allocations/aide et subvention d'ancien combattant 12										
Allocation d'Aide sociale 13										
Allocations pour personne à charge GI 14										
Subventions ou prêts étudiants 15										
Contributions/cadeaux (reçus) 16										
Paiements de soutien aux familles d'accueil (reçus) 17										
Paiements de pension alimentaire (perçus)							CONSIDER ☒ Child Support Disregard/Pass-Through ☐ Explained ☐ Budgeted ☒ SNAP Aged/Disabled Indicator ☒ Disability Review ☒ Reception and Placement Grant (SNAP Only) ☒ Refugee Matching Grant ☒ Change in Income from Last Budget			
Perçus de : 18										
Pension alimentaire pour conjoint(e) (perçue) 19										
Revenus d'une assurance maladie-invalidité privée/police d'assurance pour accidents 20										
Prestations d'assurance sans égard à la responsabilité 21										
Indemnités syndicales (dont indemnités de grève) 22										
Prêts, autres que pour l'éducation (perçus) 23										
Revenu d'un fonds fiduciaire (y compris les revenus que vous êtes actuellement en droit de recevoir, ou que vous étiez en droit de recevoir dans le passé, et qui n'ont pas été distribués) 24										
Allocations/subsides de formation 25										
Revenu locatif (perçu) 26										
Revenu des pensionnaires/locataires (perçus) 27										
Autres revenus (Veuillez préciser)										

Si vous effectuez une demande de recertification pour Medicaid, veuillez compléter la section suivante : Déductions : Certains types de budgétisations Medicaid permettent aux demandeurs/bénéficiaires de réduire leurs revenus imposables grâce aux déductions qu'ils effectuent sur leurs impôts fédéraux. Il s'agit de dépenses spécifiques que l'Internal Revenue Service (IRS) autorise les gens à déduire pour réduire leurs revenus imposables. N'inscrivez les déductions ici que si vous comptez les revendiquer dans la déclaration d'impôt de l'année en cours.		OUI	NON	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	QUI	MONTANT/VALEUR ET FRÉQUENCE	
Frais d'éducateur	1							
Déduction pour compte individuel d'épargne retraite (IRA)	2							
Déduction des intérêts de prêt étudiant	3							
Droits et frais de scolarité	4							
Certains frais professionnels (réservistes, artistes, fonctionnaires avec honoraires)	5							
Déduction pour compte d'épargne santé	6							
Frais de déménagement liés à l'emploi	7							
Partie déductible de l'impôt sur le travail indépendant (self-employment, S/E)	8							
Plans pour le travail indépendant, SIMPLE et admissibles	9							
Déduction pour l'assurance maladie de travailleur indépendant	10							
Pénalité pour retrait anticipé de l'épargne	11							
Pension alimentaire versée	12							
Déduction pour activités de production nationale	13							
Ajustements supplémentaires ajoutés à la ligne 36 (formulaire IRS 1040 uniquement)	14							
Déduction pour compte d'épargne médicale (MSA) Archer	15							
Autre ajustement (veuillez préciser)								
SECTION 17 – INFORMATIONS SUR LE PARRAINAGE DE BEAUX-PARENTS/NON-CITOYENS AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT								
Répondez à toutes les questions énumérées ci-dessous.								
Le beau-parent des enfants qui vivent avec vous dispose-t-il de ressources ou perçoit-il des revenus de quelque nature que ce soit ?	OUI	NON	QUI ?					
Une personne de votre foyer est-elle une personne non citoyenne avec un statut d'immigration satisfaisant ayant été parrainée pour être admise aux États-Unis ?								
NOM DU PARRAIN :			N° DE TÉLÉPHONE :					
ADRESSE :								

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	UIB	

SECTION 18 – INFORMATIONS SUR L'EMPLOI

Je suis actuellement :
☐ employé(e)
☐ indépendant
☐ sans emploi

Revenu brut en USD
(incluez les salaires, le traitement, la rémunération des heures supplémentaires, les commissions et les pourboires)

Rémunération :
☐ Hebdomadaire
☐ Bihebdomadaire
☐ Mensuelle

Jour de la semaine où la rémunération est perçue :

Nom et adresse de l'employeur :

N° de téléphone

Est-ce qu'une autre personne vivant avec vous est actuellement :
☐ employé(e)
☐ à son compte

Qui :
Revenus bruts \$
Nombre d'heures travaillées par mois

Rémunération :
☐ Hebdomadaire
☐ Bihebdomadaire
☐ Mensuelle

Jour de la semaine où la rémunération est perçue :
Nom et adresse de l'employeur :

N° de téléphone

Votre employeur offre-t-il une assurance maladie ?
☐ Oui
☐ Non

Une personne qui vit avec vous a-t-elle une assurance maladie auprès d'un employeur ?
☐ Oui
☐ Non

Qui :
Nom de la compagnie d'assurance :

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez des frais de garde d'enfants ou de personnes à charge en raison de votre emploi ?
☐ Oui
☐ Non

Qui :

Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez d'autres frais liés à votre emploi ?
☐ Oui
☐ Non

Qui :

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	CINTRAK/RFI/IRCS	
	1099	
	Employment Verification	
	Income Tax Return	
	Self-Employment Worksheet	
	Wage Stubs	
	Work Registration Form	
	Dependent/Child Care Form/Statement	
	Approval of Informal Child Care Provider	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	CAP		✓ Limited English Proficiency
	Disability		✓ Earned Income Tax Credit (see PUB-4786)
	Employment		✓ Explaining Periodic Reporting Requirements
	TPHI/COBRA		✓ Net Loss of Cash Income
	UIB		✓ P.A.S.S. Income Amount and Sources
	Workers' Compensation		✓ Employment Sanctions
	Drug/Alcohol		✓ Temporary Employment
	Domestic Violence		✓ Disability Review
	Refugee Cash Assistance		✓ Individual Development Account (IDA)
			✓ Voluntary Quit

Si vous ou toute personne vivant avec vous êtes sans emploi, à quand remonte la dernière fois où vous ou cette personne avez travaillé ?		
Qui : _____	Quand : _____	
Où : _____		6
Pourquoi avez-vous (ou cette personne a-t-elle) arrêté de travailler ? _____		
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez déposé une demande de chômage ? ☐ Oui ☐ Non		
Si oui, qui ? _____	Quand : _____	
Statut de la demande : ☐ Approuvée ☐ Refusée ☐ En attente		
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez participé à une grève ? ☐ Oui ☐ Non		
Qui : _____		7
Date de début de la grève : _____		
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous êtes migrant(e) ou travailleur(-euse) saisonnier(-ère) dans une ferme ? ☐ Oui ☐ Non		
Qui : _____		8
Est-ce que vous ou tout autre adulte vivant avec vous avez des problèmes médicaux qui limitent votre capacité de travailler ou le type de travail que vous pouvez effectuer ? ☐ Oui ☐ Non		
Qui : _____		
Description des limitations : _____		
		9
Pourriez-vous accepter un emploi aujourd'hui ? ☐ Oui ☐ Non		
Si non, pourquoi ? _____		10
Quel genre de travail souhaiteriez-vous effectuer ? _____		
		11

[illegible]

SECTION 19 – ÉDUCATION/FORMATION																						
Quel est le plus haut niveau d'études que vous avez terminé ? ☐ Études secondaires sans diplôme Le cas échéant, quelle est la dernière année scolaire que vous avez achevée ? _____ ☐ Plan d'éducation individualisé (Individualized Education Plan, IEP) ☐ Diplôme d'études secondaires, diplôme d'équivalence d'études secondaires (General Equivalency Diploma, GED) ou test d'évaluation de fin d'études secondaires (Test Assessing Secondary Completion, TASC™) ☐ Diplôme d'associé (diplôme universitaire de deux ans) 1 ☐ Licence (diplôme universitaire de quatre ans) ou diplôme supérieur	<table><thead><tr><th>REQUESTED</th><th>DOCUMENTATION</th><th>IN FILE</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>School Attendance Verification (LDSS-3708)</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Educational Grant Worksheet</td><td></td></tr><tr><td></td><td>Child Care Statement</td><td></td></tr></tbody></table>	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE		School Attendance Verification (LDSS-3708)			Educational Grant Worksheet			Child Care Statement										
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE																				
	School Attendance Verification (LDSS-3708)																					
	Educational Grant Worksheet																					
	Child Care Statement																					
Une personne de votre ménage a-t-elle un diplôme d'études secondaires (GED), un diplôme d'équivalence d'études secondaires, un test d'évaluation de fin d'études secondaires (TASC™) ou un niveau d'éducation supérieur ? ☐ Oui ☐ Non Si oui, qui : _____ Diplôme obtenu : _____ 2 Date d'obtention : _____	<table><thead><tr><th>NEEDED</th><th>REFERRALS</th><th>COMPLETED</th></tr></thead><tbody><tr><td></td><td>Supportive Services</td><td></td></tr><tr><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	NEEDED	REFERRALS	COMPLETED		Supportive Services																
NEEDED	REFERRALS	COMPLETED																				
	Supportive Services																					
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification ou recevant actuellement une aide :																						
Suit ou a suivi un programme de formation au cours des 12 derniers mois ? ☐ Oui ☐ Non Qui _____ Où _____ 3 Programme _____ Dates de participation _____ Dates d'achèvement _____	<table><thead><tr><th>CONSIDER</th><th>YES</th><th>NO</th></tr></thead><tbody><tr><td>Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Is anyone in training?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Are any other supportive services appropriate?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>Are there any training related expenses?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr></tbody></table>	CONSIDER	YES	NO	Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐	Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐	Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐	Is anyone in training?	☐	☐	Are any other supportive services appropriate?	☐	☐	Are there any training related expenses?	☐	☐
CONSIDER	YES	NO																				
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	☐	☐																				
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	☐	☐																				
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	☐	☐																				
Is anyone in training?	☐	☐																				
Are any other supportive services appropriate?	☐	☐																				
Are there any training related expenses?	☐	☐																				
Est âgé(e) de 16 ans ou plus et fréquente une école ou une université ? ☐ Oui ☐ Non Qui _____ 4 Où _____																						
Bénéficie d'une allocation de formation ? ☐ Oui ☐ Non 5 Qui _____ Montant _____ \$																						
Reçoit des indemnités pour frais d'études ou prêts d'étudiant ? ☐ Oui ☐ Non 6 Qui _____ Montant _____ \$																						
Est âgé(e) de moins de 16 ans et fréquente une école ? ☐ Oui ☐ Non 7 Qui _____ École _____ Qui _____ École _____	Qui _____ École _____ Qui _____ École _____																					

SECTION 20 – INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES									
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :				OUI	NON	QUI	SI OUI, MONTANT/VALEUR	QUI	SI OUI, MONTANT/VALEUR
Avez de l'argent en espèces disponible				1			\$		\$
Avez un ou plusieurs comptes courants				2					
Avez un ou plusieurs comptes d'épargne ou certificats de dépôt				3					
Avez un ou plusieurs comptes de caisse d'épargne				4					
Avez une assurance vie				5					
Avez un titre ou une immatriculation pour un ou plusieurs véhicules à moteur ou autres : Année _____ Marque/Modèle _____ Année _____ Marque/Modèle _____ Autre _____				6					
Avez des titres, bons du Trésor, certificats ou fonds communs				7					
Avez des obligations d'épargne				8					
Avez un compte IRA, Keogh, 401(k) ou un compte de rémunération différée				9					
Avez un fonds d'obsèques irrévocable				10					
Avez un fonds d'obsèques				11					
Avez une concession funéraire				12					
Avez votre propre maison				13					
A des biens immobiliers, y compris des biens à revenus et biens non générateurs de revenus				14					
Êtes admissible à un remboursement d'impôts sur le revenu				15					
Avez une rente annuelle				16					
Êtes bénéficiaire d'une fiducie				17					
Êtes en attente de la réception de fonds en fiducie, du règlement d'une action en justice, d'un héritage ou de revenus provenant d'autres sources				18					
Avez un ou plusieurs comptes en fidéicommis				19					
Avez un ou plusieurs coffres de banque				20					
Avez des ressources autres que celles énumérées ci-dessus				21					
Une personne (y compris votre conjoint[e], même s'il/si elle ne soumet pas de recertification ou ne vit pas avec vous) a-t-elle donné de l'argent ou vendu/transféré un bien immobilier ou un bien personnel au cours des 36 derniers mois ?				22					
Une personne de votre foyer (y compris votre conjoint[e], même s'il/si elle ne soumet pas de recertification ou ne vit pas avec vous) a-t-elle déjà créé un fonds en fiducie ou transféré des actifs vers un fonds en fiducie au cours des 60 derniers mois ? Si oui, quand ? _____				23					
VEHICLE INFORMATION									
YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
				\$	\$	YES*	NO		
				\$	\$				
*IF EXEMPT, WHY?									

NEEDED	REFERRAL	COMPLETED
	Legal	
	Resource	

LIFE INSURANCE	
FACE AMOUNT	CASH VALUE

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Resource Checklist	
	Market Value	
	DMV Clearance	
	Bank Statement	
	Assignment of Proceeds	
	Car/Vehicle Title	
	Car/Vehicle Registration (Older Models)	
	Bank Clearance	
	RFI/OCA	
	1099	

CONSIDER
✓ Children's Resources
✓ Lump Sum
✓ Boats, Campers, Snowmobiles
✓ Individual Development Account (IDA)
✓ Exempt Vehicles
✓ EIC
✓ Change in Resources from Last Budget

SECTION 21 – INFORMATIONS MÉDICALES					REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	SI OUI, QUI			Pregnancy Statement		
Avez des factures médicales ou des dépenses médicales 1						Med/Psych Statement		
Bénéficie de Medicaid avec une dépense réduite 2						Drug/Alcohol Screening (LDSS-4571)		
Avez une assurance maladie ou hospitalisation/accident (y compris une assurance d'un employeur) 3				N° DE LA POLICE : MONTANT : FRÉQUENCE DU VERSEMENT :		Drug/Alcohol Statement		
Avez une assurance maladie par le biais d'un employeur 4				NOM DE LA COMPAGNIE D'ASSURANCE :		Paid or Unpaid Medical Bills		
Avez Medicare (carte rouge, blanche et bleue) 5				QUI EST COUVERT :		SSI Application Verification (PA ONLY)		
Avez un(e) préposé(e) aux soins/aide en hygiène familiale 6				DATE D'ENTRÉE EN VIGUEUR :		CONSIDER		
Êtes aveugle, malade ou handicapé(e) 7				Is the answer to question 7 in this section consistent with Section 18 asking if the applicant or any other adult who lives in the household have any medical conditions that limit their ability to work or the type of work that they can perform?		✓ AD/SSI Related		
Est un enfant présentant une déficience intellectuelle 8						✓ SNAP Aged/Disabled Indicator		
Êtes dans un hôpital, un établissement de soins infirmiers ou une autre institution médicale 9						✓ SNAP Medical Deduction		
Avez des factures médicales payées ou impayées dans les trois mois précédant le mois de cette recertification 10						✓ TPHI Reimbursement		
Êtes ou avez été toxicomane ou alcoolique 11						✓ Buy-In Eligibility		
Avez besoin de soins à domicile/soins personnels 12						✓ Kreiger (LDSS-3664)		
Bénéficiez du revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI) ou avez déjà fait une demande de SSI 13						✓ Domestic Violence		
Êtes enceinte Si vous êtes enceinte, indiquez la date d'accouchement : _____ 14 Nombre de naissances prévues : _____						✓ SSI Referral		
Recevez un traitement dans le cadre d'un programme de traitement / de la toxicomanie ou de l'alcoolisme 15						✓ Earned Income Credit		
N'avez pas été en mesure de travailler pendant au moins 12 mois en raison d'un handicap ou d'une maladie 16						✓ Change in Resources		
Avez une activité quotidienne limitée en raison d'un handicap ou d'une maladie qui a duré ou va durer au moins 12 mois 17						NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
Avez été impliqué(e) dans un accident de voiture ou du travail au cours de deux dernières années 18							SSI (D-CAP)	
Avez reçu l'aide d'une agence gouvernementale (programme public) autre que Medicaid ou Medicare pour payer une partie de vos factures médicales Si oui, nom de l'agence _____ 19							Disability Interview (LDSS-1151)	
La facturation d'une autre assurance maladie portera-t-elle atteinte à votre santé physique ou émotionnelle ou à votre sécurité, ou interférera-t-elle avec le respect de votre vie privée et la confidentialité de votre demande ou la réception des prestations Medicaid ? 20							Medical Report (LDSS-486, 486t)	
							Disability Report	
							AD	
							TPHI	
							ACCES-VR	
							CTHP	
							Family Planning	
							SSA (RSDI)	
							Veteran's Benefits	
							Veteran's Counseling	
							Child Health Plus	
							COBRA Eligibility	
							Nurse's Aide Service	
							Home Care	
							NYSoh	
							MA-Only (DOH-4220)	
							SSI-Related/Chronic Care (DOH-4220 with Supplement A)	
							LDSS-4526 or local equivalent	

RETROACTIVE MEDICAID	WHO	DATE	RECURRING MEDICAL EXPENSES	WHO	AMOUNT \$		

MEDICAL BILLS: ☐ YES ☐ NO **TPHI:** ☐ YES ☐ NO

CHOIX DU PLAN DE SANTÉ

La plupart des personnes inscrites à Medicaid sont tenues de s'inscrire à un plan de soins de santé géré, sauf si elles font partie d'une catégorie exempte. Utilisez cette section pour choisir un plan de santé. Si vous ne savez pas quels régimes de soins sont disponibles, demandez à votre employé(e) ou appelez le 1-800-505-5678.

Nom du régime auquel vous vous inscrivez	Nom	Prénom	Date de naissance jj/mm/aa	Sexe M/F/X	Numéro d'identification (de la carte Medicaid si vous en avez une)	Numéro de sécurité sociale #	Prestataire de soins primaires (Primary Care Provider, PCP) ou centre de santé (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)	Nom et numéro d'identification du gynécologue-obstétricien (cochez la case s'il s'agit du prestataire actuel)
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐
							☐	☐

SECTION 22 – LOGEMENT				SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST	REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
QUEL EST LE NOM DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? _____				A. Room and Board				Landlord Statement	
QUELLE EST L'ADRESSE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? _____ _____ _____				B. Rent				Rent Receipt	
QUEL EST LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ? () _____				C. Trailer Lot Rent				Tenant of Record	
				D. Mortgage Payment				Customer of Record	
				1.	Principal			Voluntary Restrict	
				2.	Interest			Mandatory Restrict	
				3.	Property Tax (including School Tax)			Subsidized Housing	
				4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)			Mortgage/Title Search	
				5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)			Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
				6.	Assessments (Sewer, etc.)			Property Lien	
				E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)				Shelter/Utility Repayment Agreement	
				TOTAL (Lines A - E)			CONSIDER ☒ Utility and/or Fuel Restrict ☒ Utility Guarantee ☒ HEAP ☒ Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount ☒ Foster Care-Related Additional Allowances ☒ SNAP Household Composition Rules ☒ SNAP Aged/Disabled Indicator ☒ Real Property Tax Credit ☒ AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance ☒ Property Lien ☒ If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household		
Avez-vous ou quiconque vivant avec vous un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement ?				OUI	NON				
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous avez une facture de chauffage distincte de votre loyer ou des autres frais de logement ?						\$			

SECTION 22 – LOGEMENT (SUITE)										
Avez-vous ou quiconque vivant avec vous les dépenses suivantes en dehors de votre loyer ou de vos autres frais de logement ?		OUI	NON	SI OUI, MONTANT						
Électricité (pour les besoins autres que le chauffage ; exemple : éclairage, cuisine, eau chaude, etc.)		1		\$						
Gaz naturel (pour des besoins autres que le chauffage ; exemple : cuisine, eau chaude, etc.)		2		\$						
Eau		3		\$						
Climatisation		4		\$						
Propane (pour des besoins autres que le chauffage)		5		\$						
Égouts		6		\$						
Ordures		7		\$						
Autres services publics et frais Veuillez préciser _____		8		\$						
Vivez-vous dans un logement public ?		9								
Vivez-vous dans un logement Section 8, HUD ou un autre logement subventionné ?		10								
Vivez-vous dans un établissement de traitement de la toxicomanie ou de l'alcoolisme ?		11			*Check Primary Heat Type: ☐ Natural Gas ☐ Oil ☐ PSC Electric ☐ Coal ☐ Kerosene ☐ Propane ☐ Municipal Electric ☐ Wood ☐ Other _____					

SECTION 24 – AUTRES INFORMATIONS					
Achetez-vous ou prévoyez-vous d'acheter des repas auprès d'une entreprise de livraison à domicile ou d'un service de restauration communal ? 8	☐ OUI	☐ NON			
Êtes-vous en mesure de cuisiner ou de préparer des repas à la maison ? 9	☐ OUI	☐ NON		VETERAN STATUS	VETERAN CODE
Avez-vous (ou toute personne de votre foyer) déjà servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 10	☐ OUI	☐ NON			
Votre conjoint(e) a-t-il/elle déjà servi dans l'armée des États-Unis ? 11	☐ OUI	☐ NON			
Une personne de votre foyer est-elle à la charge d'une personne qui sert ou qui a servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ 12	☐ OUI	☐ NON			
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	QUI		
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous et soumettant une recertification avez déménagé dans ce comté depuis un autre comté de l'État de New York au cours des deux derniers mois.					
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez été déclaré(e) coupable ou déclaré(e) non admissible à l'Aide sociale ou au Programme d'aide de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) en raison d'une fraude/violation intentionnelle du programme ?					
Veuillez indiquer si vous ou toute personne vivant avec vous avez perçu des indemnités indues et ne les avez pas intégralement remboursées à cette agence ou à une autre.					
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour déclaration frauduleuse ou représentation de résidence dans le but de recevoir une Aide sociale dans au moins deux États ?					
Avez-vous été condamné, ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné, pour avoir perçu frauduleusement des prestations SNAP en double dans un État après le 22 septembre 1996 ?					
Avez-vous été condamné, ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné, pour avoir acheté ou vendu des prestations SNAP pour un montant combiné de plus de 500 \$ après le 22 septembre 1996 ?					
Avez-vous (ou un membre de votre foyer) été condamné(e) pour avoir échangé des allocations SNAP contre des armes à feu, des munitions, des explosifs ou des drogues ?					
Êtes-vous (ou un membre de votre foyer) en fuite pour éviter des poursuites, une détention, une mise sous tutelle après avoir été condamné(e) pour un acte délictueux ou une tentative d'acte délictueux et êtes activement recherché(e) par la justice ?					
Êtes-vous (ou un membre de votre foyer) actuellement en train d'enfreindre une probation ou une libération conditionnelle sur ordonnance du tribunal ?					
STATUT DE TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ					
J'ai ☐ Je n'ai pas ☐ vendu, transféré ou cédé mes biens à qui que ce soit pour bénéficier de l'aide sociale ou des prestations du programme SNAP.					

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED	CONSIDER
	Services		✓ SNAP Dependent Care Deductions
	UIB		✓ District of Fiscal Responsibility (SSL 62.5)
REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE	
	Child/Dependent Care Statement		
	Recoupments		
	Outstanding Overpayment		
	Pending Disqualification		

IF TOTAL EXPENSES (INCLUDING EXPENSES NOT USED IN THE BUDGET DETERMINATION) EXCEED INCOME (INCLUDING PA GRANT), EXPLORE HOW THE HOUSEHOLD IS MEETING ITS OBLIGATIONS.

Actual Expenses \$ Actual Income \$ = Difference \$	CONSIDER ✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc. ✓ Actual Shelter ✓ Actual Fuel/Utility Costs ✓ Telephone Expenses ✓ Car Expenses ✓ Furniture/Appliance Rental ✓ Cable TV ✓ Tuition ✓ Out-of-Pocket Medical Expenses
---	---

Does Client Receive Contribution Towards Difference ☐ Yes ☐ No

If Yes, From Whom? _____

Based on the information contained in this recertification, make sure you reconsider the category. For PA, especially, consider the following:

- Eligible Child Status
- Essential Persons Status
- Family Assistance Extensions

Category is _____

Documented by _____

NOTES/COMMENTS

AVIS, ASSIGNATIONS, AUTORISATIONS ET CONSENTEMENTS

COLLECTE ET UTILISATION DES NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE – La collecte des numéros de sécurité sociale (SSN) est autorisée pour chaque membre du ménage dans le cadre du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), conformément à la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (telle qu'amendée). Toute personne déposant une demande SNAP est tenue de fournir son SSN afin de bénéficier des allocations. Si vous ou toute personne déposant une demande n'avez pas de SSN, vous devez faire une demande de SSN auprès de l'administration de la sécurité sociale (consultez le site www.SSA.gov ou appelez le 1-800-772-1213).

En ce qui concerne tous les autres programmes pour lesquels ce formulaire de recertification requiert un SSN, la collecte des SSN est également obligatoire et est autorisée par une ou plusieurs des sections des lois suivantes : Section 205(c) de la loi sur la Sécurité sociale (Social Security Act) (42 U.S. Code 405), Section 1137 de la loi sur la Sécurité sociale (42 U.S. Code 1320b-7) et Section 7(a)(2) de la loi sur la protection des données (Privacy Act) de 1974. Consultez le manuel d'instructions (PUB-1313 Statewide) ou parlez à votre district de services sociaux si vous avez des questions.

Les informations que nous collectons seront utilisées pour déterminer si votre ménage est éligible ou reste éligible à l'assistance ou aux prestations. Ces informations seront utilisées pour vérifier l'identité, vérifier les revenus professionnels et non professionnels, déterminer si les parents absents peuvent bénéficier d'une couverture d'assurance maladie pour les demandeurs ou les bénéficiaires, déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent obtenir une pension alimentaire pour enfant(s) ou conjoint(e), et déterminer si les demandeurs ou les bénéficiaires peuvent recevoir de l'argent ou d'autres aides. Nous vérifierons ces informations via des programmes de correspondance informatique. Ces informations seront également utilisées pour vérifier la conformité aux conditions du programme et pour la gestion du programme. En plus d'utiliser les informations que vous nous fournissez de cette manière, l'État les utilisera pour établir des statistiques sur toutes les personnes bénéficiant du programme d'aide à l'énergie domestique (Home Energy Assistance Program, HEAP) (voir ci-dessous).

Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou étatiques pour étude officielle ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Les informations recueillies sur les demandeurs et les bénéficiaires de l'Assistance familiale et de l'Assistance « filet de sécurité », y compris les SSN, peuvent être utilisées pour aider à la formation de groupes de jurés. Si votre foyer fait l'objet d'une réclamation SNAP, les informations indiquées sur la présente recertification, y compris tous les SSN mentionnés, pourront être transmises aux agences fédérales et étatiques ainsi qu'à toute agence de recouvrement de créances privées dans le cadre d'une action de recouvrement de créances.

Le SSN des personnes non admissibles du foyer sera également utilisé et divulgué de la manière indiquée ci-dessus.

Outre l'utilisation des informations que vous nous fournissez conformément à la manière décrite ci-dessus, l'État les utilise pour établir des statistiques sur les personnes percevant des allocations du programme HEAP. Les informations sont utilisées dans le cadre du contrôle qualité réalisé par l'État afin de s'assurer que les districts de services sociaux font de leur mieux. Elles permettent de vérifier l'identité de votre fournisseur énergétique et de s'assurer de vos paiements auprès de ce fournisseur.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION – Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux règlements et politiques du Département américain de l'agriculture (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.

L'État de New York interdit en outre la discrimination fondée sur le statut de transgenre, la dysphorie de genre, l'état civil, le statut militaire, le statut de victime de violence domestique, les conditions liées à la grossesse, les caractéristiques génétiques prédisposantes, les antécédents d'arrestation ou de condamnation, le statut familial et les représailles pour s'être opposé à des pratiques discriminatoires illégales.

Les informations sur le programme pourront être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui nécessitent des moyens de communication alternatifs pour obtenir des informations sur le programme (braille, caractères de grande taille, cassette audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (étatique ou locale) où elles ont déposé leur demande d'allocations. Les personnes sourdes, malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Service fédéral de relais (Federal Relay Service) au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination, le plaignant doit remplir le formulaire AD-3027, intitulé Formulaire de plainte pour discrimination dans le cadre du programme de l'USDA (USDA Program Discrimination Complaint Form), qui peut être obtenu en ligne sur <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 à l'adresse de l'USDA. La lettre doit contenir 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 secrétaire adjoint aux droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une violation présumée des droits civils. Le formulaire AD-3027 ou la lettre dûment remplie doit être soumis par : 1) courrier : Food and Nutrition Service, USDA, 1320 Braddock Place, Room 334, Alexandria, VA 22314 ; 2) : fax à (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou 3) e-mail : FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Pour toute autre information concernant le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), les personnes doivent contacter la ligne d'assistance SNAP de l'USDA au (800) 221-5689, qui est également disponible en espagnol, ou appeler les numéros d'information/de ligne d'assistance de l'État trouvés en ligne à l'adresse suivante : http://www.fns.usda.gov/snap/contact_info/hotlines.htm.

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances.

CONSENTEMENT À UNE ENQUÊTE – J'accepte toute enquête pour vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies dans le cadre de ma demande d'aide sociale (PA), de Medicaid, de prestations du programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP), de prestations du programme d'assistance à l'énergie domestique, de services ou d'assistance à la garde d'enfants. Si des informations supplémentaires sont demandées, je les fournirai. Je coopérerai également pleinement avec le personnel de l'État et du gouvernement fédéral dans le cadre de tout examen de contrôle de la qualité du PA et/ou du SNAP.

Si je soumetts une recertification pour le programme SNAP, je comprends que le district de services sociaux me demandera des informations et utilisera les informations disponibles dans le Système de contrôle de revenus et d'admissibilité (Income and Eligibility Verification System) pour étudier ma recertification, et qu'il pourra vérifier ces informations auprès de tiers en cas de divergences. Je comprends également que ces informations peuvent avoir une incidence sur mon éligibilité au programme SNAP et/ou sur le niveau des prestations SNAP que je reçois.

CONSENTEMENT POUR LA DIVULGATION D'INFORMATIONS CONFIDENTIELLES SUR L'ASSURANCE CHOMAGE – J'autorise le Département du travail de l'État de New York (DOL) à divulguer toute information confidentielle conservée par le DOL aux fins de l'assurance chômage (UI) au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité (OTDA) de l'État de New York. Ces informations comprennent mes demandes d'allocations UI et les antécédents de mes salaires. Je comprends que l'OTDA et le personnel des agences locales et étatiques travaillant dans les bureaux du district de services sociaux utiliseront les informations de mon UI pour déterminer ou vérifier mon admissibilité et pour fixer le montant de l'Assistance publique, de Medicaid, des allocations du Programme d'aide de nutrition supplémentaire, des allocations du Programme d'aide énergétique à domicile ou de l'aide à la garde d'enfants, demandés dans cette demande/recertification et pour des enquêtes visant à déterminer si j'ai reçu des allocations auxquelles je n'avais pas droit. L'OTDA peut également partager ces informations avec le Bureau des services de l'enfance et de la famille (Office of Children and Family Services, OCFS) de l'État de New York et le Département de la santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York. L'OCFS utilisera ces informations pour surveiller le programme d'aide à la garde d'enfants.

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES – J'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'Aide sociale et aux allocations du Programme d'aide de nutrition supplémentaire perçues par moi ou par tout membre de mon foyer sous ma tutelle légale aux fins de vérifier mon admissibilité aux services et paiements liés à la gestion d'un programme de l'État ou d'un sous-traitant local. Lesdits services peuvent inclure, sans y être limités, des services de placement professionnel et de formation pour m'aider personnellement ou pour aider un membre de mon foyer à obtenir et à conserver un emploi.

AUTORISATION DE DIVULGATION DES DOSSIERS SCOLAIRES – J'autorise le Département de la santé de l'État de New York et la circonscription des services sociaux à obtenir toute information concernant mes dossiers scolaires et/ou ceux de mon (mes) enfant(s) mineur(s) dans les buts suivants : 1) vérifier mon éligibilité à l'aide sociale, au programme d'aide de nutrition supplémentaire et/ou à Medicaid ; 2) mener des examens ou des enquêtes résultant d'informations contradictoires fournies dans le cadre du processus d'éligibilité ; 3) demander le remboursement de Medicaid pour des services éducatifs liés à la santé ; et 4) permettre à l'agence gouvernementale fédérale appropriée d'accéder à ces informations dans le seul but d'effectuer des vérifications.

CONSENTEMENT DES RÉSIDENTS DE L'AUTORITÉ DU LOGEMENT DE LA VILLE DE NEW YORK AU PARTAGE D'INFORMATIONS – Si vous sollicitez une aide dans la ville de New York, ce consentement permettra à l'autorité du logement de la ville de New York (New York City Housing Authority, NYCHA) de partager des informations vous concernant avec l'administration des ressources humaines de la ville de New York/Département des services sociaux (Human Resources Administration, HRA) afin de vous aider, vous et votre ménage, à solliciter une aide dans le cadre du programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) et/ou une aide en espèces de l'HRA, qui peut inclure le paiement d'arriérés de loyer.

Si vous signez la demande ci-dessous, NYCHA peut partager avec HRA des informations relatives à votre éligibilité ou à votre niveau de prestations SNAP et/ou d'assistance en espèces, y compris votre nom, votre adresse, votre date de naissance et les informations relatives au paiement du loyer et des services publics (telles que le montant du loyer mensuel, l'historique des paiements de loyer, le solde du loyer et les frais d'appareils ménagers). En outre, en signant cette demande ci-dessous, vous déclarez que vous avez l'autorité de consentir au nom des enfants mineurs énumérés dans cette demande et vous autorisez NYCHA à partager le nom, l'adresse et la date de naissance de cet enfant avec HRA.

L'HRA gardera confidentielles toutes les informations que la NYCHA partage et ne pourra les partager qu'avec les agences locales, étatiques et fédérales qui supervisent les programmes de prestations SNAP et d'assistance en espèces de l'HRA.

SIGNALEMENT DES CHANGEMENTS – J'accepte d'informer **rapidement** l'agence de tout changement survenu au niveau de mes besoins, de ma résidence ou de mon adresse, de mes conditions de logement, de la taille de mon foyer, de mes revenus, de mon emploi, de mes biens/ressources, de mes frais des personnes à charge, de mon assurance maladie, mon statut de non-citoyen ayant un statut d'immigration satisfaisant ou de mon statut de citoyenneté, de mon statut d'adulte valide sans personnes à charge (Able-Bodied Adult Without Dependents, ABAWD), de mon état de grossesse ou de mes conditions de logement, au mieux de mes connaissances ou de mes convictions.

Si je dépose une demande d'aide à la garde d'enfants, je m'engage à informer **immédiatement** l'agence de tout changement concernant le revenu familial, les personnes qui vivent à la maison, l'emploi, les dispositions relatives à la garde d'enfants ou tout autre changement susceptible d'affecter le maintien de mon admissibilité ou le montant de mes allocations.

PÉNALITÉS – La législation fédérale et celle des États prévoient des pénalités ou un emprisonnement, voire les deux, en cas de fausse déclaration lors de la recertification pour l'Aide sociale, Medicaid, le Programme d'aide de nutrition supplémentaire, les services ou l'aide à la garde d'enfants (« aide, allocations ou services ») ou à tout moment lorsque vous êtes interrogé(e) sur votre admissibilité, ou si vous incitez quelqu'un d'autre à faire de fausses déclarations concernant votre recertification ou votre admissibilité continue. Des pénalités s'appliquent également si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits concernant votre admissibilité initiale et continue à l'aide, aux allocations ou aux services, ou si vous dissimulez ou omettez de divulguer des faits qui affecteraient le droit d'une personne pour laquelle vous avez déposé une demande de recertification d'obtenir ou de continuer à recevoir l'aide, les allocations ou les services. Si vous êtes un(e) représentant(e) autorisé(e), cette aide, ces allocations ou ces services doivent être utilisés pour l'autre personne et non pour vous-même. La législation fédérale et celle des États prévoient que tout transfert d'actifs pour un montant inférieur à la valeur marchande équitable effectué par une personne ou son conjoint, dans les 60 mois précédant le premier du mois au cours duquel la personne reçoit des services d'un établissement de soins et a soumis une demande Medicaid, peut rendre la personne inadmissible aux services d'un établissement de soins ou à l'exemption pour des services communautaires ou à domicile pour une période donnée. Il est illégal d'obtenir de l'aide, des allocations ou des services en dissimulant des informations ou en fournissant de fausses informations.

PÉNALITÉS DE DISQUALIFICATION DU PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE – Toute information que vous fournissez dans le cadre de votre demande de participation au Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) fera l'objet d'une vérification par des fonctionnaires fédéraux, étatiques et locaux. Si l'une de ces informations est incorrecte, les prestations du SNAP peuvent vous être refusées. L'indication délibérée d'informations incorrectes affectant votre admissibilité ou le montant de vos allocations vous expose à des poursuites judiciaires. Toute personne reconnue coupable d'un délit pour avoir sciemment utilisé, transféré, acquis, modifié ou possédé des cartes d'autorisation SNAP ou des dispositifs d'accès peut encourir une amende allant jusqu'à 250 000 USD, une peine de prison allant jusqu'à 20 ans ou les deux. Cette personne pourra également faire l'objet de poursuites au titre des lois étatiques et fédérales en vigueur. Toute personne qui viole une condition de probation ou de libération conditionnelle, ou toute personne qui fuit pour éviter les poursuites, la garde ou l'emprisonnement pour un crime et qui est activement recherchée par les forces de l'ordre, n'a pas le droit de recevoir des prestations SNAP.

Vous pouvez être déclaré inéligible au SNAP ou avoir commis une violation intentionnelle du programme (Intentional Program Violation, IPV) si vous faites une déclaration fausse ou trompeuse, ou si vous déformez, dissimulez ou cachez des faits, afin de pouvoir bénéficier de prestations ou d'en recevoir davantage ; si vous achetez un produit avec des prestations SNAP dans l'intention d'obtenir de l'argent en jetant intentionnellement le produit et en retournant le contenant pour le montant de la consigne ; commettre ou tenter de commettre tout acte constituant une violation de la loi fédérale ou de l'État dans le but d'utiliser, de présenter, de transférer, d'acquérir, de recevoir, de posséder ou de faire le trafic de prestations SNAP, de cartes d'autorisation ou de documents réutilisables utilisés dans le cadre du système de transfert électronique de prestations (Electronic Benefit Transfer, EBT). En outre, ce qui suit n'est pas autorisé et vous risquez d'être exclu du bénéfice des prestations du SNAP et/ou d'être soumis à des pénalités pour des actions qui comprennent :

- utiliser les allocations SNAP pour acheter des produits non alimentaires, comme de l'alcool ou des cigarettes ;
- utiliser les allocations SNAP pour payer des aliments précédemment achetés à crédit ;
- autoriser un tiers à utiliser votre carte de virement électronique des allocations (EBT) en échange de liquide, d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de drogues, ou pour acheter des aliments pour des personnes non-membres de votre foyer SNAP ; ou
- utiliser ou détenir des cartes EBT qui ne vous appartiennent pas, sans le consentement du propriétaire de la carte.

Les personnes qui ont été reconnues coupables d'une violation intentionnelle du programme à l'issue d'une audience de disqualification administrative ou par un tribunal fédéral, étatique ou local, ou qui ont signé une renonciation au droit à une audience de disqualification administrative ou un accord de consentement à la disqualification dans les cas faisant l'objet de poursuites judiciaires, ne peuvent pas participer au programme SNAP pendant une période de :

- 12 mois pour la *première* violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la *deuxième* violation intentionnelle du programme SNAP ;
 - 24 mois pour la *première* violation intentionnelle du programme SNAP fondée sur une décision judiciaire selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (drogues illégales ou certaines drogues pour lesquelles une ordonnance médicale est nécessaire) ; ou
 - 120 mois s'il est établi que la personne a fait une déclaration frauduleuse sur son identité ou son lieu de résidence afin d'obtenir simultanément plusieurs prestations du SNAP, à moins qu'elle ne soit définitivement exclue pour une troisième violation intentionnelle du programme SNAP.
- De plus, un tribunal peut prolonger une période d'admissibilité SNAP de 18 mois supplémentaires.

Une personne peut être définitivement exclue du bénéfice des prestations SNAP pour les raisons suivantes :

- La *première* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une décision de justice selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs ;
- La *première* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une condamnation judiciaire pour trafic de prestations SNAP pour un montant combiné de 500 \$ ou plus (le trafic comprend l'utilisation illégale, le transfert, l'acquisition, la modification ou la possession de cartes d'autorisation SNAP ou de dispositifs d'accès) ;
- La *deuxième* violation intentionnelle du programme SNAP basée sur une décision de justice selon laquelle l'individu a utilisé ou reçu des prestations SNAP dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée (médicaments illégaux ou certains médicaments pour lesquels une prescription médicale est nécessaire) ; ou
- Une *troisième* violation intentionnelle du programme SNAP.

EXIGENCE DE DÉCLARATION/VÉRIFICATION DES DÉPENSES DU MÉNAGE – Votre ménage doit déclarer les frais de garde d'enfants et de services publics afin de bénéficier d'une déduction au titre du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) pour ces dépenses. Votre foyer est tenu de déclarer et de contrôler les paiements du loyer/du prêt hypothécaire, de la taxe foncière, de l'assurance, des frais médicaux et de garde de pension alimentaire pour enfant(s) versés à un membre hors du foyer pour être admissible à une déduction SNAP pour lesdites dépenses. Toute omission de déclaration/contrôle des dépenses ci-dessus sera perçue comme un renoncement de votre foyer à toute déduction pour ces dépenses non déclarées/non contrôlées. La déduction de ces dépenses peut vous rendre éligible au SNAP ou peut augmenter vos prestations SNAP. Vous pouvez déclarer/contrôler ces dépenses à tout moment à l'avenir. La déduction sera alors appliquée au calcul des allocations SNAP des mois suivants, conformément aux règles relatives au signalement et au traitement des modifications (voir « Signalement des changements » ci-dessus).

REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E) DU PROGRAMME D'AIDE DE NUTRITION SUPPLÉMENTAIRE – Vous pouvez autoriser une personne qui connaît la situation de votre foyer à déposer pour vous une demande de recertification pour le Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire (SNAP). Vous pouvez également autoriser une personne extérieure à votre foyer à percevoir les prestations SNAP à votre place ou à les utiliser pour acheter de la nourriture pour vous. Pour autoriser une personne à exercer l'une des deux fonctions ci-dessus, vous devez remplir un document écrit. Vous pouvez autoriser quelqu'un en indiquant son nom, son adresse et son numéro de téléphone en caractères d'imprimerie ci-dessous et en lui demandant de signer dans la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire. Lorsqu'un(e) représentant(e) autorisé(e) dépose une demande au nom d'un foyer SNAP qui ne réside pas dans une institution, le (la) représentant(e) autorisé(e) et un membre adulte responsable du foyer doivent tous deux signer et dater la section réservée à cet effet à la fin du présent formulaire de recertification, à moins que le foyer SNAP n'ait désigné par écrit le (la) représentant(e) autorisé(e) pour le faire.

NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AUTORISÉ(E) (EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE) :

ALLOCATIONS POUR LES FACTURES ÉNERGÉTIQUES NORMALES – Je comprends que les bénéficiaires de l'Aide sociale et du Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) sont formellement admissibles au Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP) du fait de leurs revenus. Je comprends également que si je n'ai pas perçu d'allocation HEAP supérieure à 20,00 \$ pour le mois en cours ou sur les 12 derniers mois, ni aucune autre allocation au titre d'un autre programme d'assistance énergétique, je dois payer mes frais de chauffage et de climatisation séparément de mon loyer pour avoir droit à une allocation pour les factures énergétiques normales de chauffage et de climatisation (c.-à-d. une déduction) dans le cadre du programme SNAP. Je suis conscient(e) que l'État utilisera mon numéro de sécurité sociale pour vérifier auprès de mes fournisseurs d'énergie domestique la réception de l'allocation HEAP. Cette autorisation comprend également la permission pour tout fournisseur d'énergie domestique (y compris ma compagnie d'électricité) de divulguer certaines informations statistiques, y compris, notamment, ma consommation annuelle d'électricité, le coût de l'électricité, la consommation de carburant, le type de carburant, le coût annuel du carburant et l'historique des paiements au Bureau d'aide temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district local de services sociaux et au ministère de la Santé et des Services sociaux dans le but de mesurer les performances du Programme d'aide à l'énergie résidentielle pour les ménages à faibles revenus.

DIVULGATION DES INFORMATIONS MÉDICALES – J'autorise la communication de toute information médicale me concernant ainsi que celle des membres de ma famille pour lesquels je donne mon autorisation : par mon médecin traitant, les autres prestataires de soins de santé ou le Département de la Santé (Department of Health, DOH) de l'État de New York à mon régime d'assurance maladie et aux prestataires de soins de santé engagés dans les soins qui me sont dispensés ou qui sont dispensés à ma famille, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie ou mes prestataires pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé ; par mon régime d'assurance maladie et les prestataires de soins de santé au DOH et aux autres agences fédérales, étatiques et locales autorisées aux fins de l'administration du programme Medicaid ; et, par mon régime d'assurance maladie à d'autres personnes physiques ou morales, qui sont raisonnablement nécessaires à mon régime d'assurance maladie pour fournir les soins, le paiement ou les activités de soins de santé. J'autorise la divulgation de toute information relative à ma santé et à celle des membres de ma famille pour lesquels je peux légalement donner une autorisation concernant la fourniture d'assistance et de services et ma capacité à participer à des activités professionnelles, y compris l'emploi, au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York (OTDA), au Bureau des services à l'enfance et à la famille de l'État de New York ou au district local de services sociaux, dans la mesure où cela est raisonnablement nécessaire pour la fourniture de prestations d'aide sociale ; pour les services, y compris les services de protection de l'enfance ; pour déterminer les affectations d'activités professionnelles appropriées ; pour déterminer la nécessité de demander et d'introduire une demande de prestations de revenu de sécurité supplémentaire ; pour établir des plans de traitement appropriés en vue de restaurer la capacité d'emploi ; et pour déterminer l'éligibilité aux exemptions de la limite de soixante mois imposée par l'État à la réception de l'assistance en espèces. Si je dois poser ma candidature pour bénéficier des avantages octroyés par l'administration de la sécurité sociale, les informations indiquées ci-dessus peuvent être partagées avec l'administration de la sécurité sociale. J'accepte également que les renseignements divulgués puissent inclure des informations en matière de VIH, de santé mentale ou de toxicomanie et d'alcoolisme me concernant ainsi que les membres de ma famille, dans les limites autorisées par la loi, sauf si une case est cochée ci-dessous. Si plusieurs adultes de la famille adhèrent au régime d'assurance maladie Medicaid, la signature de chaque adulte déposant une demande est nécessaire pour le consentement à la divulgation des renseignements. Je comprends que ma capacité à consentir à la divulgation d'informations relatives à un enfant mineur pour lequel je peux donner mon consentement est limitée par la mesure dans laquelle je peux obtenir en leur nom des informations concernant le traitement, le diagnostic et les procédures.

_____ Ne pas divulguer d'informations sur le VIH/SIDA
 _____ Ne pas divulguer d'informations sur la santé mentale

_____ Ne pas divulguer d'informations sur la drogue et l'alcool

DIVULGATION D'INFORMATIONS AUX PRESTATAIRES DE SERVICES DE SANTÉ – J'autorise le district de services sociaux et l'État de New York à partager des informations avec les prestataires de services de santé, tels que désignés par le district de services sociaux ou l'État de New York, concernant les allocations d'aide sociale que moi-même ou tout membre de mon foyer pour lequel je peux légalement donner mon autorisation avons reçues ou sommes en droit de recevoir, dans le but d'améliorer la qualité de mes soins de santé et mon bien-être général, et de faciliter la réception d'allocations supplémentaires auxquelles moi-même ou les membres de mon foyer pouvons avoir droit.

DIVULGATION D'INFORMATIONS POUR LE PROGRAMME D'INTERVENTION PRÉCOCE – Si mon enfant est évalué ou participe au programme d'intervention précoce de l'État de New York, j'autorise le district des services sociaux et l'État de New York à partager les informations relatives à l'éligibilité de mon enfant à Medicaid avec le programme d'intervention précoce du comté ou de la municipalité dans le but de le facturer à Medicaid.

PROGRAMME DE SANTÉ POUR ENFANTS ET ADOLESCENTS – Je suis conscient que si mon enfant bénéficie de Medicaid, il peut recevoir des soins primaires et préventifs complets, y compris tous les traitements nécessaires, par le biais du programme de santé pour enfants et adolescents. Je peux obtenir plus d'informations sur ce programme auprès du district des services sociaux.

MEDICARE – J'autorise les paiements au titre de « Medicare » (Partie B du Titre XVIII, Programme d'assurance médicale complémentaire [Supplementary Medical Insurance Program]) à être effectués directement aux médecins et aux fournisseurs médicaux sur toutes les factures futures impayées pour les services médicaux et autres services de santé qui me sont prodigués pendant que je suis admissible à Medicaid.

REMBOURSEMENT DES FRAIS MÉDICAUX DANS LE CADRE DE MEDICAID – Je comprends que j'ai le droit, dans le cadre de ma recertification Medicaid, ou dans les deux ans suivant la date de ma demande, de demander le remboursement des frais que j'ai payés pour des soins, des services et des fournitures médicaux couverts reçus au cours de la période de trois mois précédant le mois de ma demande. Je comprends qu'après la date de ma demande, le remboursement des soins, services et fournitures médicaux couverts ne sera possible que s'ils sont obtenus auprès de prestataires inscrits à Medicaid.

CESSION D'ASSURANCE/AUTRES PRESTATIONS ET PAIEMENT DIRECT – Pour l'Aide sociale et Medicaid, j'accepte de déposer toute demande de prestations d'assurance maladie ou accident et de faire valoir toute demande d'indemnisation pour blessures corporelles ou toute autre ressource à laquelle je pourrais avoir droit, et je cède par la présente ces ressources au district de services sociaux auquel cette recertification est adressée. En outre, j'aiderai à mettre les prestations attribuées à la disposition du district de services sociaux auquel la présente recertification est adressée.

J'autorise les paiements qui me sont dus ou qui sont dus aux membres de mon foyer pour les prestations d'assurance maladie ou accident à être versés directement au district de services sociaux approprié pour les services médicaux et autres services de santé fournis pendant la période où nous sommes éligibles à Medicaid.

RECouvreMENTS MEDICAID – Dès réception de Medicaid, un droit de rétention peut être déposé et un recouvrement peut être effectué sur vos biens immobiliers dans certaines circonstances si vous êtes dans une institution médicale et qu'il n'est pas prévu que vous retourniez chez vous. La MA payée en votre nom peut être récupérée auprès des personnes qui avaient la responsabilité légale de subvenir à vos besoins au moment où les services médicaux ont été obtenus. MA peut également récupérer le coût des services et des primes indûment payés.

Je comprends qu'à partir du 1er avril 2014, si je bénéficie de Medicaid par l'intermédiaire de New York State of Health :

- aucun privilège ne sera placé sur mes biens immobiliers avant mon décès ;
- Le recouvrement des actifs de ma succession à mon décès est limité au montant payé par Medicaid pour le coût de l'établissement de soins infirmiers, des services de soins à domicile et communautaires, et des services hospitaliers et de prescription de médicaments connexes reçus à partir de mon 55e anniversaire.

RECouvreMENT DE L'AIDE SOCIALE – L'aide sociale (PA) que vous recevez pour vous-même et pour les personnes dont vous êtes légalement responsable est recouvrable sur l'argent que vous possédez ou que vous pouvez acquérir. Vos remboursements d'impôt et une partie de vos gains de loterie peuvent être utilisés pour rembourser votre dette au titre de la PA.

AUTORISATION DE REMBOURSEMENT DES ALLOCATIONS DU PA À PARTIR DU REVENU DE SÉCURITÉ SUPPLÉMENTAIRE RÉTROACTIF – J'autorise le commissaire de l'Administration de la sécurité sociale (Social Security Administration, SSA) à utiliser mon premier versement de revenu de sécurité complémentaire (Supplemental Security Income, SSI), c'est-à-dire mon versement rétroactif de SSI, pour rembourser le district local de services sociaux (social services district, SSD) pour l'aide sociale (PA) que le SSD me verse à partir de fonds de l'État ou locaux pendant que la SSA décide si j'ai droit à un SSI. La SSA ne remboursera pas au SSD le PA qui a été payé à l'aide de fonds fédéraux.

Cette autorisation deviendra exécutoire uniquement si l'État informe la SSA qu'un représentant du SSD et moi-même l'avons signée. L'État dispose d'un délai de 30 jours civils pour l'informer que mon dossier SSI et mon dossier national correspondent. La SSA ne l'acceptera pas au-delà de ce délai. Une fois le délai dépassé, la SSA m'enverra mon paiement SSI rétroactif conformément aux règles de la SSA.

Seul mon premier paiement de SSI peut être utilisé. Si mon premier paiement est supérieur au montant dû au SSD, la SSA m'enverra le solde conformément à ses règles.

La SSA peut rembourser le SSD dans les deux situations suivantes :

- (1) elle remboursera le SSD si je fais la demande de SSI et que la SSA décide que je remplis les critères d'admissibilité ;
- (2) elle remboursera le SSD si mes allocations de SSI sont rétablies après la résiliation ou la suspension.

La SSA remboursera au SSD la PA qu'elle m'a versée exclusivement pendant le délai d'attente de décision de la SSA concernant mon admissibilité. C'est ce qu'on appelle une « assistance provisoire ». La période débute : (1) au premier mois où je deviens admissible pour le paiement des allocations SSI ou (2) le premier jour où ma SSI est rétablie après sa suspension ou sa résiliation. La période inclut le mois où ont réellement débuté les paiements de SSI. Si le SSD ne peut pas stopper mon dernier paiement de la PA, la période se termine le mois suivant.

Au plus tard dix jours après le remboursement de la SSA au SSD, ce dernier devra m'envoyer un avis m'informant du montant de l'aide provisoire versé. L'avis précisera également que la SSA m'enverra un courrier m'informant de la manière dont un solde éventuel de SSI me sera versé par la SSA et, si je conteste une décision de l'État, comment je peux faire appel de cette décision.

Conformément à ses règles, la SSA peut utiliser la date où je signe la présente autorisation comme date de début d'admissibilité au SSI. Cela sera possible uniquement si je fais la demande de SSI dans les 60 prochains jours.

La présente autorisation concerne n'importe quelle demande de SSI ou n'importe quel appel en cours auprès de la SSA. La présente autorisation expirera une fois qu'une décision définitive aura été rendue pour mon dossier SSI. Elle expirera dès que j'aurai reçu le premier versement de SSA. L'État et moi-même pouvons également convenir de mettre fin à l'autorisation. Je devrai signer une nouvelle autorisation conforme aux règles de l'État de New York si je renouvelle ma demande de SSI après l'expiration de la présente autorisation ou si je fais une nouvelle demande de SSI alors que j'ai une demande de SSI ou un appel en cours.

Je pourrai demander une audience équitable si je conteste une décision rendue par le SSD à propos d'un remboursement.

J'ai reçu un exemplaire de la brochure intitulée « What You Should Know About Social Services Programs » (Ce que vous devez savoir sur les programmes d'aide sociale).

Je comprends son contenu à propos de l'aide provisoire.

SUPPORT – Le fait de demander ou de bénéficier de l'assistance familiale (Family Assistance, FA), de l'assistance « filet de sécurité » (SNA) ou d'un placement en famille d'accueil au titre IV-E équivaut à une cession à l'État et au district de services sociaux de tous les droits à l'aide de toute autre personne que le demandeur ou le bénéficiaire peut avoir en son nom propre ou au nom de tout autre membre de la famille pour lequel le demandeur ou le bénéficiaire demande ou reçoit une aide (législation relative aux services sociaux [Social Services Law], sections 158 et 348). Cette cession est limitée dans certaines situations. D'autres sections de cette recertification contiennent des cessions supplémentaires.

CESSION DES DROITS DE SOUTIEN – Je comprends que l'on me fournira le formulaire LDSS-5145, "Referral for Child Support Services" (Renvoi aux services de soutien à l'enfance), à remplir et à renvoyer à l'unité chargée de l'exécution des obligations alimentaires envers les enfants. Sauf en cas de violence domestique ou pour d'autres raisons valables, je comprends que, pour obtenir une aide, je suis tenu(e) de coopérer avec l'unité chargée de l'application des pensions alimentaires pour enfants afin de localiser tout parent non gardien, présumé ou intentionnel ; d'établir la filiation légale pour chaque personne de moins de 21 ans née de parents non mariés ; et d'établir, de modifier et/ou d'appliquer les ordonnances de pension alimentaire. Je comprends également que je recevrai le formulaire LDSS-4279, « Avis de responsabilités et de droits en matière de pension alimentaire » (Notice of Responsibilities and Rights for Support), qui explique mes responsabilités et mes droits si je ne coopère pas avec l'unité chargée de l'exécution des pensions alimentaires pour enfants.

Je cède à l'État et à la circonscription de services sociaux tous les droits que j'ai à une pension alimentaire de la part des personnes ayant la responsabilité légale de ma pension alimentaire et tous les droits que j'ai à une pension alimentaire au nom d'un membre de ma famille pour lequel je demande ou reçois une aide. Lorsque je demande ou reçois une Assistance familiale ou une assistance « filet de sécurité », ma cession des droits à une aide est limitée à l'aide qui s'accumule pendant la période où moi-même ou un membre de ma famille recevons une aide. Toutefois, les droits à une aide que j'ai cédés à l'État en mon nom ou au nom d'un membre de ma famille avant le 1er octobre 2009 continuent d'être cédés à l'État.

PROGRAMME D'ASSISTANCE POUR L'ÉNERGIE RÉSIDENTIELLE – Je comprends qu'en signant la présente demande/certification, j'accepte toute enquête visant à vérifier ou confirmer les informations que j'ai fournies et à toute autre enquête diligentée par une agence gouvernementale agréée en relation avec les allocations du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle (Home Energy Assistance Program, HEAP). J'accepte également que les informations fournies dans le présent formulaire de recertification soient utilisées comme référence aux programmes d'aide à la protection contre les intempéries (Weatherization Assistance Programs) et aux programmes de ma société de services publics en matière de faibles revenus.

Je comprends que l'État utilisera mon numéro de Sécurité sociale pour vérifier si je perçois des allocations HEAP auprès de mes fournisseurs énergétiques domestiques. Cette autorisation signifie que j'accepte que tout fournisseur énergétique domestique, ma société de services publics incluse, communique des informations statistiques me concernant, y compris sans y être limité : ma consommation énergétique annuelle, mes frais d'électricité, ma consommation de combustible, le type de combustible que j'utilise, mes dépenses annuelles en combustible et mes antécédents de paiements au Bureau d'assistance temporaire et d'invalidité de l'État de New York, au district de services sociaux local et au Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis aux fins d'évaluer les performances du Programme d'assistance pour l'énergie résidentielle des foyers à faibles revenus.

INFORMATIONS SUR LES AGRESSIONS SEXUELLES – Si vous êtes victime d'une agression sexuelle, vous avez le droit de demander des informations de renvoi auprès du district de services sociaux. Si vous demandez des informations de renvoi, le district de services sociaux doit vous fournir les adresses et les numéros de téléphone : 1) des hôpitaux locaux offrant des services d'examen médico-légal des agressions sexuelles certifiés par le Département de la Santé de l'État de New York ; 2) des centres locaux d'aide aux victimes de viol ; et 3) des services locaux de défense, de conseil et d'assistance téléphonique adaptés aux victimes d'agressions sexuelles. En outre, le district de services sociaux doit vous fournir les numéros de la ligne d'assistance téléphonique de l'État de New York pour les agressions sexuelles et les violences familiales : (800) 942-6906 et (800) 818-0656 (téléscripteur).

CERTIFICATION POUR L'AIDE À LA GARDE D'ENFANTS – Si je demande une aide à la garde d'enfants (Child Care Assistance), je certifie que mes ressources familiales ne dépassent pas 1 000 000 \$.

J'ai lu et je comprends les avis ci-dessus. Je comprends et j'accepte les cessions, autorisations et consentements ci-dessus. Je jure ou j'affirme, sous peine de parjure, que les informations que j'ai indiquées ou que j'indiquerai au district de services sociaux sont complètes et correctes.			
SIGNATURE DU DEMANDEUR (DE LA DEMANDERESSE)	DATE DE SIGNATURE	SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) OU DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) DES SERVICES DE PROTECTION	DATE DE SIGNATURE
x		x	
SIGNATURE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AGRÉÉ(E)	DATE DE SIGNATURE		
x			

NE REMPLISSEZ CE QUI SUIVRA QUE SI VOUS SOUHAITEZ CLÔTURER VOTRE DOSSIER POUR UN OU PLUSIEURS PROGRAMMES.

JE DEMANDE LA CLÔTURE DE MON DOSSIER POUR :

☐ Aide sociale ☐ Programme d'assistance nutritionnelle supplémentaire ☐ Assistance médicale

Je comprends que je peux déposer une nouvelle demande à tout moment.

Indiquez une raison : _____

Signature x _____ Date _____



NYS Agency-Based Voter Registration Form

"If you are not registered to vote where you live now, would you like to apply to register here today?"

- ☐ If you checked **YES**, please complete the **VOTER REGISTRATION APPLICATION** below
- ☐ **NO** because I choose not to register **OR**
- ☐ I am already registered at my current address **OR**
- ☐ I asked for and received a mail registration form

If you do not check any box, you will be considered to have decided not to register to vote at this time.

Signature _____ Date _____ / ____ / ____

Please Print Name _____

Important!

Applying to register or declining to register to vote will not affect the amount of assistance that you will be provided by this agency.

If you would like help filling out the voter registration application form, we will help you. The decision whether to seek or accept help is yours. You may fill out the application form in private.

Información en español: si le interesa obtener este formulario en español, llame al 1-800-367-8683

中文資料: 若您有興趣索取中文資料表格, 請電: 1-800-367-8683

한국어: 한국어 양식을 원하시면 1-800-367-8683
으로 전화 하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটিংরেজীতে পেতে চান তাহলে 1-800-367-8683
নম্বরে (ফোন করুন)

VOTER REGISTRATION APPLICATION (instructions on back)

☐ Yes, I need an application for an Absentee Ballot **Please print or type in blue or black ink** ☐ Yes, I would like to be an Election Day worker

1	Are you a U.S. citizen? ☐ YES ☐ NO If you answered NO , do not complete this form		A) Will you be 18 years old on or before election day? ☐ YES ☐ NO B) Are you at least 16 years of age and understand that you must be 18 years of age on or before election day to vote, and that until you will be eighteen years of age at the time of such election your registration will be marked "pending" and you will be unable to cast a ballot in any election? ☐ YES ☐ NO If you answered NO to both of the prior questions, you cannot register to vote.		For Board Use Only	
3	Last Name		First Name		Middle Initial	Suffix
4	Address where you live (do not give P.O. box)		Apt. No.		City/Town/Village	Zip Code
5	Address where you get your mail (if different than above)		P.O. Box, Star Route, etc.		Post Office	Zip Code
6	Date of Birth	Gender (optional)	7	8	Telephone (optional)	Email (optional)
10	The last year you voted	Your address was (give house number, street and city)				
	In county/state	Under the name (if different from your name now)				
11	Political Party I wish to enroll in a political party ☐ Democratic party ☐ Republican party ☐ Conservative party ☐ Working Families party ☐ Other _____					
12	I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter ☐ No party					
ID Number (Check the applicable box and provide your number) ☐ New York State DMV number _____ ☐ Last four digits of your Social Security number _____ ☐ I do not have a New York State DMV or Social Security number		Affidavit: I swear or affirm that - I am a citizen of the United States. - I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election. - I will meet all requirements to register to vote in New York State. - This is my signature or mark on the line below. - The above information is true, I understand that if it is not true, I can be convicted and fined up to \$5,000 and/or jailed for up to four years.				
Signature or Mark in ink		Date _____ / ____ / ____				

(Optional) Register to donate your organs and tissues

Last Name		Middle Initial		Suffix
First Name				
Address				
Apt Number	City/Town/Village		Zip Code	
Birth Date	Gender ☐ M ☐ F		F	
Eye Color	Height		Ft. In.	
Email	DMV or ID NYC Number			

By signing below, you certify that you are:

- 16 years of age or older
- Consent to donate all of your organs and tissues for transplantation, research, or both;
- Authorizing the Board of Elections to provide your name and identifying information to NYS Donate Life Registry for enrollment;
- And authorizing the Registry to allow access to this information to federally regulated organ procurement organizations and NYS-licensed tissue and eye banks and others approved by the NYS Commissioner of Health hospitals upon your death.



Signature _____

Date _____

Qualifications for Registration

You Can Use This Form To:

- register to vote in New York State;
- change your name and/or address, if there is a change since you last voted;
- enroll in a political party or change your enrollment;
- pre-register to vote if you are 16 or 17 years of age.

To Register You Must:

- be a U.S. citizen;
- be 18 years old (you may pre-register at 16 or 17 but cannot vote until you are 18);
- be a resident of the County, or of the City of New York at least 30 days before an election;
- not be in prison for a felony conviction;
- not claim the right to vote elsewhere; and
- not found to be incompetent by a court.

Important!

If you believe that someone has interfered with your right to register or to decline to register to vote, your right to privacy in deciding whether to register or in applying to register to vote, or your right to choose your own political party or other political preference, you may file a complaint with:

NYS Board of Elections
40 North Pearl St, Suite 5
Albany, NY 12207-2729

Telephone: 1-800-469-6872;

TDD/TTY users contact the New York State Relay at 711;
or visit our web site - www.elections.ny.gov

Your decision to register will remain confidential and will be used only for voter registration purposes. Anyone not choosing to register to vote and/or information regarding the office to which the application was submitted will remain confidential, to be used only for voter registration purposes.

Verifying your identity

We will try to check your identity before Election Day, through the DMV number (driver’s license number or non-driver ID number), or the last four digits of your social security number, which you will fill in Box 9.

If you do not have a DMV or Social Security number, you may use a valid photo ID, a current utility bill, bank statement, paycheck, government check or some other government document that shows your name and address. You may include a copy of one of those types of ID with this form.

If we are unable to verify your identity before Election Day, you will be asked for ID when you vote for the first time.

To complete this form:

It is a crime to procure a false registration or to furnish false information to the Board of Elections.

Box 9: You must make one selection. For questions refer to Verifying your identity above.

Box 10: If you have never voted before, write “None.” If you can’t remember when you last voted, put a question mark (?). If you voted before under a different name, put down that name. If not, write “Same.”

Box 11: Check one box only. Political party enrollment is optional but that, in order to vote in a primary election of a political party, a voter must enroll in that political party, unless state party rules allow otherwise.