

Summer EBT de l'État de New York - Formulaire de demande pour le foyer

Vous pouvez remplir ce formulaire de demande en ligne, sur [OTDA.ny.gov/SummerEBT](https://otda.ny.gov/SummerEBT). Le formulaire en ligne est la façon la plus rapide et simple pour solliciter cette aide !

L'objectif de cette demande est de déterminer votre éligibilité au Transfert électronique de prestations pour l'été (Summer EBT) pour votre ou vos enfant(s). Ce formulaire ne permet pas de demander l'éligibilité de votre enfant aux repas scolaires gratuits/à prix réduit. Lisez les instructions à la page 4, remplissez **un seul** formulaire pour votre foyer, signez-le et renvoyez-le à l'adresse indiquée ci-dessous. Vous pouvez désigner une personne qui n'est pas membre de votre foyer comme représentant autorisé, si nécessaire. Pour plus d'informations concernant les prestations Summer EBT, notamment sur les dates limites de dépôt des demandes, consultez otda.ny.gov/SummerEBT.

Renvoyez le formulaire complété à :
NYS Office of Temporary and Disability Assistance
Summer EBT
40 North Pearl Street, 9th Floor
Albany, NY 12243

PARTIE 1. Énumérez tous les enfants scolarisés de votre foyer (joignez une feuille supplémentaire, si nécessaire) :

				Veuillez cocher la case uniquement si l'enfant perçoit l'une des aides suivantes pour l'année scolaire 2024-25.			Facultatif
Nom de l'enfant scolarisé (prénom et nom de famille)	Date de naissance (MM/JJ/AAAA) Exemple : 10/15/2016	Numéro ID d'élève/étudiant (facultatif)	Nom de l'école fréquentée pendant l'année scolaire 2024-25	Famille d'accueil	Programme pour sans domicile fixe/fugueurs/migrants	SNAP TA (argent liquide) Medicaid Si la case est cochée, veuillez renseigner la partie 2.	Race/ethnicité* Indiquer la lettre correspondante, voir ci-dessous
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	
				☐	☐	☐	

*RACE/ETHNICITÉ – Indiquez la lettre figurant après la catégorie qui correspond le mieux à l'enfant scolarisé. Cette information est facultative et n'a aucun impact sur l'éligibilité de votre enfant aux prestations Summer EBT.
Hispanique ou latino (H) Amérindien(ne) ou natif(ve) d'Alaska (I) Asiatique (A) Noir(e) ou afro-américain(e) (B) Natif(ve) d'Hawaï ou autre insulaire du Pacifique (P) Blanc(he) (W) Inconnu ou non communiqué (U)

Veuillez passer à la page 2

PARTIE 2. Prestations SNAP/TA/Medicaid/FDPIR :

Si l'enfant scolarisé perçoit des prestations SNAP, Assistance temporaire en espèces (Temporary Assistance, TA) ou Distribution de nourriture sur les réserves indiennes (Food Distribution on Indian Reservation, FDPIR), indiquez son nom, entourez le programme dont il bénéficie et renseignez son numéro de DOSSIER pour ce programme. Passez ensuite à la partie 4 et signez la présente demande. Le numéro de dossier est nécessaire.

Nom : _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	N° de DOSSIER _____
Nom : _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	N° de DOSSIER _____
Nom : _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	N° de DOSSIER _____
Nom : _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	N° de DOSSIER _____
Nom : _____	SNAP	TA	Medicaid	FDPIR	N° de DOSSIER _____

PARTIE 3. Revenus bruts du foyer :

Dressez la liste de **toutes les personnes** vivant dans votre foyer, y compris les adultes, les enfants mentionnés plus haut et tout autre enfant non scolarisé. Indiquez, pour toutes les personnes percevant un revenu, le montant et la fréquence de leurs revenus (**paiement hebdomadaire, tous les quinze jours, deux fois par mois, mensuel**). Merci de renseigner impérativement les revenus. Si la personne ne perçoit pas de revenus, merci de cocher la case. Si vous avez indiqué un enfant placé plus haut, vous devez indiquer ses revenus personnels.

Nom du membre du foyer	Revenus professionnels avant déductions <i>Montant / Fréquence</i>	Pension alimentaire pour enfant ou conjoint <i>Montant / Fréquence</i>	Pensions, allocations de retraite <i>Montant / Fréquence</i>	Autres revenus <i>Montant / Fréquence</i>	Aucun revenu
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐
	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	\$ _____ / _____	☐

Veuillez passer à la page 3

PARTIE 4. Signature : Le présent formulaire de demande doit être signé par un membre adulte du foyer.

En apposant mon nom ci-dessous, je certifie que toutes les informations fournies sont vraies et exactes et que je suis disposé(e) à coopérer à tout effort pour vérifier les informations fournies. Je comprends qu'il ne s'agit pas d'une demande pour bénéficier de repas scolaires gratuits/à prix réduit, et que les informations fournies seront exclusivement utilisées pour étudier l'éligibilité de mon enfant aux prestations alimentaires Summer EBT. Je certifie également que l'enfant ou les enfants concernés par cette demande ne perçoivent pas les prestations Summer EBT dans un autre État. La présente demande est déposée en lien avec la réception du fonds fédéral. Je comprends que, si je fournis de fausses informations, mon ou mes enfant(s) peuvent ne pas être éligibles aux prestations Summer EBT et que je peux moi-même faire l'objet de poursuites en vertu des lois pénales fédérales et étatiques applicables.

Veuillez indiquer le nom du membre adulte du foyer (ou du représentant autorisé) qui remplit la présente demande, signer et fournir vos coordonnées. Les adresses postales et e-mail seront utilisées pour envoyer des informations relatives à l'éligibilité et aux cartes de prestation Summer EBT. Veuillez vérifier que les informations fournies sont complètes et lisibles.

Nom en majuscules : _____

Signature : _____

Date : _____

Adresse e-mail (facultatif) : _____

Numéro de téléphone principal : _____

Nom de la rue : _____

Numéro d'appartement/d'étage/d'unité : _____

Ville/État/Code postal : _____

INSTRUCTIONS pour bien remplir la demande de prestations Summer EBT

PARTIE 1 TOUS LES FOYERS DOIVENT RENSEIGNER LES INFORMATIONS RELATIVES AUX ENFANTS SCOLARISÉS. NE REMPLISSEZ QU’UN SEUL FORMULAIRE POUR VOTRE FOYER.

- (1) Indiquez en majuscules le nom des enfants pour lesquels vous déposez la demande, y compris les enfants placés.
- (2) Pour chaque enfant, précisez sa date de naissance, le nom sous lequel il est scolarisé et son numéro ID d’élève/étudiant. Le numéro ID d’élève/étudiant est facultatif mais peut aider à accélérer le traitement de votre demande et à y répondre de façon plus précise. Ce numéro est attribué à votre enfant par son établissement scolaire et est composé de plusieurs chiffres (9 au maximum). Si nécessaire, vous pouvez demander à l’établissement scolaire de votre enfant de vous fournir ce numéro. Pour être éligibles, les enfants scolarisés doivent fréquenter un établissement scolaire participant au programme national de déjeuners scolaires (National School Lunch Program, NSLP).
- (3) Cochez la case pour indiquer qu’un enfant est un enfant placé, fait partie d’un programme pour fugueurs, migrants ou sans domicile fixe, perçoit les prestations SNAP/TA ou Medicaid et pour répondre à la question facultative sur la race/l’ethnicité.

PARTIE 2 POUR LES ENFANTS PERCEVANT LES PRESTATIONS SNAP, TA, MEDICAID, OU FDPIR, RENSEIGNER LA PARTIE 2, PASSER LA PARTIE 3 et SIGNER LA PARTIE 4.

- (1) Indiquez le numéro de dossier actuel de tout membre de votre foyer percevant des prestations SNAP, TA, Medicaid, ou FDPIR. N'utilisez pas le numéro à 16 chiffres qui figure sur votre carte de prestations. Le numéro de dossier figure sur votre courrier d’attribution des prestations.
- (2) La PARTIE 4 du présent formulaire de demande doit être signée par un membre adulte du foyer. **PASSEZ LA PARTIE 3** si l'un des enfants possède un numéro de dossier SNAP, TA, Medicaid ou FDPIR.

PARTIES 3 & 4 TOUS LES AUTRES FOYERS DOIVENT RENSEIGNER LES PARTIES 3 ET 4 DANS LEUR INTÉGRALITÉ.

- (1) Écrivez les noms de tous les membres de votre foyer, qu’ils perçoivent ou non un revenu, en incluant vous-même, les enfants concernés par cette demande, les autres enfants, votre conjoint ou conjointe, les grands-parents et tout autre membre de la famille vivant dans votre foyer. Ajoutez une feuille supplémentaire si vous avez besoin de plus d’espace.
- (2) Écrivez le montant des revenus perçus par chaque membre du foyer avant imposition ou toute autre déduction, et précisez leur provenance (salaire, allocation, pensions ou autre comme sécurité sociale, allocations chômage, sommes perçues en liquide ou provenant d’autres sources telles que de l’épargne, des investissements, des comptes fiduciaires et d’autres ressources utilisées pour payer les repas d’un enfant). Si le revenu actuel est supérieur ou inférieur au montant habituel, indiquez le montant des revenus habituels. **Précisez la fréquence à laquelle ce montant est perçu : toutes les semaines, tous les 15 jours (ou toutes les deux semaines ou 26 fois par an), deux fois par mois (24 fois par an) ou tous les mois. Si la personne ne perçoit pas de revenus, merci de cocher la case.** Pour être éligibles, les foyers doivent respecter les directives relatives aux revenus pour les prestations Summer EBT (consultez [OTDA.ny.gov/SummerEBT](https://otda.ny.gov/SummerEBT) pour plus d’informations).
- (3) Indiquez l’adresse de votre domicile pour que nous puissions vous y faire parvenir la carte Summer EBT, le cas échéant. Si vous avez l’intention de déménager ou avez récemment déménagé hors de l’État de New York, vous devriez déposer une demande de prestations Summer EBT dans l’État où l’enfant est ou sera scolarisé à la rentrée suivant les vacances d’été.

Déclaration sur l’utilisation des informations

La loi sur les repas scolaires Richard B. Russell National School Lunch Act exige que les informations fournies dans le cadre de cette demande soient utilisées dans le but de déterminer si vous êtes éligible aux prestations Summer EBT. Nous ne pouvons valider que les formulaires qui sont entièrement renseignés. Nous sommes susceptibles de partager les informations sur votre éligibilité avec des programmes d’éducation, de santé et de nutrition pour leur permettre de vous accorder les prestations auxquelles votre foyer a droit. Les inspecteurs et la police peuvent également avoir accès à vos données pour pouvoir contrôler la bonne exécution de la législation relative aux programmes d’aide. Certains enfants peuvent bénéficier des prestations Summer EBT sans qu’il soit nécessaire de déposer une demande. Veuillez contacter votre État ou votre organisation tribale indienne (ITO) pour bénéficier des prestations Summer EBT pour un enfant placé, sans domicile fixe, migrant ou fugueur.

Déclaration de non-discrimination de l’USDA

Conformément à la loi fédérale sur les droits civils et aux réglementations et politiques du Département américain de l’agriculture (U.S. Department of Agriculture, USDA) en matière de droits civils, il est interdit à cette institution d’exercer une discrimination reposant sur la race, la couleur, l’origine nationale, le sexe (y compris l’identité de genre et l’orientation sexuelle), le handicap, l’âge, ou de se livrer à des représailles ou à des actes de rétorsion pour une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations sur le programme pourront être disponibles dans d’autres langues que l’anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d’autres moyens de communication pour obtenir des informations sur les programmes (par exemple, le braille, les gros caractères, les bandes audio, la langue des signes américaine) doivent s’adresser à l’agence étatique ou locale responsable du programme ou au centre TARGET de l’USDA au (202) 720-2600 (voix et télétype) ou contacter l’USDA via le Service de relais fédéral (Federal Relay Service) au (800) 877-8339.

INSTRUCTIONS pour bien remplir la demande de prestations Summer EBT

Pour déposer une plainte pour discrimination, la plaignante ou le plaignant doit remplir un formulaire de plainte pour discrimination du programme USDA – AD-3027 disponible en ligne sur : <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/ad-3027.pdf>, dans tous les bureaux USDA ou pouvant être obtenu par téléphone au (866) 632-9992 ou par courrier adressé à l'USDA. Le courrier doit comporter le nom de la plaignante ou du plaignant, son adresse, son numéro de téléphone ainsi qu'une description suffisamment détaillée de l'acte discriminatoire présumé pour informer la Secrétaire adjointe aux droits civils (Assistant Secretary for Civil Rights, ASCR) de la nature des faits présumés de violation des droits civils et de la date à laquelle ils ont eu lieu. Le formulaire AD-3027 rempli ou la lettre doit être envoyé(e) à l'USDA par : (1) COURRIER : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ; (2) TÉLÉCOPIE : (833) 256-1665 ou (202) 690-7442 ; ou (3) E-MAIL : program.intake@usda.gov.

Cette institution respecte les principes d'égalité des chances.

En outre, la loi de l'État de New York interdit toute discrimination reposant sur la race, les convictions religieuses, la couleur, l'origine nationale, la citoyenneté, l'orientation sexuelle, l'identité ou l'expression de genre, le statut militaire, le sexe, le handicap, la situation conjugale ou le statut de victime de violence domestique.