

CENTER/ OFFICE	INTERVIEW DATE	UNIT ID	WORKER ID	CASE TYPE	CASE NUMBER	DISTRICT	CATEGORY	LANG	NUMBER REUSE INDICATOR
CASE NAME				EFFECTIVE DATE	DISPOSITION <input type="checkbox"/> RECERTIFICATION		<input type="checkbox"/> CLOSE	REASON CODE	
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: <input type="checkbox"/> SOCIAL SERVICES DISTRICT <input type="checkbox"/> 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](http://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.

<b>SECTION 1 COCHEZ CHAQUE PROGRAMME POUR LEQUEL VOUS OU UN MEMBRE DE VOTRE FOYER SOUHAITEZ SOUMETTRE UNE RECERTIFICATION</b>		<input type="checkbox"/> Aide sociale (PA) <input type="checkbox"/> Programme d'aide de nutrition supplémentaire (SNAP) <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et SNAP <input type="checkbox"/> Medicaid (MA) et PA							
<b>SECTION 2</b>							<b>SECTION 5</b> <b>QUELLE OPTION DÉCRIT VOTRE SITUATION ?</b>  <input type="checkbox"/> Enceinte <b>1</b> <input type="checkbox"/> Victime de violence domestique <b>2</b> <input type="checkbox"/> Besoin d'établir la filiation <b>3</b> <input type="checkbox"/> Besoin des services d'aide à l'enfance <b>4</b> <input type="checkbox"/> Problème de toxicomanie/ d'alcoolisme <b>5</b> <input type="checkbox"/> Coupure du carburant ou des services publics <b>6</b> <input type="checkbox"/> Pas de logement/sans abri <b>7</b> <input type="checkbox"/> Incendie ou autre catastrophe <b>8</b> <input type="checkbox"/> Aucun revenu <b>9</b> <input type="checkbox"/> Problème médical grave <b>10</b> <input type="checkbox"/> Expulsion imminente <b>11</b> <input type="checkbox"/> Pas de nourriture <b>12</b> <input type="checkbox"/> Besoin d'une famille d'accueil <b>13</b> <input type="checkbox"/> Besoin de services de garde d'enfants <b>14</b> <input type="checkbox"/> Problèmes avec l'anglais <b>15</b> <input type="checkbox"/> Aménagements raisonnables <b>16</b> <input type="checkbox"/> Autre _____ <b>17</b>		
<b>QUELLE EST VOTRE LANGUE PRINCIPALE ?</b> <input type="checkbox"/> ANGLAIS <input type="checkbox"/> ESPAGNOL <input type="checkbox"/> AUTRE (précisez) _____			<b>VOULEZ-VOUS RECEVOIR LES AVIS EN :</b> <input type="checkbox"/> ANGLAIS UNIQUEMENT <input type="checkbox"/> ANGLAIS ET ESPAGNOL						
<b>SECTION 3</b> <b>INFORMATIONS SUR LE BÉNÉFICIAIRE</b> <b>ÉCRIVEZ LISIBLEMENT EN CARACTÈRES D'IMPRIMERIE</b>									
PRÉNOM		INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM	NOM		ÉTAT CIVIL	NUMÉRO DE TÉLÉPHONE ( ) INDICATIF RÉGIONAL		NUMÉRO DE MOBILE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 ÊTES ACTUELLEMENT SANS LOGEMENT, COCHEZ ICI <input type="checkbox"/>									
AGENCE QUI AIDE LE DEMANDEUR/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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON									
INDIQUEZ LES CHANGEMENTS SURVENUS DEPUIS VOTRE DEMANDE OU VOTRE DERNIÈRE RECERTIFICATION (par exemple, déménagement, naissance d'un enfant, revenus, etc.)									
<b>SECTION 4 – Si vous déposez une nouvelle demande d'allocations SNAP :</b> 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									

<b>SECTION 6 – INFORMATIONS SUR LE FOYER</b> – Indiquez toutes les personnes qui <i>vivent</i> 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 :			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				
					PA	SNAP	MA				SOI-MÊME								
	01																		
	02																		
	03																		
	04																		
	05																		
	06																		
	07																		
	08																		
<b>VEUILLEZ INDIQUER LES NOMS DE JEUNE FILLE OU AUTRES SOUS LESQUELS VOUS OU UNE PERSONNE DE VOTRE FOYER AVEZ PU ÊTRE CONNUS</b>		N° de ligne	ONC	PRÉNOM			INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM			NOM									
		N° de ligne	ONC	PRÉNOM			INITIALE DU DEUXIÈME PRÉNOM			NOM DE FAMILLE									
<b>SECTION 7</b>																			
QUELQU'UN A-T-IL EMMÉNAGÉ DANS VOTRE FOYER AU COURS DE L'ANNÉE DERNIÈRE ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> 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 ? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				SI OUI, INDIQUEZ-LE CI-DESSOUS.			
NOM				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				NOM				QUAND ?							
NOM				<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON				NOM				QUAND ?							
IS ANYONE SANCTIONED?		<input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO		IF YES, WHO				REASON				END DATE							
<b>NON-APPLICANT INFORMATION</b>																			
LN	FIRST NAME			LAST NAME			LEGALLY RESPONSIBLE		FOR WHOM?		CONTRIBUTION/ DEEMED INCOME		CHECK IF MEMBER OF SNAP HOUSEHOLD						
							YES	NO											
<b>NON-CITIZEN WITH SATISFACTORY IMMIGRATION STATUS INFORMATION</b>										<b>INDIVIDUAL EDUCATION</b>				<b>CONSIDER</b>					
LN	NON-CITIZEN STATUS			STATUS ADJUSTED		DATE OF ENTRY/STATUS			APPLIED FOR CITIZENSHIP		SPONSORED		LN	DEGREE RECEIVED		LN	DEGREE RECEIVED		
				YES	NO	MONT H	DAY	YEAR	YES	NO	YES	NO	01			05			
													02			06			
													03			07			
													04			08			
✓ RCA/RMA REFERRAL																			



<b>Section 9 – CITOYEN(NE)/NON-CITOYEN(NE) AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT</b>		<b>SECTION 10 – CERTIFICATION</b>		
<b>ÉNUMÉREZ TOUTES LES PERSONNES QUI SOUMETTENT UNE RECERTIFICATION OU QUI SONT TENUES DE LE FAIRE.</b>		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 <b>DEVEZ</b> 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, <b>et</b> si vous soumettez une recertification pour : <ul style="list-style-type: none"> <li>• Une aide sociale, ou</li> <li>• Le Programme d'aide de nutrition supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP), ou ;</li> <li>• Medicaid</li> </ul> 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				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
02				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
03				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
04				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
05				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
06				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
07				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> NON-CITOYEN(NE)	A	Signature X				
08				<input type="checkbox"/> CITOYEN/ NATIONAL <input type="checkbox"/> 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	
<b>CONSIDER</b>		
✓ 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 PRESSENTI	DATE DE NAISSANCE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESSENTI			NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE DU PARENT QUI N'A PAS LA GARDE, DU PARENT PRÉSUMÉ OU DU PARENT PRESSENTI
		MOIS	JOUR	ANNÉE	
A.					
B.					
C.					
D.					
E.					



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)											
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										
<b>Autres revenus</b>											
(Veuillez préciser)											

**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



Si vous effectuez une demande de recertification pour Medicaid, veuillez compléter la section suivante : <b>Déductions</b> : 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 BEAU-PARENTS/NON-CITOYENS AYANT UN STATUT D'IMMIGRATION SATISFAISANT**

Répondez à toutes les questions énumérées ci-dessous.

	OUI	NON	QUI ?
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 ?			
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 \_\_\_\_\_ Nombre d'heures de travail par mois \_\_\_\_\_

(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 \_\_\_\_\_ **1**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  MensuelleJour de la semaine où la rémunération est perçue : \_\_\_\_\_ **2**

Nom et adresse de l'employeur : \_\_\_\_\_

N° de téléphone \_\_\_\_\_

Votre employeur offre-t-il une assurance maladie ?  Oui  NonUne personne qui vit avec vous a-t-elle une assurance maladie auprès d'un employeur ?  Oui  NonQui : \_\_\_\_\_ **3**

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  NonQui : \_\_\_\_\_ **4**Est-ce que vous ou toute personne vivant avec vous avez d'autres frais liés à votre emploi ?  Oui  NonQui : \_\_\_\_\_ **5**

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



**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

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 : \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

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 \_\_\_\_\_

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	School Attendance Verification (LDSS-3708)	
	Educational Grant Worksheet	
	Child Care Statement	

NEEDED	REFERRALS	COMPLETED
	Supportive Services	

CONSIDER	YES	NO
Does anyone 18 through 49 who is attending college half-time or more meet the SNAP student eligibility requirement?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Does anyone pay for child or dependent care to attend school or training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is there a 16-19 year-old parent who does not have a high school or equivalency diploma and who is not attending school?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Is anyone in training?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are any other supportive services appropriate?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Are there any training related expenses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<b>SECTION 20 – INFORMATIONS SUR LES RESSOURCES</b>						
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 <span style="float:right">1</span>				\$		\$
Avez un ou plusieurs comptes courants <span style="float:right">2</span>						
Avez un ou plusieurs comptes d'épargne ou certificats de dépôt <span style="float:right">3</span>						
Avez un ou plusieurs comptes de caisse d'épargne <span style="float:right">4</span>						
Avez une assurance vie <span style="float:right">5</span>						
Avez un titre ou une immatriculation pour un ou plusieurs véhicules à moteur ou autres : Année _____ Marque/Modèle _____ Année _____ Marque/Modèle _____ Autre _____ <span style="float:right">6</span>						
Avez des titres, bons du Trésor, certificats ou fonds communs <span style="float:right">7</span>						
Avez des obligations d'épargne <span style="float:right">8</span>						
Avez un compte IRA, Keogh, 401(k) ou un compte de rémunération différée <span style="float:right">9</span>						
Avez un fonds d'obsèques irrévocable <span style="float:right">10</span>						
Avez un fonds d'obsèques <span style="float:right">11</span>						
Avez une concession funéraire <span style="float:right">12</span>						
Avez votre propre maison <span style="float:right">13</span>						
A des biens immobiliers, y compris des biens à revenus et biens non générateurs de revenus <span style="float:right">14</span>						
Êtes admissible à un remboursement d'impôts sur le revenu <span style="float:right">15</span>						
Avez une rente annuelle <span style="float:right">16</span>						
Êtes bénéficiaire d'une fiducie <span style="float:right">17</span>						
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 <span style="float:right">18</span>						
Avez un ou plusieurs comptes en fidéicommis <span style="float:right">19</span>						
Avez un ou plusieurs coffres de banque <span style="float:right">20</span>						
Avez des ressources autres que celles énumérées ci-dessus <span style="float:right">21</span>						
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 ? <span style="float:right">22</span>						
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 ? _____ <span style="float:right">23</span>						

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

**VEHICLE INFORMATION**

YR.	MAKE	MODEL	OWNER'S NAME	AMOUNT OWED	NADA VALUE	EXEMPT		LIEN HOLDER	ACCOUNT NO.
						YES*	NO		
				\$	\$				
				\$	\$				

\*IF EXEMPT, WHY?

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 :	<b>CONSIDER</b>	
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 : _____ Nombre de naissances prévues : _____	14				✓ 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				<b>NEEDED</b>	<b>REFERRALS</b>
Avez été impliqué(e) dans un accident de voiture ou du travail au cours de deux dernières années	18				SSI (D-CAP)	<b>COMPLETED</b>
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: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> NO			TPHI: <input type="checkbox"/> YES <input type="checkbox"/> 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)
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
							<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION 22 – LOGEMENT**

QUEL EST LE NOM DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?  
\_\_\_\_\_

QUELLE EST L'ADRESSE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

QUEL EST LE NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DE VOTRE PROPRIÉTAIRE ?  
( ) \_\_\_\_\_

	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Avez-vous ou quiconque vivant avec vous un loyer, une hypothèque ou d'autres frais de logement ?			\$
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 ?			\$

SHELTER COSTS		MONTHLY ACTUAL COST
A. Room and Board		
B. Rent		
C. Trailer Lot Rent		
D. Mortgage Payment		
1.	Principal	
2.	Interest	
3.	Property Tax (including School Tax)	
4.	Homeowner's Insurance (incl. Fire Insurance)	
5.	Taxes Included in Mortgage (Escrow Payment)	
6.	Assessments (Sewer, etc.)	
E. Total Mortgage Payment (Line 1-6)		
<b>TOTAL</b> (Lines A - E)		

REQUESTED	DOCUMENTATION	IN FILE
	Landlord Statement	
	Rent Receipt	
	Tenant of Record	
	Customer of Record	
	Voluntary Restrict	
	Mandatory Restrict	
	Subsidized Housing	
	Mortgage/Title Search	
	Section 8 Lease or Statement from Section 8 Office	
	Property Lien	
	Shelter/Utility Repayment Agreement	
<b>CONSIDER</b>		
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility and/or Fuel Restrict	
<input checked="" type="checkbox"/>	Utility Guarantee	
<input checked="" type="checkbox"/>	HEAP	
<input checked="" type="checkbox"/>	Subsidized Housing May Show Total Rent, NOT Client Amount	
<input checked="" type="checkbox"/>	Foster Care-Related Additional Allowances	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Household Composition Rules	
<input checked="" type="checkbox"/>	SNAP Aged/Disabled Indicator	
<input checked="" type="checkbox"/>	Real Property Tax Credit	
<input checked="" type="checkbox"/>	AIDS/HIV Emergency Shelter Allowance	
<input checked="" type="checkbox"/>	Property Lien	
<input checked="" type="checkbox"/>	If Shelter Expenses/Living Quarters Are Shared by More than One Household	

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		

MONTHLY EXPENSES	MONTHLY ACTUAL COST	NAME OF DEALER	ACCOUNT NUMBER	IN WHOSE NAME IS THE BILL? (CUSTOMER OF RECORD)	WHO IS THE TENANT OF RECORD?
A. Heat*					
B. Electricity (for cooking, lights, hot water)					
C. Gas (for cooking, hot water)					
D. Liquid Propane Gas					
E. Other Utilities or Expenses					
F. Air Conditioning					
G. Utility Installation Fees					
H. Sewer					
I. Trash					
J. Water					

**\*Check Primary Heat Type:**

- Natural Gas       Oil       PSC Electric       Coal  
 Kerosene       Propane       Municipal Electric       Wood       Other \_\_\_\_\_

INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES			
SECTION 23 – AUTRES FRAIS			
Indiquez si vous ou toute personne vivant avec vous soumettant une recertification :	OUI	NON	SI OUI, MONTANT
Paiement d'une pension alimentaire	1		\$
Paiement d'une pension alimentaire pour conjoint(e)	2		\$
Paiement de services de garde d'enfants	3		\$
Paiement de services de garde de personnes à charge	4		\$
Paiement de frais de scolarité, de frais d'inscription ou d'autres frais de scolarité	5		\$
Responsable de dépenses supplémentaires (par ex., paiement d'une voiture, paiement d'une l'assurance automobile, remboursement de cartes de crédit, remboursement d'autres prêts, etc.) Veuillez préciser: _____	6		\$
Est-ce que vous ou une personne vivant avec vous soumettant une recertification devez au moins quatre mois de pension alimentaire pour un enfant de moins de 21 ans ?	7	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON

HOW OFTEN PAID	LEGALLY OBLIGATED		CHILD IN SNAP HH	
	YES	NO	YES	NO



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 ? <b>8</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Êtes-vous en mesure de cuisiner ou de préparer des repas à la maison ? <b>9</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	VETERAN STATUS	VETERAN CODE	
Avez-vous (ou toute personne de votre foyer) déjà servi dans l'armée des États-Unis ? Qui ? _____ <b>10</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON			
Votre conjoint(e) a-t-il/elle déjà servi dans l'armée des États-Unis ? <b>11</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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 ? _____ <b>12</b>	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> 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 ?					
<b>STATUT DE TRANSFERT DE PROPRIÉTÉ</b>					
J'ai <input type="checkbox"/> Je n'ai pas <input type="checkbox"/> 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.**

	CONSIDER
Actual Expenses \$ <input type="text"/>	✓ Actual Expenses, including: shelter, fuel/utility costs, telephone costs, etc.
	✓ Actual Shelter
	✓ Actual Fuel/Utility Costs
	✓ Telephone Expenses
Actual Income \$ <input type="text"/>	✓ Car Expenses
	✓ Furniture/Appliance Rental
	✓ Cable TV
= Difference \$ <input type="text"/>	✓ 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](http://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](mailto: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](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 fautive 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 RÉSIDENIELLE** – 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 \$.

<b>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.</b>			
<b>SIGNATURE DU DEMANDEUR (DE LA DEMANDERESSE)</b>	<b>DATE DE SIGNATURE</b>	<b>SIGNATURE DU (DE LA) CONJOINT(E) OU DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) DES SERVICES DE PROTECTION</b>	<b>DATE DE SIGNATURE</b>
x		x	
<b>SIGNATURE DU (DE LA) REPRÉSENTANT(E) AGRÉÉ(E)</b>	<b>DATE DE SIGNATURE</b>		
x			

**NE REMPLISSEZ CE QUI SUIT 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?"

- YES** 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 전화하십시오.

যদি আপনি এই ফর্মটি ই-ইলেক্ট্রনিক পথে চালাতে চান তবে ১-৮০০-৩৬৭-৮৬৮৩ 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

<b>1</b>	<b>Are you a U.S. citizen?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> , do not complete this form	<b>2</b>	<b>A) Will you be 18 years old on or before election day?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> <b>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?</b> <input type="checkbox"/> <b>YES</b> <input type="checkbox"/> <b>NO</b> If you answered <b>NO</b> to both of the prior questions, you cannot register to vote.	<b>For Board Use Only</b>
<b>3</b>	Last Name _____ First Name _____		Middle Initial _____ Suffix _____	
<b>4</b>	Address where you live (do not give P.O. box) _____ Apt. No. _____		City/Town/Village _____ Zip Code _____	County _____
<b>5</b>	Address where you get your mail (if different than above) _____		Post Office _____	Zip Code _____
<b>6</b>	Date of Birth _____	Gender (optional) <b>7</b> _____	Telephone (optional) <b>8</b> _____	Email (optional) _____
<b>10</b>	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) _____		
<b>11</b>	<b>Political Party</b> <b>I wish to enroll in a political party</b> <input type="checkbox"/> Democratic party <input type="checkbox"/> Republican party <input type="checkbox"/> Conservative party <input type="checkbox"/> Working Families party <input type="checkbox"/> Other _____		<b>12</b>	<b>ID Number</b> (Check the applicable box and provide your number) <input type="checkbox"/> New York State DMV number _____ <input type="checkbox"/> Last four digits of your Social Security number _____ <input type="checkbox"/> I do not have a New York State DMV or Social Security number
	<input type="checkbox"/> I do not wish to enroll in any political party and wish to be an independent voter <input type="checkbox"/> No party		<b>Affidavit: I swear or affirm that</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• I am a citizen of the United States.</li> <li>• I will have lived in the county, city or village for at least 30 days before the election.</li> <li>• I will meet all requirements to register to vote in New York State.</li> <li>• This is my signature or mark on the line below.</li> <li>• 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.</li> </ul>	
			Signature or Mark in ink _____	Date _____ / _____ / _____

## (Optional) Register to donate your organs and tissues



Last Name _____	
First Name _____	Middle Initial _____ Suffix _____
Address _____	
Apt Number _____	City/Town/Village _____ Zip Code _____
Birth Date _____	Gender <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> 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](http://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.