

Salaire indiqué : _____
 Initiales du gestionnaire : _____
 DHR/FIA 97-11-A Petit formulaire
 Initiales de l'éditeur : _____

Demande d'assistance

C. Indiquez le nom des personnes enceintes : _____ / _____
 _____ / _____
 NOM DATE D'ACCOUCHEMENT NOM DATE D'ACCOUCHEMENT

D. Indiquez le nom des personnes handicapées : _____ / _____
 _____ / _____
 NOM TYPE DE HANDICAP NOM TYPE DE HANDICAP

E. De quel type d'assistance bénéficiez-vous à présent (vous ou un membre de votre foyer) ? De quel type d'assistance bénéficiez-vous auparavant (vous ou un membre de votre foyer) ?

Sous quel nom : Type d'assistance:
 1. _____ 1. _____
 2. _____ 2. _____
 3. _____ 3. _____

Sous quel nom : Type d'assistance
 1. _____ 1. _____
 2. _____ 2. _____
 3. _____ 3. _____

F. Quel type de revenu allez-vous ou espérez-vous recevoir ce mois-ci ? _____ Type \$ _____ Montant.
 _____Aucun

G. Occupez-vous un emploi (vous ou les membres de votre famille) ? _____ OUI _____NON

H. De quel type d'assistance avez-vous besoin à présent ? (Choisissez les options souhaitées)
 _____ Prestations en espèces
 _____ Services de soins aux enfants
 _____ Assistance médicale
 Avez-vous des factures impayées au cours de ces 3 derniers mois ? _____ OUI _____NON
 _____ Coupons alimentaires

I. Etes-vous touché(e) par l'un de ces problèmes ?
 _____ Coupure d'électricité _____ Pas de chauffage
 _____ Expulsion ou saisie _____ Pas de nourriture
 _____ Aucun endroit où vivre _____ Impossible de payer les soins pour mon enfant
 _____ Autre : *veuillez préciser* _____

J. Avez-vous (vous ou un membre de votre foyer) reçu de l'aide de la part d'un autre État que celui du Maryland ? _____ OUI _____NON
 Si oui : Lequel _____ Quand _____

Le département de l'Agriculture des États-Unis interdit toute discrimination envers ses clients, employés et candidats à l'emploi basée sur la race, la couleur de peau, la nationalité, l'âge, le handicap, le sexe, le genre, l'appartenance religieuse, les représailles et, le cas échéant, les convictions politiques, le statut matrimonial, le statut familial ou parental, l'orientation sexuelle ou le montant intégral ou partiel des revenus d'un individu attribué par l'un des programmes publics d'assistance, ou les informations génétiques protégées dans le cadre de l'emploi ou dans tout programme ou dans toute activité géré(e) ou financé(e) par le département. (Les critères d'interdiction ne s'appliquent pas tous aux programmes ou activités professionnelles).

Si vous souhaitez formuler une plainte pour discrimination dans le cadre du Programme de protection des droits civils, veuillez remplir le [formulaire de plainte du Programme de discrimination USDA](http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html) que vous trouverez en ligne à l'adresse suivante : http://www.ascr.usda.gov/complaint_filing_cust.html, ou en vous rendant dans les locaux du département de l'Agriculture des États-Unis, ou en téléphonant au (866)632-9992 afin de demander le formulaire. Veuillez envoyer le formulaire dûment rempli ou une lettre par voie postale à l'adresse suivante U.S. Department of Agriculture, Director, Office of Adjudication, 1400 Independence Avenue, S.W., Washington, D.C 20250-9410, par fax (202)690-7442 ou par e-mail program.intake@usda.gov.

Les personnes sourdes ou malentendantes ou souffrant de troubles de la parole peuvent contacter le département de l'Agriculture des États-Unis par le biais du Relais téléphonique fédéral au (800) 877-8339 ; ou au (800) 845-6136 (Espagnol).

Pour toute autre information concernant le Programme d'assistance alimentaire supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program - SNAP), vous pouvez contacter soit les services téléphoniques du département de l'Agriculture au (800) 221-5689, où les opérateurs parlent également espagnol soit appeler les services d'information du Maryland au [1-800-332-6347](tel:1-800-332-6347).

Le département de l'Agriculture des États-Unis offre les mêmes services et opportunités à tous.

K. Est-ce qu'une personne souhaitant participer au Programme de santé des enfants du Maryland bénéficie d'une assurance santé par le biais de son employeur ?

_____ OUI _____NON

L. Est-ce qu'une personne de votre foyer souhaitant participer au Programme de santé des enfants du Maryland a cessé de bénéficier de l'assurance par le biais de son employeur au cours des 6 derniers mois ?

_____ OUI _____NON

Vous avez le droit de bénéficier immédiatement du programme SNAP/Programme alimentaire supplémentaire en indiquant votre nom, adresse et en apposant votre signature sur le coupon figurant en haut du présent document. Les aides vous seront versées à compter de la date de réception de ce formulaire. Vous recevrez immédiatement vos coupons alimentaires si vous remplissez l'une des conditions suivantes ;

- Le montant du loyer ou du remboursement hypothécaire de votre foyer et le montant des services sont supérieurs aux revenus et ressources de votre foyer.
- Le revenu brut de votre foyer est inférieur à 150\$, et le montant de vos ressources, comme votre compte courant ou votre compte épargne, est inférieur à 100\$.
- Les membres de votre foyer travaillent en tant qu'employés agricoles saisonniers.

Si, après étude de votre dossier, il s'avère que vous pouvez immédiatement bénéficier des coupons alimentaires, nous ferons le nécessaire afin que ces derniers vous soient attribués dans les sept (7) jours à compter de la date de signature du présent formulaire.