



OFFICE OF ECONOMIC  
SELF-SUFFICIENCY  
MYFLFAMILIES.COM

**Demande**

**Avez-vous une raison qui rend difficile le fait de vous rendre à notre bureau pour un entretien?**

- Maladie  Transport  Travail ou formation  Réside dans une région rurale  
 S'occupe d'un membre du foyer malade ou invalide  Autre (expliquez) :



Timbré le : \_\_\_\_\_

Numéro du cas : \_\_\_\_\_

**Je voudrais faire une demande pour :**  Aide alimentaire  Argent  Parent prestataire de soins  OSS/Supplément optionnel de l'État  Aide Médicale  Dispense Medicaid/Services à domicile et en milieu communautaire  Centre de soins palliatifs  Soins en maison de soins infirmiers – Adresse de résidence avant de rentrer en maison de soins infirmiers :

Bienvenue au Ministère des enfants et de la famille de Floride (DCF). **Si vous avez besoin d'aide pour remplir cette demande ou si vous avez besoin de services d'interprétation, veuillez communiquer avec ACCESS Florida au 1-866-762-2237.** Nous avons besoin au moins de votre nom, votre adresse et d'une signature. Le traitement commence le jour où nous recevons votre demande. Les membres du ménage n'ayant pas droit aux prestations ou qui n'en font pas la demande peuvent être désignés comme non-demandeurs. Les non-demandeurs ou les personnes qui ne font pas de demande pour l'assurance-maladie d'urgence, l'aide financière aux réfugiés ou l'aide médicale aux réfugiés ne sont **PAS** tenus de fournir un numéro d'assurance sociale (NAS). Si vous n'avez pas droit à un NAS en raison de votre statut d'immigrant, vous pouvez avoir droit à un NAS de non-emploi pour bénéficier des avantages sociaux qui en nécessitent un. Si vous avez besoin d'un NAS, nous pouvons vous aider à en faire la demande. Les non-demandeurs ne sont **PAS** obligés de fournir une preuve de leur statut d'immigrant. Les non-citoyens qui font une demande de prestations devront faire vérifier leur statut d'immigrant par les United States Citizenship and Immigration Services (USCIS). Nous ne déclarerons pas aux USCIS le statut d'immigrant des personnes vivant sous votre toit qui ne font pas de demande de prestations. En aucun cas, les personnes qui ne font pas de demande de prestations ne seront signalées comme ne résidant pas légalement aux États-Unis. Si vous remplissez cette demande pour quelqu'un d'autre, répondez aux questions en tenant compte de leur situation.

**AIDE ALIMENTAIRE ACCÉLÉRÉ** – Les ménages y ayant droit peuvent recevoir des prestations d'aide alimentaire dans les 7 jours

Le revenu brut de votre ménage est-il inférieur à 150 \$?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Devez-vous payer pour chauffer ou climatiser votre habitation?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Le total de vos actifs liquides (tels que l'argent liquide, les comptes bancaires, etc.) est-il inférieur à 100 \$?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Quel est le montant mensuel de votre loyer ou de votre remboursement de prêt hypothécaire?	\$ _____
Le revenu brut mensuel de votre ménage plus le total de vos actifs liquides est-il inférieur à votre loyer ou remboursement de prêt hypothécaire mensuel plus les dépenses de services publics?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Est-ce que vous avez récemment arrêté de percevoir la totalité des revenus de votre ménage? <b>Si oui, QUAND?</b>	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Vérifiez les factures que vous payez : <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Gaz <input type="checkbox"/> Eau <input type="checkbox"/> Eaux usées <input type="checkbox"/> Téléphone	Quelqu'un dans votre ménage est-il ouvrier agricole migrant ou saisonnier? <b>Si oui, QUI?</b>		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**RENSEIGNEMENTS SUR LE DEMANDEUR**

Nom : Prénom	Second prénom	Nom	Numéro de téléphone domicile ou pour laisser un message :	Adresse électronique :
Adresse du domicile : Rue	Apt. N°	Ville	État	Code postal
Adresse à laquelle vous recevez le courrier (si elle est différente de l'endroit où vous résidez) : Rue/Boîte Postale.			Ville	État
			Code postal	Numéro de téléphone au travail :
				Numéro de cellulaire :

**INFORMATIONS POUR TOUS LES PROGRAMMES**

Quelqu'un dans votre maison fuit-il la loi en raison d'un crime ou d'une violation des conditions de probation ou d'une inobservation des conditions de libération conditionnelle?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?	Quelqu'un dans votre maison a-t-il été reconnu coupable d'un crime de trafic de stupéfiants?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?	Quelqu'un dans votre maison a-t-il déjà été reconnu coupable de recevoir une aide alimentaire, une aide financière temporaire ou Medicaid dans plus d'un État à la fois?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?
Quelqu'un dans votre maison a-t-il vendu ou donné des biens ou des actifs au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?	Quelqu'un dans votre maison a-t-il quitté un emploi au cours des 60 derniers jours ou quelqu'un est-il en grève?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?	Quelqu'un dans votre maison a-t-il reçu de la nourriture, de l'argent ou de l'aide médicale d'un autre État ou d'une autre source au cours des 30 derniers jours?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, qui?

**PROTOCOLE D'ACCORD**

J'ai bien compris que les renseignements que je fournis avec cette demande, un entretien, ou lors de la demande d'autres avantages sociaux, y compris le rapprochement d'informations sur ordinateur avec d'autres organismes, sont assujettis à une vérification du DCF et d'autres organismes fédéraux et d'État, notamment celui chargé de la fraude à l'assistance publique (PAF). Je comprends et j'accepte les suivantes: DCF, Public Assistance Fraud (PAF) et les organismes fédéraux autorisés peuvent vérifier les informations que je fournis dans le présent formulaire, entretien, ou lors de la demande d'autres avantages sociaux. Les informations peuvent être obtenues auprès de mes employeurs passés ou présents. Ma signature autorise la divulgation de ces informations au DCF et/ou au PAF. Comme condition de participation à Medicaid, je consens à l'examen et à la divulgation de tous les dossiers médicaux jugés nécessaires par Medicaid sous son contrôle et pouvoirs d'enquête. Si certaines informations sont erronées, les prestations peuvent être réduites ou refusées et je peux l'objet l'objet de poursuites pénales ou être exclu(e) du programme pour avoir fourni sciemment des renseignements inexacts ou faux ou bien pour avoir dissimulé des informations. J'ai lu mes droits et responsabilités. Je certifie, sous peine de parjure que les informations sur le présent formulaire sont véridiques au mieux de ma connaissance, y compris le statut de citoyen ou de non-citoyen des personnes demandant des prestations. Par la présente, j'accuse réception du CFOP 60-17, Chapitre 1, Annexe 2 de la Politique du DCF de Floride relative à la gestion et à la protection des informations personnelles sur la santé.

**SIGNATURES**

Signature d'un membre adulte du ménage \_\_\_\_\_ Date de la signature \_\_\_\_\_

Signature d'un témoin si la signature est un "X" \_\_\_\_\_

Représentant autorisé/désigné - Nom en lettres moulées, adresse et téléphone \_\_\_\_\_

Signature du représentant autorisé/désigné \_\_\_\_\_

**La demande continue page 3. Veuillez fournir autant d'informations que vous le pouvez pour nous aider à déterminer rapidement si vous avez droit aux prestations.**

**RÉSERVÉ UNIQUEMENT À L'USAGE DU BUREAU**

Nom et numéro de téléphone du participant au site d'accès communautaire :

Timbré le : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LE MÉNAGE** : si vous avez besoin d'espace supplémentaire dans les sections suivantes, veuillez utiliser des feuilles supplémentaires. Veuillez fournir autant d'informations que vous le pouvez pour nous aider à déterminer rapidement si vous avez droit aux prestations.

Établissez la liste incluant vous-même et tous ceux qui vivent sous votre toit même si vous ne faites pas de demande pour eux. Si vous ne faites pas de demande pour un membre, vous n'avez pas à indiquer son NAS ou son statut de citoyenneté. Si vous résidez dans une maison de soins infirmiers ou dans d'autres types d'institutions, incluez dans la liste vous-même, votre conjoint(e) et les personnes à charge.

**RENSEIGNEMENTS OPTIONNELS - ETHNICITÉ** : A = Hispanique ou latinophone; B = Non hispanique ou non-latinophone

**RACE** : vous pouvez choisir un ou plusieurs numéros : 1 - Indien d'Amérique ou natif de l'Alaska, 2 - Asiatique, 3 - Noir ou Afro-Américain, 4 - Autochtone Hawaïen, 5 - Blanc

**Section A - Établissez la liste de tous les adultes résidant à votre adresse**

Nom et prénom officiels, second prénom	Lien de parenté avec vous	Vous voulez faire une demande?	Sexe	Numéro d'assurance sociale (voir les instructions ci-dessus)	Date et lieu de naissance	Citoyen des États-Unis	Ethnicité (voir ci-dessus)	Race (Voir ci-dessus)	Statut matrimonial	Va à l'école/ Nb heures/semaine/ Dernière classe suivie	Achète des aliments et se nourrit avec vous
	AUTONOME	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre d'heures par semaine : _____ Dernière classe suivie : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre d'heures par semaine : _____ Dernière classe suivie : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre d'heures par semaine : _____ Dernière classe suivie : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Nombre d'heures par semaine : _____ Dernière classe suivie : _____	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Section B - Établissez la liste de tous les enfants vivant à votre adresse. Si l'un d'entre eux est enceinte, indiquez « non encore né » comme nom et la date de naissance prévue.**

Nom et prénom officiels, second prénom	Lien de parenté avec vous	Vous voulez faire une demande?	Sexe	Numéro d'assurance sociale (voir les instructions ci-dessus)	Date et lieu de naissance	Citoyen des États-Unis	Ethnicité (voir page 2)	Race (voir page 2)	Enfant de moins de 5 ans vacciné	Va à l'école/ Nom de l'école	Date prévue d'obtention du diplôme	Achète des aliments et se nourrit avec vous
Enfant 1  Aimeriez-vous que cet enfant bénéficie de services d'examen de santé pour enfants? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nom de l'école :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 2  Aimeriez-vous que cet enfant bénéficie de services d'examen de santé pour enfants? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M			<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, nom de l'école :		<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Enfant 3	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, nom de l'école :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
Enfant 4	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	<input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	N° USCIS	<input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si oui, nom de l'école :	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

**Medicaid : pour les enfants de moins de 16 ans, s'il n'y a aucune autre preuve d'identité disponible comme par exemple un dossier scolaire ou une pièce d'identité avec photo, lisez et signez ci-dessous :**  
**Je certifie, sous peine de parjure, que tous les enfants qui sont énumérés ci-dessus sont bien ce que je prétends qu'ils soient.**

Signature \_\_\_\_\_

Section C - Renseignements sur les parents absents : fournissez les informations suivantes pour chaque enfant de la section B dont la mère et/ou le père n'est pas à la maison.										
Enfant 1	Mère			Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence (voir p. 2)	
	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance de la mère	Numéro de téléphone de la mère		Renseignements sur l'assurance médicale		
	Nom de l'employeur de la mère			Adresse de l'employeur :			Assureur (Nom) :		Police (Numéro) :	
	Nom de l'employeur de la mère			Adresse de l'employeur :			N° de téléphone de l'employeur :			
	Père			Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence (voir p. 2)	
Enfant 1	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance du père	Numéro de téléphone du père		Renseignements sur l'assurance médicale		
	Nom de l'employeur du père			Adresse de l'employeur :			Assureur (Nom) :		Police (Numéro) :	
	Nom de l'employeur du père			Adresse de l'employeur :			N° de téléphone de l'employeur :			
	Mère			Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence (voir p. 2)	
	Enfant 2	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance de la mère	Numéro de téléphone de la mère		Renseignements sur l'assurance médicale	
Nom de l'employeur de la mère			Adresse de l'employeur :			Assureur (Nom) :		Police (Numéro) :		
Nom de l'employeur de la mère			Adresse de l'employeur :			N° de téléphone de l'employeur :				
Père			Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence (voir p. 2)		
Enfant 2		Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance du père	Numéro de téléphone du père		Renseignements sur l'assurance médicale	
	Nom de l'employeur du père			Adresse de l'employeur :			Assureur (Nom) :		Police (Numéro) :	
	Nom de l'employeur du père			Adresse de l'employeur :			N° de téléphone de l'employeur :			

<b>Enfant 3</b>	<b>Mère</b>		Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence
	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance de la mère	Numéro de téléphone de la mère	Renseignements sur l'assurance médicale	
	Nom de l'employeur de la mère		Adresse de l'employeur :		Assureur (Nom) :	Police (Numéro) :		N° de téléphone de l'employeur :
	<b>Père</b>		Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence
	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance du père	Numéro de téléphone du père	Renseignements sur l'assurance médicale	
	Nom de l'employeur du père		Adresse de l'employeur :		Assureur (Nom) :	Police (Numéro) :		N° de téléphone de l'employeur :
<b>Enfant 4</b>	<b>Mère</b>		Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence
	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance de la mère	Numéro de téléphone de la mère	Renseignements sur l'assurance médicale	
	Nom de l'employeur de la mère		Adresse de l'employeur :		Assureur (Nom) :	Police (Numéro) :		N° de téléphone de l'employeur :
	<b>Père</b>		Nom du parent absent et dernière adresse connue		Date de naissance	Numéro d'assistance sociale	Race	Motif d'absence
	Est-ce le parent légitime de l'enfant? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Voulez-vous des services d'exécution des pensions alimentaires pour enfants si vous n'êtes pas approuvé pour recevoir des prestations? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		Lieu de naissance du père	Numéro de téléphone du père	Renseignements sur l'assurance médicale	
	Nom de l'employeur du père		Adresse de l'employeur :		Assureur (Nom) :	Police (Numéro) :		N° de téléphone de l'employeur :

<b>Section D - Informations générales : répondez aux questions suivantes concernant les personnes mentionnées dans les sections A et B qui présentent une demande d'assistance.</b>			
1. Chacune de ces personnes réside-t-elle dans l'État de Floride?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Si non, quelles sont celles n'y résidant pas?
2. Y a-t-il une personne enceinte dans le ménage?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Date prévue de la naissance : Nb de bébés prévus :
3. Quelqu'un a-t-il assisté à une conférence de l'école pour l'un quelconque des enfants ayant entre 6 et 18 ans?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Quand?
4. Quelqu'un ou un de ses parents (si c'est encore un enfant) ou son(sa) conjoint(e) décédé(e) (le cas échéant) a-t-il servi dans l'armée des États-Unis?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Quand?
5. Quelqu'un dans votre ménage est-il un non-citoyen parrainé?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
6. Y a-t-il une personne vivant dans un environnement spécial comme un refuge pour sans-abri, un centre de traitement de la toxicomanie, une maison de soins infirmiers, une résidence-services, un foyer d'accueil pour adultes, un établissement fournissant des services de soins de santé mentale à domicile, ou un autre établissement?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Nom et type de l'établissement:
7. Quelqu'un est-il un enfant en famille d'accueil?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
8. Y a-t-il des enfants dont les capacités à faire ce que la plupart des enfants du même âge peuvent faire sont limitées ou inexistantes?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
9. Y a-t-il des enfants ayant besoin d'un traitement spécial, comme la physiothérapie, l'ergothérapie ou l'orthophonie, ou bien un traitement ou des conseils pour des problèmes d'ordre affectif, social ou comportemental?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
10. Y a-t-il des enfants ayant besoin ou utilisant davantage de soins médicaux, de santé mentale ou de services éducatifs que la normale pour la plupart des enfants du même âge?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
11. Si vous faites une demande de services de type soins infirmiers à domicile, avez-vous un enfant (quel que soit son âge) vivant sous votre toit qui soit aveugle ou handicapé?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Quel est son lien de parenté avec vous?
12. Quelqu'un a-t-il été déclaré handicapé par la Sécurité Sociale ou l'État de Floride?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?
13. Quelqu'un revendique-t-il le statut de handicapé, n'ayant pas déjà été déclaré handicapé par la Sécurité Sociale ou l'État de Floride?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?

14. Quelqu'un s'est-il vu refuser le Supplemental Security Income (SSI) au cours des 90 derniers jours?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?	Quand?
15. Y a-t-il quelqu'un dans votre ménage ayant besoin d'aide pour le paiement de primes d'assurance -maladie ou de frais médicaux sur les trois (3) derniers mois?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?	
16. Y a-t-il quelqu'un à qui l'on a refusé le statut de personne handicapée et qui soit dans un nouvel état pathologique non reconnu par l'Administration de la Sécurité sociale?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?	
17. Y a-t-il quelqu'un dans votre ménage qui soit victime de traite de personnes (les victimes de traite de personnes sont des personnes prises, gardées ou déplacées par la force ou la fraude à des fins d'exploitation sexuelle ou de travail forcé)?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?	

**Section E - Actifs et Assurance :** si vous avez besoin d'espace supplémentaire dans les sections suivantes, veuillez utiliser des feuilles supplémentaires.

1. Y a-t-il quelqu'un pour qui vous faites une demande et qui possède tout ou partie d'actifs tels que : véhicules, comptes bancaires, comptes bénéficiant d'un abri fiscal, biens, certificats de dépôt (CD), argent liquide, obligations hypothécaires, billets à ordre, prêts, IRA, 401K, obligations, rentes, actions, biens immobiliers, domaines viagers, fiducies, plans Keogh, contrats de village-retraite de soins de longue durée ou de communauté de soins à vie, contrats d'indemnités funéraires/concession de terrain, services funéraires prépayés, obligations d'épargne ou certificats, fonds de commerce, importantes sommes d'argent reçues dans les 3 derniers mois, assurance santé/soins de longue durée/vie/auto, OSSI, assurance-maladie ou supplément de rémunération relatif à l'assurance-maladie, etc.? Inclure les actifs/assurances des parents des demandeurs d'enfants mineurs résidant au même domicile et des actifs/assurances des conjoints des demandeurs s'ils résident au même domicile.  OUI  NON Si oui, énumérez ci-dessous :

**INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES BÉNÉFICIAIRES D'UNE RENTE :** conformément aux articles 109 à 171 du droit public, les personnes (et leurs conjoints) qui demandent ou bénéficient de régimes de soins en établissement Medicaid (soins infirmiers à domicile), de programmes de soins palliatifs, de dispense de soins à domicile et en milieu communautaire, ou bien du programme de soins tout compris pour les personnes âgées doivent énumérer toutes les rentes dont elles sont bénéficiaires. L'achat de certaines rentes (ou d'autres opérations) effectués à compter du 01/11/2007 sera considéré comme un transfert d'actif inférieur à sa juste valeur marchande à moins que la rente ne nomme l'État de Floride, l'organisme pour l'administration des soins de santé, comme premier bénéficiaire résiduel (ou second bénéficiaire résiduel après le conjoint communautaire ou l'enfant mineur ou handicapé) pour le montant total des fonds Medicaid versés au nom du bénéficiaire de Medicaid.

Particulier	Type d'actif ou d'assurance	Véhicules Année, Marque, Modèle	Montant de la créance sur le véhicule/le bien	Localisation de l'actif/assurance Nom et adresse de la banque/société	N° de compte ou N° d'identification d'assurance	Montant ou valeur

2. Parmi ceux énumérés ci-dessus, y a-t-il des actifs mis de côté pour couvrir les frais d'inhumation?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Lesquels?	Pour quel montant?
3. Quelqu'un a-t-il fermé des comptes bancaires ou liquidé d'autres investissements, ajouté une personne quelconque au titre de propriété d'un actif, cédé des actifs ou des biens, ou liquidé des actifs supérieurs à 3 000 \$ pour acheter un autre bien ou service au cours des 5 dernières années?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Concernant quoi?	Quand? Valeur?

**Section F - Revenu**

1. Quelqu'un, parmi les personnes pour lesquelles vous faites une demande, a-t-il reçu un type quelconque de revenu à titre de salaires, pourboires, travail à son compte, sécurité sociale/retraite de chemin de fer ou invalidité, SSI, autre invalidité, revenu d'ancien combattant, retraite, fonction publique, chômage, pension alimentaire pour enfants, pension alimentaire, dividendes, intérêts, allocation, argent d'une autre personne, rente, loyer, indemnisation des travailleurs, succession/fiducie, aide publique, subventions, bourses, prêts étudiants, paiement de réparations, allocations de formation, etc. (inclure les revenus des parents vivant au domicile avec des demandeurs enfants mineurs et les revenus des conjoints et personnes à charge des demandeurs, s'ils vivent au domicile)?  OUI  NON Si oui, énumérez ci-dessous :

Particulier	Type de revenu	Nom de l'employeur ou source de revenu	Numéro de téléphone de l'employeur	Montant mensuel avant déductions	Fréquence de perception (hebdomadaire /bimensuelle/mensuelle)	Jour de paie (jour de la semaine)	Nb d'heures de travail hebdomadaire

2. Le revenu d'une personne quelconque dans le ménage s'est-il arrêté au cours des 60 derniers jours?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Quand?	Source?			
3. Quelqu'un dans votre ménage reçoit-il un revenu supplémentaire provenant de la source qui a pris fin?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui? Quand?	Montant brut (avant déductions) reçu ce mois-ci seulement? \$			
4. Quelqu'un a-t-il une demande en instance concernant la sécurité sociale ou des indemnités de chômage?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Qui?	Quelles prestations?			
5. Des dépôts ont-ils été effectués sur des fonds à revenu fixe ou sur des fiducies de type Miller au cours de l'un des 3 derniers mois?	<input type="checkbox"/> OUI	<input type="checkbox"/> NON	Les fiducies de qui?	Date(s) et montant(s) des dépôts :			

**Section G - Frais**

1. Quelqu'un, parmi les personnes pour lesquelles vous faites une demande, est-il tenu de régler des frais tels que : loyer, hypothèque, impôt foncier, assurance habitation, frais de copropriété/entretien, gaz, électricité, carburant, LIHEAP, factures médicales, y compris, mais sans toutefois s'y limiter, ordonnances, verres optiques, transport, visites chez le médecin, dentiste, produits de santé, hospitalisation ou primes d'assurance ou d'assurance-maladie non couvertes par une assurance ou par une autre tierce partie, téléphone, garde de jour (enfants), ou bien pension alimentaire ordonnée par un tribunal pour un enfant n'appartenant pas à votre ménage? Inclure les dépenses de parents d'enfants mineurs demandeurs résidant au même domicile et les dépenses des conjoints des demandeurs le(la conjoint(e) résidant au même domicile.  OUI  NON Si oui, énumérez ci-dessous :

Type de frais	Qui est tenu de régler ces frais	S'il s'agit de frais médicaux, qui a bénéficié du service médical?	Montant mensuel	Réglé à qui	Date de paiement	Encore des montants dus?	Uniquement pour les pensions alimentaires pour enfants ordonnées par un tribunal, nom de l'enfant pour lequel la pension est versée
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	
						<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	

2. Comment chauffez-vous ou climatisez-vous votre habitation?  
 3. Quelqu'un vous aide-t-il à payer les frais?  OUI  NON Si oui, expliquez :

**VOUS POUVEZ BÉNÉFICIER DE TAUX RÉDUIT DE TÉLÉPHONE**

Cochez OUI si vous souhaitez que le DCF divulgue votre nom, NAS, numéro de téléphone et le fait que vous recevez une aide alimentaire, une aide financière temporaire ou Medicaid à la compagnie de téléphone locale afin que vous puissiez bénéficier d'un taux réduit de téléphone par le biais du programme Lifeline.  OUI  NON

**NOTIFICATION DES PÉNALITÉS**

Vous pouvez faire l'objet de poursuites judiciaires pour avoir sciemment fourni des renseignements inexacts pour recevoir des prestations d'aide publique.

## VOUS POUVEZ FAIRE UNE DEMANDE D'INSCRIPTION POUR VOTER ICI

Si vous n'êtes pas inscrit(e) pour voter où vous résidez maintenant, aimeriez-vous vous inscrire pour voter ici aujourd'hui? Cochez OUI si vous souhaitez faire une demande d'inscription pour voter ou mettre à jour vos informations d'inscription. Si vous cochez la case NON ou si vous ne cochez pas de case, vous serez considéré(e) comme ayant décidé de ne pas faire de demande d'inscription pour voter ou mettre à jour vos informations d'inscription. Cocher OUI, NON ou laisser cette question en blanc n'affectera pas le versement de vos prestations.  OUI  NON

### NOTIFICATION DE DROITS

**Aide :** si vous souhaitez de l'aide pour remplir votre demande d'inscription pour voter, nous vous aiderons. La décision relative à la recherche ou à l'acceptation d'aide reste la vôtre. Vous pouvez remplir en privé le formulaire d'inscription pour voter.

**Avantages sociaux :** si vous demandez de l'aide publique provenant de cet organisme, si vous faites une demande d'inscription, ou bien si vous refusez de vous inscrire pour voter, cela n'affectera pas le montant de l'aide que cet organisme vous apportera.

**Protection de la vie privée :** votre décision de ne pas vous inscrire ou de ne pas mettre à jour votre dossier et le lieu où vous faites votre demande d'inscription ou la mise à jour de votre dossier d'inscription pour voter sont confidentiels et ne peuvent être utilisés qu'à des fins d'inscription pour voter.

**Plainte formelle :** si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de faire une demande d'inscription pour voter ou de refuser de s'inscrire pour voter, à votre droit à la vie privée en décidant ou non de vous inscrire pour voter, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou d'autres préférences politiques, vous pouvez déposer une plainte auprès de : Florida Secretary of State, Division of Elections, NVRA Administrator, R.A. Gray Building, 500 S. Bronough Street, Tallahassee, Florida 32399-0250. Des formulaires pour le dépôt d'une plainte sont disponibles sur le site <http://election.dos.state.fl.us/nvra/index.shtml> ou en appelant le 1-850-245-6200.

[Loi faisant autorité : National Voter Registration Act (42 U.S.C. 1973 gg); ss. 97.023, 97.058 and 97.0585, F.S.]

### OBLIGATIONS DE DÉCLARATION

Vous devez signaler au DCF tout changement dans votre situation selon les exigences du programme. Les ménages percevant une aide alimentaire sont tenus de signaler tout changement entraînant une augmentation des prestations et si les revenus mensuels du ménage sont supérieurs au plafond de revenus bruts selon la taille du ménage pour recevoir une aide alimentaire. Les ménages bénéficiaires de Medicaid ou d'une aide financière temporaire doivent continuer à signaler dans les 10 jours les changements qui pourraient affecter leurs droits aux prestations.

### INFORMATIONS IMPORTANTES POUR LES IMMIGRANTS

Demander ou recevoir des prestations d'aide alimentaire ou Medicaid n'affectera ni votre statut d'immigrant ou celui des membres de votre famille ni votre capacité à obtenir le statut de résident permanent (carte verte). Le fait de recevoir une aide financière temporaire ou des soins en établissement à long terme tels que des soins en maison de soins infirmiers pourrait créer des problèmes pour obtenir ce statut, en particulier si les avantages sociaux représentent le seul revenu de votre famille.

### DÉCLARATION DE NON-DISCRIMINATION DU MINISTÈRE DES ENFANTS ET DE LA FAMILLE DE FLORIDE

Nul ne peut, sur la base de la race, la couleur, la religion, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap, être exclu de prendre part aux avantages sociaux, se voir refuser ou être soumis à une discrimination illégale au titre de tout programme visant à recevoir ou bénéficier d'une aide financière fédérale et administrée par le ministère. Pour déposer une plainte en alléguant des infractions à cette politique, veuillez communiquer avec : Office of Civil Rights, Florida Department of Children and Families, 1317 Winewood Boulevard, Building 1, Room 101, Tallahassee, Florida 32399-0700, ou bien appeler le 1-850-487-1901, ou bien par ATS le 1-850-922-9220.

**NOTIFICATION DES PÉNALITÉS - Aide alimentaire :**

Si vous êtes reconnu(e) coupable (par un tribunal d'État ou fédéral ou une audition donnant lieu à une exclusion administrative, ou bien après signature d'une renonciation à l'audition) d'avoir intentionnellement fait une déclaration fausse ou trompeuse, en dissimulant ou en omettant de signaler des faits pour recevoir ou tenter de recevoir une aide alimentaire ou en commettant tout acte violant la Food and Nutrition Act, les règlements concernant l'aide alimentaire ou toute autre loi de l'État à des fins d'utilisation, de présentation, de transfert, d'acquisition, de réception ou de possession de prestations d'aide alimentaire, vous serez exclu(e) du bénéfice des prestations. Vous n'aurez droit à aucune aide alimentaire pendant 12 mois à la première infraction, 24 mois à la deuxième infraction et de façon permanente à la troisième infraction. Si vous êtes reconnu(e) coupable de trafic de prestations d'aide alimentaire pour 500 \$ ou davantage, vous serez définitivement exclu(e) du bénéfice des prestations. Si vous êtes reconnu(e) coupable de ces actes, selon la gravité, vous pouvez être condamné(e) à une amende allant jusqu'à 250 000 \$, à un emprisonnement maximal de 20 ans, ou les deux.

Si vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal d'État ou fédéral de faire une déclaration frauduleuse en égard à l'identité ou au lieu de résidence pour recevoir une aide alimentaire dans plus d'un État à la fois, vous n'aurez pas le droit de participer au programme d'aide alimentaire pendant une période de 10 ans.

Si vous fuyez pour échapper à des poursuites judiciaires, une garde ou une incarcération après une condamnation pour crime ou tentative de crime, qui soit un acte délictueux grave ou qui soit en violation d'une probation ou d'une libération conditionnelle imposée par une loi fédérale ou d'État, vous n'avez pas le droit à l'aide alimentaire. Ces informations peuvent être divulguées aux autres organismes fédéraux et d'État pour examen officiel, ainsi qu'aux représentants de la loi dans le but d'appréhender les personnes qui fuient pour éviter la loi.

Si vous êtes reconnu(e) coupable d'un délit de trafic de stupéfiant ou si vous êtes condamné(e) par un gouvernement fédéral, d'État ou par des tribunaux locaux de commerce d'armes à feu, de munitions, d'explosifs ou de prestations d'aide alimentaire, vous n'avez pas le droit à l'aide alimentaire.

**NOTIFICATION DES PÉNALITÉS – Aide financière temporaire :**

Si vous avez intentionnellement donné de faux renseignements ou dissimulé des informations pour recevoir ou continuer à recevoir une aide financière temporaire et si vous êtes condamné(e) par un tribunal d'État ou fédéral ou par une audition donnant lieu à une exclusion administrative ou après signature d'une renonciation à l'audition, vous pouvez être exclu(e) du bénéfice des prestations pendant 12 mois à la première infraction, 24 mois à la deuxième infraction et de façon permanente à la troisième infraction.

Si vous êtes reconnu(e) coupable d'un délit de trafic de stupéfiants ou si vous fuyez pour échapper à des poursuites judiciaires, une garde ou une incarcération après une condamnation pour crime ou tentative de crime, qui soit un acte délictueux grave ou qui soit en violation d'une probation ou d'une libération conditionnelle imposée par une loi fédérale ou d'État, vous n'avez aucun droit à l'aide financière temporaire. Si vous êtes reconnu(e) coupable par un tribunal d'État ou fédéral de faire une déclaration frauduleuse en égard à l'identité ou au lieu de résidence pour recevoir une aide financière temporaire dans plus d'un État à la fois, vous n'aurez pas le droit de participer au programme d'aide financière temporaire pendant une période de 10 ans.

**DÉCLARATION DE NON-DISCRIMINATION DE L'USDA-HHS**

Conformément à la loi fédérale et à la politique du Département Américain de l'Agriculture (USDA) et du Département Américain de la Santé et des Services Humanitaires (HHS), il est interdit à cet établissement de discriminer sur la base de la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge ou le handicap. En vertu du Food and Nutrition Act et de la politique de l'USDA, la discrimination est également interdite sur la base des croyances religieuses ou politiques. Pour déposer une plainte relevant d'une discrimination, communiquez avec l'USDA ou le HHS. Écrivez à : USDA, Director, Office of Civil Rights, Room 326-W, Whitten Building, 1400 Independence Avenue, S. W., Washington, D. C. 20250-9410 ou appelez le (202) 720-5964 (vocal ou ATS). Écrivez au : Regional Manager, DHHS Office of Civil Rights, Region IV, Atlanta Federal Center, 61 Forsyth Street, SW, Suite 3B70, Atlanta, GA 30303-8909 ou appelez le 1-800-368-1019 ou bien par ATS le 1-800-537-7697.

**PRÉSENTATION DE LA DEMANDE D'AIDE**

Une demande d'aide peut être présentée à tout bureau d'indépendance économique du Ministère des Enfants et de la Famille dans l'État de Floride par vous-même ou par une personne agissant pour vous, en personne, par courrier, par télécopieur (FAX) ou électroniquement via l'Internet. Les demandes reçues pendant les heures normales d'ouverture de bureau sont considérées comme reçues le même jour. Lorsqu'une demande est reçue après les heures normales d'ouverture de bureau, elle sera considérée comme reçue le jour ouvrable suivant sa réception.