



DEMANDE AU TITRE DU PROGRAMME SNAP, D'AIDE FINANCIÈRE EN ESPÈCES, D'AIDE MÉDICALE ET/OU À LA GARDE D'ENFANTS



Si vous avez besoin de l'aide du programme SNAP immédiatement, répondez aux questions de l'étape 6 de la demande. Il se peut que vous puissiez bénéficier plus rapidement du programme SNAP. Vous avez le droit d'introduire une demande au titre du programme SNAP le jour même où vous prenez contact avec le bureau JFS de votre comté.



Contactez le bureau JFS de votre comté si :

- Vous avez besoin d'aide pour terminer de remplir votre demande, vous souhaitez un entretien en personne, ou vous avez besoin d'une visite à domicile pour passer l'entretien.
- Toute information contenue dans ce formulaire est susceptible de changer après que vous l'ayez retourné.

Autres ressources à contacter si :

- L'anglais n'est pas votre langue principale, appelez le bureau JFS de votre comté afin qu'un interprète vous aide à comprendre les questions de ce formulaire.
- Vous êtes malentendant et/ou malvoyant, appelez le 7-1-1 pour obtenir de l'aide afin de remplir ce formulaire ou de passer votre entretien. 

Besoin d'aide pour remplir ce formulaire de demande ?

Vous pouvez demander à un représentant autorisé de vous aider à passer les entretiens et/ou à remplir les formulaires de demandes.

- Votre représentant autorisé ne doit pas nécessairement vivre avec vous, mais il doit être un adulte esponsable. Vous êtes tenu de communiquer par écrit au bureau du JFS de votre comté, le nom de votre représentant autorisé.
- Si vous êtes un représentant autorisé, suivez les étapes de cette demande en utilisant les informations du demandeur.
- D'autres agences communautaires, à l'instar des banques alimentaires, peuvent également vous aider à remplir cette demande.

Suivez ces quatre étapes afin d'introduire une demande d'aide :

1 Remplir le formulaire de demande - LA DEMANDE COMMENCE À LA PAGE 5 À l'étape 1 de cette demande, sélectionnez le(s) programme(s) pour lequel (lesquels) vous souhaitez poser votre candidature. **Répondez à autant de questions que possible. Toutefois, vous devez au moins renseigner votre nom, votre adresse et votre signature** et retourner votre demande au bureau du JFS de votre comté pour entamer la procédure de demande. **Remarque** : vous pouvez demander une copie de votre demande dûment remplie.

2 Envoyez cette demande
Vous pouvez également envoyer votre demande en ligne via l'adresse <https://ssp.benefits.ohio.gov> ou continuer à la remplir sur papier. Soumettez cette demande sur papier au bureau du JFS de votre comté. Pour rechercher le bureau JFS de votre comté, rendez-vous sur <https://jfs.ohio.gov/about/local-agencies-directory>

3 Passer un entretien - Le programme SNAP et/ou d'aide financière en espèces UNIQUEMENT
Le bureau JFS de votre comté vous enverra une lettre indiquant la date et l'heure de l'entretien téléphonique. La lettre vous indiquera si vous devez appeler le bureau du JFS de votre comté ou si ce dernier vous appellera.

4 Remettre les documents de vérification - TOUS les programmes
Le bureau JFS de votre comté vous indiquera les documents de vérification dont il a besoin. Vous pouvez joindre des documents de vérification à la présente demande. Vous trouverez à la page suivante une liste des types de documents susceptibles d'être demandés.

Informations sur les documents de vérification

- Consultez le tableau ci-après pour de plus amples informations sur les documents de vérification requis par chaque programme.
- Le bureau JFS de votre comté peut vous demander de fournir des talons de paie, des factures de services publics, des relevés bancaires et bien d'autres.
- Le bureau JFS de votre comté vous fournira la **liste de vérification** (formulaire JFS 07105). Veillez à fournir toutes les informations requises avant la date limite indiquée sur le formulaire de demande.
- Le bureau JFS de votre comté peut refuser votre demande s'il manque des documents de vérification.

Besoin d'aide? Si vous avez besoin d'aide pour vous procurer les documents requis, adressez-vous au bureau JFS de votre comté.

Citoyens non américains qualifiés : si vous n'êtes pas citoyen américain et que vous adressez UNIQUEMENT une demande pour un programme d'aide pour un citoyen américain OU un non-citoyen qualifié, ou si vous introduisez une demande d'assistance médicale d'urgence limitée dans le temps, vous n'êtes pas tenu de vérifier votre statut de citoyen, votre statut d'immigrant ou de fournir un numéro de sécurité sociale (SSN).

Exemples de documents de vérification +YLe bureau JFS de notre comté vérifie uniquement la citoyenneté de l'enfant qui a besoin d'être pris en charge lors de l'introduction d'une demande d'aide à la garde d'enfants. * YLe montant de l'aide du programme SNAP est susceptible d'augmenter si vous vérifiez ces coûts.	Programmes d'aide				
	Programme SNAP	Médical (Familles et enfants)	Médical (personnes âgées, aveugles ou ayant un handicap)	Garde d'enfants	Aide financière aux réfugiés (RCA)
Votre numéro de sécurité sociale ou la preuve que vous en avez fait la demande	✓	✓	✓		✓
Une carte de résident permanent (« Green Card ») ou d'autres documents d'immigration si vous n'êtes pas un citoyen américain	✓	✓	✓		✓
Preuve de la citoyenneté américaine+		✓	✓	✓	✓
Preuve de revenus ou de toute autre somme d'argent entrant dans votre ménage (à l'instar des bulletins de salaire, dossiers d'impôts, lettres d'octroi et pensions alimentaires pour enfants).	✓	✓	✓	✓	✓
Derniers relevés bancaires (à l'exemple du compte chèques ou du compte d'épargne)			✓		✓
Preuve de la propriété des véhicules (à l'instar d'une voiture, d'un camion, d'une moto, d'un bateau ou d'un camping-car)			✓		
Preuve de la valeur actuelle des actions/obligations, des certificats de dépôt, des polices d'assurance-vie, des fiducies, des rentes			✓		✓
Preuve d'identité (à l'instar du permis de conduire, de la carte d'identité nationale ou du passeport)	✓				✓
Preuve des frais de garde d'enfants/de personnes à charge	*	✓			✓
Preuve de la pension alimentaire versée pour les enfants ne vivant pas avec vous	*	✓	✓	✓	✓
Preuve des frais de logement et de services publics	*		✓		
Preuve des frais médicaux pour les personnes ayant un handicap ou les personnes âgées de plus de 60 ans (y compris les ordonnances)	*		✓		
Preuve d'assurance maladie		✓	✓		
Vérification d'une activité admissible pour toutes les personnes responsables du ménage (par exemple, un emploi du temps scolaire ou professionnel, ou un contrat d'autosuffisance)				✓	
Nom et adresse d'un prestataire de services de garde d'enfants éligible pour chaque enfant ayant besoin d'être pris en charge				✓	

Foire aux questions

Admissibilité au programme :



1) Quand saurai-je si je suis éligible au programme d'aide ?

Le programme SNAP, d'aide financière en espèces et à la garde d'enfants : Le bureau JFS de votre comté déterminera votre éligibilité à ces programmes **dans un délai de 30 jours** à compter de la date à laquelle vous avez envoyé votre demande.

- Si vous êtes éligible, vos allocations peuvent être approuvées à partir de la date à laquelle vous avez déposé votre demande.
- **Garde d'enfants UNIQUEMENT** : Si votre demande est refusée, vous devrez peut-être payer tout prestataire de services de garde d'enfants que vous avez employé depuis le dépôt de votre demande.

Assistance médicale : Le bureau JFS de votre comté déterminera votre éligibilité à l'assistance médicale **dans un délai de 45 jours**, à compter de la date à laquelle vous avez déposé votre demande.

- Ils peuvent être amenés à procéder à une détermination du handicap si vous revendiquez un handicap, ce qui peut prendre jusqu'à 90 jours.
- Si vous êtes éligible, ils peuvent approuver votre assistance médicale à partir de la date à laquelle vous avez déposé votre demande. Si vous disposez de factures médicales datant des trois mois précédant l'introduction de votre demande, informez-en le bureau JFS de votre comté. Ils peuvent vous accorder l'assistance médicale pour ces 3 mois.

2. Quels sont les programmes qui requièrent un entretien ?

- Le programme SNAP et l'aide financière en espèces **NÉCESSITENT UN** entretien
- L'aide à la garde d'enfants et l'assistance médicale **NE NÉCESSITENT PAS** d'entretien

3. Que se passe-t-il si je rate mon entretien pour le compte du programme SNAP ou de l'aide financière ?

Si vous manquez votre entretien, contactez immédiatement le bureau du JFS de votre comté. Si vous ne passez pas votre entretien avec le bureau JFS de votre comté **dans les 30 jours** à compter de la date à laquelle vous avez déposé votre demande, votre demande peut être refusée et vous devrez en déposer une nouvelle.

4. Dois-je être citoyen américain pour bénéficier du programme d'aide ?

Nombre de citoyens non américains peuvent bénéficier de prestations. L'assistance médicale d'urgence pour les non-citoyens (NCEMA) peut également être disponible indépendamment de votre statut de citoyen américain.

5. Quels sont les autres services disponibles ?

Vous pouvez bénéficier d'autres services à l'instar de :

- Services de prévention, de maintien et d'intervention (PRC)
- Services d'intervention précoce
- Compétences professionnelles
- Aide à l'obtention d'un emploi

Remarque : Vous pourriez bien utiliser une demande distincte pour chacun de ces services. Contactez le bureau JFS de votre comté si vous êtes intéressé.

Pour de plus amples informations sur les organisations communautaires susceptibles de vous aider, consultez le site <https://benefits.ohio.gov/home/resources/assistance-programs>.

Foire aux questions

Aide à la garde d'enfants :



1) Comment choisir un prestataire de services de garde d'enfants ?

Les parents peuvent choisir n'importe quel programme approuvé pour offrir des services de garde d'enfants financés par des fonds publics. Ces programmes comprennent des centres, des services de garde en milieu familial, des aides à domicile et des camps de jour pour enfants situés dans tout l'État de l'Ohio.

- Si vous souhaitez obtenir de l'aide dans le choix d'un prestataire, vous pouvez contacter votre agence locale de ressources et d'orientation en matière de garde d'enfants. Visitez le site <https://occcra.org/ccrr-membership/> afin d'obtenir des informations de contact.
- Vous pouvez utiliser notre annuaire de services de garde d'enfants [pour rechercher des programmes correspondant à vos besoins en matière de garde d'enfants sur le site](http://childcaresearch.ohio.gov) <http://childcaresearch.ohio.gov>. L'annuaire vous permet d'effectuer une recherche par lieu, par type de programme et par note Step Up To Quality. Les contrôles de licence et les plaintes justifiées peuvent également être consultées.
- **Remarque** : choisir un prestataire de services de garde d'enfants au moment où vous postulez accélérera le processus.

2. Que faire si mon enfant souffre d'un handicap ou si je pense qu'il accuse un retard de croissance ?

De plus amples informations sur l'aide à la garde d'enfants ayant des besoins particuliers sont disponibles sur le site Internet de l'ODJFS consacré à la garde d'enfants, à l'adresse suivante : <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.

- Si votre enfant a des besoins particuliers, il peut bénéficier d'une prise en charge jusqu'à l'âge de 18 ans.
- Votre prestataire de services de garde d'enfants peut demander à bénéficier d'un taux de paiement plus élevé s'il adapte son programme ou ses services à votre enfant.
- Pour plus amples informations, veuillez vous adresser au bureau JFS de votre comté.

3. Comment déposer une plainte contre un prestataire de services de garde d'enfants ?

Si vous souhaitez déposer une plainte à l'encontre d'un prestataire concernant des violations présumées des règles de licence, vous pouvez contacter le service d'assistance en matière de politique de garde d'enfants via le numéro **877-302-2347**, Option 4.

4. Que désigne le système « Step Up To Quality » ?

Step Up To Quality est le système d'évaluation de la qualité des programmes de garde d'enfants de l'Ohio. Les notes sont attribuées en fonction de la mise en œuvre par le programme de normes qui vont au-delà des normes minimales en matière de santé et de sécurité. Pour de plus amples informations, visitez le site Web de l'ODJFS sur les services de garde d'enfants à l'adresse <https://childrenandyouth.ohio.gov/providers/step-up-to-quality> et cliquez sur « Step Up To Quality ».

-- Veuillez conserver cette page pour vos dossiers. --

DEMANDE AU TITRE DU PROGRAMME SNAP, D'AIDE FINANCIÈRE EN ESPÈCES, D'AIDE MÉDICALE ET/OU D'AIDE À LA GARDE D'ENFANTS

Demande d'inscription sur les listes électorales ci-jointe - Aide disponible

Si vous n'êtes **PAS** inscrit(e) sur la liste électorale pour voter où vous résidez actuellement, souhaitez-vous vous y inscrire pour voter ici aujourd'hui ?

OUI - Je veux m'inscrire pour voter.

NON - je ne **veux PAS** m'inscrire pour voter.

Si vous ne cochez aucune case, vous serez considéré comme ayant décidé de ne pas vous inscrire sur la liste électorale pour le moment. Accepter ou refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de cette agence.

Étape 1 : cochez la case correspondant à chaque programme auquel le demandeur souhaite s'inscrire

Vous pouvez postuler à tous les programmes énumérés ci-après. Si vous ne cochez aucune case, nous n'examinerons que votre éligibilité au programme SNAP.

- Programme SNAP Aide à la garde d'enfants Assistance médicale :
- Aide financière en espèces - Pour les familles ayant un ou plusieurs enfants mineurs, ou les femmes enceintes
- Aide financière en espèces pour les réfugiés (RCA) - Pour les réfugiés dans les 12 mois suivant leur arrivée

Étape 2 : Parlez-nous du demandeur

Si vous êtes un représentant autorisé, entrez les informations relatives la personne pour laquelle vous faites la demande.

Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom de famille
--------	-----------------------------	----------------

Avez-vous besoin de l'un des services suivants ?	Quelle est votre langue préférée ?
<input type="checkbox"/> Avis en gros caractères <input type="checkbox"/> Interprète en langue des signes	Parlée : _____
<input type="checkbox"/> Traducteur <input type="checkbox"/> Autres _____	Écrite : _____

Avez-vous, ou une personne vivant avec vous, a-t-elle déjà bénéficié du programme SNAP, d'une aide financière en espèces, d'une assistance médicale ou d'une aide à la garde d'enfants ?

Non Lieu (ville/comté/État) : _____

Oui - Si oui, qui : _____

Étape 3 : Indiquez-nous comment joindre le demandeur

Si vous êtes un représentant autorisé, entrez les informations relatives la personne pour laquelle vous faites la demande.

Adresse personnelle Cochez ici si vous n'avez pas d'adresse permanente - veuillez fournir une adresse postale

Ville	État	Code postal	
Téléphone (Cellulaire)	Téléphone (Domicile)	Adresse e-mail	
Adresse où vous recevez votre courrier (si différente)			
Ville	Comté	État	Code postal



Rappel : Avez-vous indiqué le(s) programme(s) auquel (auxquels) le demandeur postule ?
 Veuillez à cocher la (les) case(s) appropriée(s) à l'étape 1.

Étape 4 : Indiquez-nous si vous êtes un représentant autorisé

Un représentant autorisé est une personne qui assiste le demandeur dans la procédure de demande et qui peut agir en son nom. Si vous remplissez ce formulaire en tant que représentant autorisé, veuillez nous fournir les informations suivantes vous concernant. Un document d'autorisation peut vous être demandé. Vous ne serez pas inscrit sur la liste des représentants autorisés tant que le document n'aura pas été fourni.

Prénom	Initiale du deuxième prénom	Nom de famille
Adresse (rue)		
Ville	État	Code postal
Téléphone (Cellulaire)	Téléphone (Domicile)	
Adresse e-mail		
Avez-vous besoin de l'un des services suivants ? <input type="checkbox"/> Avis en gros caractères <input type="checkbox"/> Interprète en langue des signes <input type="checkbox"/> Traducteur <input type="checkbox"/> Autres _____		Quelle est votre langue préférée ? Parlée : _____ Écrite : _____

Étape 5. Pour les demandeurs SNAP et les représentants autorisés SNAP UNIQUEMENT

En signant ci-dessous, vous reconnaissez avoir **examiné et accepter les conditions de l'étape 14** et vous certifiez, sous peine de parjure, la véracité des informations contenues dans la présente demande, y compris les informations fournies ci-dessous concernant la citoyenneté et le statut d'étranger des membres postulant pour des prestations.

Bien que vous puissiez soumettre votre demande avec les seules informations fournies ci-dessus, votre demande peut être traitée plus rapidement si vous continuez à fournir des réponses aux questions ci-dessous.

 Signature du demandeur OU du représentant autorisé	Date
Nom en caractères d'imprimerie du demandeur OU du représentant autorisé	Date

Étape 6 : Répondez aux questions suivantes UNIQUEMENT si vous faites une demande pour bénéficiaire de prestations SNAP

Combien de personnes vivent avec vous et achètent, préparent et prennent leurs repas avec vous ? _____
 Ce nombre est considéré comme votre « ménage », gardez-le à l'esprit lorsque vous répondez aux deux questions ci-après.

Remarque : vos réponses nous aideront à décider si vous pouvez bénéficier du programme SNAP plus rapidement.
 Si une personne avec laquelle vous vivez reçoit déjà des prestations SNAP, vous pouvez encore y avoir droit.

Le revenu brut total avant impôts de votre ménage pour le mois en cours est-il inférieur à 150 \$?

Oui Non Il n'y a PAS eu de changement relatifs aux membres de mon ménage.

Le revenu net total de votre ménage pour le mois en cours est-il égal à zéro après impôts et prise en compte d'éléments comme les frais de logement, les frais de garde d'enfants ou de personnes à charge, ou les pensions alimentaires pour enfants ?

Oui Non Il n'y a PAS eu de changement relatifs aux membres de mon ménage.

Le montant total de vos liquidités, chèques et comptes d'épargne est-il inférieur ou égal à 100 \$?

Oui Non Il n'y a PAS eu de changement relatifs aux membres de mon ménage.

Votre loyer mensuel ou votre prêt hypothécaire et charges (à l'instar du gaz, de l'électricité, de l'eau et le téléphone) sont-ils supérieurs à votre revenu mensuel brut total avant impôts ?

Oui Non Il n'y a PAS eu de changement relatifs aux membres de mon ménage.

Êtes-vous un travailleur agricole migrant ou saisonnier ?

Oui Non Il n'y a PAS eu de changement relatifs aux membres de mon ménage.

Étape 7 : Informations sur le demandeur

Vous devez mentionner toutes les personnes qui vivent avec vous, même si elles ne déposent pas de demande. Veuillez à inscrire votre nom en premier. Si vous avez besoin de plus d'espace, écrivez vos réponses sur une feuille de papier supplémentaire et joignez-la à ce formulaire. **Veillez utiliser les éléments suivants pour remplir la section ci-dessous :**

- **Numéro de sécurité sociale (SSN) :** Si vous, ou toute autre personne de votre foyer, n'êtes PAS un citoyen américain ou un non-citoyen qualifié, vous n'avez pas besoin de nous fournir un numéro de sécurité sociale. Si d'autres raisons qui justifient que vous, ou toute autre personnes de votre foyer, n'avez pas de SSN, veuillez les indiquer ci-dessous. (à l'instar d'une demande de numéro de sécurité sociale en attente)
- **Citoyen américain :** vous devez nous indiquer si une personne est un citoyen américain uniquement si elle introduit une demande du programme SNAP, d'aide en espèces, médicale ou de garde d'enfants.
- **Race/origine ethnique :** en vertu de l'article VI de la loi sur les droits civiques de 1964, nous sommes autorisés à demander des informations sur la race et l'origine ethnique (hispanique ou latino). Ces informations sont facultatives et seront utilisées uniquement à des fins d'information. Si vous ne souhaitez pas nous communiquer ces informations, cela n'aura aucun répercussion sur votre dossier.

Nom	Relation avec vous <i>(conjoint, ami, etc.)</i>	SSN <i>(voir instructions ci-dessus)</i>	Date de naissance	Sexe	Citoyen américain	Hispanique ou latino	Race
	Autonome			<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
				<input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Êtes-vous marié(e) ? Non Oui - Si oui, nom du conjoint : _____

Est-ce que vous, ou une personne pour qui vous faites la demande, êtes enceinte ?

Non Oui -Si oui, de qui s'agit-il et quelle est la date d'accouchement ? _____

Est-ce que vous, ou une personne pour qui vous faites la demande, avez besoin de soins à domicile ou des services des foyers de soins ?

Non Oui - Si oui, de qui s'agit-il ? _____

Est-ce qu'un membre de votre foyer s'occupe d'une personne handicapée au sein ou à l'extérieur du foyer ?

Non Oui - Si oui, de qui s'agit-il ? _____

Est-ce qu'un membre de votre foyer est dans l'armée ?

Non Oui - Si oui, veuillez sélectionner toutes les réponses qui s'appliquent : Service actif Garde/Réserves nationales

Avez-vous déjà été reconnu coupable de fraude en matière de garde d'enfants ? Non Oui

Étape 8 : Membres du ménage âgés de 60 ans ou plus

Y a-t-il des personnes âgées de 60 ans ou plus ?

Non - Si non, passez à l'étape 9. Oui - Si oui, répondez aux questions suivantes à l'étape 8.

Cette (ces) personne(s) bénéficie(nt)-t-elle(s) des prestations d'invalidité ?

Non Oui - Si oui, de qui s'agit-il ? _____

Cette personne est-elle incapable de préparer ses repas en raison d'un handicap ? Non Oui

Si vous avez répondu « oui » aux trois questions de l'étape 8, cette (ces) personne(s) souhaite(nt)-t-elle(s) bénéficier du programme SNAP séparément des autres personnes avec lesquelles vous vivez ? Non Oui

Étape 9 : Informations sur les finances du ménage

Est-ce que vous ou les personnes de votre foyer avez perçu ou prévoyez de percevoir des revenus* ce mois ?

Non Oui - Si oui, veuillez remplir le tableau ci-dessous.

* **Revenu** désigne toute somme d'argent que vous et les membres de votre foyer recevez. Il comprend les revenus d'emploi ou d'une activité indépendante, les pensions alimentaires pour les enfants/conjoints, les pensions d'invalidité, les pensions de retraite, les indemnités d'accident du travail, les indemnités de chômage, la sécurité sociale, le SSI, les allocations aux anciens combattants, Ohio Works First (OWF), les dons en espèces de la part de particuliers, et bien d'autres.

Nom	Type de revenu ou nom de l'employeur	Fréquence de perception (hebdomadaire, bihebdomadaire, etc.)	Montant du revenu (avant impôts)	Date de la dernière perception

Combien vous et les membres de votre foyer possédez-vous en espèces, en chèques ou en épargne (comme comptes bancaires, rentes, actions ou obligations) ?

Indiquez votre meilleure estimation du montant total : _____ \$

Est-ce que vous et les membres de votre foyer disposez de plus d'un million de dollars en espèces, en chèques ou en épargne (tels que des comptes bancaires, des rentes, des actions ou des obligations) ?

Non Oui

Un membre de votre ménage a-t-il quitté son emploi ou perdu son emploi au cours des 60 derniers jours ?

Non Oui - Si oui, de qui s'agit-il ? _____

Quand ? _____

Pour quelle(s) raison(s) ? _____

Un membre de votre foyer est-il en grève de l'emploi ?

Non Oui - Si oui, de qui s'agit-il ? _____

Ce formulaire se poursuit à la page suivante



Étape 10 : Décrivez les dépenses du ménage du demandeur

Cochez toutes les cases qui s'appliquent. Indiquez le montant de chaque dépense.

- Frais de garde d'enfants/de personnes à charge :**
Montant estimé payé par mois : _____ \$
- Pension alimentaire pour enfant ou pour conjoint versée à une personne extérieure à votre ménage** Estimation du montant payé par mois : _____ \$
- Frais médicaux pour toute personne handicapée ou âgée d'au moins 60 ans.** Ces frais incluent des dépenses comme les factures médicales, les ordonnances, les primes d'assurance maladie, le transport pour se rendre à des rendez-vous médicaux ou d'autres services médicaux.
Montant estimé payé par mois : _____ \$
- Loyer, paiements hypothécaires, loyer de terrain, impôts fonciers, assurance de propriétaire, et bien d'autres.**
Estimation du montant payé par mois : _____ \$

Payez-vous le chauffage ou la climatisation ? Oui Non

Je paie pour les services publics suivants (cochez toutes les cases qui s'appliquent) :

- Téléphone Poubelle Eaux usées Eau Électricité Gaz

Étape 11 : Si vous adressez une demande d'aide à la garde d'enfants, veuillez nous indiquer pourquoi le demandeur a besoin d'une garde d'enfants.

Si vous ou les personnes de votre foyer travaillez, allez à l'école ou participez à un programme de formation, **veuillez remplir le tableau ci-dessous en indiquant toutes les activités admissibles.** Si vous êtes employé, veuillez indiquer votre employeur actuel. Cela inclut les activités indépendantes et les petits travaux. **Si vous avez besoin de plus d'espace, écrivez vos réponses sur une feuille de papier supplémentaire et joignez-la à ce formulaire.**

Nom du membre 1 du ménage	Informations sur l'employeur / l'école / la formation	
Numéro de téléphone professionnel	Date de début / Date de fin	
Adresse		
Horaire de travail / d'école / de formation du membre du ménage		
<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Jeudi	De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Vendredi	De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Samedi	De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Varie d'une semaine à l'autre	_____
Nom du membre 2 du ménage	Informations sur l'employeur / l'école / la formation	
Numéro de téléphone professionnel	Date de début / Date de fin	
Adresse		

Horaire de travail / d'école / de formation du membre du ménage

<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Varie d'une semaine à l'autre _____

Nom du membre 3 du ménage

Informations sur l'employeur / l'école / la formation

Numéro de téléphone professionnel

Date de début / Date de fin

Adresse

Horaire des travaux ménagers / d'école / de formation

<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Varie d'une semaine à l'autre _____

Étape 12 : Parlez-nous de l'enfant ou des enfants qui ont besoin d'une garde d'enfants

Enfant 1 - Nom (Prénom, Second prénom, Nom de famille)

Nom de jeune fille de la mère de l'enfant

Ville de naissance

Relation avec le demandeur

Langue parlée préférée de l'enfant

L'enfant est-il un citoyen américain ou un non-citoyen qualifié ? **Remarque** : vous devez fournir des documents de vérification afin de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants. **Oui** **Non** - Mon enfant n'est **PAS** un citoyen américain. Citoyen ou Non-citoyen qualifié**Besoins de l'enfant** : l'enfant a-t-il besoin d'une protection de l'enfance ? **Oui** **Non** - Mon enfant n'a **PAS** besoin d'une protection de l'enfanceSi **OUI**, existe-t-il un plan d'intervention ? **Non** - Mon enfant ne bénéficie **PAS** d'un plan d'intervention

L'enfant est-il inscrit au programme Head Start ?

 Oui Quel est leur programme ? De _____ à _____ **Non** - Mon enfant n'est **PAS** inscrit au programme Head Start**Jours/Heures où la garde d'enfants est nécessaire**

<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____
	<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____

Nom du prestataire

Adresse du prestataire

Ville

État

Code postal

Enfant 2

Enfant 2 - Nom (Prénom, Second prénom, Nom de famille)		Nom de jeune fille de la mère de l'enfant		Ville de naissance	
Relation avec le demandeur			Langue parlée préférée de l'enfant		
L'enfant est-il un citoyen américain ou un non-citoyen qualifié ? Remarque : vous devez fournir des documents de vérification afin de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS un citoyen américain. Citoyen ou Non-citoyen qualifié					
Besoins de l'enfant : l'enfant a-t-il besoin d'une protection de l'enfance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'a PAS besoin d'une protection de l'enfance Si OUI , existe-t-il un plan d'intervention ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant ne bénéficie PAS d'un plan d'intervention					
L'enfant est-il inscrit au programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui Quel est leur programme ? De _____ à _____ <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS inscrit au programme Head Start					
Jours/Heures où la garde d'enfants est nécessaire					
<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____					
Nom du prestataire		Adresse du prestataire		Ville	État
					Code postal

Enfant 3

Enfant 3 - Nom (Prénom, Second prénom, Nom de famille)		Nom de jeune fille de la mère de l'enfant		Ville de naissance	
Relation avec le demandeur			Langue parlée préférée de l'enfant		
L'enfant est-il un citoyen américain ? Citoyen ou non-citoyen qualifié ? Remarque : vous devez fournir des documents de vérification afin de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS un citoyen américain. Citoyen ou Non-citoyen qualifié					
Besoins de l'enfant : l'enfant a-t-il besoin d'une protection de l'enfance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'a PAS besoin d'une protection de l'enfance Si OUI , existe-t-il un plan d'intervention ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant ne bénéficie PAS d'un plan d'intervention					
L'enfant est-il inscrit au programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui Quel est leur programme ? De _____ à _____ <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS inscrit au programme Head Start					
Jours/Heures où la garde d'enfants est nécessaire					
<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____		<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____			
<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____					
Nom du prestataire		Adresse du prestataire		Ville	État
					Code postal

Enfant 4

Enfant 4 - Nom (Prénom, Second prénom, Nom de famille)		Nom de jeune fille de la mère de l'enfant		Ville de naissance	
Relation avec le demandeur			Langue parlée préférée de l'enfant		
L'enfant est-il un citoyen américain ou un non-citoyen qualifié ? Remarque : vous devez fournir des documents de vérification afin de bénéficier de l'aide à la garde d'enfants. <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS un citoyen américain ou un non-citoyen qualifié					
Besoins de l'enfant : l'enfant a-t-il besoin d'une protection de l'enfance ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'a PAS besoin d'une protection de l'enfance Si OUI , existe-t-il un plan d'intervention ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant ne bénéficie PAS d'un plan d'intervention					
L'enfant est-il inscrit au programme Head Start ? <input type="checkbox"/> Oui Quel est leur programme ? De _____ à _____ <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS inscrit au programme Head Start					
Jours/Heures où la garde d'enfants est nécessaire					
<input type="checkbox"/> Dimanche De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Lundi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Mardi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Mercredi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Jeudi De _____ à _____	<input type="checkbox"/> Vendredi De _____ à _____
<input type="checkbox"/> Samedi De _____ à _____					
Nom du prestataire	Adresse du prestataire	Ville	État	Code postal	
Votre (vos) enfant(s) souffre(nt)-il(s) d'une maladie chronique, d'un trouble du développement ou a-t-il (ont-ils) un besoin particulier ? <input type="checkbox"/> Non - Mon enfant n'est PAS atteint d'une maladie chronique, d'un trouble du développement et n'a pas de besoin particulier <input type="checkbox"/> Oui - Veuillez remplir le tableau ci-dessous :					
Nom (Prénom, Second prénom, Nom de famille)			Décrire les besoins spécifiques de l'enfant		

Ce formulaire se poursuit à la page suivante



Étape 13 : Décrivez la fréquentation scolaire de l'enfant ou des enfants qui ont besoin de soins

Remarque : remplir cette section si un ou plusieurs enfants fréquentent ou fréquenteront l'école maternelle ou l'école primaire

Nom de l'enfant (prénom, deuxième prénom, nom)	Niveau scolaire actuel	Nom et adresse de l'école	Horaires de l'école (ex. : 8 heures - 15 heures)	Calendrier de l'école maternelle	Date de début/fin de l'année scolaire
				<input type="checkbox"/> Matin <input type="checkbox"/> Après-midi <input type="checkbox"/> Journée complète	

Étape 14 : Veuillez lire attentivement les informations suivantes et signer à la dernière page

EN SIGNANT CETTE DEMANDE :

► **Pour tous les programmes (Le SNAP, d'aide financière en espèces et/ou à la garde d'enfants), je reconnais et j'accepte :**

- les questions de ce formulaire et certifie, sous peine de parjure, que toutes mes réponses sont exactes et complètes à ma connaissance, y compris les informations sur la citoyenneté ou le statut d'immigrant de chaque membre du ménage qui fait une demande pour une aide.
- Le Bureau des services de l'emploi et de la famille (JFS) du comté peut contacter d'autres personnes ou organisations pour obtenir les preuves nécessaires de mon éligibilité et de mon niveau d'assistance et/ou, dans certains cas, on peut me demander de donner mon consentement au bureau JFS du comté pour établir ces contacts.
- Je pourrais être tenu de coopérer avec l'agence d'exécution des ordonnances de pensions alimentaires (CSEA) afin d'établir la paternité ou d'établir ou exécuter une ordonnance de pensions alimentaires. Si je suis tenu(e) de coopérer avec la CSEA, une demande de référence sera soumise à l'agence en mon nom. Je comprends également que si je ne suis pas tenu de coopérer avec la CSEA, je peux demander des services d'aide à l'enfance en remplissant la demande de services d'aide à l'enfance (Formulaire JFS 07076).
- Le bureau JFS du comté peut m'aider à obtenir les vérifications requises tant que je coopère.
- La loi prévoit une peine d'amende ou d'emprisonnement, ou les deux, pour toute personne reconnue coupable d'avoir bénéficié frauduleusement d'une assistance à laquelle elle n'est pas éligible.
- Ma signature ci-dessous autorise le bureau JFS du comté à accéder aux informations disponibles dans le système de suivi de l'application des pensions alimentaires (Support Enforcement Tracking System - SETS) afin de vérifier mes revenus au titre de la pension alimentaire pour enfants/conjoint/raisons médicales.
- Le statut des membres du ménage qui ne sont pas citoyens peut faire l'objet d'une vérification par les services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis (USCIS) par le biais de la transmission des informations contenues dans la demande à l'USCIS via le système SAVE (Systematic Alien Verification and Eligibility - vérification systématique des étrangers et d'éligibilité). Les informations transmises par l'USCIS peuvent avoir une incidence sur l'éligibilité du ménage et sur le niveau des prestations.
- Ma signature ci-dessous donne mon consentement et autorise le bureau JFS du comté à accéder au portail "Ohio Benefits Worker" afin de vérifier le statut de citoyenneté des enfants cités dans ce dossier et de vérifier la réception d'une aide publique supplémentaire. Je peux révoquer cette autorisation à tout moment en le notifiant par écrit au bureau du JFS du comté.
- Vous avez le droit de demander une conférence de comté et une audience d'État si vous n'êtes pas d'accord avec les mesures prises dans le cadre de votre dossier. Pour solliciter une conférence de comté, vous devez contacter le bureau JFS de votre comté ou consulter les avis reçus par courrier.

Étape 14 : Veuillez examiner les informations suivantes et signer (suite)

- **Si j'ai introduit une demande de prestations SNAP**, je reconnais et j'accepte :
- En signant cette demande, ces informations seront demandées au système de vérification des revenus et de l'éligibilité (IEVS) et ces informations pourront être vérifiées par le biais de tous les contacts nécessaires pour déterminer mon éligibilité.
 - Les numéros de sécurité sociale (SSN) seront utilisés pour vérifier l'identité des membres du ménage, éviter les doubles participations et apporter des modifications à mon dossier. Si un membre du ménage ne fournit pas son numéro de sécurité sociale, il sera considéré comme non demandeur. Cela signifie qu'ils ne seront PAS considérés comme des candidats et ne seront pas éligibles au programme SNAP. La fourniture de toutes les informations demandées, y compris le numéro de sécurité sociale de chaque membre du ménage, est volontaire. Toutefois, le fait de ne pas fournir les informations demandées pour établir mon éligibilité à l'aide entraînera le refus ou la réduction des prestations SNAP pour mon ménage. Les informations recueillies dans le cadre de la demande peuvent être divulguées aux autorités chargées de l'application de la loi afin d'appréhender les personnes qui fuient pour se soustraire à la loi.
 - Si un tribunal me déclare coupable d'avoir utilisé ou reçu des prestations dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'une substance contrôlée, je ne serai pas éligible aux prestations pendant deux ans pour la première infraction, et de manière permanente pour la deuxième infraction.
 - Si un tribunal me déclare coupable d'avoir utilisé ou reçu des prestations dans le cadre d'une transaction impliquant la vente d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs, je serai définitivement inéligible pour participer au programme SNAP dès la première infraction d'une telle violation.
 - Les prestations SNAP sont délivrées sur l'Ohio Direction Card et il m'est interdit d'utiliser mes prestations SNAP pour acheter ou vendre des armes à feu ou des substances contrôlées. Je comprends que je ne peux utiliser les prestations SNAP que pour me procurer des produits éligibles. Je ne peux pas utiliser les prestations SNAP pour acheter des articles non alimentaires tels que des boissons alcoolisées, du tabac, etc. Tout membre de mon ménage qui enfreint intentionnellement les règles peut se voir refuser l'accès à SNAP pendant un an en cas de première infraction, deux ans en cas de deuxième infraction et définitivement en cas de troisième infraction.
 - Si le tribunal me déclare coupable de fraudes d'avoir fait le trafic de prestations pour un montant total de 500 \$ ou plus, je serai non-éligible de façon permanente au programme SNAP dès la première infraction de ce type.
 - Il m'est interdit de vendre, d'échanger ou d'acheter des prestations SNAP et je ne peux pas utiliser les prestations SNAP de quelqu'un d'autre pour mon ménage. Je peux être exclu(e) du programme SNAP pour l'une ou l'autre de ces infractions.
 - Je ne peux pas utiliser les prestations pour acheter de la nourriture pour quelqu'un qui n'est pas membre de mon ménage.
 - S'il s'avère que j'ai fait une déclaration ou une représentation frauduleuse concernant l'identité ou le lieu de résidence afin de recevoir simultanément plusieurs prestations SNAP, je ne serai pas éligible pour participer au SNAP pendant une période de 10 ans.
 - Les informations fournies dans le cadre de ma demande de prestations SNAP feront l'objet d'une vérification par les autorités fédérales, étatiques et locales afin de déterminer si elles sont conformes à la réalité et, en cas d'informations incorrectes, mes prestations SNAP pourront être refusées. Je peux faire l'objet de poursuites pénales pour avoir sciemment fourni des informations incorrectes.
 - Si je reçois des prestations SNAP que je n'aurais pas dû recevoir :
 - Il se peut qu'on m'ordonne de rembourser les prestations
 - Je peux être accusé de fraude
 - Je peux être condamné à une amende (jusqu'à 250 000 \$) ou à une peine de prison (jusqu'à 20 ans) ou les deux
 - Il se peut que l'on m'interdise de recevoir des prestations à l'avenir.
 - Je serai tenu(e) responsable de toute prestation SNAP que je reçois et que je n'aurais pas dû recevoir si mon représentant autorisé a fourni des informations incorrectes.
 - Si je ne suis pas d'accord avec une mesure prise dans mon cas, je peux demander une conférence au niveau du comté ou une audience au niveau de l'État. Je peux demander une conférence de comté ou une audience d'État en ligne, par courrier électronique ou postal, ou en contactant le bureau JFS de mon comté. Je peux demander à quelqu'un d'assister à l'audience à ma place avec mon autorisation signée.
 - Si mon dossier est choisi au hasard pour vérifier que je suis éligible à l'aide que je reçois et que je reçois le montant correct, je dois coopérer si mon dossier est réexaminé. Si je refuse de coopérer à un examen, mes prestations peuvent être résiliées.
 - Dans les 60 jours suivant la demande et à tout moment, tout en recevant des prestations, un travailleur salarié ou indépendant ne doit pas volontairement et sans motif valable, quitter l'emploi ou réduire les heures de travail à moins de 30 heures par semaine, ou gagner moins que le salaire minimum fédéral x 30 heures pour rester éligible au programme SNAP.
- **Si j'ai postulé pour des prestations en espèces du programme SNAP**, je reconnais et j'accepte :
- En signant cette demande et en recevant l'aide en espèces de l'OWF, je pourrais être tenu de coopérer avec l'Agence locale de recouvrement des pensions alimentaires pour enfants (CSEA) dans l'établissement de la paternité ou dans l'établissement ou l'exécution d'une ordonnance de pension alimentaire. Si je suis tenu(e) de coopérer avec l'agence locale d'exécution des pensions alimentaires pour enfants (CSEA), une référence sera soumise à l'agence en mon nom et tout droit à une pension alimentaire

Étape 14 : Veuillez examiner les informations suivantes et signer (suite)

- dû aux enfants mineurs du groupe d'assistance, ainsi qu'à moi, sera attribué à l'État de l'Ohio.
- En signant cette demande et en recevant l'aide en espèces de l'OWF, je cède à l'État de l'Ohio tout droit à la pension alimentaire pour enfant ou pour conjoint qui m'est due et/ou qui est due aux enfants mineurs du groupe d'assistance pendant la période d'éligibilité à l'Ohio Works First.
 - Les prestations en espèces sont délivrées sur l'EPPICard™. L'EPPICard™ peut être utilisée dans les banques affiliées de MasterCard, dans les guichets automatiques et chez la plupart des détaillants qui acceptent MasterCard. Je ne peux pas utiliser mon EPPICard dans les débits de boissons, les casinos, les établissements de jeux ou tout autre établissement de vente au détail proposant des spectacles pour adultes au cours desquels les artistes se déshabillent ou se produisent dévêtus, à des fins de divertissement.
 - Je dois activer mon EPPICard™ dans les 90 jours suivant l'émission des allocations et de ma première carte, et si ma carte EPPICard™ n'est pas activée dans les 90 jours, les prestations seront retirées de mon compte.
 - ▶ **Si j'ai introduit une demande de prestations de garde d'enfants, je reconnais et j'accepte :**
 - Le bureau JFS de mon comté ou le ODJFS peut partager l'approbation, le refus et le statut de soumission de ma demande de garde d'enfants au(x) prestataire(s) figurant sur cette demande, ou avec tout prestataire nommé à la suite d'une modification de ma demande. Je comprends que partage de ces informations avec tout prestataire ne figurant pas sur la présente demande nécessitera la signature d'une décharge distincte conformément au code révisé de l'Ohio.
 - Je ne pourrai utiliser les prestations de garde d'enfants financées par des fonds publics (Publicly Funded Child Care - PFCC) que pour les enfants qui y ont droit et uniquement pour le nombre d'heures maximum autorisé par le bureau JFS de mon comté. Pour continuer à bénéficier des prestations de la PFCC, je dois payer la quote-part requise (le cas échéant) à l'organisme de garde. Le non-paiement de la quote-part requise peut entraîner la résiliation des prestations de PFCC.
 - Si je suis autorisé(e) à bénéficier de l'aide à la garde d'enfants, je serai tenu(e) d'enregistrer avec précision la présence de mon enfant au programme de garde d'enfants en utilisant un système automatisé de suivi des présences. Cela implique de m'inscrire dans le système et de créer des informations d'identification personnelles que j'utiliserai pour accéder au système et qui me serviront de signature électronique. Je comprends que mon prestataire de services de garde d'enfants n'est pas autorisé à enregistrer les présences de mon enfant en mon nom et qu'il n'a pas accès à mes données d'identification personnelles. Je comprends que le système de suivi des présences peut prendre ma photo ou celle de la personne que j'ai désignée/du parrain dans le cadre de la procédure de connexion et de déconnexion. Je comprends qu'il m'incombe d'approuver toute modification apportée par mon prestataire au système de suivi des présences concernant la participation de mon enfant au programme.
 - Si mon enfant participe à un programme d'évaluation « Step Up To Quality », et qu'il se fait évaluer, les données seront collectées et communiquées au ODJFS.
 - J'ai reçu une explication concernant les conditions requises pour déterminer l'éligibilité des services de garde d'enfants, les raisons pour lesquelles je peux ne pas être éligible, mon droit à une audience par l'État et ma responsabilité de signaler les changements au bureau JFS du comté, ainsi que la sanction, y compris une éventuelle action civile ou des poursuites pénales, en cas de rétention ou de falsification intentionnelle d'informations ou d'utilisation abusive des prestations de garde d'enfants, y compris l'utilisation abusive du système automatisé de suivi de la fréquentation des services de garde d'enfants.
 - Je dois signaler au bureau JFS du comté tout changement ayant une incidence sur mon éligibilité, y compris les changements de revenu familial, d'heures de travail/de formation/d'éducation, de taille de la famille et d'adresse. Je comprends que je dois signaler les changements dans les 10 jours suivant la date à laquelle ils se produisent.
 - Ma signature autorise également l'émission d'un identifiant d'élève généré par le système (SSID) pour chaque enfant mentionné dans la présente demande.
 - Informations sur les prestataires de services de garde d'enfants :
 - Les parents peuvent choisir n'importe quel programme approuvé pour offrir des services de garde d'enfants financés par des fonds publics. Ces programmes comprennent des centres, des services de garde en milieu familial, des aides à domicile et des camps de jour pour enfants situés dans tout l'État de l'Ohio.
 - Si vous souhaitez obtenir de l'aide dans le choix d'un prestataire, vous pouvez contacter votre agence locale de ressources et d'orientation en matière de garde d'enfants (Child Care Resource and Referral Agency).
 - Vous pouvez utiliser notre annuaire des services de garde d'enfants pour rechercher des programmes correspondant à vos besoins en matière de garde d'enfants sur le site Internet <http://childcaresearch.ohio.gov>. L'annuaire vous permet d'effectuer une recherche par lieu, type de programme, services offerts et jours et heures d'ouverture. Des informations sont fournies sur chaque programme, notamment la notation Step Up To Quality, toute accréditation ou affiliation supplémentaire, les contrôles de licence et les plaintes justifiées.
 - Step Up To Quality aide les familles à choisir des programmes de garde d'enfants qui vont au-delà des normes minimales d'octroi de permis. Les programmes classés par étoiles démontrent des niveaux de qualité plus élevés de diverses manières. Si vous souhaitez obtenir de plus amples informations sur le programme Step Up To Quality, consultez le site Web du DCY consacré à la garde d'enfants à l'adresse <https://childrenandyouth.ohio.gov/for-providers/step-up-to-quality>.
 - Vous pouvez également consulter notre site Internet pour obtenir plus amples informations sur les dépistages de santé Medicaid et les services d'intervention précoce destinés à l'enfant. Pour obtenir ces informations, consultez le site <https://jfs.ohio.gov/child-care/resources/02-special-needs-child-care>.
 - Si vous souhaitez déposer une plainte à l'encontre d'un prestataire concernant des violations présumées des règles de licence, vous pouvez contacter le service d'assistance en matière de politique de garde d'enfants au 1-877-302-2347, option 4.

► **Si j'ai postulé pour des prestations SNAP**, je reconnais et j'accepte :

- Sous peine de parjure, j'ai déclaré toutes les rentes et autres dispositifs financiers similaires dans lesquels mon conjoint et/ou moi-même avons un intérêt.
- En signant cette demande et en recevant Medicaid, je cède à l'État de l'Ohio tout droit à une aide médicale et tout droit au paiement par un tiers responsable de l'aide médicale qui est due à (aux) l'enfant(s) mineur(s) de mon groupe d'assistance et/ou à moi-même. Je comprends que je dois informer l'Ohio Department of Medicaid de toute assurance maladie dont je bénéficie ou de tout tiers responsable de mes frais médicaux. J'accorde au département le droit de solliciter d'un ex-conjoint ou d'un parent, une aide médicale. Si je pense que coopérer dans le cadre du recouvrement de l'aide médicale portera préjudice à mon (mes) enfant(s) ou à moi-même, je comprends que je peux en informer le département et que je n'y serai peut-être pas tenu.
- Que l'Ohio Department of Medicaid vérifiera mes réponses à l'aide des numéros de sécurité sociale et d'informations provenant de sources informatiques, notamment l'Internal Revenue Service (IRS), la Social Security Administration (SSA), le Department of Homeland Security (DHS), et bien d'autres. Si les informations ne concordent pas, l'Ohio Department of Medicaid peut solliciter de moi des informations supplémentaires.
- L'Ohio Department of Medicaid obtiendra des informations sur mes ressources financières auprès des banques, des coopératives de crédit ou d'autres institutions financières afin de déterminer mon éligibilité à l'assistance médicale. L'autorisation d'obtenir ces informations reste en vigueur dans les cas suivants :
 - Si ma demande d'assistance médicale est refusée ; ou mon éligibilité à l'assistance médicale prend fin ; ou si j'informe par écrit l'Ohio Department of Medicaid que je souhaite mettre fin à mon autorisation.
- Si je ne suis pas disposé à autoriser l'Ohio Department of Medicaid à obtenir des informations me concernant auprès d'institutions financières, ou si je décide de mettre fin à mon autorisation, je comprends que mon assistance médicale peut être refusée ou interrompue.
- Si je suis institutionnalisé de façon permanente ou si j'ai 55 ans ou plus lorsque je reçois des prestations Medicaid, le programme de recouvrement des successions peut, après mon décès, prélever les frais de mes soins payés par Medicaid, sur mon patrimoine. Le coût de mes soins peut inclure le paiement par capitation que Medicaid verse à mon plan de gestion des soins, même si le paiement par capitation est supérieur au coût des services que j'ai réellement reçus.
- J'autorise toute personne qui fournit des soins de santé, des équipements médicaux ou des services à communiquer à l'Ohio Department of Medicaid, à l'Ohio Department of Job and Family Services, ou à l'Ohio Department of Health toute information relative à l'étendue, la durée et la portée des services fournis dans le cadre du Medicaid program, du WIC program et d'autres programmes d'assistance médicale. Je comprends que j'autorise les services susmentionnés à échanger toute information que j'ai fournie afin de leur permettre de déterminer mon éligibilité aux prestations d'assistance médicale.
- Le programme Medicaid exige que la plupart des bénéficiaires s'inscrivent à un plan de gestion des soins. Vous recevrez des informations à ce sujet par courrier si vous êtes considéré comme éligible à Medicaid.
- Le programme Healthchek offre des services de soins de santé préventifs à tous les enfants de moins de 21 ans éligibles à Medicaid et aux femmes enceintes. Un enfant éligible au programme Medicaid peut bénéficier de dépistages visuels et auditifs gratuits, de la part du programme Healthchek.

J'autorise _____ à être mon représentant pour le programme _____.

(Nom du représentant autorisé)

(Ex. SNAP, OWF)

- Pour Medicaid : vous devez remplir le formulaire ODM 06723 "Designation of Authorized Representative" (Désignation du représentant autorisé)
- Si vous avez besoin de plus d'un représentant autorisé, veuillez contacter le bureau JFS de votre comté.

 Signature du demandeur OU du représentant autorisé	Date
Nom en caractères d'imprimerie du demandeur OU du représentant autorisé	Date

- FIN DU FORMULAIRE -

Remettez cette demande au bureau du JFS de votre comté.

Déclaration de non-discrimination de l'USDA

Conformément à la législation fédérale en matière de droits civils et aux réglementations et politiques en matière de droits civils du département de l'Agriculture des États-Unis (USDA), cette institution n'est en aucun cas autorisée à faire preuve de discrimination fondée sur la race, la couleur de peau, l'origine nationale, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), les croyances religieuses, le handicap, l'âge, les idéologies politiques ou encore les actes de représailles ou de vengeance en lien avec une activité antérieure en matière de droits civils.

Les informations sur les programmes peuvent être disponibles dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes handicapées qui ont besoin d'autres moyens de communication pour obtenir des informations sur les programmes (p. ex., braille, gros caractères, bande audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence (étatique ou locale) auprès de laquelle elles ont déposé une demande de prestations. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des troubles de l'élocution peuvent contacter l'USDA par l'intermédiaire du Federal Relay Service au (800) 877-8339. 

Si vous souhaitez déposer une plainte pour discrimination en lien avec le programme, nous vous invitons à remplir le formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination en lien avec le programme de l'USDA (Form AD-3027, USDA Program Discrimination Complaint Form), disponible en ligne à l'adresse suivante :

<https://www.fns.usda.gov/sites/default/files/resource-files/ad3027-french.pdf>, auprès de n'importe quel bureau de l'USDA, en appelant le (833) 620-1071, ou par voie postale en adressant une lettre à l'USDA. Il est important de mentionner dans la lettre le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du plaignant, ainsi qu'une description écrite de l'acte discriminatoire allégué suffisamment détaillée pour informer le Secrétaire adjoint aux Droits civils (ASCR) de la nature et de la date d'une infraction présumée aux droits civils. Le formulaire ou la lettre AD-3027 dûment rempli doit être soumis à :



(1) voie postale :
Food and Nutrition Service, USDA 1320
Braddock Place, Room 334 Alexandria,
VA 22314; ou



(2) fax :
(833)-256-1665 ou (202)-690-7442 ; ou



(3) e-mail :
FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov

Cette institution est un prestataire qui adhère au principe de l'égalité des chances.

Veillez à ne pas envoyer d'informations, comme des demandes de vérification, à l'adresse du Département de l'agriculture des États-Unis (United States Department of Agriculture - USDA) mentionnée ci-dessus. Cette adresse est réservée aux plaintes en matière de droits civils. Veuillez envoyer les documents relatifs à vos demandes ou aux vérifications au bureau JFS de votre comté.