

3SQUARESVT DANS LE CADRE D'UN PROGRAMME ALIMENTAIRE SNAP !

Mode simplifié d'obtention d'aides 3SquaresVT à destination des personnes âgées
et des personnes en situation de handicap du Vermont.

Vous pouvez utiliser cette demande si TOUTES LES PERSONNES concernées :



- ➔ ont au moins 60 ans ou perçoivent des aides pour leur handicap *ET*
- ➔ ne perçoivent aucun revenu d'un emploi ou d'une activité indépendante *ET*
- ➔ achètent de la nourriture et préparent les repas ensemble.

COMMENT FAIRE UNE DEMANDE

Vous pouvez utiliser cette demande pour candidater au programme 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP, un programme susceptible de vous aider à vous procurer des aliments sains et nourrissants. Si vous la faites, vous pouvez l'utiliser aussi pour demander une Aide énergie (Fuel Assistance).

1. Complétez les pages 1 à 4 de la demande.
2. Répondez entièrement aux questions en toute franchise. Nous vérifierons les informations que vous fournirez auprès des autorités fédérales, d'État et locales.
3. Signez au bas de la page 4.
4. Envoyez votre demande à : *DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VERMONT 05671-1500.*

FACULTATIF : Lancez la procédure plus vite en fournissant au moins votre nom, votre adresse et votre signature. Les aides prendront effet à la date de réception de votre demande, à condition qu'elle contienne ces éléments.

VOUS AVEZ DES QUESTIONS ? BESOIN D'AIDE POUR VOTRE DEMANDE ?

- ➔ Appelez notre Centre du service d'aides au 1-800-479-6151.
- ➔ Si vous avez au moins 60 ans, vous pouvez aussi appeler l'Assistance au 1-800-642-5119.
- ➔ Si vous avez des problèmes d'audition ou d'élocution, appelez le 7-1-1 pour un service de relais.

Si vous avez besoin de services d'interprétariat...

(arabe) 1-855-247-3092 إذا أنت ترغب خدمات الترجمة الفورية اتصل برقم

Ako su Vam potrebne usluge tumačenja, pozovite 1-855-247-3092. (bosniaque)

စကားပြန် ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းကိုအလိုရှိပါက 1-855-247-3092 သို့ ဖုန်းဆက်ခေါ်ပါ။ (birman)

Si vous avez besoin de services d'interprétation, appelez le 1-855-247-3092. (français)

Mugihe woba ushaka impfashanyo yo gusigurirwa, hamagara uyu murungo 1-855-247-3092. (kirundi)

यदि तपाईंलाई दोभाषे सेवाको जरुरत परेमा 1-855-247-3092 मा कल गर्नुहोस्। (népalais)

Haddii aad u baahan tahay adeegyo turjumaan, wac 1-855-247-3092. (somali)

Si usted necesita servicios de interpretación, llame al 1-855-247-3092. (español)

Ikiwa unahitaji huduma za ukalimani, piga simu 1-855-247-3092. (swahili)

Nếu quý vị cần dịch vụ thông ngôn, hãy gọi 1-855-247-3092. (vietnamien)

FAITS IMPORTANTS À CONNAÎTRE

DROITS DES PERSONNES EN SITUATION DE HANDICAP

Vous avez un handicap physique, mental ou cognitif qui vous complique l'exécution de ce qu'on vous demande ? Si oui, nous pouvons aménager la procédure. La Loi américaine sur le handicap « ADA » et le droit du Vermont nous enjoignent à aménager l'attribution d'aides publiques aux personnes en situation de handicap. Ces aménagements s'appellent *des allocations adaptées*. En voici quelques exemples :

- ➔ Quelqu'un peut noter vos réponses si vous ne pouvez pas le faire.
- ➔ Nous pouvons vous accorder davantage de temps ou vous aider à obtenir les documents que vous devez nous fournir.
- ➔ Vous pouvez bénéficier de la présence d'une personne assistante quand vous vous entretenez avec nous.
- ➔ Nous pouvons envoyer des documents avec de plus gros caractères pour que vous puissiez les lire.
- ➔ Nous pouvons vous rencontrer chez vous ou par téléphone pour vous éviter de vous rendre à l'agence locale.

Si vous souhaitez un tel aménagement, veuillez nous appeler au 1-800-479-6151.

STATUT MIGRATOIRE

Seuls les citoyens américains et certains autres peuvent percevoir des aides. Si votre foyer comprend des personnes inéligibles du fait de leur statut migratoire, vous pouvez toujours faire une demande pour les membres éligibles. L'ESD vérifiera le statut migratoire de tous les étrangers demandant des aides auprès des Services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis. Il vous est inutile de fournir des informations migratoires si vous ne demandez aucune aide, mais vous devez inclure d'autres informations telles que vos revenus et vos ressources.

DÉCLARATION DE NON-DISCRIMINATION USDA (NE PAS ENVOYER DE DEMANDE À L'USDA)

Conformément aux droits civiques fédéraux et aux réglementations et aux politiques américaines des droits civiques du Ministère de l'agriculture (USDA), cette institution est interdite de toute pratique discriminatoire basée sur la race, la couleur, l'origine géographique, le sexe (y compris l'identité de genre et l'orientation sexuelle), la foi religieuse, le handicap, l'âge, les convictions politiques ou les représailles ou pénalités pour activité antérieure de défense des droits civiques.

Les informations sur les programmes peuvent être fournies dans d'autres langues que l'anglais. Les personnes en situation de handicap nécessitant des moyens alternatifs de communication pour obtenir des informations sur les programmes (par ex. en braille, en gros caractères, en enregistrement audio, en langue des signes américaine) doivent prendre contact avec l'agence (d'État ou locale) où elles ont demandé les aides. Les personnes sourdes, malentendantes ou ayant des difficultés d'élocution peuvent prendre contact avec l'USDA par le biais du Service relais fédéral au (800) 877-8339.

Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre programme, un plaignant doit compléter un Formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination au programme USDA, disponible en ligne à l'adresse: https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf ou auprès de toute l'agence de l'USDA, en appelant (833) 620-1071 ou en écrivant à l'USDA. La lettre doit contenir le nom, l'adresse, le numéro de téléphone et une description écrite du plaignant de l'action discriminatoire supposée avec suffisamment de détails pour informer le Secrétaire assistant aux droits civiques (ASCR) de la nature et de la date d'une violation supposée des droits civiques. **Le formulaire ou la lettre AD-3027 complété(e) doit être transmis(e) à :**

Par courrier :

Food and Nutrition Service, USDA
1320 Braddock Place, Room 334
Alexandria, VA 22314 ; **OU**

Par télécopie :

(833) 256-1665
ou
(202) 690-7442 ; **OU**

Par e-mail :

[FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov/](mailto:FNSCIVILRIGHTSCOMPLAINTS@usda.gov)

Cette institution promeut l'égalité des chances. **N'ENVOYEZ AUCUNE DEMANDE À L'USDA.**

NOMMER UNE PERSONNE DÉCLARANT OU ALLOCATAIRE ALTERNATIF

- ➔ Si vous souhaitez qu'un tiers reçoive des copies d'avis relatifs à votre demande et à vos aides, complétez et soumettez le Formulaire ESD 139AR pour les désigner comme « déclarant alternatif ».
- ➔ Si vous souhaitez que quelqu'un d'autre ait accès à vos aides, complétez et soumettez le Formulaire ESD 139AP pour désigner cette personne comme « allocataire alternatif ».

Pour recevoir un formulaire, appelez le 1-800-479-6151 ou rendez-vous sur <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>.

3SQUARESVT DANS LE CADRE D'UNE DEMANDE ALIMENTAIRE SNAP



202 3SNP
Version 10/2022

Veillez écrire en majuscules et répondre entièrement aux questions en toute franchise. Merci !

DEMANDE DE : 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP
 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP et Aide énergie (Fuel Assistance)

1. Vous, demandeur ou demandeuse.

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (Jr., Sr., III, etc.)		Date de naissance (mm/jj/aaaa)
Numéro de sécurité sociale	Numéro de téléphone pour vous joindre () -	Votre ville
Adresse postale (rue et numéro ou boîte postale, ville, état, code postal)		
Adresse physique (en cas de différence par rapport à l'adresse postale)		
Genre : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	Souffrez-vous d'un handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Avez-vous la citoyenneté américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
LES QUESTIONS QUI SUIVENT SONT OPTIONNELLES. LES RÉPONSES N'AURONT PAS D'INCIDENCE SUR VOTRE ÉLIGIBILITÉ ET SUR VOS AIDES.		
Race (cocher ✓ tout ce qui convient) : <input type="checkbox"/> Amérindien(ne)/ <input type="checkbox"/> Asiatique indigène d'Alaska <input type="checkbox"/> Noir(e)/Afro-américain(e) <input type="checkbox"/> Blanc(che) <input type="checkbox"/> Hawaïen(ne) indigène/Autre insulaire du Pacifique <input type="checkbox"/> Autre		Ethnicité (cocher ✓ une case) : <input type="checkbox"/> Hispanique/Latino <input type="checkbox"/> Non-hispanique/Latino

2. Voyons maintenant si vous êtes éligible pour percevoir des aides dans les 7 prochains jours. Cela s'appelle la procédure accélérée. Répondez aux questions ci-dessous pour QUICONQUE demande une aide 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP.

Quelqu'un a-t-il reçu des coupons alimentaires ce mois-ci dans un État des États-Unis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quelqu'un est-il un migrant ou un travailleur agricole saisonnier ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Quel est le revenu brut total de toutes les personnes (avant prélèvements) ce mois-ci ?	\$
Quelle est la somme détenue par l'ensemble du foyer en liquidités et sur les comptes bancaires ?	\$
À combien s'élève votre loyer mensuel ou votre échéance de remboursement d'emprunt ?	\$
À combien s'élèvent vos charges (chauffage, climatisation, eau chaude, cuisine et éclairage) chaque mois ?	\$

3. Depuis le 22 septembre 1996, quelqu'un a-t-il demandé des coupons alimentaires ?

Avez-vous encouru des poursuites pour échange de coupons alimentaires contre des drogues, armes, munitions ou explosifs ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous encouru des poursuites pour commerce de coupons alimentaires ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous encouru des poursuites pour avoir reçu frauduleusement des coupons alimentaires dans un État des États-Unis ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Avez-vous fui des poursuites ou avez-vous abusé d'une liberté conditionnelle ou d'une probation judiciaire suite à un délit ou un crime ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

4. Partagez-vous votre domicile avec quelqu'un ? Oui Non

Si oui, apportez les détails ci-dessous. Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

Nom complet (prénom, initiale du second prénom, nom)		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DDN (mm/jj/aaaa)	Numéro de sécurité sociale
Relation avec le demandeur ou la demandeuse	Citoyenneté américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En activité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelqu'un vous accompagne-t-il pour l'achat de nourriture et pour la préparation des repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom complet (prénom, initiale du second prénom, nom)		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DDN (mm/jj/aaaa)	Numéro de sécurité sociale
Relation avec le demandeur ou la demandeuse	Citoyenneté américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En activité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelqu'un vous accompagne-t-il pour l'achat de nourriture et pour la préparation des repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
Nom complet (prénom, initiale du second prénom, nom)		Sexe : <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F	DDN (mm/jj/aaaa)	Numéro de sécurité sociale
Relation avec le demandeur ou la demandeuse	Citoyenneté américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Handicap ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	En activité ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Quelqu'un vous accompagne-t-il pour l'achat de nourriture et pour la préparation des repas ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 5 À 7 SUR VOUS-MÊME ET SUR LA PERSONNE QUI VOUS ACCOMPAGNE POUR L'ACHAT DE NOURRITURE ET POUR LA PRÉPARATION DES REPAS.

5. Quelqu'un possède-t-il des biens ? Oui Non

Cela peut comprendre des véhicules, des comptes bancaires, de l'argent liquide, des biens immobiliers et d'autres biens. Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

Type de bien	Qui est propriétaire ?	Valeur du bien
		\$
		\$
		\$

6. Quelqu'un paie-t-il une pension alimentaire ordonnée par un tribunal ? Oui Non

Si oui, qui ? _____ Montant payé ; \$ _____ par _____

7. A. Quelqu'un paie-t-il plus de 35 \$ par mois en dépenses médicales ? Oui Non

Cela comprend les coûts tels que les frais de mutuelle, les ordonnances, les soins dentaires et les cotisations d'assurance santé.

B. Si vous avez répondu oui ci-dessus, les dépenses dépassent-elles 151 \$ par mois ? Oui Non

RÉPONDEZ AUX QUESTIONS 8 À 11 POUR CHAQUE MEMBRE DU FOYER, Y COMPRIS VOUS-MÊME.

8. Quelqu'un touche-t-il des revenus ? Oui Non

Cela peut comprendre une pension alimentaire, des allocations pour handicap, des gains à la loterie ou au jeu, des pensions de retraite, des aides SSI/AABD et d'ancien combattant. Utilisez une feuille supplémentaire au besoin.

Prénom, initiale du second	Type de revenu	Montant brut et fréquence	Lien avec invalidité ?
		\$ par	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$ par	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$ par	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$ par	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
		\$ par	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

9. Louez-vous votre logement ou une chambre chez quelqu'un ? Oui Non

Si oui, apportez les détails ci-dessous.

Qui paie le loyer ?	Quel en est le montant ?	Que couvre votre loyer ?
	\$ par	<input type="checkbox"/> Chambre seule <input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Charges <input type="checkbox"/> Repas

10. Êtes-vous propriétaire de votre domicile ? Oui Non Si oui, apportez les détails ci-dessous.

Type de paiement	Qui paie ?	Quel en est le montant ?		À quelle fréquence ?
Échéances de remboursement de prêt uniquement		Montant principal \$	Intérêts \$	
Prêt sur valeur nette		Montant principal \$	Intérêts \$	
Assurance (<i>uniquement habitation</i>)		\$		
Location de lot		\$		
Frais de copropriété		\$		
TAXE FONCIÈRE ANNUELLE				Qui paie ?
Montant total \$	Paie ment d'État \$	Prochaine échéance fiscale \$		

11. Payez-vous les charges ? Oui Non Si oui, apportez les détails ci-dessous.

Qui paie les charges ?	Cochez-la ou les cases appropriées
	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Éclairage <input type="checkbox"/> Climatisation <input type="checkbox"/> Téléphone
	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Éclairage <input type="checkbox"/> Climatisation <input type="checkbox"/> Téléphone
	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Éclairage <input type="checkbox"/> Climatisation <input type="checkbox"/> Téléphone



AIDE ÉNERGIE (FUEL ASSISTANCE)

Si vous souhaitez aussi demander une Aide énergie :

- ➔ Répondez aux questions 12 à 15 et
- ➔ Cochez la case « 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP et Aide énergie (Fuel Assistance) » en haut de la page une.

12. Fournissez des détails sur ce que vous et votre domicile consommez en énergie.

PRINCIPAL type d'énergie utilisée pour chauffer votre domicile (cochez en un)	Nombre de chambres
<input type="checkbox"/> Charbon <input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Pétrole <input type="checkbox"/> Gaz naturel <input type="checkbox"/> Fioul <input type="checkbox"/> Granulés <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Bois <input type="checkbox"/> Autre _____	# _____
Détails concernant votre logement	Aide au logement, le cas échéant
<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Mobile home <input type="checkbox"/> Logement individuel <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Section 8 <input type="checkbox"/> Logement social <input type="checkbox"/> Autre _____

13. Payez-vous le chauffage ou l'électricité directement ? Oui Non

Si oui, apportez les détails ci-dessous.

ÉNERGIE :	Nom du compte	Numéro de compte	
	Nom du fournisseur et adresse	Numéro de téléphone de fournisseur	
ÉLECTRICITÉ :	Nom du fournisseur	Nom du compte	Numéro de compte

14. Avez-vous une aide à domicile ? Oui Non Si oui, apportez les détails ci-dessous.

Prénom, initiale	Type de soins : <input type="checkbox"/> Soins de la personne par nécessité médicale <input type="checkbox"/> Services de ménage/de soins ou d'accompagnement
------------------	--

15. Quelqu'un perçoit-il des revenus d'un emploi ou d'une activité indépendante ?

Oui Non Si oui, apportez les détails ci-dessous.

Prénom, initiale	Type de revenus	Revenus
	<input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Activité indépendante	\$ par
	<input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Activité indépendante	\$ par
	<input type="checkbox"/> Emploi <input type="checkbox"/> Activité indépendante	\$ par

Inscription sur liste électorale : Si vous n'êtes pas sur la liste électorale du lieu où vous vivez à présent, souhaitez-vous recevoir une demande d'inscription ? Oui Non

Si vous ne cochez aucune case, il sera considéré que vous avez décidé de ne pas vous inscrire sur la liste électorale pour le moment. Le fait de s'inscrire ou non sur une liste électorale n'a pas d'incidence sur votre éligibilité à des aides ou à un montant que l'ESD pourrait vous attribuer. Nous pouvons vous aider à remplir le formulaire d'inscription à la liste électorale si vous le souhaitez. La décision d'obtenir de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire d'inscription en privé. Si vous pensez que quelqu'un a interféré avec votre droit d'inscription ou de refus d'inscription à la liste électorale, avec votre droit à la confidentialité pour décider de vous inscrire ou de demander à le faire ou avec votre droit de choisir votre parti politique ou une autre préférence politique, vous pouvez déposer plainte auprès du Secrétaire du bureau d'État (Secretary of State's Office au 128 State Street, Montpelier, VERMONT 05633-1101) ou appeler au 1-802-828-2363 ou au 1-800-439-8683 (appel gratuit).

REPRÉSENTATION ET AIDE

Pour recevoir un formulaire, appelez le 1-800-479-6151 ou rendez-vous sur <https://dcf.vermont.gov/mybenefits/resources>.

Souhaitez-vous que quelqu'un vous représente pour cette démarche ? Cela autorise la personne à signer cette demande et à agir en votre nom dans les affaires inhérentes. Si OUI, veuillez compléter le Formulaire ESD 139REP et fournir la pièce requise (par ex. procuration ou ordonnance de justice).

Oui
 Non

Souhaitez-vous que nous partagions des informations sur votre demande et sur vos aides avec quelqu'un qui vous a aidé(e) à remplir cette demande ? Si oui, veuillez indiquer ses coordonnées ci-dessous :

Oui
 Non

Nom/agence : _____ Numéro de téléphone : _____

SIGNEZ CI-DESSOUS

LES DEMANDES NON SIGNÉES SERONT RENVOYÉES POUR L'ÊTRE.

En signant ci-dessous, je certifie sous peine de parjure que les informations de cette demande, en particulier les informations relatives à la citoyenneté et au statut d'étranger des membres du foyer faisant la demande d'aides, sont correctes et complètes à la mesure de mes connaissances et de ma bonne foi.

Signature de la personne demandeuse/du représentant autorisé

Date



VOS DROITS ET DEVOIRS

Si vous avez besoin d'aide pour les comprendre, que vous souhaitez une copie (en plus gros caractères) ou que vous souhaitez obtenir une copie de cette demande, appelez le 1-800-479-6151.

- 1. Vous avez le droit à une audition impartiale si vous contestez une décision relative à vos aides.** Votre cas sera présenté par vous-même ou par un représentant (par ex. un avocat, un parent ou un ami).
Pour en demander une :
 - Appelez le 1-800-479-6151.
 - Pour écrire : ESD Deputy Commissioner, HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VERMONT 05671-1020.
 - ou le Comité de services aux personnes (Human Services Board), 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VERMONT 05633-4302.
- 2. Vous avez le droit à une décision rapide.** Sans retard échappant au contrôle de l'ESD et dû à vous-même, à un médecin, à une urgence inattendue ou à un problème administratif, vous pouvez espérer une décision dans un délai de 30 jours à compter du dépôt de votre demande.
- 3. Vous avez le droit à la confidentialité et à la protection de vos données personnelles.** L'ESD s'engage à ne pas partager vos informations sauf si elles concernent l'administration d'un programme, si cela est autorisé par la loi ou par une ordonnance judiciaire ou par vous-même.
- 4. Il vous incombe de déclarer les changements suivants :**
 - Changements d'adresse.
 - Aide énergie (Fuel Assistance) : J'accepte de déclarer tout changement concernant mon domicile, les personnes qui vivent avec moi, mon mode de chauffage, mon fournisseur d'énergie et une évolution de revenu de quelque source que ce soit dans un délai de 10 jours à compter du moment où ces changements ont lieu.
 - 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP : J'accepte de déclarer les changements relatifs aux personnes qui vivent avec moi, si quelqu'un trouve un emploi ou démarre une activité indépendante dans un délai de 10 jours à compter du mois où ce changement a eu lieu.
- 5. Vous devez fournir un numéro de sécurité sociale (SSN) pour chaque personne faisant la demande.** La loi fédérale l'exige comme condition d'éligibilité (42 U.S.C. §1320b-7). Certains programmes peuvent lever cette exigence pour des membres d'une organisation religieuse qui refusent de fournir leur numéro de sécurité sociale. L'ESD utilise des SNN pour obliger au versement des pensions alimentaires, empêcher les individus de percevoir des aides deux fois, vérifier l'exactitude et la fiabilité des informations fournies à l'ESD, etc.
- 6. Vous devez prévenir l'ESD immédiatement si l'un des membres de votre foyer :**
 - perçoit d'autres aides alimentaires d'un autre État ou
 - a été condamné au cours des 10 dernières années pour avoir menti sur sa domiciliation pour percevoir des aides de plusieurs États.
- 7. Vous vous engagez à coopérer avec l'ESD si votre demande est retenue pour un examen de contrôle qualité.**
Cela implique de fournir les justificatifs de n'importe quelle information requise et d'autoriser l'ESD à l'obtenir si vous n'êtes pas en mesure de le faire.
- 8. Vous autorisez le Commissaire des impôts du Vermont à divulguer les informations de vos déclarations fiscales de revenus auprès du Commissaire de la DCF ou à son représentant. (33 V.S.A. §112 (c)).**
- 9. Si vous obtenez l'aide 3SquaresVT dans le cadre d'un programme alimentaire SNAP, les noms de vos enfants seront transmis à l'Agence de l'enseignement pour certifier leur éligibilité à la gratuité des repas scolaires.** Si vous ne souhaitez pas que l'ESD le fasse, appelez le 1-800-479-6151 dès que possible. Vous pouvez changer d'avis ensuite et déposer une demande auprès de l'école.
- 10. Vous vous engagez à ne pas mentir ou dissimuler des informations dans le but de percevoir des aides auxquelles votre foyer n'a pas droit.** Fournir sciemment de fausses informations ou des informations mensongères pour percevoir, chercher à percevoir ou pour aider quelqu'un d'autre à percevoir des coupons alimentaires ou énergie constitue une fraude.

11. Vous êtes responsable de l'exactitude des renseignements fournis dans cette demande. Nous vérifierons les informations fournies auprès de divers partenaires, en particulier auprès d'administrations d'État et locales.

Cela comprend les informations relatives à votre conjoint ou à votre partenaire d'union civile, vos enfants et les autres membres de votre foyer. Vous autorisez l'ESD à prendre contact avec le ou les employeur(s) pour vérifier les informations d'emploi et de revenus afin de déterminer l'éligibilité de votre foyer aux aides. Si vous refusez que l'ESD prenne contact avec un ou plusieurs employeur(s), vous devez appeler le Centre du service d'aides dès que possible au 1-800-479-6151. Les informations disponibles auprès du Système de vérification des revenus et des éligibilités (IEVS) seront demandées, utilisées et peuvent être vérifiées par des contacts collatéraux quand l'ESD constate des écarts. Si les informations que vous fournissez sont inexactes, les aides peuvent être réduites, il peut vous être demandé de les rembourser, elles peuvent vous être refusées et vous pouvez faire l'objet d'une audience de disqualification administrative, voire de poursuites judiciaires.

12. Vous ne devez faire aucun mauvais usage de vos coupons alimentaires d'une des manières suivantes, car cela constitue un délit de trafic :

- Vendre vos coupons alimentaires.
- Échanger ou vendre vos coupons alimentaires contre des biens non alimentaires, de l'alcool, des produits de tabac, des drogues, des armes à feu, des munitions ou des explosifs.
- Laisser quiconque utiliser votre carte EBT pour autre chose qu'acheter de la nourriture pour votre domicile.
- Utiliser ou avoir en votre possession la ou les carte(s) EBT d'un tiers, à moins d'acheter de la nourriture pour leur foyer.
- Si vous achetez de la nourriture à crédit, utiliser vos coupons alimentaires pour payer ce crédit, même si vous n'avez acheté que de la nourriture.

13. Vous ou tout adulte du foyer peut faire l'objet de poursuites pour fraude, pour trafic ou pour les deux et peut être soumis à une audience de disqualification administrative et/ou à des poursuites judiciaires. Si vous êtes ou n'importe quel adulte du foyer est reconnu coupable de fraude à la prestation dans le cadre du programme d'aide SNAP ou d'aide énergie dans le cadre du programme de 3SquaresVT devant un tribunal, la peine peut atteindre **jusqu'à trois ans de prison et une amende de 1 000 \$**. Il est également possible d'être condamné à payer **jusqu'à 250 000 \$, à une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à 20 ans ou les deux**, en cas de culpabilité de trafic d'aides au titre du programme 3SquaresVT reconnue devant un tribunal. Si vous êtes ou n'importe quel adulte du foyer est reconnu coupable de fraude à la prestation dans le cadre du programme 3SquaresVT ou de trafic, que ce soit devant un organisme administratif ou devant un tribunal, l'exclusion de 3SquaresVT durera **un an pour le premier délit, deux ans pour le deuxième et sera définitive dès la troisième fois**. Si vous-même êtes ou tout membre du foyer est reconnu coupable d'échange ou d'achat de drogues via le 3SquaresVT, l'exclusion dure **deux ans pour le premier délit et est définitive dès la deuxième fois**. Si vous obtenez des coupons alimentaires de deux États à la fois, l'exclusion dure 10 ans. Si vous-même êtes ou tout adulte du foyer est reconnu coupable de trafic dépassant 500 \$ ou d'échange d'armes à feu, de munitions ou d'explosifs pour 3SquaresVT, l'exclusion est **définitive**. Selon la Loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008, 7 C.F.R Section 273.16b, 42 U.S.C Sections 1320a-7b et 33 V.S.A Sections 141, 143, ces peines et d'autres peines fédérales et d'État peuvent aussi s'appliquer.

14. Si vous percevez une Aide énergie (Fuel Assistance), vous devez accepter des services gratuits d'isolation thermique.

De plus, vous devez aussi autoriser :

- que votre fournisseur d'électricité ou de gaz fournisse à l'ESD des données relatives à votre consommation annuelle d'énergie, aux coûts, à l'usage, aux frais d'abonnement, à l'historique des paiements et à d'autres informations de votre compte.
- L'ESD est habilité à recevoir et à partager ces données.