

Demande d'aides



3SquaresVT

Aide à couvrir les frais de nourriture.



Programme Reach Up

Aide pour les foyers avec enfants.



Aide énergie (Fuel Assistance)

Aide pour le chauffage.



Aide à domicile (Essential Person)

Aide à couvrir les frais d'une aide à domicile.

Une seule demande.

Il suffit d'une demande pour candidater aux programmes ci-dessus : 3SquaresVT, Programme Reach Up, Aide énergie (Fuel Assistance) et Aide à domicile (Essential Person). Postulez à une ou plusieurs aides via une seule et même demande !

Trois moyens simples pour faire votre demande.

- EN LIGNE :** Rendez-vous sur myBenefits.vt.gov et déposez y votre demande. C'est le moyen le plus rapide de nous faire parvenir votre demande.
- PAR COURRIER :** Envoyez cette demande complétée à l'adresse figurant page suivante (p 4). Les demandes supplémentaires peuvent être remises dans une agence locale ou vous pouvez appeler le **1-800-479-6151**.
- EN PERSONNE :** Déposez vous-même votre demande dans l'une de nos 12 agences locales. Pour savoir quel est le bureau le plus proche de chez vous, appelez le **1-800-479-6151** ou consultez myBenefits.vt.gov.

Des questions ? Nous sommes là pour vous aider !

APPELEZ AU : **1-800-479-6151**

VISITE : Nous avons 12 agences locales. Pour savoir quelle est la plus proche de chez vous, appelez le **1-800-479-6151** ou consultez myBenefits.vt.gov.

SENIORS : Si vous avez 60 ans ou plus, vous pouvez aussi appeler l'Assistance Senior du Vermont au **1-800-642-5119**.

SRT : Si vous êtes sourd(e), malentendant(e) ou que vous avez des difficultés d'élocution, appelez le **7-1-1** pour un service 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 गनुरहोस्। (népalais)

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

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)

FAITES-NOUS SAVOIR SI VOUS SOUHAITEZ UNE COPIE DE VOTRE DEMANDE

LIRE ET CONSERVER CETTE PAGE POUR VOS DOSSIERS.

Pour commencer

Processus de demande étape par étape

1. Remplissez cette demande. Répondez entièrement aux questions en toute franchise.

La Division des services économiques (ESD) doit vérifier les informations que vous fournissez auprès d'autres sources telles que les agences fédérales, d'État et locales.

2. Signez votre demande.

Avant de signer, veuillez à lire attentivement les **Droits et devoirs** expliqués pages 17 et 18.

3. Joignez tout document utile.

Certaines questions vous demandent d'inclure des documents supplémentaires. Veuillez envoyer les copies de vos documents personnels. En effet, il est possible que des originaux ne vous soient pas restitués.

4. Soumettez votre demande complétée et signée.

EN PERSONNE : Déposez votre demande complétée dans l'une de nos 12 agences locales. Pour savoir quelle est la plus proche de chez vous, appelez le **1-800-479-6151** ou consultez **myBenefits.vt.gov**.

PAR COURRIER : Envoyez votre demande complétée à :

DCF - Economic Services Division
Application and Document Processing Center
280 State Drive
Waterbury, VERMONT 05671-1500

5. Rendez-vous à l'entretien, le cas échéant.

Si vous demandez l'aide 3SquaresVT ou Reach Up, vous devrez vous rendre à un entretien — téléphonique ou présentiel — avant que nous prenions une décision relative à votre éligibilité. Nous vous informerons du processus de l'entretien après votre demande.

6. Joignez tout document supplémentaire demandé.

Après avoir soumis votre demande, nous pouvons vous demander de fournir d'autres documents (par ex. un permis de conduire, une carte d'identité, des documents d'immigration, des fiches de paie, des factures, des formulaires, etc.) pour vérifier certaines informations. Veuillez envoyer les copies de vos documents personnels. En effet, il est possible que des originaux ne vous soient pas restitués.

Choses à savoir

FACULTATIF. Pour accélérer la procédure, soumettez les pages 1 et 2 de cette demande. Elles doivent contenir au moins votre nom, votre adresse et votre signature. Ensuite, complétez et soumettez le reste de la demande dès que possible.

AIDES 3SQUARESVT. Les aides seront rétroactives en fonction de la date de réception de votre demande, à condition qu'elle porte au moins votre nom, votre adresse et votre signature.

LOI AMÉRICAINE SUR LE HANDICAP (ADA). Si vous souffrez d'une condition physique ou mentale qui limite considérablement une de vos fonctions vitales majeures (par ex. handicap moteur, handicap visuel ou handicap cognitif), vous pouvez prétendre à des aménagements pour vous aider à bénéficier des programmes de l'ESD. Appelez le **1-800-479-6151**.

NUMÉROS DE SÉCURITÉ SOCIALE (SSN). Vous devez fournir un SNN pour chaque personne en demande d'aides. Vous n'avez pas l'obligation de fournir les SNN pour les personnes non concernées par la demande, mais vous devez fournir des informations telles que leurs revenus et leurs ressources. Pour obtenir de l'aide pour un SNN, appelez le **1-800-772-1213** ou rendez-vous sur **socialsecurity.gov**. Les usagers du service SRT appellent le **1-800-325-0778**.

IMMIGRANTS. 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 faire une demande pour les personnes éligibles. Vous n'avez pas l'obligation de fournir des informations relatives au statut d'immigration des personnes qui ne font pas la demande, mais vous devez fournir les informations telles que leurs revenus et leurs ressources. L'obtention d'aides de l'ESD peut affecter le garant d'un immigrant ou un statut d'immigration. Avant de soumettre votre demande, appelez l'Aide juridique du Vermont au **1-800-889-2047** si vous avez des questions.

Autres ressources

AIDE ÉNERGIE : Si vous êtes client de Green Mountain Power ou de Vermont Gas, vous pouvez prétendre à une remise. Rendez-vous sur **energyhelp.vt.gov** ou appelez le **1-800-775-0516** pour en savoir plus.

AUTRES ASSISTANCES : Rendez-vous sur **dcf.vermont.gov/esd** ou appelez le **1-800-479-6151** pour connaître les autres aides disponibles via l'ESD, y compris l'Assistance d'urgence/générale.

COUVERTURE SANTÉ : Pour connaître la couverture santé et comment la demander, appelez Vermont Health Connect au **1-855-899-9600** ou rendez-vous sur **dvha.vermont.gov/apply**.

PROGRAMME DE TÉLÉCOMMUNICATIONS LIFELINE : Pour obtenir une assistance du programme fédéral Lifeline, veuillez appeler le numéro de téléphone de l'assistance clientèle USAC Lifeline au **1-800-234-9473** ou rendez-vous sur **https://www.lifelinesupport.org**.

AIDE SUPPLÉMENTAIRE : Rendez-vous sur **vermont211.org** ou composez le **2-1-1** (appel gratuit) dans le Vermont pour découvrir des centaines d'autres ressources mises à disposition par la communauté et l'État.

Demande d'aides

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



202 Version 11/2022

1. Présentez-vous en tant que personne faisant la demande.

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>)		Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)
Numéro de sécurité sociale	Numéro de téléphone auquel vous êtes joignable () -	Votre ville
Adresse postale, ligne 1		Numéro d'appartement ou de chambre
Adresse postale, ligne 2 (<i>le cas échéant, inclure une personne hébergée ici</i>)		
Ville	État	Code postal
Adresse physique ou domicile <input type="checkbox"/> Cochez si même adresse que l'adresse postale <input type="checkbox"/> Cochez si sans domicile		Numéro d'appartement ou de chambre
Ville	État	Code postal
Adresse e-mail		Langue de préférence

2. Quels programmes vous intéressent ?

Cochez les programmes qui vous intéressent (vous pouvez en cocher plusieurs).

3SquaresVT :



Aide à couvrir les frais de nourriture.

Programme Reach Up :



Aide pour les foyers avec enfants.

Aide énergie (Fuel Assistance) :



Aide pour le chauffage.

Aide à domicile (Essential Person) :



Aide à couvrir les frais d'une aide à domicile

Quand vous remplissez cette demande, prêtez attention aux symboles ci-dessus. Il vous suffit de répondre aux questions portant les symboles des programmes qui vous intéressent. Si vous hésitez sur les programmes qui vous intéressent, vous pouvez répondre à toutes les questions.

3. Ces services supplémentaires vous intéressent-ils ?

WIC : Si vous avez un enfant de moins de cinq ans ou que vous êtes une femme enceinte ou allaitante, vous pouvez demander de l'aide supplémentaire pour l'alimentaire, les dépistages santé et l'éducation nutritionnelle. Le cas échéant, souhaitez-vous que quelqu'un du programme WIC vous contacte ?

Oui Non

Pour en savoir plus sur le programme WIC, vous pouvez appeler gratuitement le 1-800-464-4343.

Inscription sur liste électorale : Si vous n'êtes pas inscrit(e) sur liste électorale dans votre lieu de résidence, souhaitez-vous faire une demande d'inscription sur liste électorale ? **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.**

Oui Non

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. Si vous souhaitez remplir le formulaire de demande d'inscription sur liste électorale, nous pouvons vous aider. 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).

Oui Non

ICAN : Un membre de votre foyer est-il à la recherche d'emploi ?

SIGNEZ ICI. LES DEMANDES NON SIGNÉES NE SERONT PAS TRAITÉES. ELLES SERONT RENVOYÉES.

Je certifie sur l'honneur sous peine de parjure que les informations fournies dans cette demande sont vraies et complètes dans la mesure de mes connaissances et de ma bonne foi, y compris les informations relatives à la citoyenneté et au statut migratoire. J'ai lu attentivement mes **Droits et devoirs** page 17 et 18 et les accepte.

Signature du demandeur ou d'un(e) représentant(e) (voir page 15 pour sa définition) _____ Date _____

A Réponse à : **4. Antécédents judiciaires.** Indiquez-nous les antécédents judiciaires des membres de votre foyer.



Veuillez répondre à ces questions pour les condamnations prononcées dans tout État.

1. Avez-vous été condamné(e) ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné pour délit relatif aux stupéfiants depuis le 22 août 1996 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
2. Êtes-vous en fuite ? Un membre de votre foyer l'est-il ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
3. Êtes-vous en train de violer une probation ou une liberté conditionnelle ? Un membre de votre foyer l'est-il ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
4. Avez-vous été condamné(e) ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné pour détournements d'aides sociales alimentaires SNAP en échange de stupéfiants depuis le 22 août 1996 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
5. Avez-vous été condamné(e) ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné pour achat ou vente de coupons alimentaires SNAP au-delà de 500 \$ dans un État depuis le 22 septembre 1996 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
6. Avez-vous été condamné(e) ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné pour obtention frauduleuse de coupons alimentaires SNAP dans un État depuis le 22 septembre 1996 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?
7. Avez-vous été condamné(e) ou un membre de votre foyer a-t-il été condamné pour trafic de coupons alimentaires SNAP en échange d'armes, de munitions ou d'explosifs depuis le 22 août 1996 ?	<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Si OUI, qui ?

A Réponse à : **5. Procédure accélérée d'obtention de l'aide 3SquaresVT.**



Vous pouvez percevoir les aides 3SquaresVT dans un délai d'une semaine si :

- votre foyer atteint moins de 150 \$ de revenus bruts mensuels et moins de 100 \$ en liquidités (c.-à-d. argent liquide ou en banque) ; ou
- votre foyer comprend un migrant ou un travailleur rural saisonnier et perçoit très peu de revenus par moments ou rien du tout, et perçoit moins de 100 \$ en argent liquide ; ou
- les revenus et les ressources mensuels bruts combinés de votre foyer sont inférieurs au loyer ou à la mensualité du crédit, plus les charges.

Si vous pensez pouvoir obtenir des aides plus rapidement, répondez aux questions ci-dessous concernant les personnes de votre foyer avec autant de précision que possible.

<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Un membre de votre foyer a-t-il reçu des coupons alimentaires (SNAP, 3SquaresVT) ce mois dans un État ?
Si OUI, dans quel État ?	
<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON	Un membre de votre foyer est-il un migrant ou un travailleur rural saisonnier ?
\$	Quels sont les revenus totaux bruts de votre foyer (avant déductions) ce mois-ci ?
\$	De quelle somme votre foyer dispose-t-il en liquidités et en banque ?
\$	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) ?

A Réponse à : **6. Indiquez chaque personne vivant chez vous.**



Indiquez toutes les personnes de votre foyer, même si vous ne demandez pas d'aides. Commencez par vous-même. Vous serez considéré(e) comme la ou le responsable du foyer. Si vous souhaitez indiquer plusieurs personnes, prenez une feuille de papier vierge et répondez aux mêmes questions que ci-dessous pour chaque personne. Ajoutez votre nom et votre SSN en haut de chaque page supplémentaire.

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>)		Demande de : <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Programme Reach Up <input type="checkbox"/> Aide énergie (Fuel Assistance) <input type="checkbox"/> Aide à domicile (Essential Person) <input type="checkbox"/> Aucune	Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Citoyenneté américaine <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Étranger/ère en situation régulière <input type="checkbox"/> Autre	Statut marital : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union civile <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e)/célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/dissolution de mariage <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve
Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)	Numéro de sécurité sociale	Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme		
Lien de parenté avec vous moi-même		Niveau scolaire atteint (dernier niveau validé)		

La question suivante est facultative. Elle n'a aucune incidence sur le niveau des aides. Elle n'est posée que pour veiller à ce que les aides du programme soient distribuées sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, la race, la couleur ou l'origine nationale.

Origine ethnique : hispanique ou latino non hispanique ou latino **Race :** Asiatique Blanche Noir(e)/Afroaméricain(e) Natif/ve d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique Amérindien(ne) ou natif/ve d'Alaska

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>)		Demande de : <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Programme Reach Up <input type="checkbox"/> Aide énergie (Fuel Assistance) <input type="checkbox"/> Aide à domicile (Essential Person) <input type="checkbox"/> Aucune	Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Citoyenneté américaine <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Étranger/ère en situation régulière <input type="checkbox"/> Autre	Statut marital : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union civile <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e)/célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/dissolution de mariage <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve
Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)	Numéro de sécurité sociale	Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme		
Lien de parenté avec vous		Niveau scolaire atteint (dernier niveau validé)		

La question suivante est facultative. Elle n'a aucune incidence sur le niveau des aides. Elle n'est posée que pour veiller à ce que les aides du programme soient distribuées sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, la race, la couleur ou l'origine nationale.

Origine ethnique : hispanique ou latino non hispanique ou latino **Race :** Asiatique Blanche Noir(e)/Afroaméricain(e) Natif/ve d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique Amérindien(ne) ou natif/ve d'Alaska

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>)		Demande de : <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Programme Reach Up <input type="checkbox"/> Aide énergie (Fuel Assistance) <input type="checkbox"/> Aide à domicile (Essential Person) <input type="checkbox"/> Aucune	Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Citoyenneté américaine <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Étranger/ère en situation régulière <input type="checkbox"/> Autre	Statut marital : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union civile <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e)/célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/dissolution de mariage <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve
Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)	Numéro de sécurité sociale	Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme		
Lien de parenté avec vous		Niveau scolaire atteint (dernier niveau validé)		

La question suivante est facultative. Elle n'a aucune incidence sur le niveau des aides. Elle n'est posée que pour veiller à ce que les aides du programme soient distribuées sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, la race, la couleur ou l'origine nationale.

Origine ethnique : hispanique ou latino non hispanique ou latino **Race :** Asiatique Blanche Noir(e)/Afroaméricain(e) Natif/ve d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique Amérindien(ne) ou natif/ve d'Alaska

Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (<i>Jr., Sr., III, etc.</i>)		Demande de : <input type="checkbox"/> 3SquaresVT <input type="checkbox"/> Programme Reach Up <input type="checkbox"/> Aide énergie (Fuel Assistance) <input type="checkbox"/> Aide à domicile (Essential Person) <input type="checkbox"/> Aucune	Citoyenneté : <input type="checkbox"/> Citoyenneté américaine <input type="checkbox"/> Réfugié(e) <input type="checkbox"/> Demandeur d'asile <input type="checkbox"/> Étranger/ère en situation régulière <input type="checkbox"/> Autre	Statut marital : <input type="checkbox"/> Marié(e) <input type="checkbox"/> Union civile <input type="checkbox"/> Séparé(e) <input type="checkbox"/> Jamais marié(e)/célibataire <input type="checkbox"/> Divorcé(e)/dissolution de mariage <input type="checkbox"/> Veuf ou veuve
Date de naissance (<i>mm/jj/aaaa</i>)	Numéro de sécurité sociale	Sexe : <input type="checkbox"/> homme <input type="checkbox"/> femme		
Lien de parenté avec vous		Niveau scolaire atteint (dernier niveau validé)		

La question suivante est facultative. Elle n'a aucune incidence sur le niveau des aides. Elle n'est posée que pour veiller à ce que les aides du programme soient distribuées sans discrimination fondée sur l'origine ethnique, la race, la couleur ou l'origine nationale.

Origine ethnique : hispanique ou latino non hispanique ou latino **Race :** Asiatique Blanche Noir(e)/Afroaméricain(e) Natif/ve d'Hawaï ou d'autres îles du Pacifique Amérindien(ne) ou natif/ve d'Alaska

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

EITC

A Réponse à : **7. Un membre du foyer a-t-il bénéficié d'un Crédit d'impôts sur le revenu (EITC) du Vermont ces 12 derniers mois ? (Ligne 31C de votre avis d'imposition du Vermont)**



Si vous hésitez, appelez le Trésor public du Vermont au **1-802-828-2865**.

OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Date de réception

A Réponse à : **8. Un membre du foyer vient-il de s'installer dans le Vermont depuis moins de 3 ans ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Date d'arrivée dans le Vermont	État ou pays de départ

A Réponse à : **9. Un membre de votre foyer a-t-il perçu une aide financière d'un autre État depuis le 1^{er} juillet 2001 ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Autre État	Date de début de l'aide	Date de fin de l'aide

INST

A Réponse à : **10. Un membre de votre foyer vit-il ou vit-elle dans un hébergement autre qu'un internat scolaire ou une résidence universitaire ?**



Exemples : hôpital, centre d'hébergement et de soins de longue durée, lieu de détention, établissement de traitement, foyer, etc.

OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Nom de l'établissement	Type d'établissement	Date d'admission

SCOL

A Réponse à : **11. Un membre de votre foyer est-il au lycée, à l'université, en apprentissage ou en formation ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Un des enfants figurant ci-dessous bénéficie-t-il d'un Programme éducatif individualisé (IEP) ou présente-t-il un handicap l'empêchant d'être diplômé avant l'âge de 19 ans ? **OUI** **NON**

Prénom, initiale du second	Nom de l'école	Type d'école	Date prévue de fin de scolarité	Statut d'inscription	Vit-il ou vit-elle dans le campus ?
				<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Moins qu'à mi-temps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
				<input type="checkbox"/> Temps complet <input type="checkbox"/> Temps partiel <input type="checkbox"/> Moins qu'à mi-temps	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

GEST

A Réponse à : **12. Une femme membre du foyer est-elle enceinte ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Date prévue de l'accouchement	Sa grossesse l'empêche-t-elle de travailler ?
		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

A Réponse à : **13. Un membre du foyer vit-il ou vit-elle hors du domicile une partie du temps ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Temps passé chez vous	Quand il ou elle n'est pas chez vous, où est-il / où est-elle ?
	_____ jours par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> an	Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (Jr., Sr., III, etc.)
	_____ jours par <input type="checkbox"/> semaine <input type="checkbox"/> mois <input type="checkbox"/> an	Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (Jr., Sr., III, etc.)

ALIA

A Réponse à : **14. Un membre de votre foyer se fait-il appeler par un autre nom ?**



Exemple : nom de jeune fille, surnom ou alias (nom d'emprunt).

- OUI.** Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

NOM USUEL : Prénom, second nom, nom de famille et suffixe	AUTRE NOM : Prénom, second nom, nom de famille et suffixe

HANDI

A Réponse à : **15. Un membre de votre foyer souffre-t-il d'un état de santé mentale ou émotionnelle qui limite ses activités telles que le travail, la scolarité ou la prise en charge des enfants ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Cause accidentelle ?	Détermination de l'invalidité
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cette personne a-t-elle demandé une reconnaissance d'invalidité auprès de la Sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La Sécurité sociale a-t-elle déterminé l'invalidité de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Cette personne a-t-elle demandé une reconnaissance d'invalidité auprès de la Sécurité sociale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non La Sécurité sociale a-t-elle déterminé l'invalidité de cette personne ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

PAR

A Réponse à : **16. Un autre parent de votre plus jeune enfant vit-il ou vit-elle avec vous ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

AUTRE PARENT : Prénom, second prénom, nom de famille	Êtes-vous marié(e) ou uni(e) par Union civile à cette personne ?	Nom(s) de l'enfant ou des enfants partagé(s)
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

DÉM

A Réponse à : **17. Un membre de votre foyer a-t-il cessé de travailler au cours des 60 derniers jours ?**



Exemples : démission, licenciement, chômage ou en grève.

OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Motif de départ	Date de départ

ALIM

A Réponse à : **18. Un membre de votre foyer achète et prépare-t-il ou elle des repas sans vous ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second
1	2	3

ESSP

A Réponse à : **19. Un membre de votre foyer vit-il ou vit-elle avec vous pour vous aider à rester chez vous ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, second prénom, nom de famille	Type de soins	Payé par une autre agence ?
	<input type="checkbox"/> Services de ménage, de soins ou d'accompagnement <input type="checkbox"/> Soins de la personne pour motif médical <input type="checkbox"/> Autre _____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

ABSP

A Réponse à : **20. Un enfant de votre foyer vit-il sans l'un de ses parents ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

PARENT ABSENT : Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe (Jr., Sr., III, etc.)	Nom(s) du ou des enfant(s)

Avant que nous déterminions votre éligibilité au Programme Reach Up, vous devez compléter un Formulaire 137 pour chaque parent absent. Ce formulaire établit vos droits à une pension alimentaire versée par l'État du Vermont. Nous vous enverrons le Formulaire 137 après réception de cette demande. Pour recevoir le formulaire plus vite, appelez le **1-800-479-6151** ou rendez-vous **sur myBenefits.vt.gov** pour l'imprimer. Si vous pensez que la demande d'une pension peut amener un parent n'ayant pas la garde à vous menacer physiquement ou psychologiquement vous ou l'enfant concerné, vous pouvez demander une renonciation à la coopération. Plus de détails page 17, paragraphe 11 dans Droits et devoirs.

Lien d'accès au Formulaire 137 : <https://outside.vermont.gov/dept/DCF/Shared%20Documents/ESD/Forms/137.pdf>

Assurance santé

7

Ne répondez que pour les adultes de votre foyer qui demandent des aides.

MEDI

A Réponse à : **21. Un membre de votre foyer est-il inscrit à l'assurance Medicare (assurance fournie par la Sécurité sociale) ?**



En cas de doute, appelez Medicare au **1-800-633-4227**. Les usagers du service SRT appellent le **1-877-486-2048**.

OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Personne 1		Partie A	Partie B	Partie C	Partie D
Prénom, initiale du second	Date de début				
Numéro de demande Medicare	Versement de cotisation	\$	\$	\$	\$
Personne 2		Partie A	Partie B	Partie C	Partie D
Prénom, initiale du second	Date de début				
Numéro de demande Medicare	Versement de cotisation	\$	\$	\$	\$

Ressources

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

ARGENT LIQUIDE

A Réponse à : **22. Un membre de votre foyer a-t-il de l'argent liquide qui n'est PAS en banque, par exemple chez vous, sur lui ou sur elle ou entre les mains de tiers ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second				
Montant	\$	\$	\$	\$

BANQUE

A Réponse à : **23. Un membre de votre foyer possède-t-il des comptes dans une banque, une société de crédit mutuel ou une autre institution financière, y compris des comptes pour le moment sans valeur ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Cochez les types de comptes et apportez les détails ci-après.

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Certificat de dépôt (CD) | <input type="checkbox"/> IRA/Keogh Plan/401K | <input type="checkbox"/> Compte d'épargne |
| <input type="checkbox"/> Compte chèques | <input type="checkbox"/> Compte de pension | <input type="checkbox"/> Autre (décrire ci-après) |
| <input type="checkbox"/> Club de Noël | <input type="checkbox"/> Compte de retraite | |

➡ Cochez la case ci-dessous pour percevoir vos prestations Reach Up, vos versements 3SquaresVT ou votre Aide à domicile (Essential Person) sur le compte sélectionné.

Nom(s) du ou des propriétaire(s)/copropriétaire(s)	Type de compte	Nom de la banque	Numéro d'acheminement	Numéro de compte	Valeur
				<input type="checkbox"/>	\$
				<input type="checkbox"/>	\$
				<input type="checkbox"/>	\$
				<input type="checkbox"/>	\$
				<input type="checkbox"/>	\$

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

VOIT

A Réponse à : **24. Un membre de votre foyer possède-t-il en propriété, copropriété ou bail des véhicules, y compris des véhicules non immatriculés ou inutilisés pour le moment ?**



OUI. Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Cochez les types de véhicules en propriété ou en copropriété et apportez les détails ci-après.

<input type="checkbox"/> Quad	<input type="checkbox"/> Voiture	<input type="checkbox"/> Motoneige
<input type="checkbox"/> Bateau	<input type="checkbox"/> Jet-ski	<input type="checkbox"/> Camion ou camionnette
<input type="checkbox"/> Fourgonnette/ camping car/caravane	<input type="checkbox"/> Moto	<input type="checkbox"/> Autre (décrire ci-après)

Nom(s) du ou des propriétaire(s)/copropriétaire(s)	Type de véhicule	Année, marque et modèle	En location bail ?	Montant dû	Réservé à l'ESD
			<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	\$	

PROP

A Réponse à : **25. En dehors de votre domicile, un membre de votre foyer possède-t-il à part entière ou en copropriété des logements, des terrains, des mobile-homes, des immeubles, d'autres biens immobiliers ou en viager dans tout type de propriété ?**



OUI. Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Nom(s) du ou des propriétaire(s)/copropriétaire(s)	Type de propriété	Lieu	Valeur estimée	Montant dû
			\$	\$
			\$	\$

STOK

A Réponse à : **26. Un membre de votre foyer possède-t-il entièrement ou en copropriété l'une des ressources figurant ci-dessous, y compris des ressources pour le moment sans valeur ?**



OUI. Répondre à cette question ↻ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Cochez les types de ressources en propriété ou en copropriété et apportez les détails ci-après.

<input type="checkbox"/> Compte de dépenses pour décès : Est-il irrévocable ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Collections (par ex., timbres, bandes dessinées, etc.)	<input type="checkbox"/> Actions/titres/fonds communs
<input type="checkbox"/> Concession mortuaire	<input type="checkbox"/> Billet à ordre ou cédule hypothécaire	<input type="checkbox"/> Fidéicommis
	<input type="checkbox"/> Titres d'épargne	<input type="checkbox"/> Autre (décrire ci-après)

Nom(s) du ou des propriétaire(s)/copropriétaire(s)	Type de ressource	Valeur
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

Ressources (suite)

9

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

STOK

A Réponse à : **27. Un membre de votre foyer a-t-il vendu, donné, échangé ou transféré une ressource ces 24 derniers mois (3 mois seulement en cas de demande d'aide au programme 3SquaresVT) ?**



Exemples : véhicule, argent, actions, terrains, logement ou tout autre objet de valeur.

OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Type de ressource	Date de transfert	Prix de vente ou valeur
			\$
			\$

Revenus

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

JINC

A Réponse à : **28. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus d'un emploi, d'un stage ou d'un programme de formation ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Faites la liste des revenus de chaque chèque reçu ces 30 derniers jours avant prélèvements (par ex. taxes, assurance, etc.). *Veillez énumérer jusqu'à 5 chèques reçus ces 30 derniers jours.* Pour un traitement accéléré, inclure les copies des fiches de paie.

Nom de l'employé : prénom, second prénom, nom de famille		Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur () -	
Chèques émis :		Date de paiement	Heures de travail	Salaire brut	Pourboires/commissions
<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines		1		\$	\$
<input type="checkbox"/> Chaque mois <input type="checkbox"/> Deux fois par mois		2		\$	\$
<input type="checkbox"/> Autre : _____		3		\$	\$
Jour de paie : _____		4		\$	\$
		5		\$	\$
Nom de l'employé : prénom, second prénom, nom de famille		Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur () -	
Chèques émis :		Date de paiement	Heures de travail	Salaire brut	Pourboires/commissions
<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines		1		\$	\$
<input type="checkbox"/> Chaque mois <input type="checkbox"/> Deux fois par mois		2		\$	\$
<input type="checkbox"/> Autre : _____		3		\$	\$
Jour de paie : _____		4		\$	\$
		5		\$	\$
Nom de l'employé : prénom, second prénom, nom de famille		Nom de l'employeur		Numéro de téléphone de l'employeur () -	
Chèques émis :		Date de paiement	Heures de travail	Salaire brut	Pourboires/commissions
<input type="checkbox"/> Chaque semaine <input type="checkbox"/> Toutes les 2 semaines		1		\$	\$
<input type="checkbox"/> Chaque mois <input type="checkbox"/> Deux fois par mois		2		\$	\$
<input type="checkbox"/> Autre : _____		3		\$	\$
Jour de paie : _____		4		\$	\$
		5		\$	\$

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

INKD

A Réponse à : **29. Un membre de votre foyer perçoit-il de la nourriture, un hébergement, des vêtements ou autre chose en échange de son travail ?**



Exemple : Quelqu'un est logé en échange d'un travail dans une ferme et la valeur atteint 500 \$ mensuels.

OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Bien reçu	Valeur
		\$ par

DCIN

A Réponse à : **30. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus d'une garde d'enfants ?**



Si vous déclarez des revenus pour garde d'enfants sur votre déclaration fiscale, répondez par NON ici et par OUI à la question 32.

OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Faites la liste des 30 derniers jours et du nombre de repas que vous fournissez chaque mois et pour lesquels vous n'êtes ni payé(e) ni remboursé(e).

Prénom, initiale du second	Revenus avant déductions	Heures/semaine	Petit-déjeuner	Déjeuner	Dîner	Encas
	\$ par					
	\$ par					

RBIN

A Réponse à : **31. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus pour mettre à disposition des chambres ou des repas chez vous ?**
Indiquez les versements des enfants.



OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second de la personne rémunérée	Montant reçu	Qui paie ? (nom(s) complet(s))	Cochez-la ou les cases appropriées
	\$ par		<input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> 1 à 2 repas par jour <input type="checkbox"/> 3 repas quotidiens
	\$ par		<input type="checkbox"/> Chambre <input type="checkbox"/> 1 à 2 repas par jour <input type="checkbox"/> 3 repas quotidiens

AFF

A Réponse à : **32. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus d'une activité indépendante ?**



Exemples : activité agricole, charpente, pelouses, fêtes domestiques, commerce de bois, de métaux à recycler, petit boulots, location immobilière, pension alimentaire si vous avez répondu NON à la question 30 ou autres activités.

OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Nature de l'activité	Heures travaillées par semaine	Date de début d'activité

Vous devez inclure une copie de votre avis d'imposition fédérale le plus récent, comprenant les formulaires, les échéanciers et les prolongations. S'il s'agit d'une nouvelle activité et que vous n'avez pas déposé les taxes, incluez les registres comptables à jour.

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

STIN

A Réponse à : **33. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus d'une étude du travail, d'une bourse d'études ou d'un prêt ?**



OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Montant de la bourse ou du prêt	Frais de scolarité	Période couverte (mois/année - mois/année)
	\$	\$	
	\$	\$	

UNEA

A Réponse à : **34. Un membre de votre foyer perçoit-il des revenus d'une autre source, telle que celles énumérées ci-dessous ?**



OUI. Répondre à cette question ↴

NON. Passer à la question suivante ➡

Cochez les types de revenus perçus et apportez les détails ci-après. Faites une liste des revenus (revenus avant déduction, tels que cotisations Medicare, taxes, assurance, pension alimentaire ou cotisations syndicales).

<input type="checkbox"/> Pension alimentaire matrimoniale	<input type="checkbox"/> Chômage	<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	<input type="checkbox"/> Aides d'ancien combattant
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire pour enfants	<input type="checkbox"/> Argent de tiers	<input type="checkbox"/> SSI/AABD	<input type="checkbox"/> Indemnisation de travailleur
<input type="checkbox"/> Dividendes ou intérêts	<input type="checkbox"/> Pensions ou retraite	<input type="checkbox"/> Fidéicommis ou rentes	<input type="checkbox"/> Autre (décrire ci-après)
<input type="checkbox"/> Règlements d'assurance	<input type="checkbox"/> Billet à ordre/cédule hypothécaire		

Prénom, initiale du second	Type de revenu	Revenus bruts avant déductions	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

A Réponse à : **35. En l'absence de revenus, comment subvenez-vous à vos dépenses quotidiennes ?**



Expliquez ci-dessous.

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants. Les dépenses déclarées peuvent contribuer à augmenter votre prestation 3SquaresVT. Après avoir envoyé cette demande, vous pouvez déclarer de nouvelles dépenses à tout moment.

DCEX

A Réponse à : **36. Un membre de votre foyer paie-t-il une pension alimentaire pour enfants ou matrimoniale ?**


 OUI. Répondre à cette question ↻

 NON. Passer à la question suivante ➡

Nom de la personne prenant en charge les coûts		Montant payé	À quelle fréquence ?	Ordonnance judiciaire ?	Qui est crédité ? (nom(s) complet(s))
	Pension alimentaire matrimoniale	\$		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Pension alimentaire pour enfants	\$		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
Nom de la personne prenant en charge les coûts		Montant payé	À quelle fréquence ?	Ordonnance judiciaire ?	Qui est crédité ? (nom(s) complet(s))
	Pension alimentaire matrimoniale	\$		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
	Pension alimentaire pour enfants	\$		<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

DCEX

A Réponse à : **37. Un membre de votre foyer utilise-t-il des services de prise en charge d'enfants ou d'adultes ?**


 OUI. Répondre à cette question ↻

 NON. Passer à la question suivante ➡

Faites la liste de tous les enfants ou de tous les adultes séparément.

Enfant/adulte pris en charge	Personne payant ces services	Nom et adresse du travailleur social pour enfants/adultes	
Somme hebdomadaire versée, après subvention	Distance du domicile au prestataire (aller simple)	Jours de prise en charge par semaine	Raison pour laquelle cette prise en charge est nécessaire : <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi
Enfant/adulte pris en charge	Personne payant ces services	Nom et adresse du travailleur social pour enfants/adultes	
Somme hebdomadaire versée, après subvention	Distance du domicile au prestataire (aller simple)	Jours de prise en charge par semaine	Raison pour laquelle cette prise en charge est nécessaire : <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi
Enfant/adulte pris en charge	Personne payant ces services	Nom et adresse du travailleur social pour enfants/adultes	
Somme hebdomadaire versée, après subvention	Distance du domicile au prestataire (aller simple)	Jours de prise en charge par semaine	Raison pour laquelle cette prise en charge est nécessaire : <input type="checkbox"/> École <input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Recherche d'emploi

FMED

A Réponse à : **38. Un membre de votre foyer âgé d'au moins 60 ans ou avec un handicap a-t-il plus de 35 \$ par mois de frais médicaux à sa charge (non couverts par l'assurance) ?**



Exemples :

- Cotisations d'assurance santé, copaiements et franchises ;
- Frais pour ordonnances ;
- Coûts de transport pour obtenir un traitement ou des services médicaux ;
- Factures pour services de santé (par ex. professionnel de santé, dentiste, soins hospitaliers, soins infirmiers, professionnel en psychiatrie ou rééducation) ; et
- Médicaments sans ordonnance, équipement et fournitures (si recommandé par votre professionnel de santé).

 OUI. Répondre à cette question ↻

 NON. Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second
1	2	3

La déclaration de dépenses médicales mensuelles peut accroître votre prestation 3SquaresVT. Pour voir si vos dépenses vous donnent droit à une prestation plus importante, nous pouvons vous envoyer un Formulaire 120 pour chaque personne figurant ici. Celui-ci explique comment déclarer les dépenses et quels documents vous pouvez soumettre à un contrôle. Pour recevoir ce formulaire, appelez le **1-800-479-6151** ou rendez-vous sur **myBenefits.vt.gov** pour l'imprimer.

Le formulaire 120 n'est pas obligatoire pour pouvoir traiter votre demande

Dépenses d'hébergement

13

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

Si vous avez loué une chambre chez quelqu'un, répondez NON aux questions 39 à 44 et OUI à la question 45.

LOYER

A Réponse à : **39. Un membre de votre foyer (y compris vous-même) paie-t-il un loyer pour être hébergé chez vous ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Total du loyer		\$	par		
Qui paie le loyer ? (prénom, initiale du second)	Montant du loyer que paie cette personne	Qu'inclut-il ?		Type d'aide au logement, le cas échéant	
	\$ par	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Charges (eau, gaz, électricité...)		<input type="checkbox"/> Logement social <input type="checkbox"/> Logement subventionné <input type="checkbox"/> Section 8	
	\$ par	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Charges (eau, gaz, électricité...)		<input type="checkbox"/> Logement social <input type="checkbox"/> Logement subventionné <input type="checkbox"/> Section 8	
	\$ par	<input type="checkbox"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Charges (eau, gaz, électricité...)		<input type="checkbox"/> Logement social <input type="checkbox"/> Logement subventionné <input type="checkbox"/> Section 8	
Informations sur les propriétaires			Nom		Numéro de téléphone
Adresse postale du propriétaire :					

DOMICILE

A Réponse à : **40. Un membre de votre foyer paie-t-il des mensualités de remboursement de crédit immobilier, des taxes foncières, un loyer de concession, un domicile un prêt participatif, des frais de copropriété ou d'autres frais pour le domicile que vous partagez ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Type de paiement	Prénom, initiale du second	Quelle est la fréquence des paiements ?	Montant
Mensualité de remboursement de crédit immobilier uniquement (<i>hors montant de dépôt fiduciaire</i>)			\$ Principal / Intérêt / \$
Nom \ Adresse : Établissement prêteur			
Taxe foncière (MONTANT TOTAL)			\$
Taxe foncière (PAIEMENT D'ÉTAT)			\$
Taxe foncière (TAXE NETTE DUE)			
Nom \ Adresse : Agence urbaine de la taxe foncière			
Location de lot			\$
Nom \ Adresse : Gestionnaire de concessions			
Frais de copropriété			\$
Nom \ Adresse : Gestionnaire de copropriété			
Prêt sur valeur nette			\$ Principal / Intérêt / \$

UTIL

A Réponse à : **41. Partagez-vous des dépenses de logement ?**



OUI. Répondre à cette question ↻

NON. Passer à la question suivante ➡

Nom de la personne avec qui vous partagez ces dépenses	Quelles sont les dépenses partagées ?				
	<input type="checkbox"/> Mensualité de remboursement de crédit immobilier	<input type="checkbox"/> Loyer	<input type="checkbox"/> Taxes	<input type="checkbox"/> Charges (eau, gaz, électricité...)	<input type="checkbox"/> Autre
	<input type="checkbox"/> Mensualité de remboursement de crédit immobilier	<input type="checkbox"/> Loyer	<input type="checkbox"/> Taxes	<input type="checkbox"/> Charges (eau, gaz, électricité...)	<input type="checkbox"/> Autre

Dépenses d'hébergement (suite)

14

Répondez pour tous les membres de votre foyer, y compris les enfants.

UTIL

A Réponse à : **42. Veuillez donner les informations relatives à votre logement, votre chauffage, votre énergie et votre fournisseur d'énergie.**



Nom de la personne prenant en charge les coûts	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"/> Chauffage <input type="checkbox"/> Eau chaude <input type="checkbox"/> Cuisine <input type="checkbox"/> Éclairage <input type="checkbox"/> Climatisation

PRINCIPAL type d'énergie utilisée pour chauffer votre domicile (cochez une seule case)	<input type="checkbox"/> Charbon <input type="checkbox"/> Pétrole <input type="checkbox"/> Fioul <input type="checkbox"/> Propane <input type="checkbox"/> Autre : _____
	<input type="checkbox"/> Électricité <input type="checkbox"/> Gaz naturel <input type="checkbox"/> Granulés <input type="checkbox"/> Bois

Compte énergie et fournisseur (si vous chauffez au bois, aux granulés ou si la chaleur est incluse dans votre loyer, passez cette partie)	Nom du compte	Numéro de compte
	Nom du fournisseur énergie	Numéro de téléphone du fournisseur énergie () -
	Adresse du fournisseur énergie	

Fournisseur d'électricité du foyer	Fournisseur d'électricité	Nom du compte	Numéro de compte
------------------------------------	---------------------------	---------------	------------------

Type de logement	<input type="checkbox"/> Appartement <input type="checkbox"/> Sans domicile <input type="checkbox"/> Mobile home <input type="checkbox"/> Logement monofamilial
	<input type="checkbox"/> Autre : _____ Nombre de chambres _____

PHON

A Réponse à : **43. Un membre de votre foyer paie-t-il pour avoir un téléphone ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↴ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second	Prénom, initiale du second
1	2	3

PHON

A Réponse à : **44. Un membre de votre foyer paie-t-il pour l'assurance des propriétaires de votre logement ? Cela ne comprend pas l'assurance des locataires.**



Si votre assurance couvre le remplacement de dépendances et de biens personnels, ce montant n'est pas pris en compte en tant que partie de la dépense d'assurance des propriétaires.

- OUI.** Répondre à cette question ↴ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Montant payé	À quelle fréquence ?
	\$	
Nom et adresse de la société d'assurance		

RBEX

A Réponse à : **45. Un membre de votre foyer paie-t-il pour louer une chambre chez quelqu'un d'autre (repas inclus ou non) ?**



- OUI.** Répondre à cette question ↴ **NON.** Passer à la question suivante ➡

Prénom, initiale du second	Montant payé	À quelle fréquence ?	Repas quotidiens inclus
	\$		
Nom et adresse du propriétaire			

ÊTES-VOUS REPRÉSENTÉ(E) PAR UN TIERS ? Si vous ne pouvez pas signer cette demande, un représentant peut le faire à votre place, partager des informations avec nous et agir en votre nom en ce qui concerne votre demande et les aides. Qui peut vous représenter ?

- Une personne désignée par voie juridique, tel qu'un tuteur ou un mandataire ; ou
- Une personne que vous désignez comme votre « Représentant(e) autorisé(e) » sur le Formulaire 139REP. Pour obtenir ce formulaire, appelez le **1-800-479-6151** ou rendez-vous sur **myBenefits.vt.gov** pour en imprimer un exemplaire.

Si vous avez un(e) représentant(e), nommez-le ou nommez-la et incluez un justificatif (par ex. une ordonnance de tribunal, un formulaire de mandat juridique, le Formulaire 139REP, etc.). **En l'absence de justificatif, nous ne pouvons échanger d'informations avec cette personne ni accepter sa signature ici.**

Type de représentant(e) : <input type="checkbox"/> Représentant(e) officiel(le) <input type="checkbox"/> Mandataire <input type="checkbox"/> Tuteur légal	
Prénom, second prénom, nom de famille	Numéro de téléphone pour joindre cette personne () -
Adresse postale : voie, ville, État, code postal	

AVEZ-VOUS BÉNÉFICIÉ D'UNE ASSISTANCE ? Si quelqu'un d'autre qu'un représentant vous a aidé(e) pour cette demande, complétez cette section. Vous pouvez autoriser l'ESD à partager des informations avec cette personne, mais elle ne peut pas signer pour vous ni agir en votre nom pour d'autres questions à l'avenir.

Prénom, second prénom, nom de famille / Nom d'agence	Numéro de téléphone pour joindre cette personne () -
Adresse postale : voie, ville, État, code postal	

- J'autorise l'ESD à partager avec cette personne les informations relatives à ma demande et à mon éligibilité. Je sais que :
- je n'ai pas l'obligation de donner cette permission et que cela n'a aucune incidence sur mon éligibilité.
 - l'ESD n'est pas responsable de ce qu'il advient des informations une fois partagées avec cette personne.
 - si je ne mets pas fin à cette permission, elle garde effet tant que je reçois les aides de l'ESD.
 - je peux la changer ou l'arrêter à tout moment en appelant au **1-800-479-6151** ou en écrivant à : DCF - Economic Services Division, Application and Document Processing Center, 280 State Drive, Waterbury, VERMONT 05671-1500.

UN TIERS DOIT-IL PERCEVOIR DES COPIES DE VOS AVIS ? Si vous souhaitez envoyer des copies d'avis relatifs à votre demande et aux aides à un tiers, complétez et envoyez le Formulaire 139AR. Cela désigne cette personne comme « Déclarant alternatif ».

UN TIERS PEUT-IL ACCÉDER À VOS AIDES ? Si vous souhaitez qu'un tiers ait accès aux aides sur votre carte de transfert électronique des aides (EBT) pour vous accompagner dans leur utilisation, complétez et envoyez le Formulaire 139AP. Cela désigne cette personne comme « Autre allocataire ».

*Pour demander des formulaires, appelez le **1-800-479-6151** ou rendez-vous sur **myBenefits.vt.gov** pour les imprimer. Vous pouvez désigner la même personne comme Représentant autorisé, Déclarant alternatif et Allocataire alternatif.*

VOUS DEVEZ OBLIGATOIREMENT SIGNER VOTRE DEMANDE.

LES DEMANDES NON SIGNÉES NE SERONT PAS TRAITÉES. ELLES SERONT RENVOYÉES POUR SIGNATURE.

*Je certifie sur l'honneur sous peine de parjure que les informations fournies dans cette demande sont vraies et complètes dans la mesure de mes connaissances et de ma bonne foi, y compris les informations relatives à la citoyenneté et au statut migratoire. J'ai lu attentivement mes **Droits et devoirs** page 17 et 18 et les accepte.*

_____ Date _____
Signature du demandeur/de la demandeuse ou de son représentant (cf. définitions en haut de page)

Obligations de travail

Je comprends que les membres du foyer qui ne sont pas exonérés des obligations de travail sont automatiquement enregistrés pour une recherche d'emploi et peuvent avoir l'obligation de s'inscrire à un Programme d'emploi et de formation de 3SquaresVT (E&T 3SquaresVT).

Gratuité des repas à l'école

Si votre foyer perçoit une aide mensuelle de 3SquaresVT et que vos enfants fréquentent des écoles inscrites au Programme national de prise en charge des déjeuners ou petits-déjeuners à l'école, ils sont automatiquement éligibles à la gratuité des repas pris à l'école. Nous enverrons leurs noms à l'Agence de l'enseignement pour certifier leur éligibilité, sauf si vous nous demandez de ne pas le faire. Une fois que vous percevez votre avis de bourse, vous pouvez aussi le faire savoir aux écoles concernées pour que vos enfants soient inscrits le plus rapidement possible. L'avis d'accord peut aussi servir à couvrir les frais de repas des enfants s'ils participent à un programme d'aide à l'enfance inclus dans le Programme d'aide alimentaire à l'enfance et aux adultes, ou à un camp d'été, à un club ou à un camp inclus dans le Programme de prestation alimentaire d'été. Plus de détails page 18, paragraphe 17 dans Droits et devoirs.

Exigences fédérales de 3SquaresVT

3SquaresVT est la dénomination du Programme d'assistance alimentaire supplémentaire (SNAP) fédéral dans l'État du Vermont. L'État doit traiter des demandes d'aide 3SquaresVT conformément aux procédures du SNAP, en particulier en termes de conditions de ponctualité, de communication et d'impartialité des auditions, que la demande concerne 3SquaresVT uniquement ou 3SquaresVT et d'autres programmes. Un demandeur ne doit pas se voir refuser des aides du programme 3SquaresVT uniquement sous prétexte que d'autres programmes lui ont été refusés. Si le demandeur est une institution qui postule à la fois à l'aide 3SquaresVT et au Revenu supplémentaire de sécurité (SSI) à la fois, la date de dépôt sera celle émise par l'institution.

La Loi alimentaire de 2008 (anciennement la Loi sur les coupons alimentaires), telle qu'amendée, 7 U.S.C. 2011-2036, autorise la collecte d'informations sur la demande, y compris le numéro de sécurité sociale de chaque membre de foyer, à utiliser pour déterminer l'éligibilité ou la prolongation d'éligibilité afin de percevoir des aides de 3SquaresVT. Nous vérifierons ces informations via des programmes de corrélation informatiques. Ces informations serviront aussi à suivre la conformité par rapport aux réglementations des programmes et à gérer ces derniers.

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 du programme, un plaignant doit compléter un Formulaire AD-3027, Formulaire de plainte pour discrimination du programme USDA, disponible en ligne à : https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/USDA-OASCR_P-Complaint-Form-0508-0002-508-11-28-17Fax2Mail.pdf ou auprès de toute 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 :

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

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

Droits et devoirs

Vous devez prendre connaissance de vos droits et devoirs. Si vous avez besoin d'aide pour les comprendre ou un exemplaire (en gros caractères), veuillez appeler le 1-800-479-6151. Vous pouvez aussi les consulter en ligne à tout moment sur myBenefits.vt.gov.

- 1. J'ai le droit de faire appel de toute décision à laquelle je m'oppose.** Je peux demander une audition impartiale si les aides sont repoussées, refusées, résiliées ou modifiées. Mon cas peut être présenté par le principal interlocuteur du foyer ou par un représentant, tel qu'un avocat, un parent, un ami ou un autre porte-parole. Pour lancer la procédure, je peux appeler le Centre du service d'aides au **1-800-479-6151** ; écrire à ESD Deputy Commissioner, Department for Children and Families, HC 1 South, 280 State Drive, Waterbury, VERMONT 05671-1020 ; ou encore écrire au Human Services Board, 14-16 Baldwin St., Second Floor, Montpelier, VERMONT 05633-4302.
- 2. J'ai droit à avoir une copie de cette demande.** Pour en obtenir une, appelez le Centre du service d'aides au **1-800-479-6151**.
- 3. J'ai droit à une décision rapide.** Tant qu'aucun retard n'est imputable à moi-même, à un médecin, à une urgence inattendue ou à un problème administratif échappant au contrôle de l'ESD, je peux espérer une décision dans un délai de 30 jours à compter du dépôt de ma demande.
- 4. La Loi américaine sur le handicap (ADA) donne certains droits aux personnes en situation de handicap.** Si je souffre d'une condition physique ou mentale limitant considérablement une activité vitale majeure (par ex. handicap moteur, handicap visuel ou handicap cognitif), je peux être autorisé(e) à des aménagements raisonnables pour m'aider à bénéficier des programmes de l'ESD.
- 5. Les informations relatives à ma demande et aux aides sont confidentielles et protégées par le droit d'État et fédéral.** L'ESD s'engage à ne partager aucune information me concernant à moins qu'elle soit directement liée à l'administration du programme, autorisée par la loi ou requise par une ordonnance de tribunal ou que j'en donne la permission.
- 6. Seuls les citoyens américains et certains autres peuvent percevoir des aides.** Si mon foyer comprend des personnes inéligibles du fait de leur statut migratoire, je peux encore 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. Je n'ai pas l'obligation de fournir des informations migratoires concernant les personnes ne demandant aucune aide, mais j'ai l'obligation d'inclure d'autres informations telles que leurs revenus et leurs ressources.
- 7. L'obtention d'aides de l'ESD peut affecter le garant d'un immigrant ou un statut d'immigration.** Si cela concerne mon foyer, je peux choisir de prendre contact avec l'Aide juridique du Vermont au **1-800-889-2047** pour leur poser des questions juridiques avant d'envoyer ma demande.
- 8. J'ai le devoir de déclarer tout changement.** Pour tous les programmes à l'exception de 3SquaresVT, je consens à déclarer les changements dans un délai de 10 jours à compter du moment où ils surviennent. Pour 3SquaresVT, je dois déclarer les changements plaçant les revenus de notre foyer à 130 % du seuil fédéral de pauvreté ou au-delà, lorsque les heures travaillées d'un membre du foyer ayant des aides* limitées dans le temps sont inférieures à 80 heures mensuelles dans un délai de 10 jours à compter du mois où le changement a lieu. Pour les instructions relatives aux revenus, je peux consulter www.fns.usda.gov/snap/eligibility. Pour déclarer des changements, je peux appeler le 1-800-479-6151 ou imprimer le formulaire (Formulaire 200), je peux consulter myBenefits.vt.gov. *Personnes percevant des aides limitées dans le temps âgés de 18 à 49 ans, aptes au travail et non exemptes et ne percevant aucune aide au titre du programme 3SquaresVT dans un foyer comportant un enfant mineur.
- 9. Je consens à fournir un numéro de sécurité sociale (SNN) pour chaque personne faisant partie de 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 faire payer les pensions alimentaires, empêcher les individus de recevoir des aides deux fois, vérifier l'exactitude et la fiabilité des informations fournies à l'ESD, etc.
- 10. Je consens à prévenir l'ESD immédiatement en cas d'aides perçues d'un autre État.** Si moi-même ou un membre de mon foyer obtient une aide alimentaire ou une assistance financière en double d'un autre État ou a(i) été condamné(e) au cours des 10 dernières années pour avoir menti au sujet de son lieu de résidence pour obtenir des aides de plusieurs États, je dois en faire part à l'ESD.
- 11. Je consens à attribuer tous mes droits à la pension alimentaire à l'ESD.** Avant que l'ESD puisse déterminer mon éligibilité au Programme Reach Up, je dois compléter et signer un Formulaire 137 (autorisation de pension alimentaire) pour chaque parent n'ayant pas la garde (NCP) de l'enfant ou des enfants dans mon foyer. Tout en attendant une décision, je dois déclarer toute pension que ce parent au statut NCP me paie directement. En cas d'aide attribuée, je dois remettre cette aide au Bureau de l'aide à l'enfance. Si je pense que la demande de pension peut amener le parent au statut NCP à me menacer physiquement ou psychologiquement ou à nuire à l'enfant ou aux enfants impliqués(s), je peux demander un Formulaire 137W (renonciation à coopération). Pour demander des formulaires, je peux appeler le Centre du service d'aides au **1-800-479-6151** ou me rendre sur myBenefits.vt.gov pour les imprimer.
- 12. Je consens à coopérer avec l'ESD si ma demande est sélectionnée 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 je ne suis pas en mesure de le faire.
- 13. Si je perçois une Aide énergie (Fuel Assistance), je consens à accepter des travaux gratuits d'isolation.** Je donne aussi à l'ESD l'autorisation d'obtenir et de partager toute donnée concernant ma consommation annuelle en énergie, son coût, les données de consommation, les charges, l'historique des paiements et d'autres informations de mon compte d'une société de chauffage primaire et/ou secondaire et d'un fournisseur d'énergie. J'autorise la ou les société(s) à fournir ces informations à l'ESD.

Droits et devoirs

14. **J'autorise le Commissaire fiscal du Vermont à divulguer les informations issues de mes avis d'imposition d'État au Commissaire du Département de l'enfance et des familles ou à son délégué. (33 V.S.A. §112 (c))**
15. **Je comprends que tous les membres du foyer qui ne sont pas exonérés des obligations de travail sont automatiquement enregistrés pour une recherche d'emploi et peuvent avoir l'obligation de s'inscrire à un Programme d'emploi et de formation de 3SquaresVT (E&T 3SquaresVT).**
16. **Je consens à ce que les adultes de mon foyer travaillent avec notre interlocuteur social pour surmonter tout obstacle, explorer toute possibilité, améliorer notre situation financière et atteindre nos objectifs. Si nous ne remplissons pas les exigences des services du programme Reach Up et en l'absence d'excuse, nos avantages financiers seront réduits. Nous consentons aussi à ne pas dépenser ni retirer de l'argent mis à disposition via le programme Programme Reach Up dans les magasins d'alcools, les bars, les clubs de striptease, les casinos ou dans d'autres établissements de jeu.**
17. **Je comprends que si mon foyer perçoit une prestation mensuelle de 3SquaresVT, les noms de mes enfants seront transmis à l'Agence de l'enseignement pour certifier de leur éligibilité à la gratuité des repas scolaires.** Si je ne souhaite pas que le nom de mon enfant soit transmis à son école, je dois appeler le Centre du service d'aides immédiatement au **1-800-479-6151**. Je peux changer d'avis ultérieurement et remplir une demande de prise en charge de la demi-pension auprès de l'école.
18. **Je comprends que les informations que je fournis dans cette demande sont soumises à un contrôle de fonctionnaires fédéraux, d'État et locaux et que je suis responsable de leur exactitude.** Cela inclut les informations relatives à mon conjoint ou à mon partenaire d'union civile, à mes enfants et à d'autres membres de mon foyer. J'autorise l'ESD à prendre contact avec des employeurs pour vérifier les informations d'emploi et de revenus dans le but de déterminer l'éligibilité de mon foyer à des aides. Si je refuse que l'ESD prenne contact avec un ou plusieurs employeur(s), je dois 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 je fournis sont inexactes, les aides peuvent être réduites, il peut m'être demandé de les rembourser, elles peuvent m'être refusées et je peux faire l'objet d'une audience de disqualification administrative, voire de poursuites judiciaires.
19. **Il m'est INTERDIT de mentir ou de dissimuler des informations pour obtenir des aides indues pour mon foyer.** Je comprends que donner sciemment, avec une intention générale ou spécifique, des informations fausses ou trompeuses afin d'obtenir, de tenter d'obtenir ou d'aider un tiers à obtenir des prestations au titres des Programmes Reach Up, 3SquaresVT, Aide énergie (Fuel Assistance) ou Aide à domicile (Essential Person), que ces informations mensongères soient données par moi-même ou quiconque dans mon foyer d'âge adulte constitue une *fraude*.
20. **Il m'est INTERDIT de faire mauvais usage des cartes 3SquaresVT/EBT.** Je comprends qu'un mauvais usage des cartes 3SquaresVT/EBT dans les cas suivants est considéré comme du trafic :
 - Il m'est INTERDIT de vendre mes prestations au titre du 3SquaresVT.
 - Il m'est INTERDIT d'échanger ou d'utiliser mes prestations 3SquaresVT contre des biens non alimentaires, de l'alcool, des produits de tabac, des drogues, des armes à feu, des munitions ou des explosifs.
 - Il m'est INTERDIT de laisser quiconque utiliser ma carte EBT pour autre chose qu'acheter de la nourriture pour mon domicile.
 - Si j'achète de la nourriture à crédit, il m'est INTERDIT d'utiliser mes prestations 3SquaresVT pour payer ce crédit, même si je n'ai acheté que de la nourriture.
 - Il m'est INTERDIT d'utiliser ou d'avoir en ma possession la ou les carte(s) EBT d'un tiers, à moins d'acheter de la nourriture pour son foyer.
21. **Je comprends que moi-même ou tout adulte de mon foyer puisse faire l'objet d'une enquête pour fraude, trafic ou les deux et que je peux faire l'objet d'une audience de disqualification administrative et/ou de poursuites judiciaires.** Je comprends que si je suis ou tout adulte de mon foyer est reconnu coupable de fraude à la prestation dans le cadre des programmes Reach Up, 3SquaresVT, Aide énergie (Fuel Assistance) ou Aide à domicile (Essential Person) devant un tribunal, la peine peut **atteindre jusqu'à trois ans d'emprisonnement assortis d'une amende pouvant atteindre 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. Je comprends que si je suis ou tout adulte de mon foyer est reconnu coupable de fraude à la prestation dans le cadre du 3SquaresVT ou de trafic, que ce soit devant un organisme administratif ou devant un tribunal, l'exclusion du programme 3SquaresVT durera **un an pour le premier délit, deux ans pour le deuxième et sera définitive dès le troisième**. Si moi-même suis ou tout membre de mon foyer est reconnu coupable d'échange ou d'achat de drogues dans le cadre du programme 3SquaresVT, l'exclusion dure **deux ans pour le premier délit et est définitive dès le second**. Si je reçois des coupons alimentaires de deux États à la fois, l'exclusion dure **10 ans**. Je comprends que si je suis ou tout adulte de mon foyer est reconnu coupable de toute situation 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.
22. **Je certifie que personne dans mon foyer ne fuit des poursuites judiciaires.** Cela comprend l'incarcération après condamnation ou une violation de condition de probation ou de liberté conditionnelle conformément à une loi fédérale ou d'État. Je comprends que l'ESD doit divulguer les informations aux forces de l'ordre permettant d'appréhender les condamnés en fuite.