

Demande d'inscription et instructions pour les programmes de soins contre le VIH pour non-assurés

Programme d'accès aux médicaments contre le sida (ADAP)

ADAP Plus (soins primaires)

Programme de soins à domicile contre le VIH

Prorogation de l'assurance ADAP Plus (APIC)

Informations générales

L'Institut de lutte contre le sida du Ministère de la Santé de l'État de New York offre quatre programmes visant à donner l'accès aux soins de santé (accès aux médicaments contre le sida, soins primaires, soins à domicile et prorogation de l'assurance ADAP Plus) aux résidents de l'État de New York atteints du VIH, qui ne sont pas assurés ou insuffisamment assurés. Le formulaire de demande et le processus d'inscription sont identiques pour les quatre programmes ; des formulaires supplémentaires sont nécessaires pour les programmes de soins à domicile et APIC.

Le **programme d'accès aux médicaments contre le sida (ADAP)** paie les médicaments du traitement contre le VIH/SIDA et les infections opportunistes. Les médicaments payés par le programme ADAP peuvent aider les gens atteints du VIH/SIDA à vivre plus longtemps et à traiter les symptômes de l'infection à VIH. Le programme ADAP peut aider les gens non couverts par une assurance, dont la couverture est partielle ou bénéficiant des programmes Medicaid Spend-down/Surplus ou Medicare Part D.

Le **programme ADAP Plus (soins primaires)** paie les services de soins primaires dans les cliniques, les hôpitaux, les fournisseurs de laboratoire et les cabinets médicaux privés participants. Les services comprennent des soins ambulatoires pour l'évaluation médicale, l'intervention précoce et le traitement continu.

Le **programme de soins à domicile contre le VIH** paie les services de soins à domicile aux personnes chroniquement et médicalement dépendantes sur ordonnance de leur médecin. Le programme couvre les services de santé à domicile, l'administration de thérapie intraveineuse, les fournitures et l'équipement médical durable fournis par les agences de soins de santé à domicile participantes.

Le **programme de prorogation de l'assurance ADAP Plus (APIC)** paie les primes d'assurance maladie rentables pour les participants admissibles ayant une assurance santé, y compris COBRA, Medicare Part D et les polices privées ou parrainées par les employeurs.

Déclaration de confidentialité des programmes de soins contre le VIH pour non-assurés

En vertu des lois de l'État de New York, les informations relatives au VIH fournies dans le cadre des programmes de soins pour non-assurés sont strictement confidentielles. Ces informations (en l'occurrence si vous êtes un participant) peuvent être communiquées aux parties nécessaires pour la bonne gestion des programmes. Il s'agit d'individus et d'organisations avec lesquels les programmes ont besoin d'examiner votre demande d'inscription et/ou participation en vue de déterminer votre admissibilité, de payer les services ou les médicaments couverts par les programmes ou bien de justifier les fonds dépensés. Le personnel travaillant pour les programmes est conscient qu'il doit respecter la confidentialité et la vie privée du participant et ne divulguera ses informations personnelles que lorsque cela est strictement nécessaire à la gestion des programmes.

Les exemples suivants vous permettront de mieux comprendre les enjeux de la confidentialité et les conditions de participation aux programmes :

- Le personnel **NE** communiquera pas avec votre employeur, le propriétaire de votre logement, votre famille, vos amis, vos voisins ou toute autre personne sans votre consentement direct, qu'il souhaite vous joindre à propos de votre demande d'inscription ou de votre participation aux programmes.

- Les programmes peuvent contacter votre médecin ou votre fournisseur de soins de santé pour obtenir de plus amples informations ou pour clarifier les informations requises sur le formulaire médical d'admissibilité.
- Les programmes vérifieront auprès d'une pharmacie ou d'un fournisseur de soins de santé que vous êtes inscrit et payeront les services ou les médicaments couverts lorsque vous montrez votre carte du programme, sur laquelle figureront votre nom et numéro d'identification, en pharmacie ou au prestataire de soins de santé.
- Les programmes discuteront de la demande d'inscription d'individus en prison avec les employés autorisés de libération conditionnelle ou de service correctionnel le cas échéant, comme cela est requis pour s'inscrire aux programmes.

Vous pouvez notifier aux programmes, par écrit, la personne que vous souhaitez que les programmes contactent si le personnel du programme ne peut pas vous joindre pour obtenir plus d'informations (c.-à-d. le travailleur social qui vous aide à poser votre candidature au programme).

Les programmes de soins pour non-assurés sont le payeur en dernier recours. Ils prendront contact avec votre compagnie d'assurance santé ou d'autres tiers payeurs (c.-à-d. le programme de remboursement des fabricants de médicaments) qui rembourseront au programme ADAP les médicaments qui vous sont fournis dans le cadre des programmes. Cette mesure est nécessaire pour que le programme ADAP récupère les fonds, qui peuvent ainsi être utilisés pour élargir les programmes afin de couvrir de nouveaux médicaments et services et un plus grand nombre de personnes vivant avec le VIH.

Ces conditions s'appliquent dès la date de votre demande d'inscription jusqu'à l'interruption de votre participation aux programmes. Elles comprennent le temps nécessaire pour mener à bien les procédures de remboursement des tiers pour les médicaments ou les services thérapeutiques fournis par les programmes. Vous pouvez mettre fin à votre participation aux programmes par écrit à tout moment.

Une copie de la déclaration de confidentialité des programmes est disponible à l'adresse suivante :

www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm.

Si vous avez des questions, appelez le **1-800-542-2437**.

TOUTES LES INFORMATIONS FOURNIES AUX PROGRAMMES SONT STRICTEMENT CONFIDENTIELLES.

Instructions pour présenter sa demande d'inscription

L'admissibilité est basée sur l'évaluation des besoins financiers et médicaux. Outre le formulaire de demande d'inscription dûment rempli, les documents relatifs à votre lieu de résidence, vos revenus et vos actifs sont nécessaires. Une demande médicale distincte doit être présentée par votre médecin.

Les demandes présentées avec tous les documents requis sont traitées dans un délai de deux semaines. Les demandes incomplètes ou sans documents justificatifs à l'appui retardent la réception de votre carte d'inscription et des informations essentielles sur le programme.

Une fois que vous êtes acceptés, vous obtiendrez une carte d'admissibilité et des instructions pour savoir comment l'utiliser. Vous devez présenter cette carte et une ordonnance à une pharmacie participante pour recevoir gratuitement les médicaments couverts. Montrez votre carte aux fournisseurs de soins de santé participants pour recevoir gratuitement les services médicaux couverts. Si vous en avez besoin, vous recevrez gratuitement des services de soins à domicile dispensés par un organisme de soins de santé à domicile inscrit (prestation viagère de 30 000 \$ au maximum).

A. Informations relatives au demandeur

Nom

Inscrivez vos nom et prénom, votre numéro de sécurité sociale et votre date de naissance. Si vous êtes connu sous un autre nom, indiquez-le dans l'espace prévu et faites-nous savoir le nom que vous souhaitez voir figurer sur votre carte. Indiquez votre adresse complète.

Adresse

La preuve de résidence dans l'État de New York est nécessaire. La résidence peut être prouvée par une copie de l'UN des éléments suivants (sur lequel figurent vos nom et adresse). Si vous recevez votre courrier à une boîte postale, vous devez inclure des informations attestant de votre adresse physique afin d'étayer le fait que vous résidez dans l'État de New York. Si vous vivez avec quelqu'un et n'avez aucun des éléments ci-dessous en votre nom, nous aurons besoin de la preuve de sa résidence et d'une lettre indiquant que vous vivez avec cette personne :

- Bail actuel
- Permis de conduire actuel
- Carte d'électeur actuelle
- Avis actuel de la décision de Medicaid
- Facture de carburant/d'eau ou d'électricité (de moins de trois mois)
- Facture de téléphone (de moins de trois mois)
- Quittance de loyer (de moins de trois mois)
- Bulletins de paie ou relevé bancaire sur lequel figurent vos nom et adresse (de moins de trois mois)

Sexe/race/origine ethnique/langue

Veillez vérifier votre sexe, race, origine ethnique et langue préférée.

B. Conditions de logement

Membres du ménage

Indiquez tous les membres du ménage. Toute personne légalement responsable de vous/dont vous êtes légalement responsable est considérée comme un membre du ménage. Cela comprend le conjoint et les enfants âgés de moins de 21 ans ou les parents, frères et sœurs si vous avez moins de 21 ans.

C. Revenus

Admissibilité financière

L'admissibilité financière est basée sur 435 % du seuil de pauvreté fédéral (FPL) : le seuil FPL varie selon la taille du ménage et il est mis à jour annuellement. L'admissibilité financière est calculée sur la base du revenu brut disponible pour le ménage, à l'exclusion de la retenue d'assurance-maladie et de la sécurité sociale et du coût de la couverture des soins de santé payés par le demandeur.

Sources de revenus

Vérifiez toutes vos sources de revenus ainsi que celles des membres de votre ménage. Il ne s'agit que des revenus des membres de votre ménage avec qui vous entretenez des relations légalement responsables (par exemple, votre conjoint(e) ou un enfant, mais pas un oncle, un cousin ou un colocataire). Pour chaque source, indiquez le montant brut, la fréquence à laquelle il est perçu et s'il s'agit de votre revenu ou de celui d'un membre de votre ménage.

Il est nécessaire de fournir la preuve du revenu. Fournissez la totalité des justificatifs de revenus pour chaque source de revenus vérifiée.

Pour les salariés

Le revenu doit être justifié par des copies des bulletins de paie reçus au cours des 30 derniers jours. Le bulletin de paie doit indiquer les revenus cumulés de l'année, les heures travaillées, toutes les déductions et les dates qu'il couvre. Si vous ne pouvez pas obtenir un bulletin de paie, envoyez-nous une lettre notariée de votre employeur indiquant le salaire brut perçu au cours des 30 derniers jours accompagnée d'une copie de votre déclaration de revenus la plus récente. (Il n'est pas nécessaire d'envoyer la lettre aux programmes. Une lettre adressée à qui de droit suffit.)

Travailleurs indépendants

Fournissez les documents comptables des trois mois précédant la demande en indiquant le type d'entreprise, votre revenu brut et votre revenu net auxquels vous joindrez votre dernière déclaration de revenus annuelle. Vous devez également joindre une déclaration notariée de votre part indiquant vos prévisions de revenus annuels actuels.

Revenus locatifs

Le revenu que vous percevez d'un bien locatif peut être étayé par une copie du bail signé avec vos locataires et une copie de votre déclaration de revenus la plus récente.

Tous autres revenus

Les copies des lettres d'approbation SSD/SSI, des allocations de chômage, des chèques de sécurité sociale, des chèques de chômage, des chèques de retraite, etc. des 30 derniers jours doivent être envoyées à titre de preuve d'autres types de revenus.

Pas de revenus, prise en charge par autrui

Si vous n'avez aucun revenu et qu'un ami ou un membre de la famille subvient à vos besoins, joignez une lettre de cet ami ou de ce membre de votre famille indiquant la façon dont il subvient à vos besoins.

D. Actifs liquides

Les ménages ne peuvent avoir des actifs liquides dont la valeur est supérieure à 25 000 \$. Les actifs liquides couvrent l'argent liquide, l'épargne, les actions, les obligations, etc. Ils ne comprennent pas votre voiture, maison ou comptes de retraite reconnus au niveau fédéral.

Sources d'actifs

Vérifiez toutes vos sources ainsi que celles de tous les membres de votre ménage. Cela ne concerne que les membres de votre ménage avec qui vous entretenez des relations légalement responsables (par exemple, votre conjoint(e) ou un enfant, mais pas un oncle, un cousin ou un colocataire). Pour chaque source identifiée, indiquez son solde/sa valeur courante et précisez s'il s'agit de votre source d'actifs ou de celle d'un membre de votre ménage.

La preuve de l'actif est nécessaire. Les personnes disposant d'actifs liquides doivent envoyer des copies des déclarations les plus récentes, sur lesquelles figurent la valeur au comptant et le montant des intérêts ou dividendes perçus.

E. Couverture des soins de santé

Les programmes peuvent aider les gens qui disposent d'une autre couverture de santé et ont des difficultés à payer les coûts déductibles, les quotes-parts, les programmes Medicaid Spenddown/Surplus ou d'autres débours. Joignez une copie recto verso de toutes les autres cartes de couverture de soins de santé.

Medicaid/Family Health Plus

Indiquez votre statut Medicaid et si vous avez postulé au programme Family Health Plus. Si vous êtes inscrit au programme Medicaid Spend-down/Surplus, indiquez le montant perçu dans l'espace prévu à cet effet.

Medicare

Indiquez si vous avez une assurance-maladie Medicare et si oui, quel(s) type(s), A, B, C ou D.

Assurance maladie

Assurez-vous de répondre à toutes les questions concernant votre assurance-maladie. Si vous éprouvez des difficultés à payer vos primes de soins de santé, appelez le 1.800.542.2437 ou remplissez la demande APIC (formulaire numéro DOH 2794c) disponible sur le site <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

F. Autres personnes-ressources et signature

Pour que le personnel du programme puisse contacter des personnes en votre nom au sujet de votre demande, vous devez énumérer ces personnes ici. Veuillez lire la déclaration de confidentialité qui décrit les personnes que nous pouvons contacter au sujet de votre demande et inscription.

Veillez lire attentivement la déclaration de certification, puis signer et dater la demande. Nous ne pouvons traiter aucune demande non signée. Faites une copie de la demande et de tous les documents pour les conserver dans vos dossiers.

Problèmes ou questions

Si vous rencontrez des problèmes pour remplir la demande ou des questions concernant les programmes des soins contre le VIH pour les non-assurés ou tous les documents requis, veuillez appeler gratuitement au 1-800-542-2437 ou consultez la section « Foire aux questions » à l'adresse <http://www.health.state.ny.us/diseases/aids/resources/adap/index.htm>

Demande d'inscription aux programmes de soins contre le VIH pour non-assurés

Cette demande sert à déterminer l'admissibilité aux programmes d'accès aux médicaments contre le sida (ADAP), ADAP Plus (soins primaires), de soins à domicile contre le VIH et de prorogation de l'assurance ADAP Plus (APIC). Des documents supplémentaires sont nécessaires pour les programmes de soins à domicile et APIC. Si vous avez des questions concernant les programmes ou pour remplir cette demande, veuillez contacter notre ligne directe confidentielle au **1-800-542-2437**.

VEUILLEZ REMPLIR CE FORMULAIRE INTÉGRALEMENT ET LISIBLEMENT

A. Informations relatives au demandeur

Nom : _____ Prénom : _____ Initiale du 2e prénom : _____ Date de naissance : ____ / ____ / ____

Autre(s) nom(s) utilisé(s) : _____ Numéro de sécurité sociale : ____ - ____ - ____

Adresse (preuve de résidence requise)

Rue : _____ Apt. n° : _____ Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Est-il possible d'envoyer les informations relatives au programme à l'adresse indiquée ? Oui Non Si la réponse est non, indiquez les raisons et précisez une autre adresse.

Téléphone Principal : (____) _____ - _____ Secondaire : (____) _____ - _____ Pouvons-nous vous laisser un message ? Oui Non

Sexe Homme Femme Transgenre/transsexuel

Race Blanc Noir/Afro-américain Asiatique Hawaïen/insulaire du Pacifique Amérindien/Alaskien Plus d'une seule race
 Autre _____

Origine ethnique Hispanique Non hispanique

Langue préférée Anglais Espagnol Autre _____

État civil Célibataire, veuf(ve), divorcé(e) Marié(e), vivant maritalement Marié(e), vivant séparément

B. Conditions de logement

Vivant seul Vivant avec d'autres (remplissez ci-dessous) Sans logement/sans-abri En liberté correctionnelle

Nom du membre du ménage*	Sexe	Date de naissance	Relations	Vit avec vous
1. _____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
2. _____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
3. _____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. _____	<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> T	____ / ____ / ____	_____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

* Si vous souhaitez que nous parlions à un membre du ménage indiqué, veuillez ajouter son nom comme autre personne-ressource sur la page 2.

C. Revenus – Demandeur et membres du ménage (la preuve du revenu est exigée)

Source de revenus (cochez toutes les réponses correspondantes) :

Salaire : TP TP Aide sociale Prestations des anciens combattants Pas de revenu, prise en charge par d'autres
 Employé de la ville de New York SSI (Supplemental Security Income) Pension alimentaire
 Travailleur indépendant SSD (rente d'invalidité du régime général) Intérêts/dividendes/redevances Pas de revenu, vit de ses économies
 Sans emploi Indemnités de retraite de la sécurité sociale Bien locatif Autres : _____
 Rémunération du travailleur Pension _____

Pour toutes les options cochées ci-dessus, veuillez indiquer :

Sources de revenus	Montant brut	Fréquence	Destinataire	Date de début
1. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Époux/épouse <input type="checkbox"/> Membre du ménage	____ / ____ / ____
2. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Époux/épouse <input type="checkbox"/> Membre du ménage	____ / ____ / ____
3. _____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle	<input type="checkbox"/> Demandeur <input type="checkbox"/> Époux/épouse <input type="checkbox"/> Membre du ménage	____ / ____ / ____

D. Actifs liquides (la preuve des actifs liquides est exigée)

Source des actifs (cochez toutes les réponses correspondantes)

Compte courant Compte épargne CD Actions/obligations/fonds commun de placement Rentes ou fiducies Intérêts

Pour toutes les réponses cochées ci-dessus, veuillez indiquer :

Source des actifs

1. _____

Solde/valeur

\$ _____

Destinataire

Demandeur Membre du ménage Commun

2. _____

\$ _____

Demandeur Membre du ménage Commun

3. _____

\$ _____

Demandeur Membre du ménage Commun

E. Couverture des soins de santé

Avez-vous une autre couverture des soins de santé ? (police privée, OAM, syndicat, retraite ou autre régime de santé) Oui Non

Payez-vous les primes d'assurance santé ? Oui Non

Si l'une des réponses est oui, à combien ces paiements s'élevaient-ils ? \$ _____ Combien de fois les paiements sont-ils effectués ? _____

Si la réponse à ce qui précède est non, est-ce que l'assurance maladie est offerte par votre employeur/travail ? Oui Non

Appelez le programme au 1-800-542-2437 pour savoir comment le programme ADAP peut vous aider à payer vos frais d'assurance maladie.

Si vous disposez d'une assurance maladie, envoyez une copie du recto et du verso de vos cartes et remplissez ci-dessous :

Nom de la compagnie d'assurance maladie : _____

Date de prise d'effet indiquée sur la police : ____/____/____

Adresse : _____

Numéro de la police : _____

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Numéro de groupe : _____

Personne-ressource des services destinés aux membres (si vous le connaissez) : _____

Téléphone des services destinés aux membres : _____

() - _____

Medicaid/Family Health Plus

Avez-vous fait une demande ? Oui Non

Si oui, quel a été le résultat ? En attente Approuvé - Medicaid n° : _____ Spend-down (le cas échéant) - Montant : (en dollars) _____

Refusé - Motif : _____

Medicare

Avez-vous une couverture Medicare ? Oui Non

Si oui, quel(s) type (s) ? A - Hospitalisation B - Soins de santé primaires C - Medicare Advantage Plan D - Médicaments sur ordonnance

Payez-vous des primes pour Medicare Part D ? Oui Non

Percevez-vous une « aide supplémentaire » pour Medicare Part D ? Oui Non

Si la réponse est non, contactez notre aide en ligne pour en savoir plus sur cette « aide supplémentaire ».

F. Autres personnes-ressources et signature

En signant cette demande, j'autorise les programmes de soins pour non-assurés à contacter la ou les personnes suivantes au sujet de ma demande (c.-à-d. travailleur social, gestionnaire de cas, membre de ma famille) :

Nom	Organisation	Relations	Numéro de téléphone
_____	_____	_____	() - _____
_____	_____	_____	() - _____
_____	_____	_____	() - _____

Déclaration de certification

Je certifie que toutes les informations figurant sur la présente demande sont véridiques et exactes et que je suis résident de l'État de New York. Je comprends ce qui suit : ces informations sont données dans le cadre de l'octroi de fonds fédéraux par l'État de New York. Les responsables du programme vérifieront les informations figurant sur ce formulaire. Les responsables du programme peuvent périodiquement vérifier mon statut Medicaid et facturer Medicaid le cas échéant. Si j'ai délibérément fourni des informations inexactes sur cette demande, je pourrais être obligé de rembourser les prestations qui me sont fournies et je peux être poursuivi en vertu des lois étatiques et fédérales en vigueur.

Je demande par la présente à bénéficier des prestations en vertu des programmes de soins pour non-assurés et consens à ce que mes informations soient utilisées et divulguées le cas échéant dans le cadre de mon traitement, du paiement des services de santé, du paiement des primes de soins de santé et des opérations de soins de santé du programme.

Signez et datez ce formulaire

Signature du demandeur (ou du tuteur légal si le demandeur est mineur)

Date

**Conservez une copie de ce formulaire dans vos dossiers et envoyez le formulaire original et l'ensemble des documents à :
Uninsured Care Programs, Empire Station, PO Box 2052, Albany, NY 12220-0052, États-Unis**