

SECTION H Parent ou conjoint extérieur au foyer ou décédé

- Si les parents ou le conjoint de l'un des demandeurs sont absents, vous devez remplir cette section afin que nous puissions déterminer si vous ou vos enfants pouvez bénéficier d'une aide médicale.
- Les femmes enceintes ne doivent pas répondre à ces questions avant les 60 jours de leur enfant. Tous les autres demandeurs d'au moins 21 ans doivent accepter de fournir des informations sur le parent d'un demandeur mineur ou un conjoint extérieur au foyer afin d'être admissibles à l'assurance maladie, sauf motif valable. Un exemple de « motif valable » est la peur de violences physiques ou émotionnelles à votre rencontre ou celle d'un membre de votre famille. La question 2 concerne le **PARENT** de tout demandeur de moins de 21 ans. La question 3 concerne le **CONJOINT** de tout demandeur.
- Même si les parents ne souhaitent pas communiquer ces informations, l'enfant demandeur reste admissible à Medicaid ou Child Health Plus.

SECTION I Choix du régime de soins

Qu'est-ce qu'un régime de soins ? En déposant une demande d'affiliation à un régime via Access NY Health Care, vous pouvez obtenir une couverture santé par un régime de prise en charge des soins. Lors de l'affiliation à un régime, vous choisissez un médecin (médecin référent) dans ce régime afin qu'il vous suive régulièrement. Si vous souhaitez conserver votre médecin actuel, vous devez choisir le régime dont il dépend. Les régimes de prise en charge des soins mettent l'accent sur les soins préventifs, afin que les petits problèmes n'empirent pas. Si vous devez consulter un spécialiste, votre médecin référent vous orientera.

Qui doit choisir un régime de soins ? Les personnes admissibles à Family Health Plus et Child Health Plus **DOIVENT** choisir un régime de soins pour bénéficier de soins de santé. **LA PLUPART** des personnes admissibles à Medicaid **DOIVENT** choisir un régime de soins pour obtenir la plupart de leurs prestations Medicaid. Continuez à lire pour savoir où obtenir plus d'informations.

Comment choisir mon régime de soins et savoir si je peux y être affilié(e) ? Pour Medicaid et Family Health Plus, si vous souhaitez en savoir plus sur le fonctionnement des régimes de prise en charge des soins, si vous devez vous y affilier et comment faire votre choix, appelez **Medicaid CHOICE** au **1 800 505 5678**, ou appelez ou consultez vos services sociaux locaux. Demandez un kit d'informations sur la prise en charge des soins. Vous trouverez également des informations sur les régimes de soins sur le site du ministère de la Santé de l'État de New York à l'adresse **health.ny.gov**. Vous pouvez également vous inscrire par téléphone, en appelant le **1 800 505 5678**.

REMARQUE : si vous ou un membre de votre famille êtes admissible à Medicaid, et si votre comté n'impose pas aux membres de Medicaid d'être affiliés à un régime de soins, vous serez néanmoins affilié au régime de soins de votre choix s'il assure Medicaid. Si vous ne souhaitez pas être affilié(e), cochez la case correspondante du formulaire, appelez ou écrivez à vos services sociaux locaux.

Child Health Plus :

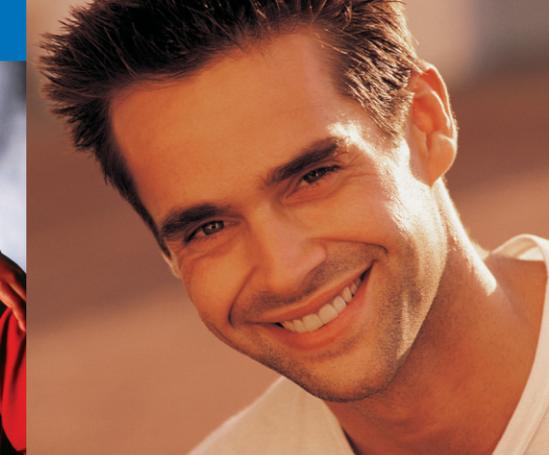
Pour plus d'informations sur les régimes de Child Health Plus, veuillez appeler le **1 800 698 4543**.

Primes de Child Health Plus

Medicaid ou Family Health Plus n'imposent pas de primes. Child Health Plus peut demander une prime mensuelle. Utilisez le tableau ci-joint pour déterminer si vous devez payer une prime en fonction de vos revenus mensuels. Vous devez joindre la prime du premier mois au formulaire rempli pour affilier votre enfant.

SECTION J Signature

Veuillez lire attentivement le paragraphe de cette section et la section des **Conditions, droits et responsabilités**. Vous devez ensuite dater et signer le formulaire.



Formulaire de demande d'assurance maladie

access NY health care

pour les enfants, adultes et familles



State of New York
Department of Health



INSTRUCTIONS

DÉCLARATION DE CONFIDENTIALITÉ Toutes les informations de ce formulaire resteront confidentielles. Les seules personnes qui auront accès à ces informations sont les Agents d'aide à l'affiliation, les agences locales ou d'État et les régimes de santé qui en ont besoin pour déterminer votre admissibilité (celle du demandeur) et celle des membres de votre foyer. La personne qui vous aide à remplir ce formulaire ne peut pas divulguer vos informations, hormis à un superviseur, aux agences locales et d'État ou aux régimes de santé qui en ont besoin.

BUT DE CE FORMULAIRE Remplissez ce formulaire si vous souhaitez obtenir une assurance maladie pour couvrir vos frais médicaux. Ce formulaire peut être utilisé pour Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, le Family Planning Benefit Program ou pour toute assistance afin de payer vos primes d'assurance maladie. Vous pouvez déposer une demande pour vous-même et/ou des membres de votre famille immédiate vivant avec vous.

SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE EN RAISON D'UN HANDICAP, VEUILLEZ APPELER LE DEPARTMENT OF SOCIAL SERVICES LOCAL. ILS METTRONT TOUT EN ŒUVRE POUR RÉPONDRE RAISONNABLEMENT À VOS BESOINS.

VEUILLEZ LIRE l'ensemble du formulaire avant de le remplir. Si vous déposez un dossier UNIQUEMENT pour des enfants ou si vous êtes une femme enceinte déposant un dossier seule, remplissez uniquement les **sections A à G et les sections I et J**. Les autres demandeurs doivent remplir toutes les sections.

Si vous avez au moins 65 ans, êtes officiellement aveugle, handicapé ou vivez dans une maison de repos et demandez la couverture de vos soins en institution, vous devez également **remplir l'annexe A**. Celle-ci comprend des questions sur vos ressources, comme vos placements bancaires ou vos biens immobiliers.

Lorsque vous voyez **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF** sur le formulaire, consultez la section « Documents obligatoires pour déposer une demande d'assurance maladie » pour obtenir une liste de justificatifs acceptables.

COMMENT OBTENIR DE L'AIDE Lorsque vous déposez une demande auprès d'une assurance maladie publique, vous n'avez **PAS** besoin de rencontrer votre Department of social services local ou un Agent d'aide à l'affiliation, mais vous **POUVEZ** contacter un Agent pour obtenir de l'aide pour remplir ce formulaire. **Vous pouvez obtenir une liste d'Agents d'aide à l'affiliation à l'endroit où vous avez retiré ce formulaire, ou en appelant le 1 800 698 4543. TOUTE AIDE EST GRATUITE.** (Ligne à texte pour les malentendants : 1 877 898 5849)

SECTION A Informations sur le demandeur

Nous devons pouvoir contacter les personnes déposant une demande d'assurance maladie. L'adresse du domicile doit être l'adresse de résidence des demandeurs. L'adresse de correspondance, si elle est différente, est l'adresse où vous souhaitez recevoir les cartes d'assurance maladie et des nouvelles de votre dossier. Vous pouvez également indiquer si vous souhaitez qu'une autre personne soit informée de votre dossier et/ou autorisée à en parler.

SECTION B Informations sur le foyer

Veillez inclure toutes les personnes vivant avec vous, même si elles ne demandent pas d'assurance maladie. Il est important d'indiquer toutes les personnes qui vivent avec vous afin que nous puissions prendre une décision en connaissance de cause concernant votre admissibilité. Indiquez également le nom de naissance (nom légal avant mariage) le cas échéant. Indiquez également la ville, l'État et le pays de naissance. Si une personne est née à l'étranger, indiquez simplement le pays de naissance. Pour chaque demandeur, veuillez également indiquer le nom de naissance complet (prénom et nom) de sa mère. Cette information peut être utilisée pour obtenir la preuve de la date de naissance du demandeur dans certaines circonstances.

- **Cette femme est-elle enceinte ?** Si oui, quand est prévu l'accouchement ? Cette information nous aide à déterminer la taille de votre famille. Une femme enceinte compte pour deux personnes.
- **Parenté avec la personne indiquée à la ligne 1.** Expliquez quelle est la parenté de chaque personne avec la personne indiquée en ligne 1 (par exemple : conjoint, enfant, beau-fils ou belle-fille, frère, sœur, nièce, neveu, etc.)

- **Couverture santé publique.** Si vous ou l'un des membres de votre foyer est déjà affilié ou a été affilié à Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, au Family Planning Benefit Program ou à toute forme d'assistance publique comme les Food Stamps, veuillez l'indiquer. Veuillez également indiquer le numéro de la New York State Benefit Identification Card ou du régime pour Child Health Plus.
- **Numéro de Social Security.** Veuillez indiquer un numéro de Social Security pour chaque demandeur, le cas échéant. Si la personne ne possède pas de numéro de Social Security, laissez cette case vide.
- **Citoyenneté et statut d'immigration.** Cette information est obligatoire uniquement pour les personnes qui demandent une assurance maladie. Les femmes enceintes n'ont pas besoin de répondre à cette question. Pour être admissible à l'assurance santé, tout individu âgé d'au moins 19 ans doit être citoyen américain ou être dans une catégorie d'immigration admissible. Veuillez présenter les justificatifs originaux de citoyenneté et d'identité américaine ou leur copie certifiée. Veuillez contacter le department of social services local ou appeler le 1 800 698 4543 pour savoir où présenter ces documents. Veuillez noter que si vous êtes affilié(e) à Medicare, ou recevez une Social Security Disability sans être admissible à Medicare pour l'instant, il n'est pas nécessaire de justifier de votre identité ou citoyenneté.

Depuis le 1er juillet 2010, les enfants américains qui indiquent un numéro de Social Security ne doivent plus fournir une preuve de leur identité ou de leur citoyenneté s'ils sont admissibles à Child Health Plus.

Les enfants qui habitent l'État de New York sans être affiliés à une autre assurance maladie sont admissibles, quel que soit leur statut d'immigration.

INFORMATIONS SUR LA RESPONSABILITÉ PUBLIQUE

Les United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) déclarent que l'affiliation à Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus ou au Family Planning Benefit Program N'AFFECTE EN AUCUN CAS la capacité d'une personne à obtenir une carte verte, devenir un citoyen, parrainer un membre de sa famille ou voyager aux États-Unis ou à l'étranger. Cela ne s'applique pas si Medicaid prend en charge des soins à long terme dans un établissement comme une maison de repos ou un hôpital psychiatrique.

L'État ne transmettra aucune information sur cette demande aux USCIS.

- **Race/groupe ethnique.** Cette information est facultative et nous aidera à nous assurer que toutes les personnes ont accès aux régimes. Si vous précisez cette information, utilisez le code du formulaire qui décrit le mieux la race ou le groupe ethnique de chaque personne. Vous pouvez choisir plusieurs options.

SECTION C Revenu du foyer (argent perçu)

- Dans cette section, indiquez tous les types de revenu (argent reçu) et les montants reçus par les personnes indiquées dans la Section B.
- Indiquez vos revenus avant impôt.
- Si le foyer n'a pas de revenu, expliquez comment vous subvenez à vos besoins, comme la nourriture et le logement.
- Indiquez si vous avez changé d'emploi ou si vous êtes étudiant(e).
- Indiquez également si vous payez une personne ou un établissement, comme une structure de garde, pour prendre soin de votre enfant ou conjoint/parent handicapé pendant que vous travaillez ou étudiez. Si c'est le cas, indiquez combien vous payez. Nous pourrions déduire une partie de cette somme de ce que nous considérons comme vos revenus.

SECTION D Assurance maladie

Il est important d'indiquer si l'un des demandeurs est couvert ou pourrait être couvert par l'assurance maladie d'un tiers. Cette information peut affecter son admissibilité à la couverture ; pour certains demandeurs, nous pouvons déduire le coût de votre assurance maladie de ce que nous considérons comme vos revenus ou nous pouvons payer votre prime d'assurance maladie si nous déterminons qu'elle est rentable.

Certains enfants qui bénéficiaient d'une assurance maladie proposée par l'employeur au cours des six derniers mois peuvent être soumis à un délai d'attente avant d'être affiliés à Child Health Plus. Cela dépend du revenu de votre foyer et de la raison pour laquelle vos enfants ont perdu la couverture de l'employeur.



REMARQUE : les State Health Benefits Plans assurent une couverture d'assurance maladie par le biais du New York State Health Insurance Program (NYSHIP). Une couverture est proposée aux salariés/retraités du gouvernement de l'État de New York, du corps législatif de l'État et du système judiciaire unifié. Certaines agences gouvernementales locales et certains districts scolaires peuvent également choisir de participer au régime NYSHIP. Si vous ne savez pas, vérifiez auprès de votre employeur. Si votre enfant peut bénéficier des State Health Insurance Benefits par le biais du régime NYSHIP, il ne sera pas admissible à la Child Health Plus coverage.



Nous pourrions vous aider à payer les primes d'assurance si vous avez ou pouvez obtenir une assurance par le biais de votre emploi. Nous devons réunir plus d'informations sur l'assurance et vous enverrons un questionnaire à ce sujet.

SECTION E Frais de logement

Indiquez vos frais de logement mensuels, comme votre loyer, votre emprunt immobilier ou d'autres paiements liés à votre logement. Si vous remboursez un emprunt, indiquez également la taxe foncière. Si vous partagez vos frais de logement ou si votre loyer est subventionné, veuillez indiquer uniquement ce que VOUS payez en termes de loyer ou d'emprunt. Si vous payez votre eau, indiquez le montant et sa fréquence.

SECTION F Aveugle, handicapé, malade chronique ou résident d'une maison de repos

Ces questions nous aident à définir le régime le plus adapté à chaque demandeur ainsi que les prestations qui pourraient être nécessaires. Une personne handicapée, gravement malade ou avec des frais médicaux élevés pourrait obtenir davantage de prestations de santé. Vous pourriez être handicapé si vos activités quotidiennes sont limitées par une maladie ou un état de santé qui dure ou devrait durer au moins 12 mois. Si vous êtes aveugle, handicapé, malade chronique ou devez vivre en maison de repos, vous devez remplir l'annexe A. Si aucun demandeur n'est dans ce cas, passez à la Section G.

SECTION G Questions de santé supplémentaires

Si vous avez eu des frais médicaux payés ou non au cours des trois derniers mois, Medicaid peut vous aider à les prendre en charge. Indiquez qui ces frais concernent et les mois où ils ont été encourus. Joignez une copie des frais médicaux à ce formulaire. Remarque : cette période de trois mois débute à réception de votre demande par les services sociaux locaux ou lorsque vous rencontrez un agent d'aide à l'affiliation. Veuillez indiquer vos revenus au cours de tout mois où vous avez eu des frais médicaux afin que nous puissions déterminer si vous êtes admissible pour cette période. Veuillez également indiquer où vous avez vécu au cours des trois derniers mois, car cette information peut déterminer si nous pouvons rembourser vos frais. Veuillez indiquer toute instance de procès ou problème de santé provoqué par un tiers afin de savoir si quelqu'un d'autre devrait payer une partie de vos frais de santé.

VOUS TROUVEREZ PLUS D'INFORMATIONS AU RECTO ▶