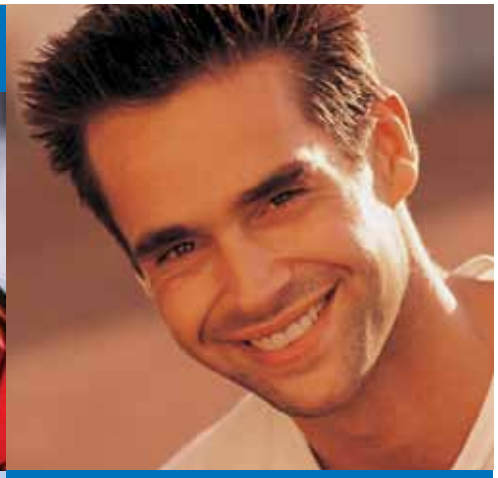

Formulaire de demande d'assurance maladie

access NY health care

pour les enfants, adultes et familles

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

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

Veuillez 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.

SECTION H Parent ou conjoint extérieur au foyer ou décédé

- **Si les parents ou le conjoint de l'un des demandeurs sont absents absent, 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 encontre 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.

Medicaid

Child Health Plus

family health plus

State of New York
Department of Health

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR DÉPOSER UNE DEMANDE D'ASSURANCE MALADIE

Nom du demandeur _____ **Date de dépôt de la demande** _____

*** Votre demande ne peut aboutir tant que tous les documents OBLIGATOIRES n'ont pas été reçus.** ***Si vous avez besoin d'aide pour les obtenir, veuillez nous contacter.***

IL N'EST PAS OBLIGATOIRE DE PRÉSENTER TOUS CES DOCUMENTS. Veuillez présenter uniquement les documents qui s'appliquent à vous ou aux autres demandeurs. Veuillez présenter les originaux ou des copies certifiées des justificatifs d'identité et de citoyenneté. Veuillez contacter vos services sociaux locaux ou appeler le 1 800 698 4543 pour savoir où présenter vos justificatifs d'identité et de citoyenneté américaine. De nombreux services sociaux locaux et les régimes de santé de Child Health Plus n'acceptent pas les documents originaux par courrier : veuillez les contacter si vous souhaitez leur envoyer ces documents par courrier. Les copies des autres documents peuvent être envoyées avec votre demande d'affiliation.

Veuillez présenter un justificatif de votre identité, de citoyenneté américaine et/ou de statut d'immigration et de votre date de naissance.

Depuis le 1er juillet 2010, les enfants américains qui indiquent un numéro de sécurité sociale ne doivent plus présenter un justificatif de leur identité ou de leur citoyenneté s'ils sont admissibles à Child Health Plus. Veuillez fournir UN justificatif de votre citoyenneté américaine, votre identité et votre date de naissance parmi la liste suivante :

- ☐ carte d'identité/passeport américain **OU**
- ☐ certificat de naturalisation (formulaires du ministère de la Défense N-550 ou N-570) **OU**
- ☐ certificat de citoyenneté américaine (formulaires du ministère de la Défense N-560 ou N-561) **OU**
- ☐ un permis de conduire amélioré délivré par l'État de New York (EDL).

Si vous ne pouvez pas présenter les documents ci-dessus, vous pouvez présenter UN document de CHACUNE des catégories ci-dessous pour justifier votre citoyenneté et/ou votre identité.
Cette liste n'est pas exhaustive. Si vous ne pouvez pas présenter l'un de ces documents, veuillez consulter la section « Comment obtenir de l'aide » des instructions.

Les documents suivis d'une * indiquent également la date de naissance.

Citoyenneté américaine

- ☐ certificat de naissance américain*
- ☐ certificat de naissance émis par le ministère de l'Intérieur (formulaires FS-545 ou DS-1350)*
- ☐ certificat de naissance à l'étranger (FS-240)
- ☐ carte d'identité américaine (formulaire I-197 ou I-179)
- ☐ document tribal des peuples autochtones*
- ☐ archives religieuses/scolaires*
- ☐ états de service militaire indiquant le lieu de naissance aux États-Unis
- ☐ décret d'adoption définitif
- ☐ justificatif d'admissibilité à la citoyenneté américaine au titre de la loi sur la citoyenneté de l'enfant de 2000

Identité

- ☐ permis de conduire ou carte d'identité avec photo délivré par un État américain*
- ☐ carte d'identité délivrée par une agence gouvernementale locale, fédérale ou d'un État américain
- ☐ carte de l'armée américaine, état de services ou carte de la marine marchande des gardes-côtes américains
- ☐ carte de lycéen ou d'étudiant avec photo (peut également indiquer la date de naissance)
- ☐ certificat de degré de sang autochtone ou autre document tribal des peuples autochtones/alaskains avec photo
- ☐ archives vérifiées de l'école, la garderie ou la crèche (pour les enfants de moins de 16 ans) (peut également indiquer la date de naissance)
- ☐ archives d'une clinique, d'un médecin ou d'un hôpital (pour les enfants de moins de 16 ans)*

Si vous n'utilisez pas un document qui indique la date de naissance, veuillez également présenter l'un des documents suivants :

- ☐ certificat de mariage
- ☐ NYS Benefit Identification Card

***Veuillez renvoyer tous les documents demandés avant le :** _____ **sans quoi votre demande sera rejetée.**

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR DÉPOSER UNE DEMANDE D'ASSURANCE MALADIE

Si vous n'êtes pas citoyen américain

La liste ci-dessous contient certains des formulaires les plus courants utilisés par les United States Citizenship and Immigration Services (USCIS) pour indiquer votre statut d'immigration.
Cette liste n'est pas exhaustive. Si vous ne possédez pas un de ces documents, veuillez consulter la section « Comment obtenir de l'aide » dans les instructions.

Veuillez présenter **UN** des documents suivants pour prouver votre statut d'immigration et votre date de naissance :
Les documents suivis d'une * indiquent également la date de naissance.

Statut d'immigration/identité

- ☐ I-551 Carte de résidence permanente (« carte verte »)*
- ☐ I-688B ou I-766 carte de permis de travail*

Statut d'immigration mais nécessite un justificatif d'identité supplémentaire

- ☐ I-94 Archives des entrées/départs*
- ☐ Formulaire USCIS I-797 Document d'action
- ☐ Justificatif de résidence continue aux États-Unis avant le 1er janvier 1972

Adresse du domicile : cette adresse doit correspondre à l'adresse indiquée dans la section A du formulaire. Le justificatif de domicile doit dater de moins de six mois par rapport au dépôt de la demande.

- ☐ Bail/courrier/quittance mentionnant l'adresse de votre domicile envoyé par votre propriétaire
- ☐ Facture (gaz, électricité, ligne téléphonique, télévision, fioul ou eau)
- ☐ Taxe foncière ou justificatif d'emprunt immobilier
- ☐ Permis de conduire (s'il a été émis au cours des six derniers mois)
- ☐ Carte d'identité gouvernementale mentionnant l'adresse
- ☐ Enveloppe ou carte postale portant le cachet de la poste (sauf en cas de boîte postale).

PREUVE DES REVENUS ACTUELS OU POTENTIELS COMME DES ALLOCATIONS CHÔMAGE OU LES INDEMNITÉS D'UN PROCÈS : vous devez présenter un courrier, un relevé écrit ou une copie de chèque ou de talons de chéquier provenant de l'employeur, de la personne ou de l'agence qui fournira les revenus. IL N'EST PAS NÉCESSAIRE DE PRÉSENTER TOUS CES DOCUMENTS : seuls ceux qui s'appliquent à vous et aux membres de votre foyer sont obligatoires. Vous devez fournir un justificatif pour chaque type de revenu. Fournissez le justificatif de revenu avant impôts et toute autre déduction. Le justificatif doit être daté et indiquer le nom de l'employé ainsi que le revenu brut pendant la période d'emploi. Le justificatif doit concerner les quatre dernières semaines, que vous soyez payé à la semaine, toutes les deux semaines ou au mois. Il est important qu'il s'agisse de revenus actuels.

Salaires et gages

- ☐ Talons de chéquier du salaire
- ☐ Courrier de l'employeur sur papier à en-tête de l'entreprise, signé et daté
- ☐ Déclaration d'impôt datée et signée et tous les échéanciers**
- ☐ Archives/registres du personnel de l'entreprise

Travailleur indépendant

- ☐ Déclaration d'impôts datée et signée et tous les échéanciers**
- ☐ Journal des recettes et dépenses/archives de l'entreprise

Allocations chômage

- ☐ Lettre/certificat d'affiliation
- ☐ Relevé mensuel des allocations de la part du NYS Department of Labor
- ☐ Sortie papier des informations relatives au compte du destinataire depuis le site du NYS Department of Labor (www.labor.state.ny.us)
- ☐ Copie de la Direct Payment Card sans sortie papier
- ☐ Courrier du NYS Department of Labor

Pensions privées/rentes viagères

- ☐ Relevé de pension/rente

Social Security

- ☐ Lettre/certificat d'affiliation
- ☐ Relevé annuel de prestations
- ☐ Courrier de la Social Security Administration

Worker's Compensation

- ☐ Lettre d'attribution
- ☐ Talon de chéquier

Pension alimentaire pour enfant

- ☐ Courrier de la personne versant la pension
- ☐ Courrier du tribunal
- ☐ Talon de chéquier mentionnant la pension alimentaire
- ☐ Copie du NY Epicard sans sortie papier
- ☐ Copie des informations sur le compte de pension alimentaire de l'enfant tirée de **www.newyorkchildsupport.com**
- ☐ Copie d'un relevé bancaire indiquant un versement direct

Pension d'ancien combattant

- ☐ Lettre d'attribution
- ☐ Talon de chéquier de la pension
- ☐ Courrier du ministère des Veterans Affairs

Solde des armées

- ☐ Lettre d'attribution
- ☐ Talon de chéquier

Revenus immobiliers

- ☐ Courrier d'un colocataire, pensionnaire ou locataire
- ☐ Talon de chéquier

Intérêts/dividendes/royalties

- ☐ Relevé récent d'une banque, d'un organisme de crédit ou d'un établissement financier
- ☐ Courrier d'un courtier
- ☐ Courrier d'un agent
- ☐ 1099 ou déclaration d'impôts (si aucun autre document n'est disponible)

***Les personnes qui ne sont pas des travailleurs indépendants peuvent utiliser leur déclaration d'impôts pour les demandes déposées avant le 1er avril de l'année suivante.*

DOCUMENTS OBLIGATOIRES POUR DÉPOSER UNE DEMANDE D'ASSURANCE MALADIE

Si vous devez prendre en charge un mode de garde pour vos enfants ou vos parents lorsque vous travaillez, veuillez fournir l'un des justificatifs suivants :

- ☐ déclaration écrite de la part du centre de jour ou de toute autre structure d'accueil de vos enfants/parents
- ☐ chèques annulés ou reçus montrant vos paiements

Justificatifs d'assurance maladie (fournissez tous les documents applicables) :

- ☐ justificatif d'assurance en cours de validité (police d'assurance, certificat d'assurance ou carte d'assuré)
- ☐ lettre de résiliation de l'assurance santé
- ☐ carte Medicare (carte rouge, blanche et bleue)

Femmes enceintes uniquement : veuillez fournir l'un des justificatifs de grossesse suivants :

- ☐ Presumptive Eligibility Screening Worksheet pour les femmes enceintes remplie par un prestataire indiquant la date d'accouchement prévue
- ☐ déclaration d'un professionnel de santé (médecin ou infirmier) indiquant la date d'accouchement prévue
- ☐ WIC Medical Referral Form indiquant la date d'accouchement prévue

En cas de frais médicaux au cours des trois derniers mois, veuillez fournir tous les documents suivants :

Pour déterminer l'admissibilité des frais médicaux des trois derniers mois :

- ☐ justificatif de revenu au cours des mois où les frais sont survenus
- ☐ justificatif de domicile/adresse du domicile au cours des mois où les frais sont survenus
- ☐ factures médicales au cours des trois derniers mois, que vous les ayez réglées ou non

Ressources (seulement si vous avez plus de 65 ans ou êtes handicapé(e) sans enfant de moins de 21 ans dans votre foyer) :

- ☐ relevés bancaires : compte chèque, compte épargne, plan d'épargne-retraite (IRA et Keogh)
- ☐ relevés de valeurs, bons du trésor ou certificats
- ☐ copie de la police d'assurance-vie
- ☐ copie du fonds d'obsèques, de l'acte de concession funéraire ou d'un contrat d'obsèques.
- ☐ titre de propriété secondaire

Justificatif de scolarité pour les étudiants salariés :

- ☐ copie de l'emploi du temps
- ☐ déclaration de la faculté ou de l'université
- ☐ autre courrier de l'établissement prouvant le statut d'étudiant

ACCESS NY HEALTH CARE Medicaid/Family Health Plus/Child Health Plus

VEUILLEZ LIRE l'ensemble du formulaire et DES INSTRUCTIONS avant de le remplir. **Veuillez écrire lisiblement en majuscules à l'encre bleue ou noire. Aucun formulaire incomplet ne pourra être traité, ce qui retardera une décision concernant votre demande.**

Section A Informations sur le demandeur

Dites-nous qui vous êtes et comment vous contacter.

Prénom légal	Initiale de votre deuxième prénom	Nom légal

N° de téléphone principal	Autre numéro de téléphone	Langue
☐ Domicile ☐ Portable ☐ Travail ☐ Autre	☐ Domicile ☐ Portable ☐ Travail ☐ Autre	Parlée ? _____ Lue ? _____

ADRESSE DU DOMICILE **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF**
des personnes demandant une assurance maladie.
☐ Si vous êtes sans abri, veuillez cocher cette case.

Rue	N° d'appt
Ville / État	Code postal / Comté

ADRESSE DE CORRESPONDANCE
des personnes demandant une assurance maladie si elle est différente de l'adresse du domicile.

Rue	N° d'appt
Ville	État / Code postal

FACULTATIF : si vous souhaitez que Medicaid transmette les communications qui vous concernent à une autre personne, veuillez indiquer ses coordonnées. Je souhaite que cette personne :

Cochez toutes les cases applicables
- ☐ dépose ou renouvelle mon dossier Medicaid pour moi
- ☐ s'entretienne de ma demande ou mon dossier Medicaid, si besoin
- ☐ reçoive des courriers et des avis

Nom	État
Rue / N° d'appt.	Code postal
Ville	Numéro de téléphone ☐ Domicile ☐ Cellulaire ☐ Travail ☐ Autre

Section B Informations sur le foyer

Si vous vivez dans le foyer, veuillez commencer par vous-même. Sinon, commencez par n'importe quel adulte du foyer. Indiquez le nom complet légal de toutes les personnes déposant une demande ou déjà affiliées à Medicaid, Family Health Plus ou Child Health Plus **ainsi que le numéro de leur carte d'allocations ou de régime de soins.** Vous **devez** indiquer ces informations pour les parents, beaux-parents et conjoints faisant partie du foyer. Vous pouvez fournir des informations sur les autres membres du foyer (par exemple, enfant à charge de moins de 21 ans). **Indiquer les autres membres du foyer peut également nous permettre de vous donner un plus grand niveau d'admissibilité. Les femmes enceintes et les enfants de moins de 19 ans peuvent être admissibles à l'assurance maladie, quel que soit leur statut d'immigration.**

	Prénom, deuxième prénom et nom légaux	Date de naissance ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	Cette personne dépose-t-elle une demande pour l'assurance maladie ?	Cette personne est-elle enceinte ? ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	Cette personne est-elle le parent d'un enfant demandeur ?	Quelle est sa parenté avec la personne de l'encadré 1 ?	Si cette personne possède ou a possédéune couverture santé publique, veuillez cocher la case applicable.	Numéro de Social Security (le cas échéant)	Veuillez cocher la case indiquant votre citoyenneté ou statut d'immigration actuel. Facultatif pour les femmes enceintes ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	*Race/ groupe ethnique
01	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) Ville de naissance État de naissance Pays de naissance Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non	VOUS-MÊME	☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	
02	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) Ville de naissance État de naissance Pays de naissance Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	

Depuis le 1er juillet 2010, les enfants américains qui indiquent un numéro de sécurité sociale ne doivent plus fournir de justificatif d'identité ou de citoyenneté s'ils sont admissibles à Child Health Plus.

ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF **Veuillez consulter les « documents obligatoires pour déposer une demande d'assurance maladie » dans les instructions en pages 1-3 et la « liste des documents pour l'assurance maladie » pour une liste de justificatifs d'identité, de citoyenneté ou de statut d'immigration. *Codes des races/groupes ethniques (facultatif) : A : asiatique, B : noir ou afro-américain, I : autochtone ou alaskain, P : hawaïen ou autre insulaire du Pacifique, W : blanc, U : inconnu. Veuillez également indiquer si vous êtes hispanique ou latino-américain : H**

NYS DOH (suite en page 2)

Section B Information sur le foyer (suite de la page précédente)

	Prénom, deuxième prénom et nom légaux	Date de naissance ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	Cette personne dépose-t-elle une demande pour l'assurance maladie ?	Cette personne est-elle enceinte ? ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	Cette personne est-elle le parent d'un enfant demandeur ?	Quelle est sa parenté avec la personne de l'encadré 1 ?	Si cette personne possède ou a possédéune couverture santé publique, veuillez cocher la case applicable.	Numéro de Social Security (le cas échéant)	Veuillez cocher la case indiquant votre citoyenneté ou statut d'immigration actuel. Facultatif pour les femmes enceintes ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF	*Race/ groupe ethnique
03	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) _____ Ville de naissance État de naissance Pays de naissance _____ Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	
04	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) _____ Ville de naissance État de naissance Pays de naissance _____ Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	
05	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) _____ Ville de naissance État de naissance Pays de naissance _____ Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	
06	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) _____ Ville de naissance État de naissance Pays de naissance _____ Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	
07	_____ Nom de naissance complet (nom avant le mariage) _____ Ville de naissance État de naissance Pays de naissance _____ Nom de naissance complet de la mère de cette personne	/ / ☐ Homme ☐ Femme	☐ Oui ☐ Non	☐ Oui ☐ Non Quelle est la date d'accouchement prévue ? / /	☐ Oui ☐ Non		☐ Child Health Plus ☐ Medicaid ☐ Family Health Plus Numéro de la carte d'allocations/du régime, (si connu) :		☐ Citoyen américain ☐ Immigrant/non citoyen Date à laquelle vous avez reçu votre statut d'immigration _____/_____/_____ Mois Jour Année ☐ Non immigrant (détenteur d'un visa) ☐ Autre	

L'un des membres de votre foyer est-il un ancien combattant ? ☐ Oui ☐ Non si oui, indiquez son nom : _____

Depuis le 1er juillet 2010, les enfants américains qui indiquent un numéro de sécurité sociale ne doivent plus fournir de justificatif d'identité ou de citoyenneté s'ils sont admissibles à Child Health Plus.

ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF **Veuillez consulter les « documents obligatoires pour déposer une demande d'assurance maladie » dans les instructions en pages 1-3 et la « liste des documents pour l'assurance maladie » pour une liste de justificatifs d'identité, de citoyenneté ou de statut d'immigration. *Codes des races/groupes ethniques (facultatif) : A : asiatique, B : noir ou afro-américain, I : autochtone ou alaskain, P : hawaïen ou autre insulaire du Pacifique, W : blanc, U : inconnu. Veuillez également indiquer si vous êtes hispanique ou latino-américain : H**

Section C Revenus du foyer

Indiquez les types et le montant des revenus reçus par chaque personne citée dans la Section B et **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF**

Revenus professionnels : salaires, gages, commissions, pourboires, heures supplémentaires et revenus du travail indépendant. Si vous êtes travailleur indépendant, veuillez cocher cette case : ☐
Si vous n'avez pas de revenus professionnels, veuillez cocher cette case : ☐

Nom de la personne	Type de revenu/nom de l'employeur	Combien ? (Avant impôt)	À quelle fréquence ? (Mensuelle, hebdomadaire)

Revenus non professionnels : Social Security Benefits, indemnités de handicap, allocations chômage, intérêts et dividendes, pension d'ancien combattant, Worker's Compensation, pension alimentaire, revenus immobiliers, pension, rente et fonds en fidéicommis. Si vous n'avez pas de revenus non professionnels, veuillez cocher cette case : ☐

Nom de la personne	Type/source de revenu	Combien ? (Avant impôt)	À quelle fréquence ? (Mensuelle, hebdomadaire)

Contributions : argent reçu de votre famille, vos amis, colocataires ou pensionnaires (y compris tout argent reçu chaque mois pour vous aider à faire face aux dépenses de la vie courante).
Si vous ne recevez pas de contributions, veuillez cocher cette case : ☐

Nom de la personne	Type/source de revenu	Combien ? (Avant impôt)	À quelle fréquence ? (Mensuelle, hebdomadaire)

Autre : assistance temporaire (en liquide), Supplemental Security Income (SSI), bourse étudiante ou prêts. Si vous ne recevez rien, veuillez cocher cette case : ☐

Nom de la personne	Type/source de revenu	Combien ? (Avant impôt)	À quelle fréquence ? (Mensuelle, hebdomadaire)

1. L'un des demandeurs adultes (vous y compris) de la Section B n'a-t-il aucun revenu ? ☐ Non ☐ Oui Qui ? _____

2. Si aucun revenu n'est indiqué ci-dessus, veuillez expliquer comment vous vivez
(par exemple, vous vivez avec un ami ou un membre de votre famille) :

3. L'un des demandeurs (vous y compris) a-t-il changé d'emploi ou cessé de travailler au cours des trois derniers mois ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui : Votre dernier emploi : Date _____/_____/_____ Nom de l'employeur :

4. L'un des demandeurs (vous y compris) est-il étudiant dans un programme professionnel, de premier cycle ou de deuxième cycle ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui : ☐ À temps plein ☐ À temps partiel ☐ Premier cycle ☐ Deuxième cycle Nom de l'étudiant :

5. Devez-vous payer un mode de garde de votre enfant (ou d'un adulte handicapé) pour aller travailler ou étudier ? ☐ Non ☐ Oui

Nom de l'adulte/enfant :	Combien ? $	À quelle fréquence ? (toutes les semaines, toutes les deux semaines, tous les mois)
Nom de l'adulte/enfant :	Combien ? $	À quelle fréquence ? (toutes les semaines, toutes les deux semaines, tous les mois)
Nom de l'adulte/enfant :	Combien ? $	À quelle fréquence ? (toutes les semaines, toutes les deux semaines, tous les mois)

6. Même si vous n'êtes pas admissible à la couverture de Medicaid ou Family Health Plus, vous pouvez être éligible au Family Planning Benefit Program. Êtes-vous intéressé(e) par la couverture des Family Planning Services uniquement ?
☐ Non ☐ Oui

Section D Assurance maladie

Vous et votre famille pouvez être admissible même si vous possédez une autre assurance maladie.

1. L'un des demandeurs bénéficie-t-il de Medicare ? ☐ Non ☐ Oui **Si oui, veuillez inclure une copie de votre carte (carte rouge, blanche et bleue) pour chaque bénéficiaire de Medicare.** **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF** **Remplissez la suite de ce formulaire ainsi que l'Annexe A.**

2. L'un des demandeurs possède-t-il déjà une autre assurance maladie privée, notamment une assurance à long terme ? ☐ Non ☐ Oui **Si oui, veuillez joindre une copie recto-verso de la carte d'assurance à cette demande.** **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF**

Nom de l'assuré (principal) _____ Personnes couvertes _____ Coût de la police _____ Date de fin de la couverture, si elle se termine bientôt _____/_____/_____
Mois Jour Année

Remarque : si vous déposez une demande pour le Medicaid Savings Program (MSP) uniquement, passez à la Section G. Vous ne devez PAS remplir l'Annexe A.

3. Le parent/beau-parent de l'un des enfants demandeurs est-il un fonctionnaire qui peut obtenir une couverture familiale par le biais du régime d'assurance maladie d'un État (voir les instructions) ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, l'agence publique qui emploie cette personne prend-elle en charge tout ou partie du coût du régime de soins ? ☐ Non ☐ Oui

4. Au cours des six derniers mois, l'un des demandeurs a-t-il perdu ou résilié une assurance maladie fournie par un employeur ? ☐ Non ☐ Oui
(si non, passez à la question 5) Si oui, à quelle date avez-vous perdu cette couverture ? _____/_____/_____
Mois Jour Année

Votre réponse à cette question nous aide à comprendre pourquoi les personnes changent d'assurance maladie.

Pourquoi cette personne n'a-t-elle plus cette assurance maladie ? (Cochez une seule case)

☐ 1. L'ancien assuré ne travaille plus pour l'employeur qui fournissait l'assurance.
☐ 2. L'employeur n'offre plus d'assurance maladie.
☐ 3. L'employeur n'offre plus d'assurance maladie aux enfants ou ne prend plus en charge les enfants tout en continuant à couvrir le parent employé.
☐ 4. Le coût de l'assurance maladie a augmenté et je ne pouvais plus me le permettre.
☐ 5. Child Health Plus ou Family Health Plus est meilleur marché que l'ancienne assurance.
☐ 6. Child Health Plus ou Family Health Plus offre de meilleures prestations que l'ancienne assurance.

5. Votre emploi actuel propose-t-il une assurance maladie ? **Nous pourrions vous aider à la prendre en charge.** ☐ Non ☐ Oui Si oui, vous recevrez une « demande d'information sur l'assurance maladie subventionnée par l'employeur ».

Section E Frais de logement

1. Frais de logement mensuels **comme un loyer ou un emprunt immobilier, taxes foncières comprises** (votre part uniquement). $_____

2. Si l'eau n'est pas comprise, combien payez-vous ? $_____ **ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF** À quelle fréquence ? ☐ tous les mois ☐ deux fois par an ☐ tous les trimestres (4 fois par an) ☐ une fois par an

3. Bénéficiez-vous d'un logement de fonction **gratuit** ? ☐ Non ☐ Oui

Section F Aveugle, handicapé, maladie chronique ou soins en institution

Ces questions nous permettent de déterminer le meilleur régime pour les demandeurs.

Si aucun demandeur n'est aveugle, handicapé, malade chronique ou dans une maison de repos, FIN veuillez passer à la Section G.

1. L'un des demandeurs de votre foyer (vous y compris) est-il dans un centre de traitement résidentiel ou reçoit-il **des soins** dans un hôpital, une maison de repos ou tout autre établissement (soins en institution) ? ☐ Non ☐ Oui
Si oui, finissez de remplir ce formulaire **ET** remplissez l'Annexe A.

2. L'un des demandeurs (vous y compris) est-il aveugle, handicapé ou souffre-t-il d'une maladie chronique ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, finissez de remplir ce formulaire **ET** remplissez l'Annexe A.
Remarque : si vous déposez une demande pour le Medicaid Savings Program (MSP) uniquement, passez à la Section G. Vous ne devez PAS remplir l'annexe A.

Section G Questions de santé supplémentaires

1. L'un des demandeurs a-t-il eu des frais médicaux payés ou non au cours de ce mois ou des trois mois précédents ? Medicaid pourrait les payer ou les rembourser.

☐ Non ☐ Oui Si oui : Nom : _____ Parmi les trois mois précédents, au cours desquels avez-vous eu des frais médicaux ? _____

ENVOYEZ UN JUSTIFICATIF de revenu pour n'importe quel mois au cours des trois mois pendant lesquels vous avez eu des frais médicaux. Si vous sollicitez le remboursement de frais médicaux, vous devez envoyer une copie de votre justificatif de paiement.

2. L'un des demandeurs (vous y compris) a-t-il des frais médicaux non payés antérieurs à trois mois ? ☐ Non ☐ Oui

3. L'un des demandeurs de votre foyer (vous y compris) a-t-il emménagé dans ce comté à partir d'un autre État ou comté de l'État de New York au cours des trois derniers mois ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, qui ? _____ Depuis quel État ? _____ Depuis quel comté ? _____

4. L'un des demandeurs est-il en instance de procès suite à une blessure ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, qui : _____

5. L'un des demandeurs possède-t-il une Worker's Compensation ou une blessure, maladie ou un handicap provoqué par un tiers (qui pourrait être couvert par une assurance) ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, qui ? _____

Section H Parent ou conjoint extérieur au foyer ou décédé

Les familles qui déposent une demande pour leur enfant ainsi que les femmes enceintes ne doivent **PAS** remplir cette section. Tous les autres demandeurs d'au moins 21 ans doivent fournir des informations sur le parent d'un demandeur mineur ou le conjoint extérieur au foyer afin d'être admissible à l'assurance maladie, sauf motif valable. Les enfants restent admissibles même si leur parent ne souhaite pas communiquer ces informations. Si vous redoutez une violence physique ou émotionnelle si vous communiquez des informations sur le parent ou le conjoint extérieur au foyer, vous pouvez être autorisé(e) à ne pas indiquer ces informations. Il s'agit d'un **motif valable.** Vous pouvez être amené(e) à prouver l'existence d'un motif valable pour vos craintes.

1. L'un des demandeurs est-il veuf ou orphelin ? ☐ Non ☐ Oui

Si oui, indiquez le nom du demandeur veuf ou orphelin : _____ (si le conjoint ou un parent est décédé, veuillez passer à la question 3)

2. L'un des parents de tout enfant demandeur vit-il hors du foyer (si non, passez à la question 3) ? ☐ Non ☐ Oui

Si vous redoutez des violences physiques ou émotionnelles si vous fournissez des informations sur le parent extérieur au foyer, veuillez cocher cette case ☐

Nom de l'enfant :	**Nom du parent extérieur au foyer** _____ Date de naissance (si connue) : _____/_____/_____	**Adresse actuelle ou dernière adresse connue :** Rue : _____ Ville/État : _____ Numéro de sécurité sociale (si connu) : _____
Nom de l'enfant :	**Nom du parent extérieur au foyer** _____ Date de naissance (si connue) : _____/_____/_____	**Adresse actuelle ou dernière adresse connue :** Rue : _____ Ville/État : _____ Numéro de sécurité sociale (si connu) : _____

3. L'un des demandeurs est-il toujours marié à une personne extérieure au foyer ? ☐ Non ☐ Oui Si oui, nom du demandeur toujours marié : _____

Si vous redoutez des violences physiques ou émotionnelles si vous fournissez des informations sur le conjoint extérieur au foyer, veuillez cocher cette case ☐

Nom légal du conjoint extérieur au foyer :	**Date de naissance (si connue) :** _____/_____/_____	**Adresse actuelle ou dernière adresse connue :** Rue : _____ Ville/État : _____ Numéro de sécurité sociale (si connu) : _____

Section I Choix du régime de soins

Si vous bénéficiez de Medicare, FIN veuillez passer cette section.

IMPORTANT : les personnes bénéficiant de Family Health Plus et Child Health Plus **doivent** choisir un régime de soins pour bénéficier des services de santé. La plupart des personnes affiliées à Medicaid **doivent** choisir un régime de soins ; dans le cas contraire, vous serez automatiquement affilié(e) à un régime sauf si vous en êtes exempté(e). **Pour Medicaid et Family Health Plus :** si vous avez besoin d'informations sur les régimes disponibles dans votre comté, à quels régimes participe votre médecin et si vous devez en faire partie, veuillez appeler **New York Medicaid CHOICE** au 1 800 505 5678. Vous pouvez également appeler ou consulter votre Department of Social Services local. Pour plus d'informations sur les régimes de Child Health Plus, veuillez appeler le 1 800 698 4543. Si vous savez déjà à quel régime vous souhaitez être affilié(e), utilisez cette section pour le régime de votre choix.

REMARQUE : si vous ou les membres de votre famille êtes admissibles à Medicaid, vous serez affiliés au régime de votre choix s'il fournit Medicaid. Si votre comté n'impose pas aux membres de Medicaid d'être affiliés à un régime de soins, vous pouvez indiquer que vous ne souhaitez pas être affilié(e) à un régime de soins en appelant ou en écrivant au Department of Social Services local ou en cochant cette case ☐

Nom légal	Prénom légal	Date de naissance	Numéro de Social Security	Nom du régime de soins auquel vous souhaitez être affilié(e)	Choix du médecin ou du centre de santé (facultatif) Veuillez cocher cette case si vous choisissez votre médecin actuel.	Gynécologue-obstétricien (facultatif)
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	
					☐	

Section J Signature

J'accepte que les informations de ce formulaire et sur le formulaire de renouvellement annuel soient transmises uniquement à Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, aux régimes de santé indiqués dans la section I, aux services sociaux locaux et à l'organisation d'aide à l'affiliation supervisant le dépôt de la demande. J'accepte également que ces informations soient transmises à tout établissement de santé scolaire fournissant des services aux demandeurs. Je comprends que ces informations seront transmises dans le but de déterminer l'admissibilité des personnes demandant à être affiliées à Medicaid, Family Health Plus, Child Health Plus, ou de déterminer le succès de ces régimes. Chaque demandeur adulte doit signer ce formulaire dans l'espace ci-dessous. En signant ce formulaire, je comprends que chaque personne demandant à être affiliée à Medicaid, Family Health Plus ou Child Health Plus sera affiliée au régime adapté si elle est admissible. **J'ai aussi lu et compris les conditions, droits et responsabilités inclus à la page suivante de ce livret de demande d'affiliation.** Je certifie sur l'honneur que toutes les informations indiquées sur ce formulaire sont exactes à ma connaissance.

_____ _____

Date *Signature du demandeur adulte ou de son tuteur*

_____ _____

Date *Signature du demandeur adulte ou de son tuteur*

CONDITIONS, DROITS ET RESPONSABILITÉS

En remplissant et signant ce formulaire, je dépose une demande d'affiliation à Medicaid, Family Health Plus et Child Health Plus. Je comprends que ce formulaire, des avis et d'autres informations complémentaires seront transmis aux régimes auxquels je souhaite être affilié(e). J'accepte la transmission des informations personnelles et financières indiquées dans ce formulaire et de toutes autres informations nécessaires pour déterminer mon admissibilité à ces régimes. Je comprends que je pourrais être amené(e) à fournir d'autres informations. J'accepte de signaler immédiatement tout changement relatif aux informations indiquées dans ce formulaire.

- Je comprends que je dois fournir les informations obligatoires afin de prouver mon admissibilité à chaque régime. Si je n'ai pas pu obtenir les informations pour Medicaid ou Family Health Plus, j'en informerai les services sociaux locaux. Les services sociaux locaux peuvent m'aider à obtenir ces informations.
- Si je dépose mon dossier ailleurs qu'auprès des services sociaux locaux et que mes enfants ne sont pas admissibles à Medicaid suite au dépôt du présent formulaire, je peux contacter les services sociaux locaux pour déterminer si mes enfants sont admissibles à Medicaid d'une autre manière.
- Je comprends que les salariés des régimes pour lesquels des membres de ma famille ou moi-même avons déposé une demande peuvent vérifier les informations que j'ai indiquées sur ce formulaire. Les agences responsables de ces régimes assureront la confidentialité de ces informations conformément aux lois 42 U.S.C. 1396a (a) (7) et 42 CFR 431.300-431.307, ainsi qu'à toutes lois et réglementations fédérales et des États.
- En déposant une demande d'affiliation à Child Health Plus, j'accepte de prendre en charge la prime applicable non financée par l'État de New York.
- Je comprends que Medicaid, Family Health Plus et Child Health Plus ne paieront pas les frais médicaux censés être pris en charge par une assurance ou toute autre personne, et que si je demande à être affilié(e) à Medicaid ou Family Health Plus, je cède à l'agence tous mes droits de demander et recevoir tant une aide médicale de la part d'un conjoint ou de parents de personnes de moins de 21 ans que des paiements de tiers pendant toute la période où je reçois des indemnités.
- Je signalerai toute demande d'indemnités d'assurance maladie ou accident ou toutes autres ressources auxquelles j'ai droit. Je comprends que j'ai le droit d'invoquer un motif valable pour ne pas utiliser l'assurance maladie en cas de menace pour ma santé, ma sécurité ou la santé et la sécurité d'une personne dont je suis légalement responsable.
- Je comprends que mon admissibilité à ces régimes ne dépend en aucun cas de ma race, ma couleur de peau ou ma nationalité. Je comprends également que selon les exigences de chacun de ces régimes, mon admissibilité peut dépendre de mon âge, mon sexe, mon handicap ou ma nationalité.
- Je comprends que si mes enfants sont affiliés à Medicaid ou Family Health Plus, ils peuvent bénéficier de soins primaires et préventifs complets, notamment de tous les traitements nécessaires par le biais du régime Child/Teen Health. Je peux obtenir plus d'informations sur ce régime auprès des services sociaux locaux.
- Je comprends que toute personne qui ment ou dissimule des informations sciemment afin de bénéficier de prestations dans le cadre de ces régimes commet un délit, est soumise à des amendes fédérales et des États et peut être amenée à rembourser les indemnités reçues tout en s'acquittant d'une peine civile. Le New York State Department of Tax and Finance a le droit de vérifier les revenus indiqués sur ce formulaire.

NUMÉRO DE SOCIAL SECURITY

Child Health Plus : le numéro de sécurité sociale n'est pas obligatoire pour être affilié(e) à Child Health Plus. Le cas échéant, je dois l'indiquer pour les enfants déposant une demande d'affiliation à Child Health Plus. Medicaid ou Family Health Plus : le numéro de sécurité sociale est obligatoire pour tous les demandeurs, sauf les femmes enceintes ou les étrangers non qualifiés. Le numéro de sécurité sociale n'est pas obligatoire pour les membres de mon foyer qui ne souhaitent pas d'indemnités. Je comprends que cette procédure est imposée par la loi fédérale 42 U.S.C. 1320b-7 (a) et par les réglementations 42 CFR 435.910 de Medicaid. Le numéro de sécurité sociale est utilisé de nombreuses façons, à la fois par les services sociaux locaux (SSL) et entre les SSL et les agences locales, fédérales et des États, à New York et dans d'autres juridictions. Le numéro de sécurité sociale sert notamment à : vérifier l'identité, identifier et vérifier les revenus professionnels et non professionnels, vérifier si les parents qui n'ont pas la garde de leurs enfants peuvent bénéficier d'une couverture santé pour les demandeurs, et à vérifier si les demandeurs peuvent obtenir une aide médicale, des indemnités financières ou toute autre forme d'aide. Le numéro de sécurité sociale peut également être utilisé pour identifier le destinataire au sein et entre les agences Medicaid gouvernementales afin de lui assurer des prestations adaptées. Par ailleurs, si je demande à être affilié(e) à d'autres régimes avec ce formulaire commun, ceux-ci auront accès à mon numéro de sécurité sociale et pourront l'utiliser pour le côté administratif du régime.

POUR LES DEMANDEURS DE MEDICAID UNIQUEMENT

- **Accès aux dossiers de scolarité**
  J'autorise les services sociaux locaux et l'État de New York à accéder, dans le dossier scolaire de mes enfants mentionnés dans ce formulaire, à toutes les informations nécessaires aux demandes de remboursement de services pédagogiques liés à la santé par Medicaid, et à fournir aux agences gouvernementales fédérales appropriées un accès à ces informations dans un but d'audit uniquement.
- **Early Intervention Program**
  Si mes enfants sont évalués pour le New York State Early Intervention Program ou y sont déjà affiliés, j'autorise les services sociaux locaux et l'État de New York à transmettre les informations sur l'admissibilité de mes enfants à Medicaid à l'Early Intervention Program de mon comté afin de facturer Medicaid.
- **Remboursement des frais médicaux**
  Je comprends que dans le cadre de ma demande d'affiliation à Medicaid ou par la suite, j'ai le droit de demander le remboursement de mes soins médicaux, prestations et fournitures couverts dont j'ai bénéficié au cours des trois mois ayant précédé le mois du dépôt de ma demande. Après la date du dépôt de ma demande, seuls les soins médicaux, prestations et fournitures couverts délivrés par des prestataires agréés par Medicaid seront couverts.

FAMILY HEALTH PLUS AND MEDICAID MANAGED CARE

Je comprends que pour recevoir les prestations de Family Health Plus, je dois être affilié(e) à un régime de prise en charge intégrée des soins de santé. Je suis également conscient(e) que dans certains comtés, il est obligatoire d'être affilié(e) à un régime de soins pour bénéficier de Medicaid. J'ai lu où trouver si mon comté impose aux membres de Medicaid d'être affilié(e) à un régime de soins ainsi que les régimes de santé auxquels je peux accéder avec Family Health Plus et la prise en charge intégrée des soins de Medicaid. Je comprends que si je suis admissible à Family Health Plus, je serai affilié(e) au régime Family Health Plus de mon choix. Je comprends également que si je suis

admissible à Medicaid au lieu de Family Health Plus et que si mon comté impose aux membres de Medicaid d'être affilié(e) à un régime de prise en charge intégrée des soins, je serai affilié(e) au régime de soins de mon choix sauf si celui-ci ne fait pas partie de la prise en charge intégrée des soins de Medicaid.

Si mon comté n'impose pas aux membres d'être affilié(e)s à un régime de prise en charge intégrée des soins de Medicaid, je peux être affilié(e) au régime de mon choix. Si je ne le souhaite pas, je dois en avertir mes services sociaux locaux par écrit ou cocher la case de la Section I.

J'ai lu où trouver les droits et les prestations dont je bénéficierai en tant que membre d'un régime de prise en charge intégrée des soins ainsi que leurs limites. Je comprends que dans les régimes de prise en charge intégrée des soins Family Health Plus et Medicaid, je dois choisir un médecin référent entre au moins trois médecins proposés par mon régime de soins. Je comprends qu'une fois affilié(e) à un régime de soins, je devrai consulter mon médecin référent et les autres prestataires agréés par ce régime, sauf circonstances particulières.

Je comprends que si j'ai un enfant alors que je suis affilié(e) à un régime de prise en charge intégrée des soins Medicaid ou un régime Family Health Plus dépendant également de la prise en charge intégrée des soins Medicaid, cet enfant sera lui aussi affilié à ce régime.

- **Transmission des informations médicales**
  J'autorise la transmission de toute donnée médicale me concernant et concernant les membres de ma famille que j'aurais indiqués :
  - par mon médecin référent, tout autre prestataire de soins de santé ou le ministère de la Santé de l'État de New York à mon régime de soins et tout prestataire de soins de santé me suivant, ou suivant ma famille, dans les limites raisonnables et nécessaires afin que mon régime de soins de santé ou mes prestataires puissent procéder à des traitements, des paiements ou des opérations de soins de santé. Ces données peuvent inclure les informations pharmaceutiques et toutes autres informations sur les indemnités médicales nécessaires à la prise en charge de mes soins ;
  - par mon régime de soins et tout prestataire de soins de santé au ministère de la Santé de l'État de New York et toute autre agence agréée locale, fédérale ou de l'État à des fins d'administration des régimes Medicaid, Child Health Plus et Family Health Plus ; et
  - par mon régime de soins à d'autres personnes ou organisations, dans la mesure raisonnable et nécessaire afin que mon régime de soins puisse procéder à des traitements, paiements ou opérations de soins de santé.

J'accepte également que les informations me concernant ou concernant ma famille sur le VIH, la santé mentale ou l'abus d'alcool ou de drogues, soient transmises pour le traitement, le paiement et les opérations de soins de santé, dans la mesure autorisée par la loi et jusqu'à ce que je retire cette autorisation.

Si plus d'un adulte de la famille est affilié à un régime de soins de Family Health Plus ou Medicaid, la signature de chaque adulte demandeur est nécessaire pour l'autorisation de publication des informations.

- **Remboursement des frais médicaux**
  Je comprends que si je suis déclaré(e) admissible à Family Health Plus, je serai affilié(e) au plus tard 90 jours à compter de la date de dépôt de la demande complète. En cas d'erreur ou de retard de mon dossier, Medicaid peut me rembourser les frais médicaux raisonnables qui en découleraient. Medicaid peut régler à mon prestataire de soins tous frais médicaux non payés à condition qu'il soit agréé par Medicaid.

USAGE ADMINISTRATIF

À remplir par la personne supervisant la demande d'affiliation

Signature de la personne ayant obtenu les informations sur l'admissibilité : X _____	Employé par : (cochez une case) ☐ Agence de proximité pour l'aide à l'affiliation ☐ Régime de soins ☐ Services sociaux locaux ☐ Agence de prestataires de soins ☐ Entités qualifiées Nom de l'employeur : _____

À remplir par les agents d'aide à l'affiliation

Agent d'aide à l'affiliation :		Principale agence/nom du régime :		Principale organisation/Référence du régime :
Langue utilisée pour l'aide au dépôt de la demande :	Date de début de la demande :	Numéro de référence de la demande :	Date de fin de la demande :	Saisissez le code des enfants demandeurs : Medicaid _____ CHPlus _____

À utiliser par les services sociaux locaux

Admissibilité déterminée par :	Date :	Admissibilité approuvée par :		Date :
Bureau :	Date de dépôt de la demande :	Référence de l'unité :		ID de l'employé :
Nom du dossier :	District :	Type de dossier :		Numéro du dossier :
Date de prise d'effet :	Code du motif de décision MA : ☐ Code de refus ☐ Retrait	Représentant : ☐ Oui ☐ Non	Numéro du bureau d'enregistrement :	Vérifié :

À utiliser par les régimes Child Health Plus

Décision de CHPlus : ☐ Approuvé ☐ Refusé	Code de refus :	Date de prise d'effet :	Nombre d'enfants affiliés (CHPlus) :