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

CONDITIONS, DROITS ET RESPONSABILITÉS

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) :

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

***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.*

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)

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*