

DEMANDEUR/DEMANDEUSE Veuillez écrire lisiblement en caractères d'imprimerie, sans rien inscrire dans la zone foncée.

Prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille			Téléphone fixe		
Adresse du domicile	Numéro d'appartement	Ville	État	Code postal	Comté
S'agit-il d'un centre d'hébergement? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non					
Adresse postale/Boîte postale (si elle est différente de ce qui est indiqué ci-dessus)			Numéro d'appartement	Ville	État
				Code postal	Comté

NOMS
Veuillez indiquer votre nom en premier, en précisant vos noms d'usage et votre nom de jeune fille. Si nécessaire, veuillez joindre une feuille supplémentaire pour dresser la liste de tous les enfants.

Prénom, initiale du deuxième prénom, nom de famille	Date de naissance (MM/JJ/AA)	Sexe	Numéro de Sécurité sociale	Groupe racial ou ethnique (Voir les codes figurant ci-dessous)
Vous-même				
Conjoint(e)				
Enfant*				
Enfant*				

*S'il/elle a moins de 18 ans.
Codes des affiliations raciales ou ethniques : **B** : noir(e), d'origine non-hispanique **W** : blanc(he), d'origine non-hispanique **H** : hispanique **A** : asiatique ou insulaire du Pacifique **I** : amérindien(ne) ou autochtone de l'Alaska **U** : inconnu **O** : autre

INFORMATIONS DE CITOYENNETÉ
Êtes-vous citoyen(-ne) américain(e)? Oui Non
Si vous avez répondu « Non », avez-vous un statut satisfaisant en matière d'immigration? Oui Non *Veuillez indiquer votre numéro d'étranger, la date d'octroi du statut et la date à laquelle vous êtes arrivé(e) dans le pays, le cas échéant.*

Numéro d'étranger	Date du statut (DOS)	Date d'arrivée dans le pays (DEC)
-------------------	----------------------	-----------------------------------

Votre conjoint(e) est-il/elle citoyen(-ne) américain(e)? Oui Non
Si vous avez répondu « Non », votre conjoint(e) a-t-il/elle un statut satisfaisant en matière d'immigration? Oui Non *Veuillez indiquer son numéro d'étranger, la date d'octroi du statut et la date à laquelle il/elle est arrivé(e) dans le pays, le cas échéant.*

Numéro d'étranger	Date du statut (DOS)	Date d'arrivée dans le pays (DEC)
-------------------	----------------------	-----------------------------------

MEDICARE INFORMATION

Numéro Medicare du demandeur/de la demandeuse (figurant sur la carte Medicare rouge et bleue)			
Êtes-vous bénéficiaire de la Partie A du programme Medicare? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur	Êtes-vous bénéficiaire de la Partie B du programme Medicare? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur
Numéro Medicare du/de la conjoint(e) (figurant sur la carte Medicare rouge et bleue)			
Votre conjoint(e) est-il/elle bénéficiaire de la Partie A du programme Medicare? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur	Votre conjoint(e) est-il/elle bénéficiaire de la Partie B du programme Medicare? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	Date d'entrée en vigueur

Aimeriez-vous que nous examinions votre admissibilité à un remboursement rétroactif de votre prime Medicare? Oui Non
Réglez-vous, vous-même ou votre conjoint(e), d'autres primes d'assurance maladie en dehors de Medicare? Oui Non

Qui?	Montant de la prime mensuelle \$
------	-------------------------------------

Versez-vous, vous-même ou votre conjoint(e), une pension alimentaire pour enfant(s) ou pour conjoint(e)? Oui Non

Qui?	Montant de la prime mensuelle \$
------	-------------------------------------

Recevez-vous, vous-même ou votre conjoint(e), des paiements de la part d'une fiducie, ou êtes-vous nommé(e) bénéficiaire d'une fiducie? Oui Non

Qui?	Valeur \$
------	--------------

REVENUS
Veuillez indiquer ci-dessous la liste de tous les revenus disponibles, comme les traitements, salaires, prestations de retraite, prestations de sécurité sociale, indemnités de licenciement, revenus locatifs ou d'entreprise, etc. Vous pouvez au besoin joindre une feuille supplémentaire pour dresser la liste de toutes les sources de revenus.

Nom du demandeur/de la demandeuse, du/de la conjoint(e) ou de l'enfant âgé de moins de 18 ans	Qui fournit l'argent? (Nom/Source des revenus)	Quel montant?	À quelle fréquence? (toutes les semaines, toutes les deux semaines, tous les mois, autre)

Souhaitez-vous recevoir des avis rédigés : en anglais uniquement en espagnol et en anglais

CONSENTEMENT
Je comprends qu'en signant le présent formulaire de demande ou de certification, j'accepte toute enquête réalisée par le Département des services sociaux pour vérifier ou confirmer les renseignements que j'ai donnés ou toute autre enquête réalisée par ses soins en lien avec ma demande en faveur du programme Medicaid. Si un complément d'information s'avère nécessaire, je fournirai ces renseignements.

SIGNATURES

Signature du demandeur/de la demandeuse ou de son/sa représentant(e)	Date	
Signature du/de la conjoint(e)	Date	
Adresse du/de la représentant(e)		
Ville	État	Code postal
Numéro de téléphone	Relation	

INSTRUCTIONS

REMPLEZ LE FORMULAIRE

Assurez-vous de répondre à l'ensemble des questions posées. Si vous êtes marié(e) et que vous vivez avec votre conjoint(e), vous devez répondre aux questions des rubriques « Vous-même » et « Conjoint(e) » du formulaire (et ce même si le/la conjoint[e] ne demande pas à bénéficier du MSP).

SIGNEZ ET DATEZ LE FORMULAIRE

Si les deux conjoints soumettent une demande, ces deux personnes doivent signer la demande de MSP.

N'OUBLIEZ PAS D'INCLURE LES DOCUMENTS JUSTIFICATIFS SUIVANTS

Veuillez passer en revue cette liste et soumettre les documents que vous devez fournir pour permettre au programme Medicaid de déterminer si vous êtes admissible, au MSP. Si vous demandez le remboursement rétroactif de vos primes Medicare, vous devez envoyer vos justificatifs de revenus pour les trois mois précédents. Si un(e) conjoint(e) soumet une demande, il/elle doit également fournir ces documents.

- Photocopie du recto et du verso de votre **carte Medicare**.
- **Justificatif de revenus** : bulletins de salaire, courrier de l'employeur, déclaration fiscale, courrier d'octroi de toute prestation de revenus non professionnels (sécurité sociale, allocations chômage ou prestation d'ancien combattant), ou courrier du locataire ou du pensionnaire.
- **Primes d'assurance maladie que vous réglez, hors Medicare** : courrier de l'employeur, relevé de primes ou fiche de paie.
- **Justificatif de date de naissance** : permis de conduire délivré par l'État, certificat de naissance aux États-Unis, carte de résident permanent (« carte verte ») ou carte d'identification de prestations de l'État de New York.
- **Justificatif de domicile** : bail, courrier ou quittance de loyer de votre propriétaire où figure votre adresse de domicile, permis de conduire (à condition qu'il ait été délivré au cours des six derniers mois), facture de services publics (gaz, électricité, téléphone, télévision, combustible ou eau), carte d'identité délivrée par le gouvernement où figure votre adresse, documents de taxes foncières ou relevé hypothécaire, ou carte postale ou enveloppe portant le cachet de la poste (sauf en cas d'envoi à une boîte postale).
- Si vous n'êtes pas citoyen(ne) américain(e), vous devez fournir des documents qui précisent votre statut actuel en matière d'immigration.

Envoyez le formulaire de demande et les documents requis à votre **Département local des services sociaux (LDSS) ou à l'Administration des ressources humaines (Human Resources Administration, HRA)**. Pour connaître l'adresse dans votre comté : http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/ldss.htm

CONDITIONS, DROITS ET RESPONSABILITÉS

En remplissant et en signant ce formulaire, je soumetts une demande en vue de bénéficier du Programme d'épargne Medicare. **LE PAIEMENT DE VOTRE PRIME MEDICARE EST UNE PRESTATION MEDICAID.**

SANCTIONS

Je comprends que ma demande peut faire l'objet d'une enquête et je consens à coopérer si une telle enquête a lieu. Les lois en vigueur à l'échelle fédérale et étatique prévoient des sanctions sous forme d'amendes ou de peines d'emprisonnement, voire les deux, si vous ne dites pas la vérité lorsque vous soumettez une demande en vue de bénéficier de prestations Medicaid ou à tout moment lorsqu'on vous pose des questions au sujet de votre admissibilité, ou si vous demandez à quelqu'un d'autre de mentir concernant votre demande ou votre admissibilité continue.

CHANGEMENTS

J'accepte de signaler immédiatement tout changement relatif aux informations indiquées dans ce formulaire.

NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (SSN)

Si vous déposez une demande en vue de bénéficier du Programme d'épargne Medicare, vous devez indiquer votre SSN, sauf si vous êtes une femme enceinte. Les lois qui imposent cela sont les suivantes : 18 NYCRR Articles 351.2, 360-1.2 et 360-3.2(j)(3) ; 42 USC 1320b-7. Les SSN sont utilisés de nombreuses manières, à la fois par les districts locaux des services sociaux mais également entre les districts locaux des services sociaux et les agences locales, fédérales et des États, tant à New York que dans d'autres juridictions. Voici quelques exemples d'utilisation des SSN : 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 assurance maladie pour les demandeurs, vérifier si les demandeurs peuvent obtenir une aide à l'enfance et déterminer si les demandeurs peuvent recevoir une aide pécuniaire ou autre.

CERTIFICATION DU STATUT EN MATIÈRE DE CITOYENNETÉ ET D'IMMIGRATION

Je certifie, sous peine de parjure, en signant mon nom sur ce formulaire, que moi-même et/ou toute personne pour laquelle je signe sommes des citoyens américains ou des ressortissants des États-Unis ou que nous disposons d'un statut satisfaisant en matière d'immigration. Je comprends que les renseignements me concernant seront transmis aux Services de l'immigration et de la citoyenneté des États-Unis (United States Citizenship and Immigration Services, USCIS) afin de vérifier mon statut en matière d'immigration, le cas échéant. Je reconnais également que l'utilisation ou la divulgation de renseignements me concernant se limite aux personnes et aux organismes directement liés à la vérification du statut d'immigration, ainsi qu'à l'administration et l'application des dispositions du programme Medicaid.

AVIS DE NON-DISCRIMINATION

La présente demande sera examinée sans tenir compte de la race, de la couleur de peau, du sexe, du handicap, des croyances religieuses, de l'origine nationale ou des convictions politiques.

CERTIFICATION

En signant la présente demande, je jure et j'affirme que les renseignements que j'ai communiqués ou que je communiquerai au Département des services sociaux pour étayer ma demande en vue de bénéficier du programme Medicaid sont corrects. Je cède également au Département des services sociaux tous droits dont je dispose pour réclamer une pension auprès des personnes assumant une responsabilité légale à mon égard et pour réclamer d'autres ressources tierces. Je reconnais que les prestations Medicaid versées en mon nom peuvent être recouvrées auprès des personnes assumant une responsabilité légale à mon égard au moment où les services médicaux ont été obtenus.

Si, après avoir lu et rempli ce formulaire, vous décidez de NE PAS soumettre de demande en vue de bénéficier du Programme d'épargne Medicare, veuillez apposer votre signature ci-dessous :

Je consens à révoquer ma demande :

Signature du demandeur/de la demandeuse	Date
---	------

Signature of Person Who Obtained Eligibility Information			Date	Employed By		
Date Eligibility Determined By Worker			Date Eligibility Approved By			
Central/Office	Application Date	Unit ID	Worker ID	Case Type	Case No.	Reuse Ind.
Case Name		District		Registry No.	Ver.	
Effective Date	MA Disp.	Denial	Withdrawal	Reason Code	Proxy <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	