

# Annexe A d'Access NY

## Cette annexe doit être remplie si l'un des demandeurs est :

- âgé de plus de 65 ans
- officiellement aveugle ou handicapé (n'importe quel âge)
- non officiellement handicapé mais souffre d'une maladie chronique
- dans un centre de soins et demande la couverture de ses soins en institution.  
Ceux-ci comprennent les soins hospitaliers équivalents à ceux dans une maison de repos.

Remarque : si vous déposez une demande pour le Medicare Savings Program (MSP) uniquement, vous ne devez pas remplir cette annexe.

### INSTRUCTIONS :

- Veuillez remplir les sections A à F et signer cette annexe.
- Si l'un des membres de votre foyer (vous y compris) dépose une demande de couverture de ses soins en institution, veuillez également remplir les sections G à I.

### A. Annexe remplie pour :

Nom légal	Prénom légal	Initiale du deuxième prénom	Numéro de sécurité sociale	Statut marital

Remarque : les questions restantes sont pour les personnes susmentionnées.

### B. Aveugle, handicapé ou malade chronique

1. Souffrez-vous d'une maladie chronique ?  Oui  Non

*(Exemples de maladie chronique : incapacité à travailler pendant au moins 12 mois en raison d'une maladie ou d'un accident, ou maladie ou gêne handicapante qui dure depuis 12 mois ou devrait durer au moins 12 mois.)*

2. Avez-vous été reconnu(e) officiellement aveugle par la Commission for the Blind and Visually Handicapped (si oui, veuillez envoyer un justificatif) ?  Oui  Non

3. Si vous êtes travailleur handicapé, êtes-vous intéressé(e) par le régime MBI-WPD ?  Oui  Non

*Le Medicaid Buy-In program for Working People with Disabilities (MBI-WPD) propose une couverture Medicaid aux travailleurs handicapés entre 16 et 65 ans. Ce régime permet des revenus supérieurs à ceux du régime Medicaid classique afin que les travailleurs handicapés puissent gagner plus et conserver leur couverture Medicaid.*

C. Vivez-vous dans une maison de repos ou un établissement de soins ?  Oui  Non

**D. Ressources/actifs (cochez la case applicable) :**

- Vous déposez une demande de couverture Medicaid, sans couverture des services de soins de proximité à long terme. Vous pouvez justifier du montant de vos ressources. Vous ne devez pas soumettre de justificatifs de vos ressources. Cette couverture ne comprend pas les soins en maison de repos, les soins à domicile ni les services de soins de proximité à long terme indiqués ci-dessous.\*
- Vous déposez une demande de couverture de services de soins de proximité à long terme. Vous devez soumettre des justificatifs du montant actuel de vos ressources.\* Ces services comprennent :
- Soins de jours pour adultes
  - Soins à domicile limités
  - Infirmière personnelle
  - Hospice assuré par la collectivité
  - Régime de résidence en hospice
  - Régime d'aide au quotidien
  - Régime d'aide personnelle géré par l'utilisateur
  - Services d'une agence de soins à domicile agréés
  - Établissement de soins résidentiels
  - Services d'urgence
  - Services à la personne
  - Soins de proximité à long terme
  - Dérogation et autres services assurés par le biais d'un régime de dérogation à domicile et de proximité

**Remarque : exemples de régimes à domicile et de proximité qui assurent des dérogations et d'autres services : Traumatic Brain Injury Program et Long Term Home Health Care Program.**

- Vous vivez dans une maison de repos et déposez une demande de couverture de vos soins. Vous devez envoyer des justificatifs de vos ressources jusqu'au 1er février 2006 ou au cours des 60 derniers mois (le montant le moins élevé).

\* Vous pouvez être admissible aux services de rééducation à court terme. Les services de rééducation à court terme comprennent une admission en maison de reposet/ou la mise en place de soins à domicile agréés jusqu'à 29 jours consécutifs au cours d'une période de 12 mois.

Indiquez toutes vos ressources et/ou celles de votre conjoint/vos parents, notamment les comptes de garde. Si vous déposez une demande de couverture des soins en maison de repos, veuillez aussi indiquer tous les comptes clôturés depuis le 1er février 2006, ou au cours des 60 derniers mois (la période la plus courte des deux), notamment le solde lors de la clôture. Veuillez expliquer où le solde a été transféré ou comment il a été dépensé. Sur papier libre, veuillez expliquer chaque transaction supérieure ou égale à \$2,000. Remarque : Medicaid se réserve le droit de vérifier toutes les transactions effectuées au cours de la période d'intéressement du transfert.

**1. Compte chèque/épargne/compte auprès d'organismes de crédit/certificats de versements :**

Nom de la banque et numéro de compte	Nom des titulaires	Somme actuelle en dollars	Solde à la clôture du compte/Date de clôture
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$
		\$	\$

**2. Compte retraite (compensation différée, IRA et/ou Keogh) :**

Numéro de compte	Nom des titulaires	Type/Établissement	Somme en dollars actuels	Débours
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

3. Assurance-vie :				
Compagnie d'assurance	Numéro de la police	Nom des titulaires	Valeur de rachat	Valeur faciale
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

4. Rentes viagères, titres, bons du Trésor, fonds communs :				
Nom des titulaires	Entreprise	Date d'achat	Valeur	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	
			\$	

5. Fonds en fidéicommis : si vous et/ou votre conjoint avez créé ou êtes bénéficiaires d'un fonds en fidéicommis, veuillez en envoyer une copie contenant l'échéancier de ses actifs.					
Nom du fonds en fidéicommis	Constituant	Membre(s) du fonds en fidéicommis	Actifs	Bénéficiaire	Revenu
			\$		\$
			\$		\$
			\$		\$

**6. Actifs/contrats obsèques (veuillez joindre des copies)**

Vous et/ou votre conjoint avez-vous conclu un contrat d'obsèques prépayé pour vous-même ou tout autre membre de votre famille ?  Oui  Non

Vous et/ou votre conjoint possédez-vous une concession funéraire pour vous-même ou tout autre membre de votre famille ?  Oui  Non

Vous et/ou votre conjoint possédez-vous un compte épargne pour vos obsèques ?  Oui  Non

Si oui, sur quels comptes se situe votre épargne obsèques ou celle de votre conjoint ?

Nom de la banque et numéro de compte	Nom des titulaires	Valeur
		\$
		\$
		\$

Possédez-vous une assurance-vie destinée à vos obsèques ?  Oui  Non

Si oui, quelle est la référence de votre police ? \_\_\_\_\_

Si oui, la valeur de rachat sera-t-elle intégralement consacrée à vos obsèques ?  Oui  Non

Votre conjoint possède-t-il une assurance-vie destinée à des obsèques ?  Oui  Non

Si oui, quelle est la référence de sa police ? \_\_\_\_\_

Si oui, la valeur de rachat sera-t-elle intégralement consacrée à des obsèques ?  Oui  Non

**7. Véhicules : indiquez toutes les voitures, camionnettes et fourgonnettes. Indiquez tous les véhicules de tourisme comme les camping-cars, les motoneiges, les bateaux et les motos.**

Nom des titulaires	Année/marque/modèle	Juste valeur marchande	Somme due	Le véhicule est-il utilisé ?
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
			\$	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

## 8. Valeur patrimoniale de votre bien immobilier :

Si vous êtes propriétaire de votre logement, quelle est sa valeur patrimoniale ? \$ \_\_\_\_\_  
**Remarque :** la valeur patrimoniale est la juste valeur marchande à l'exception des privilèges, emprunt immobilier, etc.

## 9. Indiquez toutes autres ressources :

Type de ressource	Nom des titulaires	Valeur
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$
		\$

## E. Biens immobiliers (hors résidence principale)

Vous et/votre conjoint possédez-vous tout autre bien immobilier ? (Cochez toutes les cases applicables)  Oui  Non

<input type="checkbox"/> Bien locatif	<input type="checkbox"/> Résidence de vacances	<input type="checkbox"/> Résidence partagée	<input type="checkbox"/> Terrain	<input type="checkbox"/> Autres droits de propriété (dans l'État de New York ou ailleurs)
---------------------------------------	--	---	----------------------------------	---

Si **oui**, veuillez répondre aux questions suivantes :

Coordonnées des propriétaires	Adresse du bien immobilier	Type de titre de propriété (cochez une case)	Valeur patrimoniale
		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> copropriété <input type="checkbox"/> Domaine viager	\$
		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> copropriété <input type="checkbox"/> Domaine viager	\$
		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> copropriété <input type="checkbox"/> Domaine viager	\$
		<input type="checkbox"/> Individuel <input type="checkbox"/> copropriété <input type="checkbox"/> Domaine viager	\$

## F. Propriété

1. Vous et/ou votre conjoint êtes-vous propriétaire de votre logement, notamment d'un domaine viager ?  Oui  Non

2. Si vous résidez dans un établissement de soin tout en étant propriétaire d'un logement, avez-vous l'intention de retourner vivre chez vous ?  Oui  Non

3. Si **non**, le logement est-il occupé ?  Oui  Non

Qui occupe ce logement ? \_\_\_\_\_

Quelle est la parenté entre cette personne et vous/votre conjoint ? \_\_\_\_\_

Si vos enfants et/ou ceux de votre conjoint (quel que soit leur âge) occupent ce logement, sont-ils handicapés ?  Oui  Non

**Remarque :** si une décision juridique vous empêche de vendre ce bien immobilier, celui-ci n'est pas pris en compte pour déterminer l'admissibilité à Medicaid.

**ARRÊTEZ ICI** sauf si un membre de votre foyer (vous y compris) vit dans un établissement de soin et dépose une demande de couverture des soins. La dernière page de ce document DOIT être signée dans tous les cas.

## G. Demandeur vivant dans un établissement de soin à long terme/une maison de repos

Nom de l'établissement	Date d'admission / /	Numéro de téléphone ( )	
Rue	Ville	État	Code postal
Adresse précédente du demandeur	Ville	État	Code postal

## H. Transferts des actifs

### 1. Transferts

- a. Vous, votre conjoint ou un mandataire avez-vous transféré, modifié la propriété, donné ou vendu tout actif, notamment votre logement ou tout autre bien immobilier ?  Oui  Non
- b. Êtes-vous en train de vendre votre bien immobilier ?  Oui  Non
- c. Vous, votre conjoint ou un mandataire avez-vous modifié l'acte de propriété ou la propriété de tout bien immobilier, notamment en créant un domaine viager ?  Oui  Non  
Si oui, quand ? \_\_\_\_\_
- d. Si vous avez acheté un domaine viager dans le logement d'une autre personne, y avez-vous résidé au moins un an après l'achat ?  Oui  Non
- e. Vous, votre conjoint ou un mandataire avez-vous contracté un emprunt immobilier, un prêt ou un billet à ordre ?  Oui  Non  
Si oui, quand ? \_\_\_\_\_
- f. Vous, votre conjoint ou un mandataire avez-vous acheté ou modifié une rente viagère ?  Oui  Non  
Si oui, quand ? \_\_\_\_\_

2. Au cours des 60 derniers mois, vous ou votre conjoint avez-vous créé ou transféré tout actif dans ou depuis un fonds en fidéicomis ?  Oui  Non

**Si vous avez répondu par l'affirmative à l'une des questions ci-dessus, expliquez les transferts ci-dessous. Joignez des explications sur papier libre si besoin.**

Description de l'actif (revenu compris)	Date de transfert	Personne à qui il a été transféré	Montant du transfert
			\$
			\$
			\$
			\$

3. Vous, votre conjoint ou un mandataire avez-vous versé une caution à un établissement de santé ou résidentiel, comme une maison de repos, un établissement de soin, une maison de retraite ou un centre social ? Si oui, veuillez joindre une copie du contrat.  Oui  Non

## I. Déclarations d'impôts

- Vous et/ou votre conjoint avez-vous rempli des déclarations d'impôts américaines au cours des quatre dernières années ?  Oui  Non  
**Si oui, veuillez joindre une copie de ces déclarations.**

Une fois que vous serez affilié(e) à Medicaid, un privilège pourra être déposé sur votre bien immobilier et une procédure de saisie pourra être entamée dans certaines circonstances si vous vivez dans un établissement médical sans projet de retour à votre domicile. Les indemnités Medicaid qui ont été versées aux personnes légalement responsables de votre aide médicale à l'époque des prestations médicales pourront être récupérées. Medicaid peut également récupérer le coût des prestations et des primes qui n'ont pas été payées correctement.

Les lois fédérales et des États stipulent que tout transfert d'actifs à une valeur inférieure à leur juste valeur marchande par toute personne ou son conjoint, pendant la période d'intéressement de transfert des actifs (ou 60 mois en cas de transferts liés à des fonds en fidéicommis) avant le premier du mois où la personne bénéficie des services d'une maison de repos et désigné admissible à la couverture de ces services par Medicaid, peut amener la personne à ne plus être admissible aux services de la maison de repos pendant une certaine période.

Medicaid peut couvrir les services de maison de repos à la condition que les demandeurs indiquent toute rente viagère qu'ils possèdent ou que leur conjoint possède. Ces informations sont obligatoires, que la rente viagère soit irrévocable ou une ressource imposable.

Outre l'achat d'une rente viagère, certaines transactions appliquées à une rente viagère par le demandeur ou son conjoint à compter du 8 février 2006 peuvent être considérées comme des transferts, sauf si :

- l'État est nommé premier bénéficiaire du solde des paiements de la rente pour au moins les indemnités que Medicaid a versées pour le compte du rentier ; ou
- l'État est nommé deuxième bénéficiaire après le conjoint restant à domicile, un mineur ou un enfant handicapé, ou premier bénéficiaire si ce conjoint ou le tuteur de cet enfant se défait du solde des paiements de la rente pour une valeur inférieure à leur juste valeur marchande.

Si vous ne transmettez aucun document confirmant que l'État a été nommé bénéficiaire du solde, vous pouvez être déclaré non admissible à la couverture de vos services en maison de repos.

Si la rente viagère est une ressource imposable au moment du dépôt de la demande, vous/votre conjoint n'avez pas besoin de désigner l'État comme bénéficiaire du solde.

Je certifie sur l'honneur que les informations indiquées dans ce formulaire sont correctes et complètes à ma connaissance. Je comprends que je dois signaler tout changement sous 10 jours à compter du changement.

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT

X \_\_\_\_\_  
DATE

X \_\_\_\_\_  
SIGNATURE DU DEMANDEUR/REPRÉSENTANT

X \_\_\_\_\_  
DATE