



**5. Travail indépendant :** veuillez noter la ou les personnes travaillant pour leur propre compte et fournissez une photocopie de leur dernière déclaration d'impôts dûment remplie (si soumise) ou des documents prouvant leurs revenus et leurs frais des trois derniers mois.

NOM	DÉNOMINATION DE L'ENTREPRISE ET TYPE D'ACTIVITÉ	HEURES DE TRAVAIL PAR SEMAINE	REVENU MENSUEL TOTAL AVANT DÉDUCTION DES FRAIS	FRAIS MENSUELS TOTAUX

**6. Factures de soins médicaux non payées :** il est possible que nous puissions couvrir des frais médicaux non réglés encourus au cours des trois derniers mois. Si l'une des personnes pour lesquelles vous faites cette demande a des factures médicales non réglées remontant aux trois derniers mois et que vous désirez que nous étudions votre admissibilité à ce programme, encerclez **Oui** ou **Non**. Vous devez fournir des pièces justificatives de vos revenus pour les trois derniers mois.

**7. Fonds fiduciaire :** l'une des personnes pour laquelle vous faites cette demande possède-t-elle un fonds fiduciaire ? **Oui** ou **Non** (encerclez une option). Si oui, nous vous contacterons pour obtenir de plus amples renseignements.

**8. Assurance maladie :** parmi les personnes de la liste de la page 1, indiquez celles qui sont actuellement couvertes ou l'ont été au cours des six derniers mois par une assurance maladie quelconque.

INDIQUEZ LE NOM DE LA OU DES PERSONNES COUVERTES	1	3	5
	2	4	6

Compagnie d'assurance \_\_\_\_\_ Type d'assurance \_\_\_\_\_  
*Veuillez fournir une photocopie de votre carte d'assurance, recto verso* *santé, accident, couverture générale, dentaire ou autre*

Date d'activation \_\_\_\_\_ Date d'expiration \_\_\_\_\_ Si l'assurance maladie a expiré pour l'une des personnes de la liste au cours des six derniers mois, veuillez expliquer pourquoi.

**9. Quelle langue primaire parlez-vous à la maison ? (facultatif)** Anglais \_\_\_\_ Espagnol \_\_\_\_ Allemand \_\_\_\_ Hmong \_\_\_\_ Vietnamien \_\_\_\_ Français \_\_\_\_ Italien \_\_\_\_ Autre \_\_\_\_\_

### 10. Conditions d'admissibilité importantes et autorisation de divulgation de renseignements :

*Je comprends que j'ai droit à un traitement équitable, quels que soient ma race, couleur de peau, sexe, âge, handicap, religion, convictions politiques ou origine nationale.*

*Je comprends que j'ai le droit d'exiger que les renseignements que je fournis restent confidentiels sauf s'ils sont directement liés à l'administration du programme de prestations HealthWave, HealthConnect ou autre.*

*Je comprends que je dois fournir le numéro de sécurité sociale, ou en demander un, pour toute personne faisant une demande d'assurance maladie et j'autorise l'utilisation desdits numéros pour la gestion du programme. Ces numéros seront également utilisés à des fins de concordance informatique avec d'autres organismes tels que des banques, le service d'administration de la sécurité sociale et le service des impôts.*

*Je certifie que chaque personne pour qui je fais cette demande d'assurance maladie et qui s'avère admissible pour ladite assurance est de nationalité américaine ou réside aux États-Unis en toute légalité.*

*Il sera peut-être nécessaire de fournir une preuve de la situation des personnes non américaines pour qui vous faites cette demande.*

*Je comprends qu'il est important de fournir des renseignements actuels sur les revenus, l'adresse et la composition de la famille.*

*Je comprends qu'il est de ma responsabilité d'utiliser et de signaler toute source tierce (telle qu'une assurance maladie, règlement judiciaire, allocation médicale, fonds fiduciaire, curatelle, etc.)*

*pouvant être obligée légalement de payer une partie ou tous les frais médicaux des personnes pour qui je fais cette demande.*

*Je comprends que le règlement d'un service spécifique peut être différé tant que le non-recours à une source tierce est en cours de détermination.*

*Je comprends que certaines des personnes pour qui je fais cette demande pourront bénéficier d'une assurance maladie similaire offerte par le programme Medicaid si elles sont admissibles.*

*J'autorise le paiement direct, aux termes de ce programme, aux médecins et autres prestataires de soins de santé, pour tout service médical ou lié à la santé fourni aux personnes pour qui je fais cette demande tant qu'elles sont admissibles.*

*Je comprends les questions de ce formulaire, ainsi que les pénalités qui sont imposées en cas d'omission ou de falsification des renseignements.*

*Je certifie, sous peine de parjure, que mes réponses sont à ma connaissance correctes et complètes.*

*Si cette demande concerne des adultes et des enfants, et si certains de ces adultes sont jugés admissibles pour une assurance médicale, je consens à aider l'organisme d'exécution des pensions alimentaires pour enfants (CSE) à établir et appliquer les ordonnances alimentaires au titre des enfants (le cas échéant). Si les adultes de la famille sont admissibles pour une assistance médicale, je consens à remettre tout paiement de soutien médical aux personnes bénéficiant de ladite assistance médicale.*

*Je comprends que tout paiement qui m'est remis par une source tierce pour des services médicaux couverts par les programmes HealthWave et HealthConnect sera utilisé pour régler les factures médicales pertinentes et que lesdits programmes paieront uniquement les services non couverts par ladite source tierce. Je consens à coopérer avec le service de subrogation médicale pour contacter ces sources tierces.*

*J'autorise les prestataires de soins de santé participant à ce programme à divulguer des renseignements d'ordre médical au ministère des Services sociaux et de réadaptation (SRS), au ministère américain de la Santé et des Services aux personnes (Health and Human Services), aux compagnies d'assurance et à d'autres prestataires de soins de santé conventionnés. J'autorise également le ministère SRS à faire part de renseignements d'ordre médical à d'autres agences ou prestataires conventionnés à des fins administratives.*

*Cette demande est faite pour les programmes HealthWave et HealthConnect uniquement. Il est possible de faire des demandes pour d'autres programmes médicaux, tels que ceux destinés aux personnes âgées ou handicapées, au bureau SRS le plus proche.*

*Je comprends que j'ai le droit à ce que ma cause soit entendue équitablement si je suis en désaccord avec une décision.*

*Une demande écrite doit être faite dans les 30 jours suivant ladite décision.*

**11. Signature :** ce formulaire doit être signé et daté pour valider la demande.

_____	_____	_____
SIGNATURE DU DEMANDEUR	DATE	Ma signature sur ce formulaire signifie que j'ai lu et compris les conditions stipulées plus haut. Elle autorise également les employeurs, prestataires de soins médicaux, institutions financières, compagnies d'assurance, prestataires d'indemnités et autres personnes ou agences au courant de ma situation à divulguer aux programmes de prestations HealthWave, HealthConnect ou autre, tous les renseignements, y compris ceux qui sont confidentiels, nécessaires pour établir mon admissibilité. Tout renseignement indiqué sur ce formulaire est protégé par les lois d'État et fédérales de confidentialité. Cette autorisation est valide à compter de cette date. Une photocopie de cette autorisation est tout aussi valide que le document original.
_____	_____	
SIGNATURE DE L'ÉPOUX(SE) OU AUTRE ADULTE (LE CAS ÉCHÉANT)	DATE	



# IMPORTANT

N'oubliez pas de...

**Lire attentivement la demande ci-jointe et répondre à toutes les questions** (si vous n'avez pas assez de place sur le formulaire, utilisez des feuilles de papier supplémentaires).

**Joindre des photocopies de toutes les pièces justificatives** (n'envoyez pas d'originaux).

Remplir une demande à part si **vous êtes âgé(e) de 18 ans**.

**Signer et dater** la demande ; une réponse devrait vous parvenir d'ici 6 à 8 semaines.

**Utiliser l'enveloppe affranchie** ci-jointe pour envoyer le formulaire de demande et les photocopies des pièces justificatives.

**Pour recevoir une demande dans une autre langue**, parler à un interprète gratuitement ou obtenir des précisions sur la demande, composez le 1-800-792-4884 ou 1-800-792-4292 (téléimprimeur).

**Toutes les demandes seront étudiées** pour Medicaid d'abord.

**Si vous avez 18 ans ou plus** et choisissez HealthConnect, sachez que vous devrez payer une quote-part, comprise entre 1 et 3 dollars, pour certains services médicaux.