

Demande d'information

À : _____ N° de dossier du comté _____
Adresse : _____ N° de district _____
_____ Nom du travailleur _____
Date : _____ Numéro de téléphone _____

Nous avons besoin d'informations supplémentaires pour traiter votre demande/réinscription à Medicaid/l'assistance spéciale. Fournissez ces informations avant le _____ afin de garantir un traitement rapide de votre demande/réinscription. Si vous avez besoin de plus de temps, contactez-nous.

Si vous ne pouvez pas vous procurer les éléments cochés ci-dessous, il existe d'autres éléments que nous pouvons utiliser. Poursuivez votre lecture pour connaître les autres éléments que nous acceptons. Nous n'avons pas pu vérifier vos informations par voie électronique.

Vos revenus dépassent le plafond de revenus pour Medicaid. Sur la base d'un revenu mensuel brut de _____ \$ de _____, vous devrez vous acquitter d'une franchise. Si ce montant du revenu est incorrect, vous pouvez contacter votre assistant social Medicaid. Le montant de votre franchise pour les mois de _____ à _____ est de _____ \$.

Votre revenu dépasse le plafond de revenu pour Medicaid pour le(s) mois rétroactif(s) suivant(s). Sur la base du revenu mensuel brut de (*source de revenus*), vous devrez vous acquitter d'une franchise. Si le(s) montant(s) du revenu indiqué(s) ci-dessous est/sont incorrect(s), vous pouvez contacter votre assistant social Medicaid.

Le montant de votre franchise pour le(s) mois rétroactif(s) :

(Mois 1) Le revenu _____ \$ est de _____ \$,

(Mois 2) Le revenu _____ \$ est de _____ \$,

(Mois 3) Le revenu _____ \$ est de _____ \$,

La franchise de deux ou trois mois sur la base d'un revenu mensuel brut de _____ \$ de _____, pour les mois de _____ à _____ est de \$ _____

Fournissez les factures médicales de _____ à aujourd'hui, y compris toutes les anciennes factures médicales payées ou non payées et les dépenses médicales prévues pour atteindre le montant de la franchise indiqué ci-dessus.

Vérification médicale de la grossesse _____ Vérification du médecin confirmant le nombre d'enfants attendus.

FL-2 rempli par le médecin _____

Preuve de revenus pour _____ pour le(s) mois de _____

Preuve des revenus et des dépenses de l'activité indépendante de _____ ou déclaration d'impôt sur le revenu pour l'année _____

Numéros de compte bancaire ou relevé(s) de compte indiquant le solde pour les mois de _____

Formulaire de consentement bancaire/formulaire de divulgation d'informations signé par _____

Polices d'assurance-vie ou nom des compagnies d'assurance et numéros de police pour _____

Preuve du bénéficiaire de la rente _____

Preuve que le programme Medicaid de Caroline du Nord est désigné comme bénéficiaire résiduel de la rente _____

Nom et coordonnées de l'émetteur de la rente _____

Numéro de sécurité sociale pour _____

Documentation du statut d'étranger pour _____

Demande d'allocations de chômage pour _____

Demande de prestations d'invalidité de la sécurité sociale pour _____

DHB-5028, Consentement à la divulgation d'informations, signé par _____

Carte d'assurance maladie ou nom de la compagnie et numéro de police _____

Preuve de citoyenneté et d'identité pour _____

Preuve de résidence dans l'État pour _____

Preuve de capitaux propres immobiliers résidentiels _____

Documentation pour réfuter une sanction de transfert d'actifs ou pour prouver qu'une sanction de transfert d'actifs causera un préjudice injustifié ou les deux. (Voir pièce jointe) _____

Autre _____

En plus des informations demandées ci-dessus, **il est très important que vous nous informiez de tout changement dans votre situation depuis votre dernier examen.**

Avez-vous besoin d'aide ou de plus de temps pour obtenir les informations nécessaires pour compléter votre demande/réinscription ? Voir page 2 pour savoir comment contacter votre assistant social.

1. Appelez votre assistant social Medicaid _____ au _____
OU

2. Signez et renvoyez ce formulaire au DSS.

J'ai besoin d'aide pour obtenir les informations nécessaires pour remplir ma demande/réinscription.

J'ai besoin de plus de temps pour obtenir les informations.

Je sais que les informations figurant dans cette demande sont nécessaires pour déterminer l'éligibilité à l'assistance pour payer la couverture santé et/ou Medicaid/NCHC et qu'elles seront vérifiées par rapport aux bases de données électroniques, à l'IRS (Internal Revenue Service), à la sécurité sociale, au département de la Sécurité intérieure, aux agences de renseignements sur les consommateurs, aux établissements financiers et/ou autres agences gouvernementales.

Nom du demandeur _____ Numéro de téléphone _____
Adresse _____

AUTRES ÉLÉMENTS QUE NOUS POUVONS ACCEPTER POUR TRAITER VOTRE DEMANDE/RÉINSCRIPTION À MEDICAID

Si vous ne parvenez pas à obtenir les éléments cochés ou les éléments décrits ci-dessous, veuillez contacter immédiatement votre assistant social. Votre assistant social vous aidera.

Signaler les changements

N'oubliez pas de signaler tout changement au département des services sociaux de votre comté dans un délai de 10 jours civils (5 jours civils pour l'assistance spéciale). Si vous ne savez pas si un changement est important, demandez à votre assistant social. Si vous ne déclarez pas honnêtement les informations et les changements, vous **pouvez vous rendre coupable d'un délit mineur ou d'un acte délictueux grave.**

FACTURES MÉDICALES

Si vous n'avez pas toutes vos factures médicales, vous pouvez fournir :

1. les reçus des prestataires de soins médicaux ;
2. les déclarations des prestataires de soins médicaux ;
3. les chèques annulés aux prestataires de soins médicaux ;
4. les noms, adresses et numéros de téléphone des prestataires de soins médicaux ;
5. les reçus d'assurance maladie privée, les portefeuilles de primes, le nom de l'agent ;
6. les lettres « d'explication des prestations » (EOB) de Medicare et/ou de l'assurance maladie privée.
7. Pour prouver l'achat de médicaments en vente libre, il faut fournir un reçu daté et un couvercle de boîte indiquant le nom et le prix de l'article acheté.
8. Pour prouver les frais de transport médical, fournissez un reçu ou une déclaration de la personne si quelqu'un d'autre vous a emmené chez le médecin, à la pharmacie ou dans un autre établissement médical.

PREUVE D'AUTRES REVENUS

Par exemple : prestations d'ancien combattant, retraite des chemins de fer, autres revenus de retraite, revenus locatifs, revenus agricoles

1. Copie du chèque.
2. Lettre d'approbation ou autre document de la source de revenus.
3. Une déclaration de la source des revenus ou de la personne chargée de les distribuer (fonds fiduciaires, etc.).
4. Registres des paiements reçus des locataires/pensionnaires.
5. Les documents de la personne qui vous paie le gîte et le couvert.
6. Fiches d'impôts.
7. Registres des revenus agricoles.
8. Registres des revenus locatifs du propriétaire.
9. Registres des revenus d'une activité indépendante ou d'une location.
10. Une déclaration signée de votre banque, de votre agent immobilier ou de la personne qui loue votre logement, indiquant le montant que vous percevez.

SALAIRES

Si vous n'avez pas de talons de chèque de paie, fournissez l'un des documents suivants :

1. Une déclaration ou un formulaire rempli par votre employeur.
2. Registres commerciaux personnels pour les activités indépendantes.

PREUVE DE LA PRISE EN CHARGE DE L'ENFANT OU DE L'ADULTE

Si vous demandez à bénéficier de certains programmes Medicaid pour la famille et les enfants, il existe une limite de 200 \$ par mois pour la garde d'un enfant de moins de deux ans et une limite de 175 \$ par mois pour la garde d'un enfant âgé de deux ans ou plus et d'un adulte. Vous pouvez fournir les documents suivants :

1. Déclaration ou reçu de la personne ou de l'établissement fournissant les soins. Déclaration ou formulaire indiquant s'il s'agit d'un forfait ou d'un taux horaire.
2. Votre dossier de paiement pour l'enfant ou l'adulte qui est à votre charge.

PREUVE DES DÉPENSES OPÉRATIONNELLES

Si vous n'avez pas de reçus pour justifier les dépenses liées à la location d'un bien immobilier ou à l'exercice d'une activité indépendante, fournissez l'un des documents suivants :

1. Registres personnels des dépenses, tels que les feuilles de grand livre, les talons de chèque ou les relevés d'impôts.
2. Associations, bureau ASCS et achat de produits agricoles.
3. Déclarations écrites des personnes qui vous vendent des fournitures.
4. Déclarations écrites de personnes qui vous fournissent des services afin que vous puissiez gagner de l'argent.
5. Déclaration écrite de l'agent immobilier.

ASSURANCE MALADIE

Si vous n'avez pas votre carte d'assurance maladie, vous pouvez fournir le nom de la compagnie d'assurance et le numéro de police.