



## Demande de couverture santé et d'aide au paiement des coûts



Utilisez cette demande pour connaître les choix de couverture auxquels vous pouvez postuler

- **Des régimes privés d'assurance maladie abordables qui offrent une couverture complète pour vous aider à rester en bonne santé.**
- Un nouveau crédit d'impôt qui peut immédiatement vous aider à payer vos primes d'assurance maladie.
- Assurance gratuite ou à faible coût de Medicaid ou de North Carolina Health Choice (NCHC)
- Vous pouvez bénéficier d'un programme gratuit ou à faible coût même si vous gagnez jusqu'à 94 000 \$ par an (pour une famille de quatre personnes)



Qui peut utiliser cette demande ?

- Utilisez ce formulaire pour déposer une demande pour n'importe quel membre de votre famille.
- Vous pouvez vous inscrire même si vous ou votre enfant bénéficiez déjà d'une assurance maladie. Vous pourriez bénéficier d'une couverture moins coûteuse ou gratuite.
- Les familles comprenant des immigrants peuvent déposer une demande. Vous pouvez déposer une demande pour votre enfant même si vous n'avez pas droit à une couverture. Le fait de déposer une demande n'aura aucune incidence sur votre statut d'immigrant ou sur vos chances de devenir un résident permanent ou un citoyen.
- Si quelqu'un vous aide à remplir cette demande, vous devrez peut-être remplir l'Annexe C.



- Postulez plus rapidement en ligne sur [epass.gov](http://epass.gov) ou [healthcare.gov](http://healthcare.gov)



Ce dont vous pourriez avoir besoin pour postuler

- **Numéros de sécurité sociale (ou numéros de documents pour les immigrants légaux qui ont besoin d'une assurance)**
- Informations sur les employeurs et les revenus de tous les membres de votre famille (par exemple, fiches de paie, formulaires W-2 ou déclarations de salaires et d'impôts).
- Numéro de police de toute assurance maladie en cours
- Informations sur l'assurance maladie liée à l'emploi dont bénéficie votre famille
- Preuve d'identité
- Preuve de résidence en Caroline du Nord



Pourquoi demandons-nous ces informations ?

Nous vous posons des questions sur vos revenus et demandons d'autres informations pour vous permettre de savoir à quelle couverture vous avez droit et si vous pouvez bénéficier d'une aide pour la payer. Toutes les informations que vous nous fournissez resteront confidentielles et sécurisées, comme l'exige la loi. Pour consulter la déclaration relative à la loi sur la protection de la vie privée, rendez-vous sur [ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm](http://ncdhhs.gov/dma/medicaid/rights.htm).



Que se passe-t-il ensuite ?

Envoyez votre demande remplie et signée au département des services sociaux du comté où vous vivez ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) Si vous ne disposez pas de toutes les informations demandées, signez et envoyez quand même votre demande. Nous vous contacterons dans un délai de 1 à 2 semaines. Vous recevrez des instructions sur les prochaines étapes à suivre pour remplir votre demande d'assurance maladie. Si ce n'est pas le cas, rendez-vous sur notre site ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) ou composez le 1-888-245-0179. Remplir cette demande ne signifie pas que vous devez souscrire à une assurance maladie.



Obtenir de l'aide pour cette demande

- **Téléphone : appelez votre bureau local du DSS**
- En personne : rendez-vous au bureau local du DSS. Pour connaître l'emplacement de votre bureau DSS, rendez-vous sur notre site ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) ou composez le 1-888-245-0179.

# ÉTAPE 1 - Parlez-nous de vous

1. Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe			
2. Adresse du domicile (laissez en blanc si vous n'en avez pas)			3. Numéro de l'appartement ou de la suite
4. Ville	5. État	6. Code postal	7. Comté
8. Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)			9. Numéro de l'appartement ou de la suite
10. Ville	11. État	12. Code postal	13. Comté
14. Numéro de téléphone		15. Autre numéro de téléphone	
16. Quelle est votre langue parlée ou écrite préférée (si ce n'est pas l'anglais) ?			
17. Si vous n'êtes PAS inscrit(e) sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaiteriez-vous vous inscrire sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'a aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de l'agence.			

# ÉTAPE 2 - Parlez-nous de votre famille

Qui devez-vous inclure dans cette demande ?

Parlez-nous de tous les membres de votre famille qui vivent avec vous. Si vous déclarez des impôts, nous avons besoin de connaître toutes les personnes figurant sur votre déclaration de revenus. (Il n'est pas nécessaire de déclarer ses revenus pour bénéficier d'une couverture en matière de santé).

À inclure

- Vous-même
- Votre conjoint
- Vos enfants de moins de 21 ans qui vivent avec vous
- Toute personne figurant sur votre déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec vous.
- Toute autre personne de moins de 21 ans dont vous vous occupez et qui vit avec vous

Il n'est PAS nécessaire d'inclure les personnes suivantes

- Vos parents qui vivent avec vous, mais qui remplissent leur propre déclaration de revenus (si vous avez plus de 21 ans)
- Les autres parents adultes qui remplissent leur propre déclaration de revenus.

Le montant de l'aide ou le type de programme auquel vous avez droit dépend du nombre de personnes dans votre famille et de leurs revenus. Ces informations nous permettent de nous assurer que chacun bénéficie de la meilleure couverture possible.

Complétez l'étape 2 pour chaque personne de votre famille. Commencez par vous-même, puis ajoutez les autres adultes et enfants. Si votre famille compte plus de 4 personnes, vous devrez faire une copie des pages et les joindre.

**Vous n'avez pas besoin de fournir le statut d'immigrant ou le numéro de sécurité sociale (NSS) pour les membres de votre famille qui n'ont pas besoin d'une couverture en matière de santé.** Toutes les informations que vous nous fournissez resteront confidentielles et sécurisées, comme l'exige la loi. Nous n'utiliserons vos informations personnelles que pour vérifier si vous avez droit à une couverture en matière de santé.

## ÉTAPE 2 - Personne 1 (commencez par vous-même)

Remplissez l'étape 2 pour vous-même, votre conjoint, vos enfants de moins de 21 ans qui vivent avec vous et toute personne que vous avez indiquée sur votre déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec vous. Voir la page 1 pour plus d'informations sur les personnes à inclure. Si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus, n'oubliez pas d'ajouter les membres de votre famille qui vivent avec vous.

1. Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe	2. Relation avec vous : <b>SOI-MÊME</b>
3. Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____	4. Sexe <input type="checkbox"/> Masculin <input type="checkbox"/> Féminin

5. Numéro de sécurité sociale (NSS) : \_\_\_\_\_  
**REMARQUE** : Nous en avons besoin si vous souhaitez bénéficier d'une couverture en matière de santé et que vous avez un NSS. Nous utilisons les NSS pour vérifier les revenus et les autres informations pour savoir qui peut bénéficier d'une aide pour couvrir les frais de santé. Si une personne souhaite obtenir de l'aide pour obtenir un NSS, elle peut composer le 1-800-772-1213 ou consulter le site [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov) ; Les utilisateurs d'ATS doivent composer le 1-800-325-0778

6. Prévoyez-vous de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (Vous pouvez toujours demander une assurance maladie même si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus fédérale)
- Oui**. Si oui, veuillez répondre aux questions a à c.  **Non**. Si la réponse est « Non », passez à la question c.
- a. Allez-vous déposer une demande avec votre conjoint ?  Oui  Non Si la réponse est « Oui », nom du conjoint : \_\_\_\_\_
- b. Allez-vous déclarer des personnes à charge sur votre déclaration de revenus ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le ou les noms des personnes à charge : \_\_\_\_\_
- c. Serez-vous considéré(e) comme une personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne ?  
 Oui  Non  
Si oui, veuillez indiquer le nom du déclarant : \_\_\_\_\_  
Quel est votre lien de parenté avec ce déclarant ? \_\_\_\_\_

7. Avez-vous besoin d'une couverture en matière de santé ?  
(Même si vous avez une assurance, il peut exister un programme offrant une meilleure couverture ou des coûts moins élevés).

**Oui**, Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous



**Non**, Si non, passez à la question sur les revenus à la page 4. Laissez le reste de cette section en blanc



8. Êtes-vous citoyen(ne) américain(e) ou ressortissant(e) américain(e) ?  Oui  Non

9a. Si vous n'êtes pas citoyen(ne) américain(e) ou ressortissant(e) américain(e), avez-vous un statut d'immigrant(e) éligible ?

Oui. Indiquez ci-dessous le type de document et le numéro d'identification :

a. Type de document d'immigration : \_\_\_\_\_

b. Numéro d'identification du document : \_\_\_\_\_

c. Date d'entrée aux États-Unis : \_\_\_\_\_

d. Vous, votre conjoint ou un parent êtes-vous un ancien combattant ou un membre actif de l'armée américaine ?

Oui  Non

10. Si Hispanique/Latino, origine ethnique (FACULTATIF - cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Mexicain  Mexicain-Américain  Portoricain  Cubain  Autre : \_\_\_\_\_

---

11. Race (FACULTATIF - Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Blanc ou caucasien  Noir ou Afro-Américain  Asiatique  Natif hawaïen

Autre insulaire du Pacifique

Indien d'Amérique ou autochtone de l'Alaska (Si cela s'applique à vous, remplissez l'Annexe B)

Autre : \_\_\_\_\_

**BESOIN D'AIDE POUR VOTRE DEMANDE ?** Contactez votre DSS local ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) ou appelez-nous au 1-888-245-0179.

Si vous avez besoin d'aide dans une langue autre que l'anglais, indiquez au représentant du service clients la langue dont vous avez besoin. Nous vous aiderons gratuitement. Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-800-452-2514.

---

12. Résidez-vous en Caroline du Nord ?  Oui  Non

---

13. Êtes-vous enceinte ?  Oui  Non Si oui, combien de bébés sont attendus pour cette grossesse ? \_\_\_\_\_

---

14. Vivez-vous avec au moins un enfant de moins de 18 ans et êtes-vous la principale personne qui s'occupe de cet enfant ?

Oui  Non

15. Étiez-vous placé(e) en famille d'accueil en Caroline du Nord lorsque vous avez atteint l'âge de 18 ans ?

Oui  Non

---

16. Êtes-vous handicapé(e) ?

Oui  Non

16b. Êtes-vous âgé(e) de 65 ans ou plus ?

Oui  Non

16c. Êtes-vous aveugle ?

Oui  Non

---

17. Souffrez-vous d'un problème de santé physique, mental ou émotionnel qui entraîne des limitations dans les activités de la vie quotidienne (comme se laver, s'habiller, accomplir les tâches quotidiennes, etc.), vivez-vous dans un établissement médical, une maison de repos et/ou avez-vous besoin de services à domicile et de proximité (CAP) ?  Oui  Non

---

18. Souhaitez-vous obtenir de l'aide pour payer vos factures médicales des 3 derniers mois ?  Oui  Non

---

# ÉTAPE 2 - Personne 1 (Continuez avec vous-même)

## Informations sur l'emploi et les revenus actuels

19. Êtes-vous : (cochez une case)

**Employé**

Si vous êtes actuellement employé(e),  
Indiquez vos revenus. Commencez par la question 20.

**Travailleur indépendant**

prenez à la question 29.

**Sans emploi**

Passez à la question 30.

### EMPLOI ACTUEL 1 :

20. Nom et adresse de l'employeur

21. Numéro de téléphone de  
l'employeur :

( ) -

22. Salaires et pourboires (avant impôts) Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

23. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

### EMPLOI ACTUEL 2 : (Si vous avez d'autres emplois et que vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille)

24. Nom et adresse de l'employeur

25. Numéro de téléphone de  
l'employeur :

( ) -

26. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

27. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

28. Au cours de l'année écoulée, avez-vous :

changé d'emploi  arrêté de travailler  commencé à travailler moins d'heures  Aucune de ces réponses

29. Si vous êtes un(e) travailleur(se) indépendant(e), répondez aux questions suivantes :

a. Type de travail : \_\_\_\_\_

b. Quel est le montant du revenu net (les bénéfices après paiement des frais professionnels) que vous tirerez  
de cette activité indépendante ce mois-ci ? \_\_\_\_\_

30. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI** : Cochez toutes les cases correspondantes et indiquez le montant et la fréquence  
à laquelle vous les recevez.

**REMARQUE** : Vous n'avez pas besoin de nous indiquer les pensions alimentaires pour enfants, les prestations  
d'ancien combattant ou le revenu de sécurité complémentaire (SSI).

Aucun \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Chômage \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pensions \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Sécurité sociale \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Comptes de retraite \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pension alimentaire  
reçue \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Revenus d'agriculture/  
pêche nets \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Montant net du loyer/de  
la redevance \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Autres revenus \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_

---

31. **DÉDUCTIONS** : Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence des déductions.

Si vous payez certaines choses qui peuvent être déduites dans une déclaration de revenus fédérale, le fait de nous en informer pourrait faire baisser un peu le coût de la couverture en matière de santé.

Vous ne devez pas inclure un coût que vous avez déjà pris en compte dans votre réponse aux revenus nets du travail indépendant (question 29b).

- Pension alimentaire payée \$\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Intérêts sur les prêts étudiants \$\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Autres déductions \$\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_ Type : \_\_\_\_\_

---

32. **REVENUS ANNUELS** : Ne remplir que si vos revenus changent d'un mois à l'autre. Si vous ne prévoyez pas de modification de votre revenu mensuel, ajoutez une autre personne ou passez à la section suivante.

Votre revenu total cette année \$ \_\_\_\_\_

Votre revenu total pour l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent) \$ \_\_\_\_\_

---

**MERCI ! C'est tout ce que nous devons savoir sur VOUS**

## ÉTAPE 2 - Personne 2

Remplissez l'étape 2 pour la PERSONNE 2, son conjoint, ses enfants de moins de 21 ans qui vivent avec elle et toute personne qu'elle a indiquée sur sa déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec la PERSONNE 2. Voir la page 1 pour plus d'informations sur les personnes à inclure. Si la PERSONNE 2 ne remplit pas de déclaration d'impôts, n'oubliez pas d'ajouter les membres de la famille qui vivent avec elle.

1. Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe	2. Relation avec vous :
3. Date de naissance (jj/mm/aaaa) : _____	4. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme

5. Numéro de sécurité sociale (NSS) : \_\_\_\_\_  
(Uniquement requis en cas de demande d'aide)

6. La PERSONNE 2 prévoit-elle de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (Elle peut toujours demander une assurance maladie même si elle ne remplit pas de déclaration de revenus fédérale)

**Oui** Si oui, veuillez répondre aux questions a à c  **Non** Si non, passez à la question c.

a. La PERSONNE 2 déposera-t-elle une demande un conjoint ?  Oui  Non. Si la réponse est « Oui », nom du conjoint : \_\_\_\_\_

b. La PERSONNE 2 déclarera-t-elle des personnes à charge dans sa déclaration de revenus ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le(s) nom(s) de la ou des personnes à charge : \_\_\_\_\_

c. La PERSONNE 2 sera-t-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du déclarant : \_\_\_\_\_

La PERSONNE 2 a-t-elle un lien de parenté avec ce déclarant ? Si oui, quel est ce lien ? \_\_\_\_\_

7. La PERSONNE 2 a-t-elle besoin d'une couverture en matière de santé ?  
(Même si elle a une assurance, il peut exister un programme offrant une meilleure couverture ou des coûts moins élevés).

**Oui**, Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous

**Non**, Si non, passez à la question sur les revenus à la page 8. Laissez le reste de cette section en blanc

8. La PERSONNE 2 est-elle un citoyen américain ou un ressortissant américain ?  Oui  Non

9a. Si la PERSONNE 2 n'est pas un citoyen américain ou un ressortissant américain, a-t-elle un statut d'immigrant éligible ?

Oui. Indiquez ci-dessous le type de document et le numéro d'identification :

a. Type de document d'immigration : \_\_\_\_\_

b. Numéro d'identification du document : \_\_\_\_\_

c. Date d'entrée aux États-Unis : \_\_\_\_\_

d. La PERSONNE 2, son conjoint ou un parent est-il un ancien combattant ou un membre actif de l'armée américaine ?  Oui  Non

10. Si Hispanique/Latino, origine ethnique (FACULTATIF - cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Mexicain  Mexicain-Américain.  Portoricain  Cubain  Autre : \_\_\_\_\_

11. Race (FACULTATIF - Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Blanc ou caucasien  Noir ou Afro-Américain  Asiatique  Natif hawaïen

Autre insulaire du Pacifique

Indien d'Amérique ou autochtone de l'Alaska (Si oui, remplir l'Annexe B)

Autre : \_\_\_\_\_

12. La PERSONNE 2 vit-elle à la même adresse que vous ? Si non, indiquer l'adresse : _____		13. La PERSONNE 2 est-elle résidente de la Caroline du Nord ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
14. La PERSONNE 2 est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de bébés sont attendus pour cette grossesse ? _____			
15. la PERSONNE 2 vit-elle avec au moins un enfant de moins de 18 ans et est-elle la principale personne à s'occuper de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		16. La PERSONNE 2 était-elle placée dans un foyer d'accueil en Caroline du Nord lorsqu'elle a atteint l'âge de 18 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
17a. La PERSONNE 2 est-elle handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17b. La PERSONNE 2 est-elle âgée de 65 ans ou plus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17c. La PERSONNE 2 est-elle aveugle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
18. La PERSONNE 2 souffre-t-elle d'un problème de santé physique, mental ou émotionnel entraînant des limitations dans les activités de la vie quotidienne (comme se laver, s'habiller, effectuer les tâches quotidiennes, etc.), vit-elle dans un établissement médical, une maison de repos et/ou a-t-elle besoin de services à domicile et de proximité (CAP) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
19. La PERSONNE 2 a-t-elle eu besoin d'aide pour payer ses factures médicales au cours des 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
<p>Veillez répondre aux questions suivantes si la PERSONNE 2 est âgée de 22 ans ou moins :</p>			
20. La PERSONNE 2 avait-elle une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non			
a. Si oui, date de fin : _____ b. Raison pour laquelle l'assurance a pris fin : _____			

# ÉTAPE 2 - Personne 2

## Informations sur l'emploi et les revenus actuels

21. La Personne 2 est-elle (cochez une case)

**Employé(e)**

Si vous êtes actuellement employé(e),  
Indiquez vos revenus. Commencez par la question 22.

**Travailleur(se) indépendant(e)**

prenez à la question 31.

**Sans emploi**

Passez à la question 32.

### EMPLOI ACTUEL 1 :

22. Nom et adresse de l'employeur

23. Numéro de téléphone de  
l'employeur :

( ) -

24. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois

Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

25. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

### EMPLOI ACTUEL 2 : (Si vous avez d'autres emplois et que vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille)

26. Nom et adresse de l'employeur

27. Numéro de téléphone de l'employeur :

( ) -

28. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois

Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

29. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

30. Au cours de l'année écoulée, la PERSONNE 2 a-t-elle :

changé d'emploi  arrêté de travailler  commencé à travailler moins d'heures  Aucune de ces réponses

31. Si vous êtes un(e) travailleur(se) indépendant(e), répondez aux questions suivantes :

a. Type de travail : \_\_\_\_\_

b. Quel est le montant du revenu net (bénéfices une fois les frais professionnels payés) que vous tirerez de ce travail indépendant ce mois-ci ? \_\_\_\_\_

32. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI** : Cochez toutes les cases correspondantes et indiquez le montant et la fréquence à laquelle vous les recevez.

**REMARQUE** : La PERSONNE 2 n'a pas besoin de nous informer sur les pensions alimentaires pour enfants, les prestations d'ancien combattant ou le revenu de sécurité complémentaire (SSI).

Aucun \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Chômage \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pensions \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Sécurité sociale \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Comptes de retraite \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pension alimentaire reçue \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Revenus d'agriculture/  
pêche nets \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Montant net du loyer/de  
la redevance \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Autres revenus \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_

33. **DÉDUCTIONS** : Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence des déductions.

Si la PERSONNE 2 paie certaines choses qui peuvent être déduites de la déclaration de revenus fédérale, le fait de nous en informer pourrait faire baisser le coût de la couverture en matière de santé.

N'incluez pas un coût que la PERSONNE 2 a déjà pris en compte dans votre réponse au revenu net du travail indépendant (question 31b)

- Pension alimentaire versée      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Intérêts sur les prêts étudiants      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Autres déductions      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_      Type : \_\_\_\_\_
- 

34. **REVENUS ANNUELS** : Ne remplir que si les revenus de la PERSONNE 2 changent d'un mois à l'autre. Si vous ne prévoyez pas de modification du revenu mensuel de la PERSONNE 2, ajoutez une autre personne ou passez à la section suivante.

Revenu total de la PERSONNE 2 pour l'année en cours      \$ \_\_\_\_\_

Revenu total de la PERSONNE 2 l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent)      \$ \_\_\_\_\_

---

**MERCI ! C'est tout ce que nous devons savoir sur la PERSONNE 2**

## ÉTAPE 2 - Personne 3

Remplissez l'étape 2 pour la PERSONNE 3, son conjoint, ses enfants de moins de 21 ans qui vivent avec elle et toute personne qu'elle a déclarée sur sa déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec la PERSONNE 3. Voir la page 1 pour plus d'informations sur les personnes à inclure. Si la PERSONNE 3 ne remplit pas de déclaration de revenus, n'oubliez pas d'ajouter les membres de la famille qui vivent avec elle.

1. Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe

2. Relation avec vous :

3. Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_

4. Sexe  Homme  Femme

5. Numéro de sécurité sociale (NSS) : \_\_\_\_\_  
(Uniquement requis en cas de demande d'aide)

6. La PERSONNE 3 prévoit-elle de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (Elle peut toujours demander une assurance maladie même si elle ne remplit pas de déclaration de revenus fédérale)

**Oui** Si oui, veuillez répondre aux questions a à c  **Non** Si non, passez à la question c.

a. La PERSONNE 3 déposera-t-elle une demande conjointe avec un conjoint ?  Oui  Non Si oui, nom du conjoint : \_\_\_\_\_

b. La PERSONNE 3 déclarera-t-elle des personnes à charge dans sa déclaration de revenus ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le(s) nom(s) de la ou des personnes à charge : \_\_\_\_\_

c. La PERSONNE 3 sera-t-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du déclarant : \_\_\_\_\_

La PERSONNE 3 a-t-elle un lien de parenté avec ce déclarant ? Si oui, quel est ce lien ? \_\_\_\_\_

7. La PERSONNE 3 a-t-elle besoin d'une couverture en matière de santé ?

(Même si elle a une assurance, il peut exister un programme offrant une meilleure couverture ou des coûts moins élevés).

**Oui**, Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous

**Non**, Si non, passez à la question sur les revenus à la page 11. Laissez le reste de cette section en blanc

8. La PERSONNE 3 est-elle un citoyen américain ou un ressortissant américain ?

Oui  Non

9a. Si la PERSONNE 3 n'est pas un citoyen américain ou un ressortissant américain, a-t-elle un statut d'immigrant éligible ?

Oui. Indiquez ci-dessous le type de document et le numéro d'identification :

a. Type de document d'immigration : \_\_\_\_\_

b. Numéro d'identification du document : \_\_\_\_\_

c. Date d'entrée aux États-Unis : \_\_\_\_\_

d. La PERSONNE 3, son conjoint ou un parent est-il un ancien combattant ou un membre actif de l'armée américaine ?  Oui  Non

10. Si Hispanique/Latino, origine ethnique (FACULTATIF - cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Mexicain  Mexicain-Américain  Portoricain  Cubain  Autre : \_\_\_\_\_

11. Race (FACULTATIF - Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Blanc ou caucasien  Noir ou Afro-Américain  Asiatique  Natif hawaïen

Autre insulaire du Pacifique

Indien d'Amérique ou autochtone de l'Alaska (Si oui, remplir l'Annexe B)

Autre : \_\_\_\_\_

12. La PERSONNE 3 vit-elle à la même adresse que vous ? Si non, indiquer l'adresse : _____		13. La PERSONNE 3 est-elle résidente de la Caroline du Nord ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
14. La PERSONNE 3 est-elle enceinte ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si oui, combien de bébés sont attendus pour cette grossesse ? ____		
15. La PERSONNE 3 vit-elle avec au moins un enfant de moins de 18 ans et est-elle la principale personne à s'occuper de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		16. La PERSONNE 3 était-elle placée en famille d'accueil en Caroline du Nord lorsqu'elle a atteint l'âge de 18 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
17a. La PERSONNE 3 est-elle handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17b. La PERSONNE 3 est-elle âgée de 65 ans ou plus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17c. La PERSONNE 3 est-elle aveugle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
18. La PERSONNE 3 souffre-t-elle d'un problème de santé physique, mental ou émotionnel entraînant des limitations dans les activités de la vie quotidienne (comme se laver, s'habiller, accomplir les tâches quotidiennes, etc.), vit-elle dans un établissement médical, une maison de repos et/ou a-t-elle besoin de services à domicile et de proximité (CAP) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
19. La PERSONNE 3 a-t-elle eu besoin d'aide pour payer ses factures médicales au cours des 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		

Veuillez répondre aux questions suivantes si la PERSONNE 3 est âgée de 22 ans ou moins :

20. La PERSONNE 3 avait-elle une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des trois derniers mois ?  Oui  Non
- a. Si oui, date de fin : \_\_\_\_\_ b. Raison pour laquelle l'assurance a pris fin : \_\_\_\_\_

# ÉTAPE 2 - Personne 3

## Informations sur l'emploi et les revenus actuels

21. La Personne 3 est-elle (cochez une case)

**Employé(e)**

Si vous êtes actuellement employé(e),  
Indiquez vos revenus. Commencez par la question 22.

**Travailleur(se) indépendant(e)**

passiez à la question 31.

**Sans emploi**

Passiez à la question 32.

### EMPLOI ACTUEL 1 :

22. Nom et adresse de l'employeur

23. Numéro de téléphone de  
l'employeur :  
( ) -

24. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

25. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

### EMPLOI ACTUEL 2 : (Si vous avez d'autres emplois et que vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille)

26. Nom et adresse de l'employeur

27. Numéro de téléphone de  
l'employeur :  
( ) -

28. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

29. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

30. Au cours de l'année écoulée, la PERSONNE 3 a-t-elle :

changé d'emploi  arrêté de travailler  commencé à travailler moins d'heures  Aucune de ces réponses

31. Si vous êtes un(e) travailleur(se) indépendant(e), répondez aux questions suivantes :

a. Type de travail : \_\_\_\_\_

b. Quel est le montant du revenu net (les bénéfices après paiement des frais professionnels) que vous tirez  
de cette activité indépendante ce mois-ci ? \_\_\_\_\_

32. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI** : Cochez toutes les cases correspondantes et indiquez le montant et la fréquence  
à laquelle vous les recevez.

**REMARQUE** : La PERSONNE 3 n'a pas besoin de nous informer sur les pensions alimentaires pour enfants, les  
prestations d'ancien combattant ou le revenu de sécurité complémentaire (SSI).

Aucun \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Chômage \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pensions \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Sécurité sociale \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Comptes de retraite \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pension alimentaire  
reçue \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Revenus d'agriculture/  
pêche nets \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Montant net du loyer/de la  
redevance \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Autres revenus \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Type : \_\_\_\_\_

---

33. **DÉDUCTIONS** : Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence des déductions.

Si la PERSONNE 3 paie certaines choses qui peuvent être déduites de la déclaration de revenus fédérale, le fait de nous en informer pourrait faire baisser le coût de la couverture en matière de santé.

N'incluez pas un coût que la PERSONNE 3 a déjà pris en compte dans votre réponse au revenu net du travail indépendant (question 31b)

- Pension alimentaire versée      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Intérêts sur les prêts étudiants      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_
- Autres déductions      \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_      Type : \_\_\_\_\_

---

34. **REVENUS ANNUELS** : Ne remplir que si les revenus de la PERSONNE 3 changent d'un mois à l'autre. Si vous ne prévoyez pas de modification du revenu mensuel de la PERSONNE 3, ajoutez une autre personne ou passez à la section suivante.

Revenu total de la PERSONNE 3 pour l'année en cours      \$ \_\_\_\_\_

Revenu total de la PERSONNE 3 l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent)      \$ \_\_\_\_\_

---

**MERCI ! C'est tout ce que nous devons savoir sur la PERSONNE 3**

## ÉTAPE 2 - Personne 4

Remplissez l'étape 2 pour la PERSONNE 4, son conjoint, ses enfants de moins de 21 ans qui vivent avec elle et toute personne qu'elle a déclarée sur sa déclaration de revenus fédérale, même si elle ne vit pas avec la PERSONNE 3. Voir la page 1 pour plus d'informations sur les personnes à inclure. Si la PERSONNE 4 ne remplit pas de déclaration de revenus, n'oubliez pas d'ajouter les membres de la famille qui vivent avec elle.

1. Prénom, second prénom, nom de famille et suffixe \_\_\_\_\_ 2. Relation avec vous : \_\_\_\_\_

3. Date de naissance (jj/mm/aaaa) : \_\_\_\_\_ 4. Sexe  Homme  Femme

5. Numéro de sécurité sociale (NSS) : \_\_\_\_\_  
(Uniquement requis en cas de demande d'aide)

6. La PERSONNE 4 prévoit-elle de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (Elle peut toujours demander une assurance maladie même si elle ne remplit pas de déclaration de revenus fédérale)

**Oui** Si oui, veuillez répondre aux questions a à c  **Non** Si non, passez à la question c.

a. La PERSONNE 4 déposera-t-elle une demande conjointe avec un conjoint ?  Oui  Non Si oui, nom du conjoint : \_\_\_\_\_

b. La PERSONNE 4 déclarera-t-elle des personnes à charge dans sa déclaration de revenus ?  Oui  Non  
Si oui, indiquez le(s) nom(s) de la ou des personnes à charge : \_\_\_\_\_

c. La PERSONNE 4 sera-t-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus d'une autre personne ?  Oui  Non

Si oui, veuillez indiquer le nom du déclarant : \_\_\_\_\_

La PERSONNE 4 a-t-elle un lien de parenté avec ce déclarant ? Si oui, quel est ce lien ? \_\_\_\_\_

7. La PERSONNE 4 a-t-elle besoin d'une couverture en matière de santé ?  
(Même si elle a une assurance, il peut exister un programme offrant une meilleure couverture ou des coûts moins élevés).

**Oui**, Si oui, répondez à toutes les questions ci-dessous

**Non**, Si non, passez à la question sur les revenus à la page 14. Laissez le reste de cette section en blanc

8. La PERSONNE 4 est-elle un citoyen américain ou un ressortissant américain ?  Oui  Non

9a. Si la PERSONNE 4 n'est pas un citoyen américain ou un ressortissant américain, a-t-elle un statut d'immigrant éligible ?

Oui. Indiquez ci-dessous le type de document et le numéro d'identification :

a. Type de document d'immigration : \_\_\_\_\_

b. Numéro d'identification du document : \_\_\_\_\_

c. Date d'entrée aux États-Unis : \_\_\_\_\_

d. La PERSONNE 4, son conjoint ou un parent est-il un ancien combattant ou un membre actif de l'armée américaine ?  Oui  Non

10. Si Hispanique/Latino, origine ethnique (FACULTATIF - cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Mexicain  Mexicain-Américain  Portoricain  Cubain  Autre : \_\_\_\_\_

11. Race (FACULTATIF - Cochez toutes les cases qui s'appliquent)

Blanc ou caucasien  Noir ou Afro-Américain  Asiatique  Natif hawaïen

Autre insulaire du Pacifique

Indien d'Amérique ou autochtone de l'Alaska (Si oui, remplir l'Annexe B)

Autre : \_\_\_\_\_

12. La PERSONNE 4 vit-elle à la même adresse que vous ? Si non, indiquer l'adresse : _____	13. La PERSONNE 4 est-elle résidente de la Caroline du Nord ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
--------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14. La PERSONNE 4 est-elle enceinte ?  Oui  Non Si oui, combien de bébés sont attendus pour cette grossesse ? \_\_\_\_\_

15. La PERSONNE 4 vit-elle avec au moins un enfant de moins de 18 ans et est-elle la principale personne à s'occuper de cet enfant ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	16. La PERSONNE 4 était-elle placée en famille d'accueil en Caroline du Nord lorsqu'elle a atteint l'âge de 18 ans ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

17a. La PERSONNE 4 est-elle handicapée ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17b. La PERSONNE 4 est-elle âgée de 65 ans ou plus ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	17c. La PERSONNE 4 est-elle aveugle ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
-------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------

18. La PERSONNE 4 souffre-t-elle d'un problème de santé physique, mental ou émotionnel entraînant des limitations dans les activités de la vie quotidienne (comme se laver, s'habiller, accomplir les tâches quotidiennes, etc.), vit-elle dans un établissement médical, une maison de repos et/ou a-t-elle besoin de services à domicile et de proximité (CAP) ?  Oui  Non

19. La PERSONNE 4 a-t-elle eu besoin d'aide pour payer ses factures médicales au cours des 3 derniers mois ? Oui Non

Veuillez répondre aux questions suivantes si la PERSONNE 4 est âgée de 22 ans ou moins :

20. La PERSONNE 4 avait-elle une assurance dans le cadre d'un emploi et l'a-t-elle perdue au cours des trois derniers mois ?  Oui  Non

a. Si oui, date de fin : \_\_\_\_\_ b. Raison pour laquelle l'assurance a pris fin : \_\_\_\_\_

# ÉTAPE 2 - Personne 4

## Informations sur l'emploi et les revenus actuels

21. La Personne 4 est-elle (cochez une case)

**Employé(e)**

Si vous êtes actuellement employé(e),  
Indiquez vos revenus. Commencez par la question 22.

**Travailleur(se) indépendant(e)**

prenez à la question 31.

**Sans emploi**

Passez à la question 32.

### EMPLOI ACTUEL 1 :

22. Nom et adresse de l'employeur

23. Numéro de téléphone de  
l'employeur :  
( ) -

24. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

25. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

### EMPLOI ACTUEL 2 : (Si vous avez d'autres emplois et que vous avez besoin de plus d'espace, joignez une autre feuille)

26. Nom et adresse de l'employeur

27. Numéro de téléphone de  
l'employeur :  
( ) -

28. Salaires et pourboires (avant impôts)  Horaires  Hebdomadaires  Toutes les 2 semaines  Deux fois par mois  
 Tous les mois  Chaque année

\$ \_\_\_\_\_

29. Moyenne des heures travaillées chaque SEMAINE : \_\_\_\_\_

30. Au cours de l'année écoulée, la PERSONNE 4 a-t-elle :

changé d'emploi  arrêté de travailler  commencé à travailler moins d'heures  Aucune de ces réponses

31. Si vous êtes un(e) travailleur(se) indépendant(e), répondez aux questions suivantes :

a. Type de travail : \_\_\_\_\_

b. Quel est le montant du revenu net (bénéfices une fois les frais professionnels payés) que vous tirerez de  
ce travail indépendant ce mois-ci ? \_\_\_\_\_

32. **AUTRES REVENUS CE MOIS-CI** : Cochez toutes les cases correspondantes et indiquez le montant et la fréquence à laquelle vous les recevez.

**REMARQUE** : La PERSONNE 4 n'a pas besoin de nous informer sur les pensions alimentaires pour enfants, les prestations d'ancien combattant ou le revenu de sécurité complémentaire (SSI).

Aucun \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Chômage \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pensions \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Sécurité sociale \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Comptes de retraite \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Pension alimentaire  
reçue \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Revenus d'agriculture/  
pêche nets \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Montant net du loyer/de la  
redevance \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_

Autres revenus \$ \_\_\_\_\_ Fréquence \_\_\_\_\_  
Type : \_\_\_\_\_

33. **DÉDUCTIONS** : Cochez toutes les cases qui s'appliquent et indiquez le montant et la fréquence des déductions.

Si la PERSONNE 4 paie certaines choses qui peuvent être déduites de la déclaration de revenus fédérale, le fait de nous en informer pourrait faire baisser le coût de la couverture en matière de santé.

N'incluez pas un coût que la PERSONNE 3 a déjà pris en compte dans votre réponse au revenu net du travail indépendant (question 31b)

- Pension alimentaire versée    \$ Fréquence \_\_\_\_\_
- Intérêts sur les prêts étudiants \$ Fréquence \_\_\_\_\_
- Autres déductions                \$ Fréquence \_\_\_\_\_    Type : \_\_\_\_\_

---

34. **REVENUS ANNUELS** : Ne remplir que si les revenus de la PERSONNE 4 changent d'un mois à l'autre. Si vous ne prévoyez pas de modification du revenu mensuel de la PERSONNE 4, ajoutez une autre personne ou passez à la section suivante.

Revenu total de la PERSONNE 4 pour l'année en cours    \$ \_\_\_\_\_  
Revenu total de la PERSONNE 4 l'année prochaine (si vous pensez qu'il sera différent)    \$ \_\_\_\_\_

---

### **MERCI ! C'est tout ce que nous devons savoir sur la PERSONNE 3**

Si vous avez d'autres personnes à inclure, faites une copie de l'ÉTAPE relative à la PERSONNE 3 (pages 6 à 9) et remplissez-la pour chaque personne supplémentaire

# ÉTAPE 3

## Membre(s) de la famille d'un Amérindien ou d'un indigène de l'Alaska (AI/AN)

### 1. Êtes-vous, ou la personne pour laquelle vous demandez de l'aide, un Amérindien ou un indigène de l'Alaska ?

- Si oui, remplissez l'Annexe B.
- Si non, remplissez l'étape 4

# ÉTAPE 4 - Couverture en matière de santé de votre famille

Répondez à ces questions pour toute personne ayant besoin d'une assurance maladie

### 1. Les personnes suivantes bénéficient-elles actuellement d'une couverture en matière de santé ?

- Oui**
- Non**

Si oui, cochez le type de couverture et inscrivez le nom de la (des) personne(s) à côté de la couverture dont elle(s) bénéficie(nt) :

- Medicaid : \_\_\_\_\_
- Medicare : \_\_\_\_\_
- TRICARE (Ne cochez pas si vous bénéficiez de Direct Care ou de Line of Duty)
- Programmes de soins de santé de la VA : \_\_\_\_\_
- Peace Corps : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_

Nom de l'assurance maladie : \_\_\_\_\_ Numéro de police : \_\_\_\_\_  
Type de couverture : \_\_\_\_\_

### 2. Une personne inscrite sur cette demande bénéficie-t-elle d'une assurance maladie dans le cadre de son travail ? Cochez oui même si la couverture provient de l'emploi d'une autre personne, comme un parent ou un conjoint.

- Oui** Si oui, vous devez remplir et joindre l'Annexe A.
- Non** Si non, passez à l'étape 5.

### 3. Avez-vous été victime d'un accident au cours des 12 derniers mois, vous-même ou la personne qui demande de l'aide ? Oui Non

### 4. L'un des enfants figurant sur cette demande a-t-il un parent vivant hors du foyer ? Oui Non

## ÉTAPE 5- Lisez et signez cette demande

Je signe cette demande sous peine de parjure, ce qui signifie que j'ai fourni des réponses véridiques à toutes les questions de ce formulaire, au mieux de ma connaissance. Je sais que je peux faire l'objet de sanctions en vertu de la loi fédérale si je fournis des informations fausses et/ou erronées.

- Je sais que je dois informer le marché et Medicaid de tout changement dans cette demande. Je peux me rendre sur le site ([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)) ou composer le 1-888-245-0179 pour signaler tout changement. Je comprends qu'une modification des informations me concernant doit être signalée dans les 10 jours civils et peut avoir une incidence sur mon éligibilité.
- Je sais que la loi fédérale interdit toute discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le sexe, l'âge, l'orientation sexuelle, l'identité de genre ou le handicap. Je peux déposer une plainte pour discrimination sur le site [medicaid.ncdhhs.gov/dueprocessrights050311/open](http://medicaid.ncdhhs.gov/dueprocessrights050311/open)
- Je sais que toute information fournie au Marketplace ou à Medicaid/NCHC sera protégée et restera confidentielle.
- 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 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.

### Renouvellement de la couverture dans les années à venir

Pour faciliter la détermination de mon éligibilité à l'aide au paiement de la couverture en matière de santé dans les années à venir, j'accepte que le marché utilise des données sur les revenus, y compris des informations tirées des déclarations de revenus. La Marketplace m'enverra un avis, me permettra d'apporter des modifications et je pourrai me désinscrire à tout moment.

Oui, je renouvelle automatiquement mon éligibilité pour la période suivante :

- 5 ans (le nombre maximum d'années autorisées)  4 ans  3 ans  2 ans  1 an
- Ne pas utiliser les informations contenues dans les déclarations de revenus pour renouveler ma couverture.

### Éligibilité à Medicaid

- Je comprends que la date de la demande Medicaid est la date à laquelle elle est reçue par le département local des services sociaux.
- Je comprends que la couverture Medicaid peut être demandée pour toute facture médicale encourue jusqu'à trois mois avant le mois de la demande.
- Je comprends que si je m'inscris à Medicaid, je donne à l'agence Medicaid le droit de poursuivre et d'obtenir toute somme d'argent provenant d'une autre assurance maladie, d'un règlement judiciaire ou d'un autre tiers. Je donne également à l'agence Medicaid le droit de rechercher et d'obtenir une aide médicale de la part d'un conjoint ou d'un parent.
- Je comprends qu'il peut m'être demandé de coopérer avec l'agence qui perçoit l'aide médicale d'un parent absent. Si je pense que le fait de coopérer pour obtenir une aide médicale me portera préjudice ou portera préjudice à mes enfants, je peux en informer Medicaid et ne pas avoir à coopérer.
- Je comprends que si je suis jugé(e) éligible aux prestations complètes de Medicaid, j'ai le droit de bénéficier d'une aide au transport médical.
- Je comprends que les lois fédérales et nationales exigent que le département des prestations de santé dépose une réclamation contre la succession de certaines personnes pour récupérer le montant payé par le programme Medicaid pendant la période où la personne a bénéficié d'une assistance pour certains services médicaux.
- Je comprends que tout transfert de ressources par une personne demandant l'assistance Medicaid sans en recevoir la juste valeur marchande peut entraîner l'inéligibilité à l'assistance pour le coût des soins en maison de retraite et/ou des soins à domicile.
- Je comprends que la Caroline du Nord doit être désignée comme bénéficiaire pour les rentes souscrites après le 1er novembre 2007.

### Mon droit d'appel

Si je pense que le Marketplace de l'assurance maladie ou Medicaid a commis une erreur, je peux faire appel de sa décision. Faire appel signifie dire à quelqu'un du Marketplace de l'assurance maladie ou de Medicaid que je pense que la mesure prise est erronée et demander un réexamen équitable de cette mesure. Je sais que je peux savoir comment faire appel en contactant le département des services sociaux ou en composant le 1-888-245-0179. Je sais que je peux être représenté(e) dans le processus par un tiers. Mon éligibilité et d'autres informations importantes me seront expliquées.

Signez cette demande. La personne qui a rempli l'étape 1 doit signer cette demande. Si vous êtes un(e) représentant(e) autorisé(e), vous pouvez signer ici, à condition que vous ayez fourni les informations requises à l'Annexe C.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)

## Étape 6 Demande remplie

**Apportez ou envoyez par la poste votre demande au département des services sociaux de votre comté([ncdhhs.gov/localDSS](http://ncdhhs.gov/localDSS)).**

Si vous n'êtes PAS inscrit(e) sur les listes électorales de votre lieu de résidence actuel, souhaitez-vous vous inscrire sur les listes électorales de votre lieu de résidence aujourd'hui ?

Oui  Non

Si vous souhaitez vous inscrire sur les listes électorales, vous pouvez remplir un formulaire d'inscription sur le site [ncsbe.gov](http://ncsbe.gov). Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur le montant de l'aide que vous recevrez de cette agence. Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous pouvons vous aider. La décision de consulter ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire de demande en privé. Si vous pensez que quelqu'un a porté atteinte à votre droit de vous inscrire ou de refuser de vous inscrire sur les listes électorales, à votre droit au respect de la vie privée lorsque vous décidez de vous inscrire ou lorsque vous demandez à vous inscrire sur les listes électorales, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou d'autres préférences politiques, vous pouvez déposer une plainte auprès du Conseil des élections.