

ANNEXE D**REVENUS / RESSOURCES**

Remarque : vous ne devez remplir ce formulaire que si vous demandez à bénéficier de Medicaid pour les personnes âgées, les aveugles, les handicapés, les soins de longue durée ou les services à domicile (CAP).

Remplissez le formulaire pour vous-même, votre conjoint et vos enfants au foyer âgés de moins de 21 ans qui perçoivent l'un des revenus ou possèdent l'une des ressources énumérés ci-dessous. Cochez toutes les cases correspondantes, indiquez la valeur du montant et le numéro de compte, le cas échéant.

Parlez-nous de vos autres revenus.

Type de revenu	Qui en bénéficie	Montant reçu	Fréquence de réception (mensuelle, hebdomadaire, etc.)
Revenu de sécurité complémentaire (SSI) ☐ Oui ☐ Non		\$	
Prestations pour les anciens combattants ☐ Oui ☐ Non		\$	
Pension alimentaire pour enfants ☐ Oui ☐ Non		\$	
Dividendes/revenus d'intérêts de fiducie ☐ Oui ☐ Non		\$	
Rentes ☐ Oui ☐ Non		\$	
Revenus de billets à ordre ☐ Oui ☐ Non		\$	
Indemnisation des accidentés du travail ☐ Oui ☐ Non		\$	
Contributions ☐ Oui ☐ Non		\$	
Autre Type _____ ☐ Oui ☐ Non		\$	

Parlez-nous de votre assurance-vie.

Propriétaire	Nom et adresse de l'entreprise	Numéro de police	Valeur nominale	Valeur en espèces
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$
			\$	\$

Parlez-nous de vos actifs en liquide.

Type de compte	Propriétaire	Banque/entreprise	Numéro de compte	Valeur
Liquidités ☐ Oui ☐ Non				\$
Chèques ☐ Oui ☐ Non				\$
Épargne ☐ Oui ☐ Non				\$
Débit prépayé ☐ Oui ☐ Non				\$
Marché monétaire ☐ Oui ☐ Non				\$
Certificat de dépôt ☐ Oui ☐ Non				\$
Fonds communs de placement ☐ Oui ☐ Non				\$
Compte fiduciaire/patient ☐ Oui ☐ Non				\$
Contrat d'inhumation ☐ Oui ☐ Non				\$
401K/IRA ☐ Oui ☐ Non				\$
Rente ☐ Oui ☐ Non				\$
Actions/obligations ☐ Oui ☐ Non				\$
Billet à ordre ☐ Oui ☐ Non				\$
Billet à ordre ☐ Oui ☐ Non				\$
Coffre-fort ☐ Oui ☐ Non				\$
Autre ☐ Oui ☐ Non Type _____				\$