

Instructions relatives à la demande pour le programme d'épargne Medicare (MSP)

Utilisez cette application pour savoir si vous, ou vous et votre épouse, êtes admissibles pour que l'État paie vos primes Medicare et/ou participe aux coûts. Ceci n'est PAS une demande pour d'autres prestations telles que des services et des assistances à long terme. Si vous souhaiteriez demander une autre couverture Medicaid ou si vous avez besoin d'aide pour remplir toute partie de ce formulaire, contactez votre bureau local Medicaid - www.medicaid.gov/about-us/beneficiary-resources/index.html#statemenu

Il existe trois types de programmes d'épargne Medicare (MSP) :

Bénéficiaire qualifié de Medicare (QMB) : l'État paie vos primes Medicare de la partie A et/ou partie B et participe au partage des coûts (franchises, coassurance et quotes-parts). Si vous êtes admissible QMB, vous êtes automatiquement admissible à une aide supplémentaire pour payer vos frais de couverture des médicaments de la partie D de Medicare.

Bénéficiaire spécifié de Medicare à faible revenu (SLMB) : l'État paie vos primes Medicare de la partie B et vous êtes automatiquement admissible à une aide supplémentaire pour payer vos frais de couverture des médicaments de la partie D de Medicare.

Individu admissible (QI) : l'État paie vos primes Medicare de la partie B et vous êtes automatiquement admissible à une aide supplémentaire pour payer vos frais de couverture des médicaments de la partie D de Medicare.

L'État décidera si vous êtes admissible (et si votre conjoint l'est aussi, si votre conjoint fait également une demande). Si votre demande pour le MSP est approuvée, votre prime de la partie B ne sera plus déduite de vos prestations de retraite de la sécurité sociale, des cheminots ou de la fonction publique, et vous serez automatiquement inscrit à l'Aide supplémentaire pour payer vos primes de la partie D de Medicare et le partage des coûts des médicaments sur ordonnance couverts. Contactez votre bureau Medicaid si vous n'êtes pas inscrit à l'Aide supplémentaire.

Le recouvrement de dette ne s'applique pas à l'aide que vous recevez pour le paiement des primes Medicare ou le partage des coûts. Cela signifie que vous n'aurez PAS besoin de rembourser l'aide que vous recevez dans le cadre d'un programme d'épargne Medicare.

Ce dont vous pouvez avoir besoin pour postuler

Vous devrez peut-être fournir des copies de documents pour confirmer certaines informations, entre autre :

- Une attestation de revenu (telle que pour les prestations de retraite ou d'invalidité ou des bulletins de paie)
- Une attestation de patrimoine (comme des relevés bancaires ou des polices d'assurance-vie)
- Une attestation de Medicare
- Pour les non-citoyens, une attestation d'un statut d'immigration éligible (comme une carte verte, un passeport ou un autre document du ministère de la Sécurité intérieure)
- Une attestation de votre lieu de résidence (comme une quittance de loyer, une facture de services publics ou une carte d'identité délivrée par l'État)

S'il vous faut plus d'espace pour écrire, joignez des pages supplémentaires.

Les moyens de postuler

- Remplissez la demande en ligne à _____
- Envoyez cette demande manuscrite à _____

- Envoyez cette demande par Fax à _____
- Rendez-vous dans votre bureau [agence d'État] à l'adresse _____
- Appelez votre [agence d'État] pour une assistance au _____

Conservez une copie de la demande pour vos registres.

Qu'est ce qui se passe ensuite ?

Votre agence Medicaid examinera votre demande. Vous recevrez une réponse concernant votre éligibilité dans les 45 jours. Si vous n'obtenez pas de réponse dans les 45 jours, contactez votre agence Medicaid.

Obtenez de l'aide pour répondre à vos questions sur les programmes d'épargne Medicare

Pour toute question concernant les programmes d'épargne Medicare ou vos allocations Medicare, contactez votre Programme Local d'Assistance à l'Assurance Maladie de l'État (SHIP). Trouvez leurs coordonnées en appelant [877-839-2675](tel:877-839-2675) ou en visitant www.shiphelp.org/.

Demande de participation aux programmes d'épargne Medicare

Informations personnelles				
Demander – Indiquez votre nom tel qu'il apparaît sur votre carte Medicare				
Nom	Prénom		Deuxième prénom	
Adresse de votre domicile	Ville	État	Code postal	
Adresse postale (si différente)	Ville	État	Code postal	
Numéro de téléphone principal :	Numéro de téléphone secondaire (facultatif) :			
Adresse e-mail (facultatif)	Statu matrimonial : Non marié(e) (célibataire/divorcé/veuf) <input type="checkbox"/> Marié(e), vivant avec son/sa conjoint(e) <input type="checkbox"/> Marié(e) mais séparé(e) de son/sa conjoint(e) <input type="checkbox"/>			
Statut de citoyenneté : Êtes-vous citoyen(ne) des États-Unis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si non, avez-vous le statut d'immigration admissible ? <input type="checkbox"/> Oui (Veuillez compléter les informations ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non				
Numéro d'identification d'étranger, numéro I-94 ou numéro d'identification du document et type de document	Date d'obtention du statut	Date d'entrée aux États-Unis	Pays de provenance	
Êtes-vous, ou votre conjoint(e) ou parent, un vétéran ou un membre en service actif de l'armée des États-Unis ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non				
Votre conjoint(e) est-il/elle citoyen(ne) des États-Unis (si votre conjoint(e) demande également un MSP) ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Si ce n'est pas le cas, a-t-il(elle) un statut d'immigration éligible ? <input type="checkbox"/> Oui (Veuillez compléter les informations ci-dessous) <input type="checkbox"/> Non				
Numéro d'identification d'étranger, numéro I-94 ou numéro d'identification du document et type de document	Date d'obtention du statut	Date d'entrée aux États-Unis	Pays de provenance	
Membres du foyer				
Incluez votre conjoint vivant avec vous dans le même foyer. Incluez les membres de la famille vivant dans le même foyer qui <u>dépendent de vous ou de votre conjoint pour au moins la moitié de leur assistance financière</u> . Si vous avez besoin de plus d'espace pour écrire, ajoutez des pages supplémentaires.				
Nom (nom de famille, prénom, deuxième prénom)	Lien de parenté avec vous	Date de naissance	Faites-vous une demande de prestations MSP ?	Numéro de Sécurité sociale (si vous postulez pour les MSP)
	Soi-même		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Conjoint		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	
	Autre (spécifiez)		N / A	Facultatif
	Autre (spécifiez)		N / A	Facultatif

Informations sur la couverture Medicare	
---	--

Êtes-vous déjà couvert par Medicare ?		Type de couverture	Numéro Medicare
Soi-même	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Partie A <input type="checkbox"/>	
		Partie B <input type="checkbox"/>	
Conjoint	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	Partie A <input type="checkbox"/>	
		Partie B <input type="checkbox"/>	

Autres Informations sur l'Assurance maladie	
<p>Le 15/05/2018, la personne assurée a été informée par la compagnie d'assurance maladie de la possibilité de souscrire une assurance maladie complémentaire. La personne assurée a refusé de souscrire une assurance maladie complémentaire.</p>	

(telles que l'employeur, Medigap, Tricare, les prestations de santé VA)

Titulaire de la police	Assureur	Type d'assurance	Numéro de la police

[illegible]

Listez tous les revenus que vous ou votre conjoint recevez. Indiquez le montant des revenus avant toute déduction telle que les impôts ou les primes d'assurance. Les types de revenus incluent, sans toutefois s'y limiter :

- Allocation de Sécurité sociale
- Sécurité supplémentaire (SSI)
- Indemnisation des employés
- Allocations pour les anciens combattants
- Paiement de pension alimentaire
- Assistance publique
- Assurance chômage
- Auto-emploi
- Dividendes et intérêts
- Revenus locatifs
- Salaire d'un emploi
- Revenus de commissions
- Allocations des cheminots
- Allocation de retraite de la fonction publique

[illegible]

Actifs

Si vous ou votre conjoint possédez des biens, indiquez le type de biens, à qui appartiennent les biens et si les biens sont détenus individuellement ou conjointement. Les actifs incluent, sans toutefois s'y limiter :

- Espèces
- Compte chèque
- Compte d'épargne
- Comptes sur le Marché Monétaire
- Fonds communs de placement
- Obligations d'épargne
- Actions
- Certificats de dépôt (CD)
- Compte de retraite individuels (IRA)
- Fonds funéraires
- Maisons ou terrains que vous possédez (hors résidence principale)

Type d'actifs	Nom du (des) propriétaire(s)	Propriété	Valeur actuelle
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$
		Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>	\$

Possédez-vous ou votre conjoint des véhicules (voiture, camion, bateau, camping-car, moto, caravane et/ou remorque) ?
Si oui, veuillez lister ci-dessous et indiquer quel est votre véhicule principal :

Nom du (des) propriétaire(s)	Propriété	Type de véhicule	Année	Marque/Modèle	Valeur	Montant dû
	Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Individuel <input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/>				\$	\$

Est-ce que vous et/ou votre conjoint(e) possédez des polices d'assurance décès vie entière dont la valeur nominale combinée est supérieure à 1 500 \$? Si oui, veuillez les lister ci-dessous :

Personne assurée	Nom de la société d'assurance/numéro de police	Avez-vous besoin d'aide pour trouver la valeur de la police ?	Valeur nominale	Valeur en espèces
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$	\$
		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>	\$	\$

Veuillez lire attentivement avant de signer

Je comprends que :

- Je dois signaler immédiatement tout changement dans ma situation à l'agence Medicaid. Une déclaration tardive peut entraîner des allocations incorrectes.
- Ma situation est sujette à vérification par l'agence Medicaid ou d'autres agences étatiques ou fédérales.
- L'agence Medicaid peut me demander de prouver que je suis éligible. L'agence Medicaid peut m'aider à obtenir la preuve ou contacter d'autres personnes ou agences à cet effet.
- En soumettant cette demande, j'autorise l'agence Medicaid de l'État à contacter ma compagnie d'assurance-vie en mon nom.
- En demandant et en recevant des allocations de soins médicaux, je cède à l'État tous les droits à toute assistance médicale et à tout paiement à des tiers pour les soins médicaux.
- Si je suis déclaré admissible à un programme d'épargne Medicare, je ne serai **pas** soumis à un recouvrement successoral pour toute aide que je reçois pour payer mes primes Medicare, mes franchises ou ma coassurance.

Vous recevrez un avis d'admissibilité par courrier après avoir traité votre demande. Si vous n'êtes pas d'accord avec ce à quoi vous avez droit, vous pouvez faire appel. Consultez votre avis d'admissibilité pour trouver les instructions d'appel spécifiques à chaque personne de votre foyer qui demande une couverture, y compris le nombre de jours dont vous disposez pour faire appel. Voici quelques informations importantes à prendre en compte lors d'une demande en appel :

Vous pouvez solliciter quelqu'un pour demander ou participer à votre appel si vous le souhaitez. Cette personne peut être un ami, un parent, un avocat ou tout autre individu. Ou bien, vous pouvez demander et participer à votre appel vous-même.

Pour demander appel, appelez-nous au 1-800-XXX-XXXX (service ATS : (1-800-XXX-XXXX)). Ou rendez-vous sur notre site [medicaid.state.gov] pour obtenir un formulaire d'appel. Ou, vous pouvez écrire votre propre lettre et nous l'envoyer ou l'apporter à l'Agence Medicaid de l'État, numéro, nom de rue, nom de ville, nom d'état, code postal.

Déclarations et signatures

J'ai lu et compris les informations contenues dans la présente demande. Je déclare, sous peine de parjure, que les informations que j'ai fournies dans cette demande sont véridiques, correctes et complètes au meilleur de mes connaissances.

Signature du requérant/représentant :

Date :

Signature du conjoint (s'il y a lieu) :

Date :

Nom du représentant :

Numéro de téléphone du
représentant :

Lien de parenté avec le
requérant :

Adresse postale du représentant :

Adresse e-mail du représentant :

Vous pouvez demander vos informations dans un format accessible, comme en gros caractères, en braille ou en format audio. Vous avez également la possibilité de déposer une plainte si vous estimez avoir été victime de discrimination. Visitez [Medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice](https://www.medicare.gov/about-us/accessibility-nondiscrimination-notice), ou appelez le 1-800-MEDICARE (1-800-633-4227) pour plus d'informations. Les utilisateurs du service ATS peuvent appeler le 1-877-486-2048.

Facultatif : (La fourniture de ces informations n'aura aucune incidence sur l'admissibilité.)

SOI : cochez toutes les réponses qui s'appliquent

Si l'origine est hispanique/latino

☐ Mexicain(e) ☐ Mexicain(e)-Américain(e) ☐ Chicano/a ☐ Portoricain(e) ☐ Cubain(e) ☐ Autre _____

Ethnie

<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien(ne) d'Amérique ou natif d'Alaska	<input type="checkbox"/> Philippin(ne)	<input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)
<input type="checkbox"/> Guamanien(ne) ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Noir(e) ou Afro-Américain(ne)	<input type="checkbox"/> Indien(ne) asiatique	<input type="checkbox"/> Japonais(e)
<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinois(e)	<input type="checkbox"/> Coréen(ne)
<input type="checkbox"/> Hawaïen(ne) d'origine	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Choisissez une réponse.

Genre attribué à la naissance (peut être trouvé sur votre acte de naissance)

☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre _____ ☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne pas y répondre

Genre actuel :

☐ Femme ☐ Homme ☐ Femme transgenre ☐ Homme transgenre ☐ Un terme différent _____
☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne pas y répondre

Orientation sexuelle :

☐ Bisexuel ☐ Lesbienne ou gay ☐ Hétéro (ni lesbienne ni gay) ☐ Un terme différent _____
☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne y pas répondre

Facultatif : (La fourniture de ces informations n'aura aucune incidence sur l'admissibilité.)

CONJOINT : cochez toutes les réponses qui s'appliquent

Si l'origine est hispanique/latino

☐ Mexicain(e) ☐ Mexicain(e)-Américain(e) ☐ Chicano/a ☐ Portoricain(e) ☐ Cubain(e) ☐ Autre _____

Ethnie

<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien(ne) d'Amérique ou natif d'Alaska	<input type="checkbox"/> Philippin(ne)	<input type="checkbox"/> Vietnamien(ne)
<input type="checkbox"/> Guamanien(ne) ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Noir(e) ou Afro-Américain(ne)	<input type="checkbox"/> Indien(ne) asiatique	<input type="checkbox"/> Japonais(e)
<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinois(e)	<input type="checkbox"/> Coréen(ne)
<input type="checkbox"/> Hawaïen(ne) d'origine	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique	<input type="checkbox"/> Autre _____	

Choisissez une réponse.

Genre attribué à la naissance (peut être trouvé sur votre acte de naissance)

☐ Femme ☐ Homme ☐ Autre _____ ☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne pas y répondre

Genre actuel :

☐ Femme ☐ Homme ☐ Femme transgenre ☐ Homme transgenre ☐ Un terme différent _____
☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne pas y répondre

Orientation sexuelle :

☐ Bisexuel ☐ Lesbienne ou gay ☐ Hétéro (ni lesbienne ni gay) ☐ Un terme différent _____
☐ Pas sûr ☐ Je préfère ne y pas répondre