

Informations sur la couverture Medicare

Couverture Medicare	Bénéficiaire	Recevant des allocations ?	Numéro Medicare
Medicare Partie A	Moi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Conjoint	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Medicare Partie B	Moi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Conjoint	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Medicare Partie C	Moi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Conjoint	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
Medicare Partie D	Moi	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Conjoint	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	
	Autre	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Ne sais pas <input type="checkbox"/>	

Autres informations d'assurance

Type d'assurance	Nom de la compagnie d'assurance	Bénéficiaire	Numéro de demande/contrat

Revenus

Veillez indiquer ci-dessous les revenus de chaque personne figurant sur le formulaire de demande. Indiquez le montant des revenus avant déductions (telles que l'impôt ou l'assurance). Les revenus comprennent, mais ne sont pas limités à ce qui suit :

- Allocations Sécurité Sociale
- Revenus Sécurité Supplémentaires (SSI)
- Allocations chemin de fer
- Allocations anciens militaires
- Assistance publique
- Assurance chômage
- Assurance du travail
- Pensions/Retraite
- Pension alimentaire
- Salaire
- Emploi indépendant
- Commissions
- Dividendes et intérêts
- Loyers

Nom	Employeur ou Source de revenus	Montant avant déductions	Fréquence des paiements

Actifs

Indiquez ci-dessous la liste des biens détenus par chacune des personnes que vous avez incluse sur ce formulaire. Indiquez le type d'actif, le propriétaire de cet actif et spécifiez si l'actif fait l'objet d'une possession exclusive ou en indivision. Les actifs comprennent, sans se limiter aux exemples figurant ci-dessous.

- Espèces
- Compte courant
- Compte d'épargne
- Comptes marché financiers
- Fonds mutuels
- Obligations d'épargne
- Valeurs mobilières
- Certificats de dépôt (CD)
- Comptes exclusifs de retraite (IRA)
- Bien immobiliers (sauf résidence principale)

Type d'actif	Nom du/des propriétaire(s)	Possession	Valeur actuelle
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$

Est-ce que vous ou votre conjoint possédez des véhicules (automobile, camion, bateau, auto-caravane, motocyclette, camping-car et/ou une remorque) ? Si oui, veuillez l'indiquer ci-dessous :

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

Est-ce que vous ou votre conjoint possédez une police d'assurance-vie avec une valeur au comptant ? Si oui, veuillez le spécifier ci-dessous :

Propriétaire du contrat	Nom de la compagnie d'assurance/numéro de contrat	Personne(s) assurées	Valeur nominale	Valeur au comptant
			\$	\$
			\$	\$

Lire attentivement avant de signer

Je déclare avoir compris que :

- Je dois informer le Bureau Medicaid dans les plus brefs délais, par écrit ou par téléphone, tout changement s'étant produit dans ma situation. Les rapports tardifs peuvent entraîner le versement d'allocations dont le montant serait incorrect.
- Ma situation peut être vérifiée par le Bureau Medicaid ou par d'autres Agences de l'État ou par des Agences fédérales.
- Je dois fournir des preuves de mon éligibilité pour obtenir une assistance. Le Bureau Medicaid peut m'aider à obtenir des preuves ou à contacter d'autres personnes ou agences dans ce même but.
- En requérant et en recevant des allocations pour mes soins de santé, je renonce par là même au profit de l'État à tous droits à une assistance médicale ainsi que à tous paiements effectués par des tiers pour mes soins de santé.

Déclaration et signatures

J'ai lu et j'ai compris les informations contenues dans ce formulaire. Je déclare, sous peine de parjure, que les informations fournies dans ce formulaire sont vraies, exactes et complètes.

Signature du Demandeur		Date
Signature du Conjoint (si nécessaire)		Date
Signature de la personne aidant le Demandeur	Organisation	Date