



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

Comment nous contacter

En ligne : <https://healthyrhode.ri.gov>

Pour toute question relative à une couverture santé abordable, appelez HealthSource RI au 1-855-840-4774

Pour toute question relative à une couverture santé ou à des programmes de services sociaux abordables, appelez le Département des services sociaux au 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347)

AVIS DE RECERTIFICATION/RENOUVELLEMENT

Action nécessaire : Passez en revue les informations que nous détenons à votre sujet

Pourquoi cet avis vous a-t-il été envoyé ?

Il est temps pour nous d'examiner votre admissibilité aux programmes suivants. Si votre nom figure dans la case suivante, veuillez compléter, signer et renvoyer ce formulaire accompagné des preuves demandées, faute de quoi vos prestations pourraient prendre fin.

Chaque année, nous devons réexaminer votre dossier pour déterminer si vous avez toujours droit à Medicaid. Nous décidons si vous remplissez toujours les conditions requises sur la base des informations que vous nous fournissez. Nous vérifions ensuite ces informations à l'aide d'outils de vérification électroniques. Nous n'avons pas pu déterminer si vous ou un membre de votre foyer avez encore droit à Medicaid sur la base des informations que vous nous avez fournies. Afin de maintenir votre admissibilité à Medicaid et de ne pas perdre votre couverture, veuillez lire attentivement ce formulaire et indiquer les informations concernant le bénéficiaire qui ont été modifiées. Veuillez à signer et à renvoyer le formulaire de renouvellement dans son intégralité.

Nom du programme	Nom	Date de fin prévue de la prestation actuelle
Medicaid	MEDICAID RECIPIENT	05/31/2023

Pour éviter toute interruption des prestations, **renvoyez ce formulaire de renouvellement dans un délai de 30 jours à compter de la date du présent avis** afin de tenir compte du délai de traitement. Chaque programme peut avoir des procédures de renouvellement différentes. Veuillez lire les informations ci-dessous pour savoir comment renouveler votre admissibilité à chaque programme.

Si vous avez des questions ou si vous avez besoin d'aide pour remplir ce formulaire, veuillez appeler le 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).

Comment procéder au renouvellement ?

MEDICAID:

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Si nous vous avons indiqué que votre **couverture Medicaid va prendre fin**, cela signifie que nous avons besoin de certaines informations de votre part pour décider si vous êtes toujours admissible ou non. Les informations dont nous avons besoin sont mentionnées dans l'avis ci-dessous.

- **Courrier** : Si vous choisissez de répondre par courrier, veuillez indiquer les informations qui ont changé dans la colonne « Informations mises à jour » du présent avis. SI AUCUNE INFORMATION N'EST RENSEIGNÉE ET QUE VOUS RENVOYEZ CE FORMULAIRE, REMPLISSEZ LES CASES « INFORMATIONS ACTUELLES ». Veuillez à signer et à dater le formulaire. Le formulaire peut être envoyé par courrier à l'adresse figurant en tête du présent avis.
- **Dépôt dans un bureau du DHS** : Si vous choisissez de déposer le formulaire dans un bureau du DHS, veuillez suivre les instructions « Courrier » ci-dessus. Pour connaître l'adresse des bureaux, consultez www.dhs.ri.gov ou appelez le 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- **En ligne** : Vous pouvez également accéder à votre compte d'utilisateur sur <https://healthyrhode.ri.gov> et effectuer les modifications.

Quels changements dois-je signaler ?

- **Revenus** : Nous devons être informés de tout changement dans les revenus du (de la) bénéficiaire, de son (sa) conjoint(e) et des personnes à sa charge qui sont pris en compte pour déterminer le montant qui doit être versé chaque mois pour couvrir le coût des soins.
- **Ressources** : Nous devons également savoir si les ressources du (de la) bénéficiaire ont augmenté et si les ressources qu'il (elle) possède en propre ou en commun ont été vendues ou transférées à quelqu'un d'autre.
- **Adresse et conditions de vie** : Faites-nous savoir si le (la) bénéficiaire a déménagé ou changé d'adresse, s'il ou elle est entré dans une résidence avec assistance, un établissement de soins ou un foyer collectif, s'il ou elle l'a quittée, ou s'il ou elle vit dans un nouveau logement partagé ou dans un logement différent.
- **Situation de la famille et du ménage** : Nous devons savoir si des changements dans le ménage du (de la) bénéficiaire ont eu lieu, par exemple si le (la) conjoint(e) ou une personne à charge d'un(e) bénéficiaire est décédé(e), a divorcé, s'est marié(e) avec quelqu'un d'autre, a emménagé dans une maison, a quitté une maison, ou a vendu une maison qui N'EST PAS comptée comme une ressource.
- **Statut d'immigration** : Vous devez nous indiquer si le statut d'immigration d'un(e) bénéficiaire non citoyen(ne) ou d'un sponsor a changé depuis la date de la demande initiale ou du dernier renouvellement.

Comment mon programme Medicaid sera-t-il renouvelé ?

- Si des documents supplémentaires vous ont été demandés ou si vous avez signalé des changements, nous examinerons les informations que vous nous avez fournies et déciderons si vous pouvez bénéficier du renouvellement de votre couverture santé Medicaid. Nous vous enverrons une autre lettre pour vous informer de notre décision ou si nous avons besoin d'informations supplémentaires avant la date de renouvellement.

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section des commentaires du client de ce formulaire de renouvellement.

Si vous souhaitez vous inscrire à d'autres programmes, vous devez remplir une nouvelle demande d'aide (DHS-2) ou déposer une demande en ligne sur le site healthyrhode.ri.gov. Veuillez nous contacter au numéro de téléphone indiqué ci-dessus pour demander une nouvelle demande ou consultez www.dhs.ri.gov pour en imprimer une.

Informations actuelles sur le compte

Veuillez vérifier les informations ci-dessous. Si les informations ont changé, veuillez les mettre à jour dans la colonne « Informations mises à jour » à droite.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Coordonnées du (de la) demandeur(-euse) principal(e)

Les coordonnées du (de la) demandeur(-euse) principal(e) sont-elles toujours correctes ? Oui Non – Veuillez fournir les informations mises à jour ci-dessous.

	Informations actuelles	Informations mises à jour
Adresse du domicile	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Adresse postale (si différente de l'adresse du domicile)	123 MAIN ST CITY, RI 12345	
Numéro de téléphone	123-456-7890	
Numéro de téléphone auquel le DHS peut vous appeler pour l'entretien prévu (le cas échéant)		
Adresse électronique		
Langue parlée préférée	English	
Langue écrite préférée	English	

Avez-vous besoin d'un(e) interprète ? Oui Non
Si nécessaire, des services d'interprétation sont fournis gratuitement.

Membres actuels du ménage

Les personnes énumérées ci-dessous vivent-elles encore dans votre ménage ? Oui Non – Si non, veuillez indiquer la date de départ de la (des) personne(s).

Nom	Date de naissance	Lien de parenté avec le (la) demandeur(-euse) principal(e)	Programme(s) renouvelé(s)	Achetez-vous et préparez-vous les repas ensemble ?	Date à laquelle la personne a quitté le domicile*
MEDICAID RECIPIENT	DD/MM/YYYY	Self	Medicaid	NA	

*Exemples de départ du domicile : nouvelle résidence, prison, hôpital, dortoir, établissement de soins, programme résidentiel, vie assistée, foyer collectif, vie partagée.

Nouveaux membres du ménage

Veuillez remplir le tableau ci-dessous pour ajouter les noms des personnes qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus, y compris les personnes qui ont emménagé chez vous.

Si vous avez besoin de plus d'espace, veuillez utiliser la section des commentaires du client de ce formulaire de renouvellement.

Si l'une des personnes ayant emménagé chez vous dépose une demande de prestations, veuillez cocher les cases correspondantes dans la colonne de droite.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Nom du nouveau membre du ménage	Date de naissance	Numéro de sécurité sociale <i>(répondre uniquement si une demande de prestations est déposée)</i>	Citoyen(ne) américain(e) ? <i>(répondre uniquement si une demande de prestations est déposée)</i>	Lien de parenté avec le (la) demandeur(-euse) principal(e)	Prestations demandées
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA
	____/____/____	____-____-____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		<input type="checkbox"/> SNAP <input type="checkbox"/> RIW <input type="checkbox"/> Medicaid <input type="checkbox"/> CCAP <input type="checkbox"/> GPA

Une personne de votre ménage est-elle aveugle, handicapée, enceinte, ou vit-elle dans une institution ou une résidence communautaire ?

Oui – Veuillez fournir les informations ci-dessous Non

Nom	Cette personne a-t-elle été reconnue comme aveugle ou handicapée par un organisme gouvernemental ?	Cette personne est-elle enceinte ?	La personne vit-elle actuellement dans une institution ou une résidence communautaire ? Veuillez préciser*
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, _____ <input type="checkbox"/> Non
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui, _____ <input type="checkbox"/> Non

*Institution (veuillez préciser : hôpital, centre de soins, programme résidentiel, prison) ;

*Résidence communautaire (veuillez préciser : résidence avec assistance, foyer collectif, vie partagée).

Revenu du travail

Vous trouverez ci-dessous les informations dont nous disposons sur les personnes de votre ménage qui perçoivent des revenus du travail. **Veuillez joindre une preuve de revenu pour les 30 derniers jours, même si aucun changement n'a eu lieu** (non requis pour Medicaid).

Les informations ci-dessous sont-elles correctes ? Oui Non

Si ce n'est pas le cas, veuillez fournir les informations correctes et toute nouvelle information sur les revenus dans les lignes vides du tableau ci-dessous.

Veuillez noter que tous les revenus que vous avez déclarés pourraient ne pas être pris en compte pour le renouvellement.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Veillez inclure les revenus de tout travail indépendant, tels que l'argent perçu d'un commerce ou de garde d'enfants ne vivant pas dans le ménage, ou les revenus d'un bien locatif détenu ou géré par un bénéficiaire au sein du ménage.

Nom	Situation professionnelle	Nom et adresse de l'employeur	Revenu mensuel total*

*Revenu mensuel total : revenu avant toute déduction

Revenus d'autres sources

Vous trouverez ci-dessous les informations dont nous disposons sur les revenus « non gagnés ». **Veillez joindre une preuve de revenu pour les 30 derniers jours même si aucun changement n'a eu lieu** (non requis pour Medicaid).

Cette section examine les revenus provenant de sources autres que le travail, telles que la sécurité sociale, les prestations de retraite, d'invalidité ou de survie (Retirement, Survivors, and Disability Insurance, RSDI), les prestations pour anciens combattants, y compris les pensions et les paiements d'aide et d'assistance (Aid & Attendance), les allocations de chômage, les revenus de biens locatifs ou de baux, le revenu de sécurité supplémentaire (Supplemental Security Income, SSI), l'assurance invalidité temporaire (Temporary Disability Insurance, TDI), l'indemnisation des accidents du travail (Worker's Compensation), les intérêts/dividendes sur les comptes financiers, les subventions à l'adoption, l'allocation militaire/de personne à charge, et les pensions alimentaires.

Les informations ci-dessous sont-elles correctes ? Oui Non

Si ce n'est pas le cas, veuillez fournir les informations correctes et toute nouvelle information sur les revenus dans les lignes vides du tableau ci-dessous.

Veillez noter que tous les revenus que vous avez déclarés pourraient ne pas être pris en compte pour le renouvellement.

Nom	Type de revenu	Montant	Fréquence

Les revenus indiqués dans les sections Revenus du travail et Revenus d'autres sources de cet avis ont une incidence sur vos prestations Medicaid dont la date de renouvellement s'approche. Ce sont les seuls types de revenus pour lesquels nous avons besoin d'informations à jour. Veuillez indiquer toute nouvelle source de revenus dans l'espace prévu à cet effet.

Horaire de la garde d'enfants

Si vous bénéficiez de services de garde d'enfants, veuillez remplir les cases ci-dessous en indiquant votre horaire de travail et votre besoin de ces services actuellement.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Raison du besoin (cocher toutes les cases correspondantes)	<input type="checkbox"/> Travail <input type="checkbox"/> Besoins particuliers en raison de l'état de santé de l'enfant ou du parent			
	<input type="checkbox"/> Diplôme de l'école secondaire/formation générale <input type="checkbox"/> Formation à court terme <input type="checkbox"/> Collège			
	Parent 1 (nom) :		Parent 2 (nom) :	
Jour	Heure de début	Heure de fin	Heure de début	Heure de fin
Lundi				
Mardi				
Mercredi				
Jeudi				
Vendredi				
Samedi				
Dimanche				
Si votre horaire varie, veuillez expliquer comment (vous pouvez envoyer des documents supplémentaires pour permettre de le vérifier).				

Fréquentation scolaire et statut d'étudiant

Vous trouverez ci-dessous les informations dont nous disposons sur les personnes de votre ménage qui fréquentent l'école. Les informations ci-dessous sont-elles correctes ? Oui Non

Si ce n'est pas le cas, veuillez fournir les informations correctes et toute nouvelle information dans les lignes vides du tableau ci-dessous.

Nom	Âge	Nom de l'école	Vous suivez des cours à mi-temps ou plus ? Oui/Non	Niveau d'études le plus élevé	Vous bénéficiez du programme d'aide financière Work-Study ? Oui/Non	Type d'école (primaire/ secondaire, université, école professionnelle)
MEDICAID RECIPIENT	99	UNKNOWN	No	NA	NA	NA

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Accès à une autre assurance maladie

Nom	Nom du (de la) souscripteur(-trice) ?	Nom du régime	Statut de l'inscription	Numéros d'identification de la demande de remboursement, du contrat, du groupe ou du membre	Nom et adresse de la compagnie d'assurance

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



**Votre consentement au partage des données pour les décisions d'admissibilité relatives
à MEDICAID et à la COUVERTURE SANTÉ UNIQUEMENT**

Nous pouvons mieux vous aider si nous sommes en mesure de travailler avec d'autres agences et professionnels qui vous connaissent, vous et votre famille. En cochant la case « I Agree » (J'accepte), vous nous autorisez à obtenir, à utiliser et à partager des informations confidentielles vous concernant provenant de diverses sources, y compris le Département du travail et de la formation du Rhode Island (R.I. Department of Labor and Training, DLT), le Département des services sociaux du Rhode Island (R.I. Department of Human Services, DHS), le Bureau exécutif de la santé et des services sociaux du Rhode Island (R.I. Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), le Département de la santé du Rhode Island (R.I. Department of Health), le Département des services pénitentiaires du Rhode Island (R.I. Department of Corrections, RIDOC), et Experian au nom des Centres de services Medicaid et Medicare (Centers for Medicaid and Medicare Services, CMS) et de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA).

Nous ne vous refuserons aucune prestation ni aucun accès aux programmes auxquels vous avez droit simplement parce que vous ne nous donnez pas l'autorisation d'obtenir, d'utiliser et de partager des informations confidentielles. Toutefois, votre consentement est nécessaire pour déterminer ou renouveler votre admissibilité en utilisant des sources de données électroniques pour d'autres programmes tels que l'assurance maladie d'entreprise par l'intermédiaire de HealthSource RI.

Vous pouvez rechercher et acheter une couverture d'assurance maladie sans accepter ce consentement en appelant notre centre de contact au 1-855-840-HSRI (4774), mais si vous souhaitez savoir si vous avez droit à une aide financière pour l'achat d'une couverture d'assurance maladie ou si vous avez droit à Medicaid, vous devrez accepter ce consentement.

Le partage et l'utilisation des informations que vous autorisez en cochant la case « I Agree » (J'accepte) seront effectués dans le respect de toutes les lois et réglementations fédérales et étatiques pertinentes envers la protection de votre vie privée, notamment : la loi de 1996 sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) (Pub. L. 104-191) ; la loi sur la confidentialité des communications et des informations relatives aux soins de santé du Rhode Island (R.I. Confidentiality of Health Care Communications and Information (R.I.G.L.) 5-37.3-1 et suivants) ; R.I.G.L. 28-32-5, 28-36-12, 28-42-38, 28-39-19, 28-39-22, 40.1-5-26, 23-3-23, 42-12-22, 40-6-12, et toutes les autres lois et réglementations applicables. Les informations seront partagées par transfert de données informatiques.

En cochant la première case ci-dessous, je consens à l'obtention et à l'utilisation d'informations confidentielles me concernant afin de permettre la détermination de mon admissibilité initiale et continue à l'inscription à une couverture d'assurance maladie financée par l'État ou à d'autres programmes financés par l'État et administrés par le biais de ce site qui planifient, fournissent et coordonnent les prestations et les paiements.

- Je consens à ce que les données soient partagées pour les décisions d'admissibilité.
- Je ne donne pas mon consentement et je comprends que mon admissibilité à d'autres programmes pourrait être affectée par cette décision.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



AVIS DE PÉNALITÉ

Ma signature ci-dessous indique que j'ai lu ou que l'on m'a lu les droits et responsabilités joints à ce formulaire. Sous peine de parjure, j'atteste que toutes les réponses que j'ai données dans le présent formulaire de renouvellement sont, à ma connaissance, correctes et complètes, y compris les informations relatives à la citoyenneté et au statut d'immigration, et à l'identité des enfants mineurs mentionnés dans le présent formulaire. Je comprends que j'enfreins la loi si je communique délibérément des informations erronées, et que je peux être puni(e) en vertu de la loi fédérale, de la loi de l'État, ou des deux.

Signature du (de la) demandeur(-euse) ou du (de la) bénéficiaire	Date	Signature du (de la) représentant(e) autorisé(e)	Date
Signature du (de la) conjoint(e) ou de l'autre parent de l'enfant	Date	Signature de la personne qui vous aide à remplir ce formulaire	Date
Signature du (de la) tuteur(-trice), de l'administrateur(-trice) ou du (de la) mandataire	Date	Signature du (de la) représentant(e) de l'agence (à l'usage interne uniquement)	Date

Demande d'inscription sur les listes électorales de l'État du Rhode Island

Si vous n'êtes pas inscrit(e) sur les listes électorales à votre adresse actuelle, souhaitez-vous vous inscrire ?

Oui Non

REMARQUE : si vous ne cochez aucune case, vous serez considéré(e) comme ayant décidé de ne pas vous inscrire sur les listes électorales à ce stade.

Le fait de demander ou de refuser de s'inscrire sur les listes électorales n'aura aucune incidence sur l'aide que vous recevrez de la part de ce département. Si vous souhaitez obtenir de l'aide pour remplir le formulaire d'inscription sur les listes électorales, nous pouvons vous le fournir. La décision de demander ou d'accepter de l'aide vous appartient. Vous pouvez remplir le formulaire d'inscription 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 vous inscrivez ou demandez à vous inscrire sur les listes électorales, ou à votre droit de choisir votre propre parti politique ou autres préférences politiques, vous pouvez déposer une plainte auprès du (de la) coordinateur(-trice) de l'inscription des électeurs au 50 Branch Avenue, Providence, RI, 02904 ou appeler le (401) 222-2345.



Numéro de compte : 775301588

Le tableau ci-dessous vous donne quelques exemples des documents que vous devrez joindre à ce formulaire de renouvellement. Renvoyez le présent formulaire de renouvellement dûment rempli même si vous n'avez pas tous les documents demandés. Si vous avez besoin d'aide pour obtenir les documents demandés, vous pouvez contacter le DHS au numéro de téléphone indiqué à la page 1 du présent formulaire.

Vous pouvez également soumettre vos documents par le biais de l'application mobile HealthyRhode, que vous pouvez télécharger sur votre smartphone.

Revenu du travail	Bulletins de paie ou relevé sur papier à en-tête de l'employeur indiquant le revenu avant impôts, les dates de paie, l'horaire de travail et le nombre d'heures travaillées au cours des quatre dernières semaines
Nouvelle adresse et frais d'hébergement	Quittance de loyer, dossier de paiements hypothécaires, contrat de location, attestation du Département du logement et du développement urbain (Department of Housing and Urban Development, HUD), attestation de la personne qui partage les frais d'hébergement, factures de services publics, attestation de compagnie de service public, attestation du propriétaire indiquant l'adresse et le montant payé
Pension alimentaire à votre charge	Si votre obligation de verser une pension alimentaire a changé, fournissez une copie de l'ordonnance du tribunal.
Revenus non professionnels	Copie la plus récente du chèque ou de la lettre d'attribution de la Sécurité sociale, preuve de chômage, d'indemnisation d'accident du travail, de pension, de pension alimentaire, de prestation compensatoire, d'assurance invalidité temporaire (Temporary Disability Insurance, TDI)
Frais pour personne à charge	Reçu indiquant vos frais de garde d'enfants, ou de soins à un membre handicapé ou âgé du ménage
Ressources/véhicules	Relevés de comptes bancaires (épargne, courant, relevés de caisses de crédit ou certificats de dépôt (certificate of deposit, CD) ; actions ou obligations ; document attestant de la propriété d'une fiducie ; preuve de propriété de biens immobiliers autres que votre domicile ; preuve de biens immobiliers mis en location ; immatriculation de véhicules (voiture, bateau, camion, moto, camping-car) ; preuve de l'existence d'autres biens générateurs de revenus ; preuve de propriété de concessions funéraires (si vous en possédez plus d'une)

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



COMMENTAIRES DU (DE LA) CLIENT(E) (peut également fournir des informations supplémentaires)

Empty comment box for client feedback.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>





RHODE ISLAND VOTER REGISTRATION FORM

Please print clearly in ink. All information is required unless marked optional.

YOU MAY USE THIS FORM TO:

- Register to vote in Rhode Island.
- Change your name and/or address on your registration.
- Choose a political party or change parties.

TO REGISTER TO VOTE IN RI YOU MUST BE:

- A legal resident of Rhode Island.
- A citizen of the United States.
- At least 16 years of age.
(You must be at least 18 years of age to vote on Election Day.)

INSTRUCTIONS

Box 2: REQUIRED. Rhode Island citizens who are at least 16 years of age may pre-register to vote using this form. If you fail to check either of these boxes, this form will be returned to you. If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.

Box 3: If you are registering to vote for the first time in Rhode Island by mail or if someone else turns this form in for you, it is **REQUIRED** that you provide your driver's license number or state ID number issued by the RI Department of Motor Vehicles (DMV). If you do not have either, you must provide the last 4 digits of your Social Security Number. If you do not provide the above information or it cannot be verified, you will be required to provide identification to an election official before voting. Acceptable forms of identification are on the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side of this form).

Box 5: A person may have only one legal residence. You must register from your legal residence. A post office box or rural route may only be used as a "Mailing Address" in Box 6.

Box 9: If you want to affiliate to vote, choose a party. If you leave Box 9 blank, you will be listed as unaffiliated.

Box 10: You must SIGN and DATE the registration form. If you fail to sign and date the form, it will be returned to you.

Box 11: If you are updating your voter registration because you legally changed your name, enter your previous legal name.

Box 12: If you are updating your voter registration because of an address change, enter your previous address, **even if out-of-state**.

You will receive an acknowledgement receipt of this voter registration form within 3 weeks. If you do not receive it, contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list). For questions and deadlines relating to this form, visit the Board of Elections website at <http://www.elections.ri.gov> or contact your local Board of Canvassers (see reverse side for list).

(This form may be reproduced)

1. Check Boxes that Apply: <input type="checkbox"/> New Voter Registration <input type="checkbox"/> Address Change <input type="checkbox"/> Party Change <input type="checkbox"/> Name Change				
2. I am a U.S. Citizen and resident of Rhode Island. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No I am at least 16 years of age. (You must be at least 18 years of age to vote.) <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <small>If you checked NO to either of these statements, do not complete this form.</small>		3. RI driver's license or ID Number: <input style="width: 150px;" type="text"/> If you do not have a RI driver's license or ID, enter last 4 digits of your social security number: <input style="width: 80px;" type="text"/> <small>If you do not enter either number, see instructions for Box 3.</small>		
4. Last Name <input style="width: 150px;" type="text"/> Suffix (if any) <input style="width: 50px;" type="text"/>		First Name <input style="width: 150px;" type="text"/>		Middle Name (or initial) <input style="width: 100px;" type="text"/>
5. Home Address (Do not enter a post office box) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 30px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/> RI
6. Mailing Address (If different from Box 5) <input style="width: 150px;" type="text"/>		Apt. <input style="width: 30px;" type="text"/>	City/Town <input style="width: 100px;" type="text"/>	State <input style="width: 30px;" type="text"/> ZIP Code <input style="width: 50px;" type="text"/>
7. Date of Birth (mm/dd/yyyy) <input style="width: 100px;" type="text"/> <small>Month Day Year</small>		8. Phone No./ E-mail Address (optional) <input style="width: 150px;" type="text"/>		9. Party Affiliation: <input type="checkbox"/> Democrat <input type="checkbox"/> Moderate <input type="checkbox"/> Republican <input type="checkbox"/> Unaffiliated <input type="checkbox"/> Other <input style="width: 50px;" type="text"/>
10. I swear or affirm that: - I am not incarcerated in a correctional facility upon a felony conviction. - I am not presently judged "mentally incompetent" to vote by a court of law. - The information I have provided is true to the best of my knowledge under penalty of perjury. If I have provided false information, I may be fined, imprisoned, or (if not a U.S. citizen) deported from or refused entry into the United States.				<i>Official Use For Barcode</i> <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
PLEASE SIGN FULL NAME OR PLACE MARK BELOW <input style="width: 400px; height: 30px;" type="text"/>				Are you interested in working at the polls? (check box below) <input type="checkbox"/>
Date: <input style="width: 80px;" type="text"/> (mm/dd/yyyy) Signed		Warning: If you sign this form and know it to be false, you can be convicted and fined up to \$5,000 or jailed up to 10 years.		
11. PREVIOUS NAME (if different from Box 4) <input style="width: 150px;" type="text"/>		12. PREVIOUS ADDRESS OF REGISTRATION (City/Town, State, ZIP & County) <input style="width: 150px;" type="text"/>		
02/2012 Regs Form Revised 12/2012				

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Return Address



Postage
Required Post
Office will not
deliver
without proper
postage.

Mail To: **BOARD OF CANVASSERS**

*****FOLD HERE & TAPE AT TOP*****

INSTRUCTIONS FOR MAILING THE VOTER REGISTRATION FORM

An applicant who chooses to mail his/her voter registration form shall do so in the following manner:

1. Fold the form at the dotted line and tape the bottom to the top of the form.
2. From the list below, locate the address of the board of canvassers in the city or town in which you are registering to vote and insert that address in the appropriate space beneath "Mail To: BOARD OF CANVASSERS" on the addressed side of the voter registration form. Insert your return address in the space provided.

NOTICE: It is against the law for anyone to interfere with your privacy in registering to vote or in choosing a political party. If you believe someone has interfered with your right to register or not register, or with your privacy in making this decision, or in choosing a political party, you may file a complaint with the State Board of Elections, 50 Branch Avenue, Providence, Rhode Island 02904.

LOCAL BOARDS OF CANVASSERS

Barrington Town Hall, 283 County Rd., Barrington, RI 02806	Exeter Town Hall, 675 Ten Rod Rd., Exeter, RI 02822	New Shoreham Town Hall, PO Drawer, 220 Block Island, RI 02807	Smithfield Town Hall, 64 Farnum Pike, Smithfield, RI 02917
Bristol Town Hall, 10 Court St., Bristol, RI 02809	Foster Town Hall, 181 Howard Hill Rd., Foster, RI 02825	Newport City Hall, 43 Broadway, Newport, RI 02840	S. Kingstown Town Hall, 180 High St., Wakefield, RI 02879
Burrillville Town Hall, 105 Harrisville Main St., Harrisville, RI 02830	Glocester Town Hall 1145 Putnam Pike PO Drawer B, Glocester, RI 02814	N. Kingstown Town Hall, 80 Boston Neck Rd., North Kingstown, RI 02852	Tiverton Town Hall, 343 Highland Rd., Tiverton, RI 02878
Central Falls City Hall, 580 Broad St., Central Falls, RI 02863	Hopkinton Town Hall, 1 Town House Rd., Hopkinton, RI 02833	North Providence Town Hall, 2000 Smith St., North Providence, RI 02911	Warren Town Hall, 514 Main St., Warren, RI 02885
Charlestown Town Hall, 4540 S. County Trail, Charlestown, RI 02813	Jamestown Town Hall, 93 Narragansett Ave., Jamestown, RI 02835	North Smithfield Municipal Annex, 575 Smithfield Rd., North Smithfield, RI 02896	Warwick City Hall, 3275 Post Rd., Warwick, RI 02886
Coventry Town Hall, 1670 Flat River Rd., Coventry, RI 02816	Johnston Town Hall, 1385 Hartford Ave., Johnston, RI 02919	Pawtucket City Hall, 137 Roosevelt Ave., Pawtucket, RI 02860	W. Greenwich Town Hall 280 Victory Highway, W. Greenwich, RI 02817
Cranston City Hall, 869 Park Ave., Cranston, RI 02910	Lincoln Town Hall, 100 Old River Rd., PO Box 100, Lincoln, RI 02865	Portsmouth Town Hall, 2200 East Main Rd., Portsmouth, RI 02871	West Warwick Town Hall, 1170 Main St., West Warwick, RI 02893
Cumberland Town Hall, 45 Broad St., Cumberland, RI 02864	Little Compton Town Hall, PO Box 226, Little Compton, RI 02837	Providence City Hall, 25 Dorrance St., Providence, RI 02903	Westerly Town Hall, 45 Broad St., Westerly, RI 02891
East Greenwich Town Hall, PO Box 111, East Greenwich, RI 02818	Middletown Town Hall, 350 East Main Rd., Middletown, RI 02842	Richmond Town Hall, 5 Richmond Townhouse Rd., Wyoming, RI 02898	Woonsocket City Hall, P.O. Box B, 169 Main St., Woonsocket, RI 02895
East Providence City Hall, 145 Taunton Ave., East Providence, RI 02914	Narragansett Town Hall, 25 Fifth Ave., Narragansett, RI 02882	Scituate Town Hall, PO Box 328, North Scituate, RI 02857	

Voter Registration Questions May Be Addressed To:

Rhode Island Board of Elections
50 Branch Avenue
Providence, RI 02904
elections@elections.ri.gov

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Exigences en matière de déclaration de changement

Vous devez déclarer tout changement suivant susceptible d'affecter l'admissibilité et l'inscription d'une personne de votre ménage dans un délai de 10 jours suivant la date du changement :

- adresse du domicile ;
- adresse postale ;
- revenus ;
- état civil ;
- personnes qui emménagent ou quittent votre domicile, ou qui font partie de votre unité de déclaration fiscale ;
- état de grossesse d'une personne du ménage ;
- incarcération ou statut institutionnel ;
- accès à une autre couverture d'assurance maladie, y compris l'admissibilité à Medicare ou l'accès à une assurance par le biais de votre emploi ou de l'emploi d'un membre de votre famille ;
- statut d'immigration ou de citoyenneté ;
- naissance, adoption, placement en vue d'une adoption, mariage, divorce ou décès ;
- statut de contribuable au titre de l'impôt fédéral sur le revenu ; ou
- nombre de personnes à charge déclarées dans la déclaration de revenus fédérale.

Vous avez DROIT à un traitement non discriminatoire. Conformément à la loi fédérale relative aux droits civils et aux réglementations et politiques sur les droits civils du Département de l'agriculture des États-Unis (United States Department of Agriculture, USDA), l'USDA, ses agences, ses bureaux et ses employés, ainsi que les institutions administrant les programmes USDA ou y participant, ne sont pas autorisés à exercer une quelconque forme de discrimination sur la base de la race, de la couleur, de la nationalité d'origine, de la religion, du sexe, de l'identité de genre (y compris l'expression du genre), de l'orientation sexuelle, du handicap, de l'âge, de l'état civil, de la situation familiale/parentale, du revenu provenant d'un programme d'aide publique, des convictions politiques, ni aucune mesure de représailles ou de rétorsion en raison d'une participation préalable à des activités en faveur des droits civiques, dans le cadre de programme ou activité organisé(e) ou financé(e) par l'USDA (toutes les bases ne s'appliquent pas à tous les programmes). Les délais des dépôts de recours et de plainte varient en fonction du programme et de l'incident.

Les personnes handicapées qui ont besoin d'un moyen de communication différent pour recevoir les informations relatives au programme (p. ex., braille, impression en gros caractères, cassette audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence responsable ou le centre de technologie et des ressources accessibles pour l'emploi d'aujourd'hui (Technology & Accessible Resources Give Employment Today, TARGET) de l'USDA au (202) 720 2600 (voix et téléscripteur) ou contacter l'USDA par le service de relais téléphonique fédéral (Federal Relay Service) au (800) 877-8339. De plus, certaines informations relatives aux programmes sont fournies dans des langues autres que l'anglais. Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, remplissez le formulaire de dépôt de plainte pour discrimination AD-3027 disponible en ligne à l'adresse <https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> et dans n'importe quel bureau de l'USDA, ou écrivez une lettre adressée à l'USDA en indiquant dans la lettre toutes les informations demandées dans le formulaire. Pour demander une copie du formulaire de plainte, appelez le (866) 632-9992. Envoyez votre courrier ou votre formulaire dûment rempli à l'USDA de l'une des manières suivantes :

(1) par courrier : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ; (2) par fax : (202) 690-7442 ; ou (3) par courrier électronique : program.intake@usda.gov. L'USDA est un prestataire, un employeur et un prêteur souscrivant au principe de l'égalité des chances.

Conformément au titre VI de la loi sur les droits civils de 1964 (Civil Rights Act of 1964) (42 U.S.C. 2000d et suiv.), à la section 504 de la loi sur la réhabilitation de 1973 (Rehabilitation Act of 1973), telle que modifiée (29 U.S.C. 794), à la loi sur les Américains handicapés de 1990 (Americans with Disabilities Act of 1990) (42 U.S.C. 12101 et suiv.), et au titre IX des amendements à l'éducation de 1972 (Education Amendments of 1972) (20 U.S.C. 1681 et suiv.), la loi sur l'alimentation et la nutrition de 2008 (Food and Nutrition Act of 2008, anciennement « Food Stamp Act »), la loi sur la discrimination fondée sur l'âge de 1975 (Age Discrimination Act of 1975), les réglementations en matière d'application du Département américain de la santé et des services sociaux (U.S. Department of Health and Human Services, HHS) (45 C.F.R. parties 80 et 84) et les réglementations en matière d'application du Département américain de l'éducation (U.S. Department of Education) (34 C.F.R. parties 104 et 106), et le service de l'alimentation et de la nutrition du Département américain de l'agriculture (U.S. Department of Agriculture, Food and Nutrition Services) (7 C.F.R. 272.6) ; le Bureau exécutif de la santé et des services sociaux (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) et le Département des services sociaux (Department of Human Services, DHS) n'exercent aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, la religion, les convictions politiques, l'âge ou le sexe dans le cadre de l'acceptation ou de la fourniture de services, de l'emploi ou du traitement, dans le contexte de ses activités de programmes d'éducation ou autres. En vertu d'autres dispositions de la loi applicable, ni l'EOHHS ni le DHS n'exerce de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, ou l'identité ou l'expression de genre. Pour de plus amples informations sur ces lois et réglementations de non-discrimination et sur les procédures de résolution des plaintes pour discrimination, veuillez contacter le DHS à l'adresse 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, (401) 462-2971. Pour passer un appel en utilisant le service de relais téléphonique du Rhode Island (Rhode Island Relay), composez le 7-1-1 ou appelez l'un de ces numéros verts : TTY : 1-800-745-5555, service vocal : 1-800-745-6575. L'agent de liaison des relations communautaires est le coordinateur de la mise en œuvre du titre VI, l'administrateur du Bureau des services de réadaptation (Office of Rehabilitation Services, ORS), ou son représentant est le coordinateur de la mise en œuvre du titre IX, de la section 504 et de l'ADA. Le (la) directeur(-trice) du DHS ou la personne qu'il (elle) a désignée est responsable du respect des droits civils pour tous les programmes de l'agence. Le secrétaire de l'EOHHS est responsable des questions de discrimination liées à Medicaid, et toute plainte de ce type lui sera transmise en conséquence.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



VOS DROITS

Informations sur votre couverture et vos droits :

Vous avez le DROIT de demander et, si vous êtes jugé(e) admissible, de recevoir des prestations financières, Medicaid ou du programme d'aide nutritionnelle supplémentaire (Supplemental Nutrition Assistance Program, SNAP) sur la base des politiques et des normes établies par les lois et les réglementations fédérales et étatiques.

Vous pourriez avoir le droit de faire appel et d'obtenir une audience administrative équitable si vous n'êtes pas d'accord avec nos décisions. Vous pouvez :

1. **Nous appeler pour discuter de la décision relative aux prestations.** Contactez-nous au numéro de téléphone figurant en haut de la première page du présent avis. Assurez-vous d'avoir cet avis et le numéro de dossier/ d'identification à portée de main lorsque vous appelez.
2. **Déposer un recours pour une audience administrative équitable.** Un recours est une demande formelle de réexamen de la décision lors d'une audience administrative. Veuillez poursuivre votre lecture pour prendre connaissance d'informations supplémentaires.

Qu'est-ce qu'une audience équitable ?

Une audience équitable vous permet d'expliquer à un agent administratif pourquoi vous n'êtes pas d'accord avec la décision de l'agence concernant votre admissibilité, vos prestations, ou les coûts que vous devez payer. Un représentant de l'agence est également présent à l'audience pour expliquer les raisons de la décision de l'agence. En vertu de la loi, l'agent administratif doit examiner les faits présentés par les deux parties de manière équitable et objective.

Délais d'introduction d'un appel et d'une demande d'audience équitable

Le tableau ci-dessous explique les délais d'introduction d'un appel pour chaque programme. Pour certains programmes, vos prestations ou services peuvent être maintenus jusqu'à ce qu'une décision d'audience soit prise si vous faites appel dans les délais indiqués dans le tableau. Si vous ne respectez pas ces délais, vous risquez de perdre votre droit de faire appel. Une fois que vous avez fait appel, nous fixons la date de l'audience et rendons une décision dans un délai de 90 jours, ou de 60 jours si l'audience concerne vos prestations SNAP. Une décision sera rendue sur tous les appels HealthSource RI dans les 90 jours suivant la date de réception de la demande d'appel, dans la mesure où cela est possible sur le plan administratif.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Programme	Vous devez faire appel :	Les prestations seront-elles maintenues si l'appel est introduit dans un délai de 10 jours suivant la notification (« Aid-Pending ») ?
Medicaid	30 jours après la date de notification, plus 5 jours pour le délai d'envoi par courrier	Oui, les prestations seront automatiquement maintenues, sauf avis contraire de votre part
SNAP	90 jours à compter de la date d'envoi de la notification	Oui, les prestations seront automatiquement maintenues, sauf avis contraire de votre part
CCAP	30 jours à compter de la date d'envoi de la notification	Les prestations pourraient être réduites jusqu'à ce qu'une décision d'audience soit prise.
GPA	10 jours à compter de la date d'envoi de la notification	Oui, mais la demande doit être faite par écrit
Assurance maladie d'entreprise	30 jours après la date de notification, plus 5 jours pour le délai d'envoi par courrier	Vous devez appeler HealthSource RI dans un délai de 30 jours suivant la notification pour bénéficier d'Aid-Pending.
Tous les autres programmes	30 jours à compter de la date d'envoi de la notification	Oui

Appels accélérés

Vous avez droit à un appel accéléré si vous avez un besoin immédiat de services de santé ou de prestations SNAP et que l'attente d'un appel standard pourrait sérieusement compromettre votre vie, votre santé ou votre capacité à atteindre, maintenir ou retrouver un niveau de fonctionnement maximal. Nous devons statuer sur les appels accélérés aussi rapidement que possible, compte tenu des circonstances. Si nous refusons votre demande pour un appel accéléré, nous devons vous en informer rapidement et nous devons traiter votre appel selon la procédure normale.

Droit au maintien des prestations dans l'attente de l'audience

Vous pourriez avoir le droit de bénéficier de vos prestations habituelles pendant que vous attendez votre audience (c'est ce qu'on appelle « Aid-Pending »). À l'exception des cas d'assurance maladie commerciale via HealthSource RI, si vous faites appel dans un délai de 10 jours, dans la plupart des cas, vous bénéficierez automatiquement d'Aid-Pending. Sauf preuve du contraire, pour Medicaid et HealthSource RI, nous supposons que vous avez reçu la notification 5 jours après la date indiquée sur la notification.

Si vous bénéficiez de Medicaid et que vous bénéficiez d'Aid-Pending, puis que vous perdez votre appel, l'État pourrait vous obliger à rembourser les frais qu'il a engagés pour vous couvrir pendant la période Aid-Pending. Pour HealthSource RI, Aid-Pending n'est disponible que si vous faites appel pour une réévaluation de l'admissibilité qui a eu lieu dans les 30 jours suivant la date à laquelle vous avez introduit votre appel et que la demande est faite par téléphone à HealthSource RI au 1-855-840-HSRI (4774). Si vous bénéficiez de crédits d'impôt pour vous aider à payer vos primes d'assurance et que vous bénéficiez d'Aid-Pending, puis que vous perdez votre appel, vous risquez de devoir payer un supplément d'impôt fédéral l'année suivante. Si vous payez des primes mensuelles, vous devez continuer à les payer pendant la période Aid-Pending.

Si vous bénéficiez de prestations SNAP, RIW ou GPA, que vous bénéficiez d'Aid-Pending, et que vous perdez votre appel, vous risquez de devoir rembourser les prestations qui vous ont été accordées, mais auxquelles vous n'avez pas eu droit pendant cette période.

Droit de se représenter et droit d'être représenté

Vous avez le droit de vous représenter vous-même à l'audience ou d'être représenté par toute personne de votre choix, y compris un avocat, un défenseur, un ami ou un parent.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Des conseils juridiques peuvent être obtenus auprès du Rhode Island Legal Services, Inc. au 274-2652 ou au 1-800-662-5034. Si vous choisissez de vous faire représenter par un avocat, celui-ci doit déposer un acte de comparution (Entry of Appearance) écrit auprès du bureau des audiences (Hearing Office) au plus tard à la date de l'audience. L'acte de comparution constitue une autorisation de divulgation d'informations confidentielles, permettant au représentant légal d'accéder au dossier de l'agence. Il est également nécessaire au bureau des audiences pour confirmer la représentation à des fins de suivi, d'examen, de demande de prorogation, etc.

L'admissibilité des autres membres du ménage pourrait être affectée

Notre décision d'appel pourrait entraîner des modifications de l'admissibilité d'un autre membre de votre ménage.

Accès à votre dossier

Vous avez le droit de consulter votre dossier, y compris toutes les preuves que l'État utilisera lors de votre audience. Pour consulter votre dossier, appelez-nous au 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347). Si vous faites appel concernant une mesure prise par HealthSource RI, vous pouvez demander une copie de votre dossier en appelant le numéro suivant : 1-855-840-HSRI (4774).

Résolution informelle

Il se peut que nous puissions régler votre problème rapidement sans audience. Veuillez appeler le 1-855-MYRIDHS (1-855-697-4347) afin que nous puissions examiner votre cas de manière informelle. Si vous faites appel d'une mesure prise par HealthSource RI, vous pouvez contacter HealthSource RI au 1-855-840-HSRI (4774) pour demander un examen informel de votre appel. Nous vous contacterons pour tenter de résoudre votre appel de manière informelle. Les efforts déployés pour résoudre votre problème de manière informelle n'auront pas d'incidence sur votre droit à une audience.

S'il s'agit de votre première demande de couverture Medicaid, vous devez demander une audience par écrit dans un délai de trente (30) jours. Pour tenir compte des délais d'expédition, le délai de 30 jours commence à courir le cinquième jour suivant la date figurant sur le présent avis. Vous devez donc faire votre demande de recours avant le 05/06/2023. Si vous bénéficiez déjà de Medicaid et que vous souhaitez conserver votre couverture jusqu'à ce qu'une décision d'audience soit prise, vous devez faire appel par écrit dans un délai de dix (10) jours. Là encore, pour tenir compte des délais d'expédition, le délai de 10 jours commence à courir le cinquième jour après la date figurant sur le présent avis.

Vous avez DROIT à la confidentialité. En vertu de la législation de l'État, toutes les agences administrant des programmes sont tenues par les lois et réglementations fédérales et étatiques d'utiliser les informations vous concernant et concernant les autres membres de votre ménage uniquement à des fins directement liées à l'administration des programmes et conformément aux normes de la loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) relatives à la confidentialité des informations de santé identifiables individuellement. Les restrictions imposées par la loi HIPAA nous empêchent de discuter des informations concernant votre santé ou celle d'un membre de votre ménage avec quiconque, y compris un représentant non autorisé, à moins que cette personne n'ait une procuration ou que vous n'ayez signé un formulaire de consentement autorisant la divulgation de ces informations. Cela inclut la divulgation d'informations relatives à la santé mentale, aux résultats de tests de dépistage du VIH, du SIDA et des MST, ou au traitement et aux services de toxicomanie.

L'EOHHS et le DHS ne divulguent pas d'informations vous concernant ou concernant d'autres membres de votre ménage sans votre consentement, sauf dans les cas prévus par les lois générales du Rhode Island, les réglementations énoncées dans le code administratif du DHS et les codes de règlement administratif de Medicaid. Toute personne reconnue coupable d'avoir enfreint les dispositions des lois générales du Rhode Island sera considérée comme coupable d'un délit. Les contrevenants sont passibles d'une amende maximale de deux cents dollars (\$200) ou d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à six (6) mois, ou des deux.

Vous avez le DROIT de demander des services de recouvrement forcé de pension alimentaire auprès du Bureau des services d'aide à l'enfance (Office of Child Support Services, OCSS). Pour obtenir un formulaire de demande de ces services, consultez <http://www.cse.ri.gov/> ou rendez-vous au bureau local des services d'aide à l'enfance au 77 Dorrance St., Providence, RI 02903.

Vous avez le DROIT de désigner un(e) représentant(e) autorisé(e). Un(e) représentant(e) autorisé(e) est une personne désignée par le chef de ménage ou le conjoint, ou tout autre membre responsable du ménage, pour agir au nom du ménage dans le cadre de la demande de prestations d'un programme ou de l'utilisation des prestations. Le (la) représentant(e) autorisé(e) pour les prestations peut ou non être la même personne que celle désignée comme représentant(e) autorisé(e) pour la procédure de demande ou pour satisfaire aux obligations de déclarations. La désignation du (de la) représentant(e) autorisé(e) doit être faite par écrit.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Si vous demandez à bénéficier d'une couverture santé Medicaid abordable, conformément aux exigences de l'EOHHS, le département doit :

- Vous accorder un délai de trente (30) jours pour nous fournir les informations nécessaires à l'examen de votre admissibilité. Si vous ne nous fournissez pas ces informations ou si vous demandez un délai supplémentaire, nous pouvons refuser, clore ou modifier votre couverture médicale.
- Vous informer, dans la plupart des cas, au moins dix (10) jours avant de mettre fin à votre couverture de soins de santé.
- Vous donner une décision écrite, dans la plupart des cas, dans un délai de trente (30) jours. La couverture des soins de santé et certains cas d'invalidité pourraient prendre de quarante-cinq (45) à quatre-vingt-dix (90) jours.
- Continuer à bénéficier de la couverture Medicaid du Rhode Island pendant que nous prenons une décision concernant votre admissibilité à un autre programme.

VOS RESPONSABILITÉS

Informations sur votre couverture et vos responsabilités :

Vous avez la RESPONSABILITÉ de fournir des informations exactes sur vos revenus, vos ressources et vos conditions de vie dans cette demande.

Vous avez la RESPONSABILITÉ de fournir un numéro de Sécurité sociale (ou la preuve que vous en avez demandé un) pour vous-même et les membres de votre ménage comme condition d'admissibilité. La collecte des informations figurant sur la demande, ainsi que des numéros de Sécurité sociale de tous les membres de votre ménage pour lesquels vous recevez une aide, est autorisée par la loi sur l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Act) de 2008 (anciennement « Food Stamp Act »), telle que modifiée, 7 U.S.C. 2011-2036, et par la loi fédérale (45 CFR 155.305 et 42 CFR 435.910). Ces informations seront utilisées pour déterminer si votre ménage est admissible ou continue d'être admissible aux programmes SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Le département vérifiera ces informations par comparaison informatique avec celles du Département du travail et de la formation (Department of Labor and Training, DLT), de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA), des autorités fiscales américaines (Internal Revenue Service, IRS), du Service de l'alimentation et de la nutrition (Food and Nutrition Service), et d'autres entités gouvernementales et non gouvernementales autorisées par la loi, la réglementation ou le contrat, et elles feront l'objet d'une vérification par des responsables gouvernementaux fédéraux, étatiques et locaux. Les informations sur les revenus et l'admissibilité obtenues auprès de ces agences seront utilisées pour s'assurer que votre ménage est admissible et reçoit le montant correct des prestations SNAP, GPA, de garde d'enfants, RIW, Medicaid, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Ces informations seront également utilisées pour contrôler le respect des réglementations du programme à des fins de gestion du programme, de prévention de la fraude, et de vérification des demandes de remboursement de soins de santé.

Ces informations pourront être communiquées aux agences fédérales ou étatiques pour examen officiel, ainsi qu'aux représentants des forces de l'ordre dans le cadre de l'arrestation de personnes en fuite pour éviter de se soumettre à la loi. Si votre ménage fait l'objet d'une réclamation, les informations indiquées sur votre demande, y compris tous les numéros de Sécurité sociale mentionnés, pourront être transmises aux agences fédérales et étatiques, ainsi qu'à toute agence de recouvrement de créances privées, dans le cadre d'une action de recouvrement de créances. La fourniture des informations demandées est volontaire. Toutefois, si le numéro de Sécurité sociale n'est pas fourni, les prestations seront refusées à toute personne qui en fait la demande. Tout numéro de Sécurité sociale fourni sera utilisé et divulgué de la même manière que les numéros de Sécurité sociale des membres admissibles du ménage.

Vous avez la RESPONSABILITÉ de coopérer pleinement avec le personnel fédéral et étatique qui effectue des contrôles de qualité.

Vous avez la RESPONSABILITÉ de coopérer avec le Bureau des services d'aide à l'enfance si vous bénéficiez du programme RI Works, de l'aide à la garde d'enfants ou de Medicaid. Vous devez contribuer à l'établissement, à la modification ou à l'exécution de la fourniture de pension alimentaire pour l'enfant ou les enfants dont vous avez la charge, et à l'établissement de la paternité (si nécessaire). Si vous pouvez démontrer que vous avez de bonnes raisons de penser que le fait de coopérer avec le Bureau des services d'aide à l'enfance vous expose, vous, vos enfants ou les enfants dont vous avez la charge, à un risque de préjudice de la part du parent non-gardien, vous pouvez invoquer un motif valable de non-coopération.



PROGRAMME RI WORKS, MEDICAID, AIDE POUR GARDE D'ENFANTS ET AIDE PUBLIQUE GÉNÉRALE

PRIVILÈGES ET CESSIONS

Conformément aux lois générales du Rhode Island, sections 40-6-9, 40-6-10 ou 40-8-15, sans qu'il soit nécessaire de signer un quelconque document :

a.) Concernant la pension alimentaire et l'établissement de la paternité

J'ai cédé au Département des services sociaux (Department of Human Services, DHS), agissant seul ou en tant qu'agent d'admissibilité du Bureau exécutif de la santé et des services sociaux (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS), tous les droits que je pourrais avoir en mon nom et au nom de mon ou mes enfants mineurs, à l'encontre de toute personne qui ne fournit pas de pension alimentaire, de soutien et de soins médicaux à moi-même et à mon ou mes enfants mineurs, pour lesquels l'aide est versée par l'une ou l'autre des agences, ou par les deux. À ce titre, le DHS est autorisé à intenter une action afin d'établir la paternité et/ou de percevoir une pension alimentaire pour moi-même ou pour mon ou mes enfants qui reçoivent ou ont reçu une aide du DHS ou de l'EOHHS. Si je cesse de bénéficier de l'aide financière ou de Medicaid, je dois informer le Bureau des services d'aide à l'enfance de tout changement ayant une incidence sur la pension alimentaire ou l'aide médicale, par exemple si mon enfant quitte mon domicile ou si mon adresse change.

b.) Concernant les montants recouvrables auprès d'un tiers

J'ai cédé tous les droits au DHS ou à l'EOHHS, en mon nom et au nom de toute personne que je suis légalement autorisé(e) à représenter, pour des montants recouvrables auprès d'un tiers équivalant au montant de l'aide financière et Medicaid fournie à la suite d'un accident, d'une blessure ou d'une maladie.

c.) Concernant les montants recouvrables au titre de l'indemnisation des accidents du travail

Le Département des services sociaux et le Bureau exécutif de la santé et des services sociaux pourraient placer un privilège sur toute indemnisation, ordonnance ou règlement en cours, auquel je pourrais avoir droit en vertu des dispositions de la loi sur l'indemnisation des accidents du travail du Rhode Island (Rhode Island Workers Compensation Act), chapitres 28-29 à 28-38 des lois générales du Rhode Island. Le but de ce privilège est de garantir le remboursement à l'État des paiements financiers et Medicaid qui m'ont été versés ou qui ont été versés en mon nom pour la période couverte par l'indemnisation, l'ordonnance ou le règlement de l'accident du travail.

d.) Concernant le privilège sur la succession d'un(e) bénéficiaire décédé(e) pour le remboursement de Medicaid

Conformément aux lois générales du Rhode Island 40-8-15, l'EOHHS peut placer un privilège sur la succession d'un(e) bénéficiaire de Medicaid qui était âgé(e) de cinquante-cinq (55) ans ou plus au moment du décès. Aux fins de la présente section, le terme « succession » relatif à une personne physique décédée comprend tous les biens immobiliers et personnels et autres actifs inclus ou pouvant être inclus dans la succession homologuée de la personne physique. La somme totale de Medicaid versée au nom d'un(e) bénéficiaire de Medicaid âgé(e) de cinquante-cinq (55) ans ou plus au moment de sa réception est une dette envers l'État et constitue un privilège sur la succession du (de la) bénéficiaire en faveur de l'EOHHS. Toutefois, le privilège est effectif et ne s'applique pas à la succession d'un(e) bénéficiaire qui a un(e) conjoint(e), un enfant âgé de moins de vingt et un (21) ans, ou un enfant aveugle ou atteint d'un handicap complet et permanent tel que défini au titre XVI (SSI) de la loi sur la Sécurité sociale (Social Security Act). Les terres tribales et certains biens appartenant aux Indiens d'Amérique et aux autochtones d'Alaska pourraient être exemptés du recouvrement.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Je comprends que ma demande autorise l'EOHHS et/ou le DHS à obtenir des prestataires de soins médicaux des informations pertinentes pour moi ou pour toute personne incluse dans ma demande tant que le dossier reste ouvert. Je comprends et j'accepte que l'EOHHS ou son agent d'admissibilité, le DHS, puisse contacter d'autres personnes ou organisations afin d'obtenir les preuves nécessaires de mon admissibilité et du niveau des prestations.

Je comprends également que l'EOHHS et le DHS peuvent utiliser ou partager les informations que j'ai fournies dans ma demande et dans mon compte privé dans le cadre de l'administration de tout programme pour lequel j'ai postulé ou qui pourrait me fournir des prestations conformément à la loi, au contrat et à la réglementation fédérale et étatiques. L'EOHHS et le DHS peuvent divulguer des informations non identifiables à des fins de recherche. Toute divulgation d'informations identifiables doit être effectuée conformément à la loi fédérale et étatique.

Medicaid : Résiliation par vous

Les membres suivants de votre ménage bénéficient d'une couverture Medicaid :

Nom
MEDICAID RECIPIENT

Vous pouvez mettre fin à la couverture santé Medicaid de tout membre de votre ménage en tout temps. Nous proposons plusieurs moyens de traiter votre demande de résiliation :

- Par téléphone : appelez le centre d'appel du Département des services sociaux (DHS) au 1-855-697-4347 (du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 8 h 30 à 15 h 00) ou HealthSource RI au 1-855-840-4774 (du lundi au vendredi, sauf jours fériés, de 8 h 00 à 18 h 00).
- En personne : rendez-vous dans un bureau du DHS ou déposez votre demande de résiliation dans l'une des boîtes de dépôt sécurisées situées dans les bureaux du DHS et les centres régionaux pour la famille. Pour connaître l'adresse des bureaux, consultez www.dhs.ri.gov ou appelez le 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- Par courrier : Vous pouvez également déposer votre demande par écrit au moins deux semaines avant la fin de la couverture et l'envoyer à l'adresse suivante : State of Rhode Island, P.O. Box 8709, Cranston, RI 02920-8787

♥ Medicaid : Résiliation par l'État

Les membres suivants de votre ménage bénéficient d'une couverture Medicaid :

Nom
MEDICAID RECIPIENT

Votre couverture, ou celle de tout membre de votre ménage bénéficiant de Medicaid, ne peut être annulée que dans les cas suivants :

- si vous ou un membre de votre ménage n'avez plus droit à une couverture abordable ;
- si votre couverture ou celle du membre de votre ménage prend fin en raison d'informations frauduleuses dans votre demande.

Si vous avez des besoins particuliers en matière de soins de santé

Vous et les membres de votre ménage pourriez prétendre à davantage de services dans le cadre de Medicaid si l'un des membres de votre ménage a des besoins particuliers en matière de soins de santé.

- Un membre de votre ménage est-il handicapé ?
- Un membre de votre ménage a-t-il besoin de soins dans un établissement de soins infirmiers ou d'autres services de soins de longue durée ?
- Un membre de votre ménage a-t-il des factures médicales élevées ou fréquentes ?

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



Numéro de compte : 775301588

Si c'est le cas, vérifiez s'il remplit les conditions requises en fonction de ses besoins en matière de soins de santé spéciaux. Appelez le (855) 712-9158 ou consultez www.HealthSourceRI.com pour des informations supplémentaires.

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>



ATTENTION: Language assistance services are available to you free of charge. Call 1-855-697-4347 (TTY 711).

ATENCIÓN: si habla español, tiene a su disposición servicios gratuitos de asistencia lingüística. Llame al 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATENÇÃO: Se fala português, encontram-se disponíveis serviços linguísticos, grátis. Ligue para 1-855-697-4347 (TTY 711)

注意：如果您使用繁體中文，您可以免費獲得語言援助服務。請致電 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATANSYON: Si w pale Kreyòl Ayisyen, gen sèvis èd pou lang ki disponib gratis pou ou. Rele 1-855-697-4347 (TTY 711)

ប្រយ័ត្ន៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយភាសាខ្មែរ, សេវាជំនួយផ្នែកភាសា ដោយមិនគិតលុយ គឺអាចមានសំរាប់អ្នក។ ចូរ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ATTENTION: Si vous parlez français, des services d'aide linguistique vous sont proposés gratuitement. Appelez le 1-855-697-4347 (ATS 711)

ATTENZIONE: In caso la lingua parlata sia l'italiano, sono disponibili servizi di assistenza linguistica gratuiti. Chiamare il numero 1-855-697-4347 (TTY 711)

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ຄວນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. ໂທ 1-855-697-4347 (TTY 711)

ВНИМАНИЕ: Если вы говорите на русском языке, то вам доступны бесплатные услуги перевода. Звоните 1-855-697-4347 (телетайп 711)

CHÚ Ý: Nếu bạn nói Tiếng Việt, có các dịch vụ hỗ trợ ngôn ngữ miễn phí dành cho bạn. Gọi số 1-855-697-4347 (TTY 711)

UWAGA: Jeżeli mówisz po polsku, możesz skorzystać z bezpłatnej pomocy językowej. Zadzwoń pod numer 1-855-697-4347 (TTY 711)

주의: 한국어를 사용하시는 경우, 언어 지원 서비스를 무료로 이용하실 수 있습니다. 1-855-697-4347 (TTY 711) 번으로 전화해 주십시오

PAUNAWA: Kung nagsasalita ka ng Tagalog, maaari kang gumamit ng mga serbisyo ng tulong sa wika nang walang bayad. Tumawag sa 1-855-697-4347 (TTY 711).

Dè dɛ nìà kɛ dyédɛ gbo: ɔ̃ jũ ké m̃ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, nií, à wuɖu kà kò dò po-poò b̃éin m̃ gbo kpáa. Dá 1-855-697-4347 (TTY 711)

ملحوظة: إذا كنت تتحدث اذكر اللغة، فإن خدمات المساعدة اللغوية تتوافر لك بالمجان. اتصل برقم 1-855-697-4347 رقم هاتف الصم والبكم: (TTY 711).

Avis de non-discrimination

Le Bureau exécutif de la santé et des services sociaux (Executive Office of Health and Human Services, EOHHS) et le Département des services sociaux (Department of Human Services, DHS) ne pratiquent aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, le handicap, les convictions politiques, l'âge, la religion ou le sexe dans le cadre de l'acceptation ou de la fourniture de services, de l'emploi ou du traitement dans le contexte de ses activités de programmes d'éducation ou autres. En vertu d'autres dispositions du droit applicable, ni l'EOHHS ni le DHS n'exerce de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, ou l'identité ou l'expression de genre. Pour de plus amples informations sur ces lois et réglementations de non-discrimination et sur les procédures de résolution des plaintes pour discrimination, contactez le DHS au 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, au numéro de téléphone (401) 462-2971 (pour les sourds/malentendants : 1-800-745-6575 [appel vocal] ; TTY 711).

Pour des informations supplémentaires, consultez <https://healthyrhode.ri.gov>

