



DBDFXNUNG BGPFBJNAD AEAGSYZKE
49 Dtwo St
Smithfield, RI 02828

Comment nous contacter

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

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

État du Rhode Island

RENOUVELLEMENT DES SERVICES ET AIDES À LONG TERME DE MEDICAID

(Admissibilité au programme Katie Beckett, Services communautaires et à domicile pour les personnes âgées et les adultes en situation de handicap, Établissements de soins, Département de la santé comportementale, des troubles du développement, et des hôpitaux [Behavioral Healthcare, Developmental Disabilities & Hospitals, BHDDH] et Programme de soins complets pour les personnes âgées [Program of All-inclusive Care for the Elderly, PACE])

Passez en revue les informations que nous détenons à votre sujet

Les prestations Medicaid des personnes indiquées ci-dessous seront automatiquement renouvelées

Nom du programme	Nom	Date de renouvellement de la prestation actuelle
Medicaid	[REDACTED]	07/01/2023

Comment ma couverture santé Medicaid sera-t-elle renouvelée ?

Ce formulaire contient les informations sur votre ménage que nous avons utilisées pour décider de votre admissibilité. Veuillez revoir l'ensemble du formulaire pour vous assurer que les informations sont toujours correctes.

- **Si aucun changement n'a eu lieu, NE FAITES RIEN** : Si toutes les informations figurant sur ce formulaire sont toujours correctes, votre couverture santé Medicaid sera automatiquement renouvelée pour une année supplémentaire. Nous vous enverrons une autre lettre vous informant que votre couverture santé Medicaid est maintenue avant la date de renouvellement.
- **Si des changements ont eu lieu, SIGNALEZ-LES** : Si vous signalez des changements, veuillez remplir et renvoyer ce formulaire. 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 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.



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

Quels changements dois-je signaler ?

- **Revenus** : Nous devons être informés de tout changement dans les revenus du (de la) bénéficiaire des services et aides à long terme (Long-Term Services and Supports, LTSS), 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. Si ce renouvellement concerne un enfant admissible au programme Katie Beckett, il nous suffit de connaître le revenu de l'enfant. Aucune contribution au frais des soins n'est exigée.
- **Ressources** : Nous devons également savoir si les ressources du (de la) bénéficiaire des services et aides à long terme 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 des services et aides à long terme 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.
- **Intention du (de la) propriétaire de retourner à sa résidence principale** : UNIQUEMENT POUR LES RÉSIDENTS DES ÉTABLISSEMENTS DE SOINS : si vous êtes propriétaire d'un logement qui est votre résidence principale, nous supposons que vous avez l'intention de retourner vivre dans ce bien immobilier à un moment opportun dans le futur. Si des changements interviennent dans votre situation de propriétaire ou dans votre intention de retourner vivre dans cette résidence, veuillez mettre à jour la section 5 ci-dessous.
- **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 des services et aides à long terme 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. Ces informations ne sont pas requises pour le renouvellement d'un enfant admissible au programme Katie Beckett.
- **Statut d'immigration** : Vous devez nous indiquer si le statut d'immigration d'un(e) bénéficiaire non citoyen(ne) des services et aides à long terme et/ou d'un sponsor a changé depuis la date de la demande initiale ou du dernier renouvellement.

Comment puis-je signaler mes changements et renouveler ma couverture Medicaid ?

Il existe plusieurs façons de déclarer les changements. Veuillez lire attentivement les instructions suivantes.

- **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. Les enfants admissibles au programme Katie Beckett doivent envoyer le formulaire à DHS-LTSS P.O. BOX 8709 CRANSTON, RI 02920
- **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 « User Account » (compte d'utilisateur) sur <https://healthyrhode.ri.gov> et effectuer les modifications.

Consulter votre compte en ligne

Les informations relatives à vos prestations sont également disponibles en vous connectant à votre compte sur <https://healthyrhode.ri.gov/>.

Vous pouvez accéder à votre compte en utilisant le nom d'utilisateur [REDACTÉ]. Si vous ne vous souvenez pas de votre mot de passe, vous pouvez le retrouver en cliquant sur LOG IN (Connexion) puis sur « Forgot Username/Password? » (Nom d'utilisateur/mot de passe oublié ?) à l'adresse <https://healthyrhode.ri.gov/>. Vous pouvez demander et renouveler vos prestations et déclarer tout changement par le biais de votre compte.

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



Formulaire de renouvellement des services et aides à long terme

Pour s’y rendre : Veuillez lire attentivement ce formulaire et indiquer les informations modifiées concernant le (la) bénéficiaire. Si vous signalez des changements, veuillez à renvoyer le formulaire de renouvellement dans son intégralité, y compris cette page.

Coordonnées du (de la) bénéficiaire

	Informations actuelles	Informations mises à jour
Contact principal et lien avec le (la) bénéficiaire	██████████	
Adresse postale	██████████ FL 34747	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Adresse où le (la) bénéficiaire des services et aides à long terme réside actuellement	██████████ FL 34747	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Numéro de téléphone	██████████	
Adresse électronique		
Nom du représentant autorisé	Informations actuelles	Informations mises à jour
	██████████	

1. Revenus :

Depuis la demande initiale du (de la) bénéficiaire ou son dernier renouvellement, les revenus ont-ils changé ? Nous devons être informés de tout changement dans les revenus du (de la) bénéficiaire. Nous devons également connaître les noms et les revenus des conjoints et des personnes à charge dont nous devons tenir compte pour déterminer le montant que les bénéficiaires adultes des services et aides à long terme doivent payer pour couvrir le coût des soins.

Si les cases sont vides, veuillez fournir les informations demandées.

Si les cases sont déjà renseignées, rayez les informations erronées et indiquez les informations correctes sur les lignes vides en dessous. Ajoutez le nom et les revenus de toute nouvelle personne à charge.

Joignez à ce formulaire la preuve des nouveaux revenus ou des revenus corrigés.

Remarque : pour les enfants admissibles au programme Katie Beckett, veuillez inclure le revenu de l’enfant uniquement.

Cochez si vous n’avez AUCUN changement lié aux revenus à déclarer.



Nom	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Lien avec le (la) bénéficiaire des services et aides à long terme	Type de revenu
██████████	XXX-XX-██████████	██████████	Self	\$ 582.56/ Employment

2. Ressources

Depuis la demande initiale ou le dernier renouvellement de la demande du (de la) bénéficiaire des services et aides à long terme, des changements ont-ils eu lieu dans les ressources détenues par le (la) bénéficiaire, y compris des augmentations ou des diminutions ? Si le bénéficiaire des services et aides à long terme dispose de ressources nouvelles ou modifiées (vendues ou transférées), veuillez les indiquer ci-dessous dans la rubrique « Informations actuelles ». Si le formulaire est déjà renseigné, rayez les informations erronées et indiquez les informations correctes et mises à jour dans les cases de droite.

REMARQUE : LES RESSOURCES COMPRENNENT L'ARGENT LIQUIDE, LES COMPTES D'ÉPARGNE ET LES COMPTES COURANTS, LES CERTIFICATS DE DÉPÔT, LES ACTIONS, LES OBLIGATIONS, LES COMPTES ABLE, LES FONDS FIDUCIAIRES, LA PROPRIÉTÉ D'UNE ENTREPRISE, ETC.

Cochez si vous n'avez AUCUN changement lié aux ressources à déclarer.

Nom du (de la) propriétaire	Ressources	Informations actuelles	Informations mises à jour
	Véhicule(s)	-	
	Comptes courants/d'épargne	-	
	Actions/obligations	-	
	Certificats de dépôt	-	
	Comptes de marché monétaire	-	
	Propriété d'une entreprise	-	
	Rentes	-	
	Comptes IRA, 401K, 403B, Keogh	-	
	Contrats ou comptes d'inhumation	-	
	Autres	-	

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



2a. Fiducies

Si le (la) bénéficiaire du programme des services et aides à long terme ou une personne agissant en son nom a constitué ou transféré, au cours des soixante (60) derniers mois, un bien de valeur, comme un héritage, une propriété, un règlement d'assurance, une distribution de compte d'épargne individuel (IRA), un contrat d'inhumation, un portefeuille d'actions, un fonds fiduciaire, un plan de rente, un compte de courtage, un règlement d'assurance, ou autre actif de la sorte dans une fiducie, remplissez les cases ci-dessous et envoyez la preuve.

Cochez si vous n'avez AUCUNE activité fiduciaire à déclarer.

Décrire l'élément	Date de l'action	Valeur/montant de l'élément placé en fiducie

3. Biens immobiliers, y compris le domicile du (de la) bénéficiaire des services et aides à long terme

Un changement a-t-il eu lieu dans les droits de propriété du (de la) bénéficiaire sur des biens immobiliers (comme une maison ou un terrain) depuis la date de la demande initiale ou du dernier renouvellement ? Remplissez les cases vides ou corrigez toute information erronée dans les cases en dessous, et envoyez-nous les documents relatifs aux changements concernant les ventes, les transferts et les revenus.

AUCUN changement dans les biens immobiliers à déclarer.

Biens immobiliers et autres		
1. Résidence principale	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Les conjoints/dépendants vivent dans la maison	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Revenus de la propriété : location ou bail	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Date de vente/transfert	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	

2. Autres propriétés/résidences (adresses)	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Valeur des fonds propres : valeur moins les privilèges, les dettes et les emprunts	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Revenus de la propriété : location ou bail	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	
Date de vente/transfert	Informations actuelles	Informations mises à jour
	-	

4. Couverture de l'assurance maladie

Fournissez des informations complètes et actualisées sur toutes les formes d'assurance maladie qui couvrent le (la) bénéficiaire en remplissant les cases vides ou en corrigeant les informations déjà renseignées dans les cases vides en dessous. Incluez les régimes de santé d'employeur, de retraité et autres régimes privés, les régimes de soins dentaires, oculaires et autres régimes complémentaires, ainsi que les régimes Medicare, Tricare et autres régimes publics similaires.

Veuillez envoyer des copies du recto et du verso de toutes les cartes d'assurance maladie (nouvelles et mises à jour) pour ces régimes.

Cochez si vous n'avez AUCUN changement dans la couverture d'assurance maladie à déclarer.

Assurance maladie	Nom de l'assuré(e)	Numéro de police	Prime mensuelle

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



Section 5 : POUR LES RÉSIDENTS D'ÉTABLISSEMENTS DE SOINS INFIRMIERS UNIQUEMENT
INTENTION DE RETOURNER À LA RÉSIDENCE PRINCIPALE

À remplir UNIQUEMENT si vous résidez actuellement dans un établissement de soins infirmiers et que vous êtes propriétaire d'un logement.

Je soussigné(e), _____, certifie par la présente que je suis propriétaire du bien immobilier situé
(Nom du (de la) demandeur(-euse)/bénéficiaire)

à l'adresse _____ (Adresse) _____ (Ville) _____ (État et code postal)

En outre, je certifie que ce bien immobilier est ma résidence principale.

Je suis propriétaire du bien immobilier mentionné ci-dessus : (Veuillez cocher une case)

- Solely Jointly
 Tenants in common LifeEstate

Je comprends et j'accepte qu'il est de ma responsabilité d'informer le DHS (dans un délai de dix [10] jours) de tout changement concernant ma propriété de ce bien immobilier. J'accepte également d'informer le DHS de tout changement concernant mon intention de retourner vivre dans le bien immobilier susmentionné ; par conséquent, je signale les changements suivants : (écrire ci-dessous pour indiquer les changements)



AVIS DE PÉNALITÉ	
« Sous peine de parjure, je jure que le présent formulaire de renouvellement a été examiné par moi ou m'a été lu et que, à ma connaissance, les faits sont exacts et complets. Si je dépose une demande au nom d'une autre personne, je jure que la présente demande a été examinée par le (la) demandeur(-euse) ou lui a été lue, et qu'à sa connaissance, les faits sont exacts et complets. »	
Signature du (de la) client(e) ou du représentant autorisé Date :	Signature du témoin au département Date :
Signature du (de la) conjoint(e) ou du parent Date :	
Signature du (de la) tuteur(-trice), de l'administrateur (-trice) ou du (de la) mandataire Date :	
Numéro de téléphone	
	()

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



VOTRE CONSENTEMENT AU PARTAGE DES DONNÉES POUR LES DÉCISIONS D'ADMISSIBILITÉ

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 « 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), 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), 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).

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, sans votre consentement, nous ne pouvons pas vous aider à accéder à certains programmes et aides auxquels vous pourriez prétendre. Votre consentement est nécessaire pour déterminer votre admissibilité.

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 « 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, connue sous le nom de HIPAA) ; 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) ; RI.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 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 certains programmes et certaines aides sera affectée par cette décision



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 télécopieur) 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 plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme de l'USDA, AD-3027, disponible en ligne sur <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>



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 ដោយមិនគិតថ្លៃ 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, ໃດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, ແມ່ນມີພ້ອມໃຫ້ທ່ານ. 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 nià kɛ dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuɖu kà kò dò po-poò béin m̄ 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 genre 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).

