



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 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])

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

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 de vérifications externes et des informations que vous nous avez fournies. Afin de continuer à bénéficier de Medicaid et de ne pas perdre votre couverture, veuillez lire l'intégralité de cet avis, mettre à jour les informations (le cas échéant), signer et renvoyer le formulaire de renouvellement avant la date indiquée ci-dessous. Si vous ne fournissez pas un formulaire de renouvellement signé avant la date indiquée ci-dessous, le système évaluera et déterminera votre admissibilité aux options de couverture de l'assurance maladie en conséquence.

Nom du programme	Nom	Date de fin prévue de la prestation actuelle
Medicaid	REDACTED	06/01/2023

Veuillez soumettre les documents suivants et le formulaire de renouvellement signé avant les dates indiquées ci-dessous. Si vous ne fournissez pas le(s) document(s) avant la (les) date(s) indiquée(s) ci-dessous, le système évaluera et déterminera votre admissibilité aux options de couverture d'assurance maladie en conséquence.

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



Nom	Nous avons besoin d'informations concernant les points suivants :	Informations dues avant le :	Exemples de preuves acceptables (veuillez renvoyer l'un des documents suivants) :
G [REDACTED] P [REDACTED]	Revenus non professionnels (y compris l'assurance invalidité temporaire, la retraite, l'allocation aux survivants, l'assurance invalidité)	05/01/2023	Talon(s) de chèque récent(s) Lettre ou document de la personne ou l'agence effectuant le paiement Dossier judiciaire ou autre document juridique Dossiers d'avocat Lettre de la tribu Attestation du prêteur Relevé bancaire ou autre relevé financier Lettre d'attribution AP-91 Contrat de prêt Ordonnance du tribunal pour la pension alimentaire Déclaration du parent qui s'occupe de l'enfant Accord de soutien

Ce formulaire doit être renvoyé d'ici le 05/01/2023. Si nous ne recevons pas ce formulaire signé d'ici cette date, votre admissibilité aux services et aides à long terme (Long-Term Services and Supports, LTSS) de Medicaid ne sera pas renouvelée et vous perdrez votre couverture le 05/31/2023.

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, 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(e) 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.

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



- **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 **GP** [REDACTED]. 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

Instructions : Veuillez lire attentivement ce formulaire et indiquer les informations modifiées concernant le (la) bénéficiaire. Veuillez à **signer et à renvoyer le formulaire de renouvellement dans son intégralité**, y compris cette page, même si vous n'avez aucun changement à déclarer.

Coordonnées du (de la) bénéficiaire

	Informations actuelles	Informations mises à jour
Contact principal et lien avec le (la) bénéficiaire	██████████t Self	
Adresse postale	██████████ 35758	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Adresse où le (la) bénéficiaire des services et aides à long terme réside actuellement	██████████ 02861	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Numéro de téléphone	808 ██████████	
Adresse électronique	██████████@gmail.com	
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.

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



Nom	Numéro de Sécurité sociale	Date de naissance	Lien avec le (la) bénéficiaire des services et aides à long terme	Type de revenu
GREDACTED PREDACTED	XXX-XX-REDACTED	REDACTED 939	Self	\$ 2,524.90/ RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

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 fournissez 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 ABL, 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	\$ 100,000.00	

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
	-	

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



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 (Exclusivement) Jointly (Conjointement)
 Tenants in common (Locataires en commun) Life Estate (Domaine viager)

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 (de la) conjoint(e) ou du parent Date :		
Signature du (de la) tuteur(-trice), de l'administrateur (-trice) ou du (de la) mandataire Date :		
		Signature du témoin au département 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 sommes pas en mesure de 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 remplir et accepter ce formulaire de 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) ; 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 à l'inscription à une couverture d'assurance maladie bénéficiant d'un financement public ou à d'autres programmes bénéficiant d'un financement public 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

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



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 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) courrier : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ; (2) 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>





Instructions pour le médecin examinateur

Votre patient(e) a déposé une demande de services auprès du Département des services sociaux (Department of Human Service, DHS). Vous êtes prié(e) de remplir ce formulaire afin que le Bureau d'examen médical (Office of Medical Review, OMR) puisse déterminer le **niveau de soins**.

Une documentation est nécessaire pour fournir les services qui répondent le mieux aux besoins **actuels** de ce(tte) client(e), soit dans un établissement de soins, soit dans le cadre des services communautaires.

Documentation nécessaire pour remplir correctement ce formulaire de demande :

1. Veuillez remplir ce formulaire PM-1 de manière exhaustive et le renvoyer au bureau des soins de longue durée (Long Term Care Office) désigné dans les délais impartis. **Toutes les sections doivent être remplies.**
2. Le formulaire PM-1 est essentiel ; d'autres informations médicales sont encouragées, par exemple les fiches de médicaments, mais elles ne peuvent pas remplacer ce formulaire.

En tant que médecin examinateur (MD, DO, RNP, PA), vous évaluerez **le diagnostic médical, l'activité fonctionnelle actuelle, l'état cognitif et les traitements** de votre patient(e). (Veuillez utiliser les codes inclus dans la section Activités fonctionnelles actuelles).

Nous vous remercions par avance de votre aide.

Activités de la vie quotidienne (Voir Activités fonctionnelles actuelles)

TRANSFERT : capacité à se déplacer entre les surfaces. De ou vers le lit, la chaise, le fauteuil roulant, la position debout, à l'exclusion de la baignoire ou des toilettes (avec ou sans dispositif d'assistance).

AMBULATION : capacité à se déplacer d'un endroit à l'autre dans l'environnement de vie de l'individu (avec ou sans dispositif d'assistance).

MOBILITE DANS LE LIT : capacité à repositionner le corps, à se tourner d'un côté à l'autre.

HABILLAGE : capacité à mettre, attacher et enlever tous les vêtements.

BAIN : capacité à prendre un bain, une douche ou un bain à l'éponge (de manière efficace et complète), et capacité à entrer et sortir de la baignoire ou de la douche (avec ou sans dispositif d'assistance).

TOILETTES : capacité à se mettre sur les toilettes et à se relever, à se nettoyer après l'élimination, à changer de serviette ou de slip, à s'occuper d'une stomie ou d'un cathéter, et à ajuster ses vêtements.

ALIMENTATION : capacité à manger et à boire en utilisant des ustensiles courants ou adaptés (cela comprend également la capacité à couper, mâcher et avaler les aliments).

HYGIÈNE PERSONNELLE : capacité à se coiffer, à se brosser les dents, à se laver et à se sécher le visage, les mains et le périnée.

GESTION DES MEDICAMENTS : capacité à identifier et à prendre les médicaments correctement, au bon moment, par la bonne voie et à la bonne dose.

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



Déclaration médicale du prestataire

Date : _____ Date de la dernière visite au cabinet : _____
Nom du (de la) demandeur(-euse) : _____ Date de naissance : _____
N° de sécurité sociale (SSN) ou d'identification Medicaid (MID) : _____
Genre (encercler) : Homme / Femme _____
Adresse : _____ Apt/Étage : _____
Ville : _____ État : _____ Code postal : _____
Conditions de vie actuelles (encercler) : Vit seul(e) / Vit avec d'autres / Autres : _____
Nom de l'établissement : _____ Date d'admission : _____

**DIAGNOSTIC : médical et comportemental (y compris la gravité de l'état)
*PAS DE CODE DE DIAGNOSTIC**

DIAGNOSTIC PRINCIPAL (Dates)	AUTRES DIAGNOSTICS (Dates)	CHIRURGIE/INFECTIONS (inclure les dates)

Pronostic du potentiel de réhabilitation : _____
Invalidité permanente (encercler) : Oui / Non

MÉDICAMENTS : Nom, dose, fréquence et voie d'administration

ÉVALUATION DE LA DOULEUR

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Diagnostic : _____ Fréquence : _____
(aucune) (modérée) (sévère)

La douleur interfère-t-elle avec les activités ou les mouvements de la personne ? (encercler) Oui / Non

La douleur est-elle soulagée par les médicaments/traitements ? (encercler) Oui / Non

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



TRAITEMENTS ACTUELS ET FRÉQUENCE

Ordres du prestataire (inclure les ordres spécifiques pour le régime alimentaire, la physiothérapie, l'ergothérapie, l'orthophonie, l'oxygène)

Traitements : Physiothérapie ___ x/semaine pendant ___ /semaine Ergothérapie ___ x/semaine pendant ___ /semaine Orthophonie ___ x/semaine pendant ___ /semaine Thérapie respiratoire _____ Litres d'oxygène ___ Flux pulsé <input type="checkbox"/> Flux continu <input type="checkbox"/> Chimiothérapie/rayonnement <input type="checkbox"/> Dialyse <input type="checkbox"/> Régime alimentaire _____ Alimentation par sonde _____	Soins des plaies : Site(s) _____ (traitement) _____ Nombre d'ulcères de pression Stade ___ Taille ___ cm Entraînement de la vessie et de l'intestin <input type="checkbox"/> Incontinence : Vessie <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fréquence _____ Intestin <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Fréquence _____ Anus artificiel <input type="checkbox"/> Foley <input type="checkbox"/> Urostomie <input type="checkbox"/>
--	--

Codes d'activité fonctionnelle actuels (UTILISER CES CODES)**0 = INDÉPENDANT : AUCUNE DISCUSSION, AUCUN CONTACT PHYSIQUE**

Aucune aide ou surveillance n'est apportée à l'individu pendant l'activité (avec ou sans l'utilisation d'un dispositif d'assistance).

1 = SUPERVISION : DISCUSSION, AUCUN CONTACT PHYSIQUE

Surveillance, indications et encouragements fournis à l'individu pendant l'activité (avec ou sans l'utilisation d'un dispositif d'assistance).

2 = ASSISTANCE LIMITÉE : DISCUSSION ET CONTACT PHYSIQUEIndividu très impliqué dans l'activité, a reçu une **assistance physique guidée, aucun soulèvement** d'une partie quelconque de l'individu.**3 = ASSISTANCE EXTENSIVE : DISCUSSION, CONTACT PHYSIQUE ET SOULÈVEMENT**L'individu a effectué une partie de l'activité, mais le (la) soignant(e) fournit une aide physique pour **soulever ou déplacer l'individu**.**4 = DÉPENDANCE TOTALE : TOUTES LES ACTIONS SONT PRISES EN CHARGE PAR LE (LA) SOIGNANT(E)**

L'individu ne participe à aucune partie de l'activité.

5 = L'ACTIVITÉ N'A PAS ÉTÉ EFFECTUÉE : AUCUNE ACTION

L'activité n'a pas été effectuée par l'individu ou le (la) soignant(e).

Activités de la vie quotidienne ___ Mobilité dans le lit ___ Habillage ___ Bain ___ Toilettes ___ Alimentation ___ Hygiène personnelle ___ Gestion des médicaments ___ Ambulation ___ Transfert	Veillez entourer toutes les propositions qui s'appliquent : canne, déambulateur, fauteuil roulant, passage du lit à la chaise, personne alitée, risque de chute	Instrumental (activités de la vie quotidienne) ___ Ménage ___ Préparation des repas ___ Courses ___ Lessive
---	---	--

Le (la) patient(e) peut-il (elle) sortir sans être accompagné(e) ? Oui / Non

Le (la) patient(e) peut-il (elle) utiliser les transports en commun de manière autonome ? Oui / Non

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

ÉTAT COGNITIF

Le (la) patient(e) est-il (elle) affaibli(e) ? (encercler) Oui / Non

Score MMSE _____ Score BIMS _____ Date _____

Compétences cognitives pour la prise de décision quotidienne (veuillez cocher une case)

- Indépendant(e) : décisions cohérentes/raisonnables
- Indépendance modifiée : quelques difficultés dans les situations nouvelles seulement
- Modérément affaibli(e) : Prise de décision médiocre/indication/supervision nécessaire
- Gravement affaibli(e) : Ne prend jamais de décisions ou rarement

Comportements : Veuillez entourer toutes les propositions qui s'appliquent.

Veuillez indiquer le niveau de gravité sur la ligne prévue à cet effet : 1 = Léger 2 = Modéré 3 = Sévère

_____ Désorienté(e)	_____ Agité(e)	_____ Errance
_____ Perte de mémoire	_____ Verbalement agressif(-ve)	_____ Fugue
_____ Résiste aux soins	_____ Physiquement agressif(-ve)	_____ Autres

Le (la) patient(e) est-il (elle) suivi(e) par des services de psychiatrie ? Oui / Non — Si oui, où ?

Le (la) patient(e) a-t-il (elle) été hospitalisé(e) pour un diagnostic psychiatrique ? Oui / Non (si oui, précisez)

Date : _____

Hôpital : _____

Diagnostic : _____

Si le placement dans un établissement de soins infirmiers est médicalement nécessaire, le (la) patient(e) sera-t-il (elle) susceptible de retourner dans la communauté dans les six mois ? Oui / Non

Nom du prestataire (MD, DO, RNP, PA) (en caractères d'imprimerie) _____

Signature : _____

Date : _____

Réservé à l'usage du bureau

Assistant(e) social(e) : _____

Bureau de district : _____

Date d'envoi du formulaire au prestataire : _____

Date de réception : _____

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



MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXX

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)

AUTORISATION D'OBTENIR OU DE DIVULGUER DES INFORMATIONS CONFIDENTIELLES

Ce formulaire n'est pas destiné à être utilisé comme formulaire de divulgation d'informations médicales. Veuillez ne pas inclure d'informations médicales sur ce formulaire.

J'autorise par la présente le Département des services sociaux (Department of Human Services, DHS) du Rhode Island à obtenir de, ou à communiquer à :

Nom _____
Personne, agence ou organisation

Adresse _____

les informations suivantes me concernant ou concernant la personne mentionnée ci-dessous dont je suis responsable :

Informations financières _____
(préciser) (dates)

Informations sociales _____
(préciser) (dates)

Autres informations _____
(préciser) (dates)

Nom (en caractères d'imprimerie) _____
Personne au sujet de laquelle des informations sont demandées

Date de naissance _____ **Numéro de sécurité sociale** _____

Numéro de la demande de prestations Vétérans (VA) _____

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



N° de dossier : 775219683

Adresse _____

Raison de la demande _____

Je comprends que les dossiers sont protégés par les lois générales du Rhode Island et qu'ils ne peuvent être divulgués sans un consentement écrit, sauf disposition contraire de la loi. Toute information divulguée ou reçue à la suite de ce consentement ne sera pas transmise de quelque manière que ce soit à une personne ou à une organisation extérieure au département sans un consentement écrit supplémentaire de ma part, sauf à des fins de traitement de ma demande d'aide ou de services. Ce consentement sera annulé à la fin de l'aide ou au retrait des services, et peut être résilié à tout moment.

Signature du client, du parent ou du tuteur Lien avec la personne susmentionnée Date

Nom (en caractères d'imprimerie) Représentant(e) du DHS Titre

Adresse du bureau de district

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



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) courrier : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ; (2) 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>





MEDICAID RECIPIENT
123 MAIN ST
CITY, RI 12345

XXXXXXXXXXXXXXXXXXXX

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)

AUTORISATION DE DIVULGATION/D'UTILISATION DES INFORMATIONS DE SANTÉ

INSTRUCTIONS : REMPLIR TOUTES LES SECTIONS, DATER ET SIGNER

I. Je, soussigné(e) _____, autorise volontairement la divulgation des informations de mon dossier.
(Nom du [de la] demandeur[-euse]/patient[e])

Ma date de naissance : ____/____/____

Mon numéro de sécurité sociale : - - - - -

II. Mes informations seront divulguées par :

Et devront être fournies à :

(Nom de la personne/de l'organisation)

(Nom de la personne/de l'organisation)

(Adresse)

(Adresse)

(Ville, État, code postal)

(Ville, État, code postal)

III. Le but ou la nécessité de la divulgation de ces informations est :

Je dépose une demande d'assistance médicale

Mes raisons personnelles et privées

Je dépose une demande pour bénéficier d'autres prestations du OHS

Autre(s) (préciser) _____

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



IV. Informations qui seront divulguer : (Cochez uniquement UNE des cases suivantes.)

- Dossier médical complet Informations relatives à l'assurance maladie
- Toutes les informations (sauf les cases que j'ai cochées) de la section VI ci-dessous
- Autres (préciser) : _____
- Notes de psychothérapie SEULEMENT (en cochant cette case, je renonce à mon privilège de psychothérapeute-patient[e])**

Je souhaite également que les informations sensibles suivantes soient divulguées (Cochez la ou les cases pertinentes.)

- Traitement/orientation en matière d'alcoolisme/toxicomanie Traitement lié au VIH/SIDA
- Maladies sexuellement transmissibles Santé mentale (autres que les notes de psychothérapie)

V. Je comprends que si je dépose une demande d'inscription, de recertification ou d'autres services, cette décharge couvre tous mes prestataires de soins médicaux/de santé, y compris le (la) prestataire nommé(e) ci-dessus, ainsi que toute autre personne, établissement, programme ou régime dont je vous ai parlé dans ma (mes) demande(s) écrite(s) pour les programmes du Département des services sociaux (Department of Human Services, DHS), ainsi que sur les formulaires nécessaires du DHS, en particulier les formulaires AP-70 et MA-63. Je comprends en outre que cette autorisation est requise comme condition d'obtention de l'admissibilité et des services, et qu'elle sera utilisée par le DHS uniquement à ces fins. Par conséquent, le fait de ne pas signer cette autorisation pourrait affecter mon admissibilité et l'étendue des services que je pourrai obtenir.

En outre, j'accepte qu'un fax ou une photocopie du présent formulaire soit utilisé(e) pour la diffusion ou la divulgation des informations.

Je comprends également que je peux révoquer cette autorisation par écrit à tout moment auprès du DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX et que, dans ce cas, le DHS pourra conditionner mon admissibilité et mon accès aux services à ma décision de révocation. En outre, toute information divulguée au DHS avant que je ne révoque cette autorisation, ainsi que toute information divulguée à d'autres parties en vertu de cette autorisation, pourrait ne plus être protégée par la règle relative à la confidentialité [45 CFR partie 164] de la loi sur la portabilité et la responsabilité en matière d'assurance maladie (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPAA) et la loi sur la vie privée de 1974 (Privacy Act of 1974) [5 USC 552a]. Si cette autorisation n'a pas été révoquée, elle prendra fin un an après la date de ma signature, sauf si j'ai spécifié une autre date d'expiration ou un autre événement d'expiration sur la ligne ci-dessous.

(Indiquez si la date d'expiration est différente d'un an après la date ci-dessous.) _____

Signature du (de la) patient(e)

Date

Signature du (de la) représentant(e) autorisé(e)

Lien avec le (la) patient(e)

Date



VI. Informations spécifiques que je ne souhaite PAS voir divulguées : (Cochez la ou les cases pertinentes.)

- | | | | |
|---|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> Résumé des décharges avec données de laboratoire | <input type="checkbox"/> Notes de progression | <input type="checkbox"/> Données de laboratoire | <input type="checkbox"/> Examen psychiatrique |
| <input type="checkbox"/> Antécédents et examen physique | <input type="checkbox"/> Plan de traitement | <input type="checkbox"/> Test psychologique | <input type="checkbox"/> Antécédents auprès des services sociaux |
| <input type="checkbox"/> Informations professionnelles | <input type="checkbox"/> Informations médicales | <input type="checkbox"/> Informations relative à l'éducation | <input type="checkbox"/> Informations financières |
| <input type="checkbox"/> Ensemble minimal de données | <input type="checkbox"/> Notes du personnel infirmier | <input type="checkbox"/> Plans de soins | <input type="checkbox"/> Dossiers dentaires |
| <input type="checkbox"/> Photos/vidéos/images numériques | <input type="checkbox"/> Relevés de facturation | <input type="checkbox"/> Rapports des consultants | <input type="checkbox"/> Documentation alimentaire |
| <input type="checkbox"/> Documentation sur les soins d'urgence | <input type="checkbox"/> Rapports radiologiques | <input type="checkbox"/> Résultats diagnostiques | |

**Instructions pour remplir le formulaire DHS-25M
AUTORISATION D'UTILISATION OU DE DIVULGATION DES INFORMATIONS DE SANTÉ**

1. Écrire lisiblement dans tous les champs à l'encre noire.
2. Section I - nom en caractères d'imprimerie du (de la) patient(e) dont les informations seront divulguées.
3. Section II - nom et adresse en caractères d'imprimerie de la personne ou de l'organisation autorisée à divulguer les informations. Indiquer également le nom de la personne, l'unité et l'adresse qui recevront les informations.
4. Section III - indiquer la raison pour laquelle les informations sont nécessaires (p. ex., demande d'indemnisation en cas d'invalidité, continuité des soins médicaux).
5. Section IV - cocher UNE des cases énumérées.
 - a) Dossier complet - le dossier médical complet du (de la) patient(e) à l'exception des informations sensibles (p. ex., orientation vers un traitement relatif à l'alcoolisme ou la toxicomanie, maladies sexuellement transmissibles, traitement lié au VIH/SIDA, et notes sur la santé mentale autres que la psychothérapie).
 - b) Toutes ces informations (sauf les cases que j'ai cochées) dans la section VI ci-dessous - le (la) patient(e) ne doit cocher que les cases qu'il (elle) ne souhaite PAS voir divulguées.
 - c) Autres (préciser) - informations spécifiques spécifiées par le (la) patient(e) (p. ex., système de santé communautaire, facturation, santé d'employé[e])
 - d) Notes de psychothérapie UNIQUEMENT - pour autoriser l'utilisation ou la divulgation de notes de psychothérapie, seule cette case doit être cochée sur le présent formulaire. Les autorisations d'utilisation ou de divulgation d'autres informations du dossier médical ne peuvent PAS être accordées conjointement aux autorisations relatives aux notes de psychothérapie.

Les notes de psychothérapie sont souvent appelées « notes de processus », à distinguer des notes de progression dans le dossier médical. Ces notes font état des impressions du (de la) thérapeute par rapport au (à la) patient(e), contiennent des détails de la conversation psychothérapeutique considérés comme inappropriés pour le dossier médical, et sont utilisées par le prestataire pour les séances futures. Ces notes sont souvent conservées séparément pour en limiter l'accès, car elles contiennent des informations sensibles qui ne concernent personne d'autre que le prestataire de soins.

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



- e) DIVULGATION D'INFORMATIONS SENSIBLES - cocher Traitement/orientation en matière d'alcoolisme/toxicomanie, Traitement du VIH/SIDA, Maladies sexuellement transmissibles, Santé mentale (autres que les notes de psychothérapie) - le (la) patient(e) doit cocher la case appropriée.
6. Section V - signer et dater. Si une autre date d'expiration est souhaitée, indiquez une nouvelle date.
 7. Section V - représentant(e) autorisé(e) (p. ex., tuteur légal, procuration)
 8. Section VI - informations spécifiques que le (la) patient(e) ne souhaite PAS voir divulguées.
 9. Une copie du formulaire DHS-25M dûment rempli est remise au (à la) patient(e).

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



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 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) courrier : U.S. Department of Agriculture, Office of the Assistant Secretary for Civil Rights, 1400 Independence Avenue, SW, Washington, D.C. 20250-9410 ; (2) 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.



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: ຖ້າວ່າທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ 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 nà ke dyédé gbo: ɔ jũ ké m̩ [Bàsɔ̀ò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuɖu kà kò dò po-poò bɛ́m̩ m̩ 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).

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

