



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 DU PROGRAMME DE PAIEMENT DES PRIMES MEDICARE
(MEDICARE PREMIUM PAYMENT PROGRAM, MPPP)**

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

Chaque année, nous devons réexaminer votre dossier afin de déterminer si vous avez toujours droit au programme de paiement des primes Medicare (Medicare Premium Payment Program, MPP). 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 la couverture MPP sur la base de vérifications externes et des informations que vous nous avez fournies. Afin de continuer à bénéficier du MPP 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 MPP en conséquence.

Nom du programme	Nom	Date de fin prévue de la prestation actuelle
Medicare Premium Payments	MEDICAID RECIPIENT	06/01/2023

Veuillez soumettre les documents suivants et le formulaire de renouvellement signé avant les dates indiquées ci-dessous. Afin d'éviter la perte de vos prestations MPP, veuillez fournir les documents demandés, ainsi qu'un formulaire de renouvellement rempli et signé.

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) :
MEDICAID RECIPIENT	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/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 à cette date, votre admissibilité au MPP ne sera pas renouvelée et vous perdrez votre couverture le 05/31/2023.

Quels changements dois-je signaler ?

- **Revenus** : Tout changement dans le revenu du (de la) bénéficiaire du programme MPP et de tout(e) conjoint(e) ou personne à charge qui est pris(e) en compte pour déterminer l'admissibilité.
- **Ressources** : Tout changement dans les ressources du (de la) bénéficiaire du programme MPP et du (de la) conjoint(e) ou des personnes à charge faisant partie du ménage du (de la) bénéficiaire.
- **Adresse et conditions de vie** : Si le (la) bénéficiaire du programme MPP et son (sa) conjoint(e) ou des personnes à sa charge ont déménagé ou changé d'adresse, sont entrés dans une résidence avec assistance, dans un établissement de soins, dans un foyer collectif ou dans un logement partagé, ou s'ils l'ont quitté.
- **Situation de la famille et du ménage** : Si le (la) conjoint(e) ou une personne à charge du (de la) bénéficiaire du programme MPP est décédé(e), a divorcé, s'est marié(e) avec quelqu'un d'autre, ou a emménagé dans une maison ou a quitté une maison qui N'EST PAS comptée comme une ressource.

Comment puis-je déclarer les changements ?

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.
- **Dépôt dans un bureau du OHS** : Si vous choisissez de déposer le formulaire dans un bureau du OHS, 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).

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



- **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 [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 du programme MPP

Pour s’y rendre : 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 signaler.

Coordonnées du (de la) bénéficiaire

	Informations actuelles	Informations mises à jour
Contact principal et lien avec le (la) bénéficiaire	[REDACTED] Self	
Adresse postale	[REDACTED] 1, Pawtucket, RI 02860	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Adresse où le (la) bénéficiaire du programme MPP réside actuellement	[REDACTED] [REDACTED] et, RI 02860	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Numéro de téléphone	774 [REDACTED]	
Adresse électronique	[REDACTED]@gmail.com	
	Informations actuelles	Informations mises à jour
Nom du représentant autorisé		

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, et des noms et revenus de tout(e) conjoint(e) ou toute personne à charge dont nous devons tenir compte lors de la détermination de l’admissibilité.

Si les cases sont vides, veuillez fournir les informations.

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.

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	Type de revenu
			Self	\$ 977.00 / RSDI (Retirement, Survivors, and Disability Insurance)

2. Ressources

Depuis la demande initiale du (de la) bénéficiaire du programme MPP ou son dernier renouvellement, des changements ont-ils eu lieu dans les ressources que le (la) bénéficiaire et son (sa) conjoint(e) possèdent, y compris toute augmentation ou diminution ? Si les ressources du (de la) bénéficiaire du programme MPP ont changé, veuillez les inscrire ci-dessous dans la section des 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
	Comptes courants/d'épargne	-	
	Actions/obligations	-	
	Certificats de dépôt	-	
	Comptes de marché monétaire	-	
	Propriété d'une entreprise	-	
	Rentes	-	
	Comptes IRA, 401K, 403B, Keogh	-	
	Autres	-	

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



2a. Fiducies.

Si le (la) bénéficiaire du programme MPP 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. Couverture de l'assurance maladie

Fournissez des informations complètes et mises à jour 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.

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://healthrhode.ri.gov>



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. »

Je comprends que je peux consulter la publication DHS 1010, Important Things About Programs & Services (Éléments importants concernant les programmes et les services) à l'adresse www.dhs.ri.gov.

Ma signature ci-dessous indique que j'ai lu ou que l'on m'a lu les droits et responsabilités joints à la présente demande. Sous peine de parjure, j'atteste que toutes les réponses que j'ai données dans le présent formulaire de demande 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 de demande. 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) 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 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 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



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 télécriteur) 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.



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៖ បើសិនជាអ្នកនិយាយ ភាសាខ្មែរ, 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, ໂດຍບໍ່ເສັງຄ່າ, 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 dè nà ke dyédé gbo: Ɔ jũ ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jũ ní, ní, à wuḍu kà kò dò po-poò béin m̄ gbo kpáa. Đá 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, EOHHHS) 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'EOHHHS 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://healthrhode.ri.gov>

