



MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR  
82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860



**Comment nous contacter**

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

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

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

## **AVIS DE DÉCISION SUR LES PRESTATIONS**

Cet avis vous informe sur les prestations de votre programme de santé et de services sociaux. Cette page vous informe de notre décision concernant vos prestations. Vous trouverez plus de détails dans les pages suivantes. Si vous avez des questions, n'hésitez pas à nous contacter.

### **RÉSUMÉ DES PRESTATIONS**

<b>Programme</b>	<b>Décision</b>
Couverture santé	Votre couverture santé est en cours de renouvellement.

Si vous n'êtes pas d'accord avec cette décision, vous pouvez demander une audience pour faire appel. Vous trouverez de plus amples informations sur la procédure d'appel à la fin de cet avis.

### **Consulter votre compte en ligne ou sur l'application mobile**

Vous pouvez également obtenir des informations sur vos prestations en vous connectant à votre compte sur <https://healthvrhode.ri.gov> ou en téléchargeant l'application mobile HealthyRhode sur votre smartphone.

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.



Numéro de compte :

## Détails des prestations de votre couverture santé

Sur la base des informations que nous avons dans nos dossiers, ou des informations que nous avons reçues de vous ou d'une source extérieure, un changement a eu lieu par rapport à votre admissibilité à la couverture santé à compter du 05/13/2023. Consultez les détails ci-dessous.

Nom de la personne :	Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	Date de naissance : 12/1978
----------------------	----------------------------------	-----------------------------

Période de validité/Date(s) de validité	Type d'aide ou de couverture	Décision et informations complémentaires
06/01/2023 to 05/31/2024	MAGI Medicaid	Approved

Le plafond de revenu annuel pour un ménage de votre taille est de :

Adultes sans enfants :	\$20,120.40
Parents :	\$20,557.80
Enfants :	\$38,782.80
Femmes enceintes :	\$37,616.40

### Informations sur votre identifiant Medicaid :

Votre identifiant Medicaid est un numéro d'identification unique qui vous est attribué et qui figure sur votre carte Medicaid Anchorblanche et sur votre compte en ligne. Une carte Medicaid Anchor blanche sera envoyée à chaque personne admissible de votre ménage. Présentez votre carte Medicaid Anchor blanche et toute autre carte d'assurance maladie que vous possédez à tous les prestataires de soins de santé lorsque vous recevez des services. La carte Medicaid Anchor blanche est un moyen permanent d'identifier l'admissibilité au programme Medicaid. Conservez cette carte en lieu sûr.

### Détails de la couverture santé Medicaid pour : Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR

### Medicaid : Renouvellement annuel

Vous trouverez ci-dessous les dates de renouvellement pour les membres de votre ménage :

Nom de la personne	Date de renouvellement
Mifersowo Ehenjqzwd QXEXHKOXR	05/31/2024

L'admissibilité est renouvelée chaque année. Nous vous contacterons au sujet de l'admissibilité des membres de votre ménage au moins 60 jours avant la date de renouvellement annuel.

La couverture Medicaid pour les membres de votre ménage mentionnés ci-dessus a été renouvelée.

Les membres de votre ménage énumérés ci-dessus ont été jugés admissibles aux prestations Medicaid à compter du 06/01/2023.



**Numéro de compte :**

**Inscription à un régime de santé Medicaid :**

**1. Calendrier d'inscription**

Si vous n'avez pas choisi de régime de santé Medicaid, vous disposez de 19 jours à compter de la date de début de votre admissibilité pour le faire.

**2. Comment choisir un régime de santé ?**

Si vous n'avez pas choisi de régime de santé Medicaid, veuillez vous connecter à votre compte sur HealthSource RI et consulter votre tableau de bord pour connaître les prochaines étapes, ou appeler le 1-855-840-4774 pour faire une sélection.

Lorsque vous choisissez votre régime de santé, vous devez dresser la liste de vos prestataires actuels afin de vous assurer qu'ils acceptent le régime que vous choisissez.

**3. Besoin d'aide pour choisir un régime?**

Si vous avez besoin d'aide pour choisir un régime de santé, vous pouvez contacter un conseiller Choice au 1-855-840-4774. Si vous ne choisissez pas de régime dans les 19 jours, vous ne pourrez plus le faire et un régime sera choisi pour vous.

**4. Dites-nous qui est votre médecin traitant**

Après avoir choisi un régime de santé, il vous sera également demandé de choisir un prestataire de soins primaires. Si vous n'en choisissez pas un à ce moment-là, il sera sélectionné pour vous.

**5. Après avoir choisi un régime de santé**

Vous recevrez un dossier de bienvenue et des cartes d'identité de la part de votre nouveau régime. Si vous avez besoin de services avant d'avoir reçu les cartes d'identité de votre nouveau régime de santé, vous pouvez utiliser votre carte Medicaid Anchor. La carte Medicaid Anchor doit être utilisée jusqu'à ce que la couverture de votre régime de santé commence.

**6. Méthodes disponibles pour choisir un régime :**

Vous pouvez choisir un régime et vous y inscrire :

**En ligne.** Consultez <https://healthvrhode.ri.gov>

**Par téléphone.** Appelez le 1-855-840-4774

Le plafond de revenu annuel pour un ménage de votre taille est de :

Adultes sans enfants :	\$20,120.40
Parents :	\$20,557.80
Enfants :	\$38,782.80
Femmes enceintes :	\$37,616.40



**Numéro de compte :**

**Que se passe-t-il si je ne suis pas d'accord avec la décision concernant ma couverture santé ?**

Des délais sont prévus pour l'introduction d'un appel. Vous devez donc agir rapidement. Vous pouvez faire appel par rapport à nos décisions concernant votre couverture santé. Par exemple, vous pouvez faire appel si vous pensez que nous avons commis une erreur concernant la taille de votre ménage, vos revenus, le type de couverture ou le montant que vous devez payer, le cas échéant. Vous pouvez également faire appel par rapport aux services de santé dont vous bénéficiez. Un appel est simplement un moyen de demander un nouvel examen des décisions que nous avons prises et qui affectent votre admissibilité ou vos prestations, et ce, par le biais d'une audience administrative équitable. Vous trouverez des informations supplémentaires sur les appels et les audiences plus loin dans cet avis.



## Numéro de compte :

## Exigences en matière de déclaration de changement

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

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

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

Les personnes handicapées qui ont besoin d'un moyen de communication différent pour recevoir les informations relatives au programme (p. ex., braille, impression en gros caractères, cassette audio, langue des signes américaine, etc.) doivent contacter l'agence responsable ou le centre de technologie et des ressources accessibles pour l'emploi d'aujourd'hui (Technology & Accessible Resources Give Employment Today, TARGET) de l'USDA au (202) 720 2600 (voix et téléscripteur) ou contacter l'USDA par le service de relais téléphonique fédéral (Federal Relay Service) au (800) 877-8339. De plus, certaines informations relatives aux programmes sont fournies dans des langues autres que l'anglais. Pour déposer une plainte pour discrimination dans le cadre d'un programme, remplissez le formulaire de dépôt de plainte pour discrimination AD-3027 disponible en ligne à l'adresse

<https://www.usda.gov/sites/default/files/documents/usda-program-discrimination-complaint-form.pdf> et dans tout 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 courriel : [program.intake@usda.gov](mailto: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.



Numéro de compte :

## **VOS DROITS**

### **Informations sur votre couverture et vos droits :**

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

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

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

### **Qu'est-ce qu'une audience équitable ?**

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

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

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

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



## **Numéro de compte :**

### **Appels accélérés**

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

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

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

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

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

### **Droit de se représenter et droit d'être représenté**

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

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

### **L'admissibilité des autres membres du ménage pourrait être affectée**

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

### **Accès à votre dossier**

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

### **Résolution informelle**

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

**Vous avez DROIT à la confidentialité. En vertu de la législation de l'État, toutes les agences administrant des programmes sont tenues par les lois et réglementations fédérales et étatiques d'utiliser les informations vous concernant et concernant les autres membres de votre ménage**



## Numéro de compte :

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

L'EOHHS et le DHS ne divulguent aucune information vous concernant ou concernant d'autres membres de votre ménage sans votre consentement, sauf dans les cas prévus par les lois générales du Rhode Island 40-6-12, 40-6-12.1, et 42-7.2-5(13), les réglementations énoncées dans le code administratif du DHS et les codes du règlement administratif de Medicaid. Toute personne reconnue coupable d'avoir enfreint les dispositions des lois générales du Rhode Island 40-6-12 est considérée comme coupable d'un délit. Les contrevenants sont passibles d'une amende maximale de deux cents dollars (\$200) ou d'une peine d'emprisonnement pouvant aller jusqu'à six (6) mois, ou des deux.

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

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

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

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

## **VOS RESPONSABILITÉS**

### **Informations sur votre couverture et vos responsabilités :**

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

**Vous avez la RESPONSABILITÉ** de fournir un numéro de Sécurité sociale (ou la preuve que vous en avez demandé un) pour vous-même et les membres de votre ménage comme condition d'admissibilité. La collecte des informations figurant sur la demande, ainsi que des numéros de Sécurité sociale de tous les membres de votre ménage pour lesquels vous recevez une aide, est autorisée par la loi sur l'alimentation et la nutrition (Food and Nutrition Act) de 2008 (anciennement « Food Stamp Act »), telle que modifiée, 7 U.S.C. 2011-2036, et par la loi fédérale (45 CFR 155.305 et 42 CFR 435.910). Ces informations seront utilisées pour déterminer si votre ménage est admissible ou continue d'être admissible aux programmes SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Le département vérifiera ces informations par comparaison informatique avec celles du Département du travail et de la formation (Department of Labor and Training, DLT), de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA), des autorités fiscales américaines



## Numéro de compte :

(Internal Revenue Service, IRS), du Service de l'alimentation et de la nutrition (Food and Nutrition Service), et d'autres entités gouvernementales et non gouvernementales autorisées par la loi, la réglementation ou le contrat, et elles feront l'objet d'une vérification par des responsables gouvernementaux fédéraux, étatiques et locaux. Les informations sur les revenus et l'admissibilité obtenues auprès de ces agences seront utilisées pour s'assurer que votre ménage est admissible et reçoit le montant correct des prestations SNAP, GPA, de garde d'enfants, RIW, Medicaid, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Ces informations seront également utilisées pour contrôler le respect des réglementations du programme à des fins de gestion du programme, de prévention de la fraude, et de vérification des demandes de remboursement de soins de santé.

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

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

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

### **PROGRAMME RI WORKS, MEDICAID, AIDE POUR GARDE D'ENFANTS ET AIDE PUBLIQUE GÉNÉRALE PRIVILÈGES ET CESSIIONS**

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

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

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

#### **b. Concernant les montants recouvrables auprès d'un tiers**

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

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

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



## Numéro de compte :

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

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

Comprenez que votre demande servira d'autorisation au Département des services sociaux visant à obtenir auprès des prestataires de soins médicaux des informations pertinentes concernant vous ou toute personne incluse dans votre demande, tant que le dossier reste ouvert.

Comprendre et accepter que le bureau du DHS puisse contacter d'autres personnes ou organisations afin d'obtenir les preuves nécessaires de votre admissibilité et du niveau des prestations.

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

### Medicaid : Résiliation par vous

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

Nom
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

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

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

### Medicaid : Résiliation par l'État

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

Nom
MIFERSOWO EHENJQZWD QXEXHKOXR

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

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



**Numéro de compte :**

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

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

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

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





STATE OF RHODE ISLAND

P.O. BOX 8709

CRANSTON, RI 02920-8787

**DROIT DE FAIRE APPEL**

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

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

**Qu'est-ce qu'une audience équitable ?**

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

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

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

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



N° de dossier : [REDACTED]

### **Appels accélérés**

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

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

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

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

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

### **Droit de se représenter et droit d'être représenté**

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

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

### **L'admissibilité des autres membres du ménage pourrait être affectée**

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

### **Accès à votre dossier**

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

### **Résolution informelle**

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



Numéro de compte :

## FORMULAIRE D'APPEL



### Procédure d'appel

Vous pouvez faire appel en procédant de l'une des manières suivantes. Si vous soumettez ce formulaire, l'État procédera à un examen de votre dossier pour tenter de résoudre le problème.

- **En ligne.** Connectez-vous à votre compte sur <https://healthyrhode.ri.gov> et cliquez sur « File an appeal » (Faire appel).
- **Par téléphone.** Vous pouvez faire appel concernant Medicaid et la couverture santé achetée par le biais de HealthSource RI en appelant HealthSource RI au 1-855-840-HSRI (4774). Pour toute question concernant l'introduction d'un appel pour des programmes de services sociaux tels que SNAP, RIW, l'aide pour garde d'enfants, GPA ou SSP, appelez le Département des services sociaux au 1-855-MY-RI-DHS (1-855-697-4347).
- En personne. Pour une assistance en personne, consultez [www.dhs.ri.gov](http://www.dhs.ri.gov) pour prendre connaissance de l'adresse des bureaux.
- Par courrier postal. Remplissez ce formulaire et envoyez-le à ATTN: Appeals STATE OF RHODE ISLAND, P.O. BOX 8709, CRANSTON, RI 02920-8787.

Nom (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Date de naissance (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Numéro de compte (tel qu'il figure en haut de l'avis) : \_\_\_\_\_

Adresse (obligatoire) : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse électronique : \_\_\_\_\_

Avez-vous besoin d'aide pour parler, lire ou écrire en anglais ?  Oui  Non :

Si oui, quelle est votre langue maternelle ? \_\_\_\_\_

Méthode de contact préférée (encercler une réponse) : courrier électronique/courrier postal

Vous devez cocher le ou les motifs de votre appel :

#### Couverture santé :

\_\_\_\_\_ Medicaid

\_\_\_\_\_ Régime acheté par l'intermédiaire du HSRI

\_\_\_\_\_ Les deux/incertain

\_\_\_\_\_ Autre (veuillez expliquer) \_\_\_\_\_

#### Services sociaux :

\_\_\_\_\_ SNAP

\_\_\_\_\_ RIW

\_\_\_\_\_ SSP

\_\_\_\_\_ GPA

\_\_\_\_\_ GARDE D'ENFANTS



**Numéro de compte :**

Veillez expliquer la raison de votre appel :

---

---

---

Avez-vous besoin immédiatement de services de santé importants ou de prestations SNAP ?  
Dans l'affirmative, souhaitez-vous un appel accéléré ?  Oui  Non :

Si oui, veuillez expliquer :

---

---

**SI LA DÉCISION D'AUDIENCE N'EST PAS EN MA FAVEUR, JE COMPRENDS QUE JE DOIS REMBOURSER  
TOUTE AIDE ET PRESTATION SNAP POUR LAQUELLE JE SUIS JUGÉ(E) NON ADMISSIBLE**

Cochez cette case si quelqu'un vous aidera à faire appel ou vous représentera pendant la procédure d'appel.  
Il peut s'agir d'un avocat, d'un ami ou d'un membre de la famille. Indiquez les coordonnées de cette personne :

Nom : \_\_\_\_\_  
Téléphone : \_\_\_\_\_  
Adresse : \_\_\_\_\_  
Adresse électronique : \_\_\_\_\_

**Souhaitez-vous que votre couverture et vos prestations restent inchangées dans l'attente d'une  
décision d'audience ?  Oui  Non**

Signature \_\_\_\_\_ Date \_\_\_\_\_  
(Bénéficiaire)

**À REMPLIR UNIQUEMENT PAR L'AGENCE :**

L'APPEL CONCERNE : \_\_\_\_\_ RIW \_\_\_\_\_ MEDICAID \_\_\_\_\_ GPA  
\_\_\_\_\_ SNAP \_\_\_\_\_ RÉGIME DE \_\_\_\_\_ GARDE D'ENFANTS  
\_\_\_\_\_ SANTÉ ACHETÉ  
\_\_\_\_\_ AUTRE

Indiquer la référence spécifique dans le manuel de la politique : \_\_\_\_\_ Section(s) \_\_\_\_\_

Réponse de l'agence à l'appel/explication : \_\_\_\_\_

---

---

---

Représentant de l'agence (signature) \_\_\_\_\_ Superviseur (signature) \_\_\_\_\_

(Nom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_ (Nom en caractères d'imprimerie) \_\_\_\_\_

Bureau local \_\_\_\_\_



**Date** : 05/13/2023

**Numéro de compte** :

VEUILLEZ LIRE CE QUI SUIT – CELA POURRAIT VOUS PERMETTRE D'ÉCONOMISER DE L'ARGENT  
SUR VOTRE FACTURE D'ÉLECTRICITÉ

National Grid propose un tarif spécial à ses clients DHS à faibles revenus qui pourrait vous permettre  
d'économiser de l'argent sur votre facture d'électricité. LA FACTURE DOIT ÊTRE À VOTRE NOM.

Pour demander ce tarif réduit, remplissez, signez et datez le formulaire ci-dessous, et envoyez-le à votre  
compagnie d'électricité.

National Grid  
Attn: Customer Service  
PO Box 960  
Northborough, MA 01532-0960

Si vous avez des questions, veuillez contacter le DHS au 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(COUPER SUR LA LIGNE CI-DESSOUS)

---

82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND  
DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX  
FORMULAIRE DE CERTIFICATION DU PROGRAMME D'AIDE LIFELINE

Numéro de compte DHS : \_\_\_\_\_ Programme DHS \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (si disponible)

Numéro de compte du service téléphonique \_\_\_\_\_



**Numéro de compte :**

VEUILLEZ LIRE CE QUI SUIIT – CELA POURRAIT VOUS PERMETTRE D'ÉCONOMISER  
DE L'ARGENT SUR VOTRE FACTURE DE TÉLÉPHONE

PROGRAMME D'AIDE LIFELINE

Verizon et Cox Communication offrent aux clients DHS à faibles revenus une réduction mensuelle de votre facture de téléphone. LA FACTURE DOIT ÊTRE À VOTRE NOM.

PROGRAMME LINK-UP-AMERICA

Pour demander ce tarif téléphonique réduit et/ou l'aide Lifeline, remplissez,  
signez et datez le formulaire ci-dessous, et envoyez-le par la poste à :

COX Communications, Inc  
Attention: Lifeline Services  
6301 Waterford Blvd. Suite 200  
Oklahoma City, OK 73118  
Fax : 1-877-873-9077

Verizon Lifeline Services  
PO Box 4848  
Trenton, NJ 08650-4848

Si vous avez des questions, veuillez contacter le DHS au 1-855-MY-RI-DHS(1-855-697-4347).

(COUPER SUR LA LIGNE CI-DESSOUS)

---

82 Hpkj St  
Pawtucket, RI 02860

RHODE ISLAND  
DÉPARTEMENT DES SERVICES SOCIAUX  
FORMULAIRE DE CERTIFICATION DU PROGRAMME D'AIDE LIFELINE

Numéro de compte DHS : XXXXXXXXXX Programme DHS : \_\_\_\_\_

Numéro de téléphone ( \_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ (si disponible)

Numéro de compte du service téléphonique \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Signature du (de la) bénéficiaire admissible

\_\_\_\_\_  
Date



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។ ទូរស័ព្ទ 1-855-697-4347 (TTY 711)

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

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

ໂປດຊາບ: ຖ້າວ່າ ທ່ານເວົ້າພາສາ ລາວ, ການບໍລິການຊ່ວຍເຫຼືອດ້ານພາສາ, ໂດຍບໍ່ເສັຽຄ່າ, 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 dyédɛ gbo: ɔ jü ké m̄ [Bàsòò-wùdù-po-nyò] jü ní, níí, 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 sexe dans le cadre de l'acceptation ou de la fourniture de services, de l'emploi ou du traitement dans le contexte de ses activités de programmes d'éducation ou autres. En vertu d'autres dispositions du droit applicable, ni l'EOHHS ni le DHS n'exerce de discrimination fondée sur l'orientation sexuelle, ou l'identité ou l'expression de genre. Pour de plus amples informations sur ces lois et réglementations de non-discrimination et sur les procédures de résolution des plaintes pour discrimination, contactez le DHS au 25 Howard Ave, Bldg. 57, Cranston, RI 02920, au numéro de téléphone (401) 462-2971 (pour les sourds/malentendants : 1-800-745-6575 [appel vocal] ; TTY 711).

