

Numéro de compte : XXXXXXXXXX

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.

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



Numéro de compte : [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.

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 : XXXXXXXXXX

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.

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.

Informations sur le crédit d'impôt sur les primes

Vous pouvez choisir de reporter une partie du montant du crédit d'impôt pour l'assurance maladie et de recevoir le solde lorsque vous déposez votre déclaration d'impôts fédérale. Vous pourriez être tenu(e) de rembourser les crédits d'impôt lorsque vous remplissez votre déclaration d'impôts fédérale si le montant que vous appliquez à votre prime mensuelle dépasse le montant auquel vous avez droit sur la base de votre revenu annuel total.

Pour pouvoir bénéficier des crédits d'impôt pour l'assurance maladie, vous devez remplir les conditions suivantes :

- Déclarer les revenus de l'année au cours de laquelle vous bénéficiez d'une couverture d'assurance maladie.
- Signaler tout changement affectant votre admissibilité comme indiqué ci-dessus.

Informations sur la réduction de la participation aux coûts

En fonction de vos revenus, vous pouvez bénéficier d'une aide financière plus importante pour l'assurance. Une réduction de la participation aux coûts permet de diminuer le montant que vous devez payer de votre poche pour vos soins de santé (en d'autres termes, pour les médicaments à la pharmacie ou pour la participation aux frais chez le médecin). Par exemple, si votre revenu diminue, votre participation aux frais ou votre franchise pourrait être réduite. Le niveau de réduction dépendra du revenu du ménage. Si le revenu de votre ménage change, le montant de votre participation aux frais et de votre franchise pourrait également changer.

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



Numéro de compte : [REDACTED]

est admissible ou continue d'être admissible aux programmes SNAP, Medicaid, RIW, GPA, CCAP, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Le département vérifiera ces informations par comparaison informatique avec celles du Département du travail et de la formation (Department of Labor and Training, DLT), de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA), des autorités fiscales américaines (Internal Revenue Service, IRS), du Service de l'alimentation et de la nutrition (Food and Nutrition Service), et d'autres entités gouvernementales et non gouvernementales autorisées par la loi, la réglementation ou le contrat, et elles feront l'objet d'une vérification par des responsables gouvernementaux fédéraux, étatiques et locaux. Les informations sur les revenus et l'admissibilité obtenues auprès de ces agences seront utilisées pour s'assurer que votre ménage est admissible et reçoit le montant correct des prestations SNAP, GPA, de garde d'enfants, RIW, Medicaid, et d'assurance maladie commerciale avec aide financière. Ces informations seront également utilisées pour contrôler le respect des réglementations du programme à des fins de gestion du programme, de prévention de la fraude, et de vérification des demandes de remboursement de soins de santé.

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

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

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

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



Numéro de compte : [REDACTED]

privilège est de garantir le remboursement à l'État des paiements financiers et Medicaid qui m'ont été versés ou qui ont été versés en mon nom pour la période couverte par l'indemnisation, l'ordonnance ou le règlement de l'accident du travail.

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

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

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.

Comprenez et acceptez 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.

Régime d'assurance maladie commercial : Résiliation par vous

Vous pouvez résilier en tout temps la couverture d'assurance maladie pour tout membre de votre ménage. Leur couverture prendra fin le dernier jour du mois au cours duquel vous aurez déposé votre demande. Par exemple, si vous demandez la résiliation de votre couverture le 17 mai, votre dernier jour de couverture sera le 31 mai. Attention : si vous ne bénéficiez pas d'une couverture d'assurance maladie, vous risquez de devoir payer une pénalité.

Régime d'assurance maladie commercial : Résiliation par l'assureur ou par l'Exchange

Les membres suivants de votre ménage pourraient être affiliés à un régime d'assurance maladie commercial :

Nom [REDACTED]

Votre couverture ou celle d'un membre de votre ménage dans le cadre d'un régime d'assurance maladie commercial ne peut être annulée que dans les cas suivants :

- si vous ou le membre de votre ménage n'avez plus droit à une couverture abordable par le biais de Medicaid ou de HealthSource RI ;
- si vous ou le membre de votre ménage ne payez pas les primes et que votre délai de grâce prend fin (45 CFR § 155.430(b)(2)(ii)) ;
- si votre couverture ou celle du membre de votre ménage prend fin en raison d'informations frauduleuses dans votre demande ;
- si votre assureur ou celui du membre de votre ménage fait faillite, ou perd sa licence ou sa certification en vertu de la législation de l'État ; ou
- si vous ou le membre de votre ménage passez à un autre régime offert par HealthSource RI pendant une période d'inscription ouverte ou spéciale.



Numéro de compte : [REDACTED]

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 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.

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



Numéro de dossier : XXXXXXXXXX

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 : XXXXXXXXXX

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 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 | _____ GPA |
| _____ RIW | _____ GARDE D'ENFANTS |
| _____ SSP | |



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 _____ RIW _____ MEDICAID _____ GPA _____
CONCERNE : _____ SNAP _____ COUVERTURE SANTÉ ACHETÉE _____ GARDE D'ENFANTS _____
_____ 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 _____

