

## DEMANDE D'ASSISTANCE FINANCIÈRE POUR LA PRIME MEDICARE

*Veillez lire ce qui suit avant de remplir le formulaire de demande. Vous devez répondre à toutes les questions afin de nous permettre de déterminer si nous sommes en mesure de vous aider. Si vous avez besoin d'aide en vue de compléter une partie quelconque de ce formulaire, veuillez contacter votre Bureau Medicaid local.*

Demandeur					
Patronyme		Prénom		Initiale 2ème prénom	
Adresse		Ville		État	Code postal
Adresse postale (si différente)		Ville		État	Code postal
Numéros de téléphone : Maison : Portable : Autre :		Services d'interprétation: Avez-vous des difficultés à parler, lire ou écrire l'anglais ? Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>			
Etat civil : Célibataire <input type="checkbox"/> Marié <input type="checkbox"/> Veuf/Veuve <input type="checkbox"/> Divorcé <input type="checkbox"/>		Au cas où vous auriez besoin d'un interprète, nous vous en fournirons un. Dites-nous dans quelle langue vous vous exprimez.			
Représentant/Sponsor					
Patronyme		Prénom		Initiale 2ème prénom	
Adresse		Ville		État	Code postal
Adresse postale (si différente)		Ville		État	Code postal
Rapport avec le demandeur:		Numéro(s) de téléphone : Maison :                      Portable :                      Autre :			
Composition du ménage					
Listez tous les membres vivant sous votre toit. Indiquez les noms officiels (tels qu'enregistrés sur la carte Medicare ou sur l'acte de naissance).					
Prénom, nom, 2 <sup>ème</sup> initiale	Rapport avec vous	Date de naissance	Demande d'allocations ?	Numéro de Sécurité Sociale	Sexe M ou F
	Vous		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Votre conjoint		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		
	Autre (Expliquer)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>		



**Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- FRENCH**

**Actifs**

Indiquez ci-dessous la liste des biens détenus par chacune des personnes que vous avez incluse sur ce formulaire. Indiquez le type d'actif, le propriétaire de cet actif et spécifiez si l'actif fait l'objet d'une possession exclusive ou en indivision. Les actifs comprennent, sans se limiter aux exemples figurant ci-dessous.

- Espèces
- Compte courant
- Compte d'épargne
- Comptes marché financiers
- Fonds mutuels
- Obligations d'épargne
- Valeurs mobilières
- Certificats de dépôt (CD)
- Comptes exclusifs de retraite (IRA)
- Bien immobiliers (sauf résidence principale)

Type d'actif	Nom du/des propriétaire(s)	Possession	Valeur actuelle
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$
		Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>	\$

Est-ce que vous ou votre conjoint possédez des véhicules (automobile, camion, bateau, auto-caravane, motocyclette, camping-car et/ou une remorque) ? Si oui, veuillez l'indiquer ci-dessous :

Nom du/des propriétaire(s)	Possession	Type de véhicule	Année	Marque/Modèle	Valeur	Montant dû
	Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>				\$	\$
	Exclusive <input type="checkbox"/> Indivision <input type="checkbox"/>				\$	\$

Est-ce que vous ou votre conjoint possédez une police d'assurance-vie avec une valeur au comptant ? Si oui, veuillez le spécifier ci-dessous :

Propriétaire du contrat	Nom de la compagnie d'assurance/numéro de contrat	Personne(s) assurées	Valeur nominale	Valeur au comptant
			\$	\$
			\$	\$

Medicare Savings Programs (MSP) Model Application -- FRENCH

**Lire attentivement avant de signer**

Je déclare avoir compris que :

- Je dois informer le Bureau Medicaid dans les plus brefs délais, par écrit ou par téléphone, de tout changement s'étant produit dans ma situation. Les rapports tardifs peuvent entraîner le versement d'allocations dont le montant serait incorrect.
- Ma situation peut être vérifiée par le Bureau Medicaid ou par d'autres Agences de l'État ou par des Agences fédérales.
- Je dois fournir des preuves de mon éligibilité pour obtenir une assistance. Le Bureau Medicaid peut m'aider à obtenir des preuves ou à contacter d'autres personnes ou agences dans ce même but.
- En requérant et en recevant des allocations pour mes soins de santé, je renonce par là même au profit de l'État à tous droits à une assistance médicale ainsi qu'à tous paiements effectués par des tiers pour mes soins de santé.

**Déclaration et signatures**

J'ai lu et j'ai compris les informations contenues dans ce formulaire. Je déclare, sous peine de parjure, que les informations fournies dans ce formulaire sont vraies, exactes et complètes.

Signature du Demandeur

Date

Signature du Conjoint (si nécessaire)

Date

Signature de la personne aidant le Demandeur

Organisation

Date