



Formulaire de renouvellement de l'assistance médicale

[IF ABD or QMB+] Il est temps de renouveler votre <type of medical assistance> couverture d'assistance médicale. Vous devez renouveler votre couverture d'assistance médicale au moins une fois par an. Vous devez remplir et nous retourner ce formulaire de renouvellement ainsi que les copies de tous les documents requis au plus tard le **<RECERT DATE>** pour pouvoir continuer à bénéficier de votre couverture d'assistance médicale. En remplissant ce formulaire, veuillez nous signaler tout changement survenu.

En cas de changement dans vos prestations, vous recevrez un avis expliquant les raisons de ce changement. Vous n'aurez pas à vous rendre dans un centre de service. Toutefois, il se peut que vous soyez contacté par téléphone ou par courrier postal si des informations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer votre admissibilité.

Veuillez lire et répondre à toutes les questions contenues dans le formulaire. Lisez les informations fournies sur vous et sur chaque personne de votre ménage ou sur celles figurant sur votre déclaration de revenus. Ajoutez tous les renseignements manquants. Si certaines données ont changé, indiquez les bonnes informations. Signez et envoyez le formulaire dûment rempli ainsi que tous les documents requis à l'adresse suivante : District of Columbia (District) Department of Human Services (DHS), Economic Security Administration (ESA), Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555. Vous pouvez le faire par courrier postal, par téléphone, par fax ou en personne.

En cas de non-retour du formulaire de renouvellement dûment rempli et des copies de tous les documents requis d'ici le **<RECERT DATE>** votre couverture d'assistance médicale sera suspendue.

[IF KB] Il est temps de renouveler la couverture Medicaid de votre enfant. Vous devez renouveler la couverture Medicaid de votre enfant au moins une fois par an. Vous devez remplir et renvoyer ce formulaire de renouvellement, les formulaires sur les niveaux de soins et sur les régimes de soins de santé ci-joints, ainsi que des copies de tous les documents requis (plan d'éducation individualisé (PEI)/plan de service familial individualisé (PSFI) et lettre de nécessité médicale) au plus tard le **<RECERT DATE>** pour que votre enfant continue à bénéficier de la couverture médicale. En remplissant ce formulaire, veuillez nous signaler tout changement survenu.

En cas de changement dans vos prestations, vous recevrez un avis expliquant les raisons de ce changement. Vous n'aurez pas à vous rendre dans un centre de service. Toutefois, il se peut que vous soyez contacté par téléphone ou par courrier postal si des informations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer votre admissibilité.

Veuillez lire et répondre à toutes les questions des sections du formulaire et assurez-vous de bien indiquer les informations suivantes : 1) revenus du ou des parents et de l'enfant, 2) avoirs de l'enfant, 3) statut de la déclaration de revenus du ménage et 4) tout bien transféré de l'enfant. Lisez les informations fournies sur vous et sur chaque personne de votre ménage ou sur celles figurant sur votre déclaration de revenus. Ajoutez tous les renseignements manquants. Si certaines données ont changé,

inscrivez les informations mises à jour. Signez et envoyez le formulaire dûment rempli ainsi que tous les documents requis à l'adresse suivante : Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555. Vous pouvez le faire par courrier postal, par téléphone, par fax ou en personne.

En cas de non-retour du formulaire de renouvellement dûment rempli et des copies de tous les documents requis d'ici le **<RECERT DATE>** la couverture Medicaid de votre enfant sera suspendue.

[IF QMB Only] Il est temps de renouveler votre couverture dans le cadre du Programme des bénéficiaires qualifiés de Medicare(QMB). Au moins une fois par an, vous devez remplir et renvoyer ce formulaire de renouvellement pour pouvoir continuer à bénéficier de votre couverture en ce qui concerne les primes des parties A et B de Medicare et vos frais de partage des coûts Medicare (coassurances, co-paiements et franchises). Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une évaluation dans le cadre d'autres programmes d'admissibilité à Medicaid ou dans le cadre d'autres programmes d'accessibilité à l'assurance, il vous suffit de remplir les **sections 1-5 et 8 uniquement**. En remplissant ce formulaire, veuillez nous signaler tout changement survenu.

En cas de changement dans vos prestations, vous recevrez un avis expliquant les raisons de ce changement. Vous n'aurez pas à vous rendre dans un centre de service. Toutefois, il se peut que vous soyez contacté par téléphone ou par courrier postal si des informations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer votre admissibilité.

Si vous souhaitez être sélectionné dans le cadre d'autres programmes d'admissibilité à Medicaid et dans le cadre d'autres programmes d'accessibilité à l'assurance, vous devez répondre à toutes les questions du formulaire.

Lisez les informations fournies sur vous et sur chaque personne de votre ménage ou sur celles figurant sur votre déclaration de revenus. Ajoutez tous les renseignements manquants. Si certaines données ont changé, indiquez les bonnes informations. Signez et soumettez votre formulaire dûment rempli ainsi que tous les documents requis à l'adresse suivante : Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555. Vous pouvez le faire par courrier postal, par téléphone, par fax ou en personne.

En cas de non-retour du formulaire de renouvellement dûment rempli et des copies de tous les documents requis d'ici le **<RECERT DATE>** votre couverture QMB sera suspendue.

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions ci-dessous, vous devez nous fournir des copies des documents énumérés sous ladite question. Si nous avons besoin des pièces autres que celles indiquées sur ce formulaire, nous vous enverrons une lettre distincte pour vous demander ce dont nous aurons besoin.

[IF BCCP] Il est temps de renouveler votre couverture du programme de lutte contre le cancer du sein et du col de l'utérus (BCCP). Vous devez renouveler votre couverture d'assistance médicale au moins une fois par an. Vous devez remplir et nous retourner ce formulaire de renouvellement ainsi que les copies de tous les documents requis au plus tard le **<RECERT DATE>** pour pouvoir continuer à bénéficier de votre couverture d'assistance médicale. Si vous ne souhaitez pas faire l'objet d'une évaluation dans le cadre d'autres programmes d'admissibilité à Medicaid ou dans le cadre d'autres programmes d'accessibilité à l'assurance, il vous suffit de remplir les **sections 6, 7 ou 9**. En remplissant ce formulaire, veuillez nous signaler tout changement survenu.

En cas de changement dans vos prestations, vous recevrez un avis expliquant les raisons de ce changement. Vous n'aurez pas à vous rendre dans un centre de service. Toutefois, il se peut que vous soyez contacté par téléphone ou par courrier postal si des informations supplémentaires sont nécessaires pour déterminer votre admissibilité.

Si vous souhaitez être sélectionné dans le cadre d'autres programmes d'admissibilité à Medicaid et dans le cadre d'autres programmes d'accessibilité à l'assurance, vous devez répondre à toutes les questions du formulaire.

Lisez les informations fournies sur vous et sur chaque personne de votre ménage ou sur celles figurant sur votre déclaration de revenus. Ajoutez tous les renseignements manquants. Si certaines données ont changé, indiquez les bonnes informations. Signez et soumettez votre formulaire dûment rempli ainsi que tous les documents requis à l'adresse suivante : Department of Human Services, Economic Security Administration, Medicaid Branch, 5th FL, 645 H Street, NE, Washington, DC 20077-0555. Vous pouvez le faire par courrier postal, par téléphone, par fax ou en personne.

En cas de non-retour du formulaire de renouvellement dûment rempli et des copies de tous les documents requis d'ici le **<RECERT DATE>** votre couverture BCC sera suspendue.

Si vous répondez « OUI » à l'une des questions ci-dessous, vous devez nous fournir des copies des documents énumérés sous ladite question. Si nous avons besoin des pièces autres que celles indiquées sur ce formulaire, nous vous enverrons une lettre distincte pour vous demander ce dont nous aurons besoin.

Veillez remplir les sections suivantes pour nous communiquer vos informations actualisées.

1 Membres du ménage

Le tableau ci-dessous présente la liste des personnes que nous avons enregistrées comme vivant avec vous. Cochez oui ou non pour indiquer si le membre vit toujours avec vous. Si une personne figurant sur la liste n'est plus membre du ménage, indiquez la date de son départ.

Prénom	Nom de famille	Date de naissance	Vit-il toujours dans votre ménage ?	Date de départ, si connue
<Household Member 1 First Name>	<Household Member 1 Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	
<Household Member N First Name>	<Household Member N Last Name>	<DOB>	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	

Avez-vous de nouveaux membres du ménage qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus ? Oui Non

Le(s) nouveau(x) membre(s) souhaite(nt) demander une couverture ? Oui Non

Si oui, une demande sera envoyée par courrier à l'adresse figurant dans le dossier afin que le ou les nouveaux membres du ménage puissent demander une couverture.

2

Informations de contact

Vous trouverez ci-dessous les coordonnées que nous avons en dossier pour vous.

Téléphone portable : <Cell Phone num1>	Domicile : <Home number>	Occupation : <Work Number>
Ce numéro est-il exact ? Oui Non	Ce numéro est-il exact ? Oui Non	Ce numéro est-il exact ? Oui Non
Si vous avez répondu non, veuillez mettre à jour vos coordonnées ci-dessous :		
Téléphone portable :	Domicile :	Occupation :

Adresse que nous avons dans nos dossiers pour vous et votre ménage :		
Adresse : <Address>		
Ville : <City>	État : <State>	Code postal : <Zip Code>

Avez-vous une nouvelle adresse ? Oui Non	Si oui, quelle est votre nouvelle adresse ?
Adresse :	
Ville :	État : Code postal :

3

Questions générales sur le ménage

Êtes-vous propriétaire de votre maison ? Oui Non
Si oui, quelle en est l'adresse (si elle est différente de l'adresse fournie ci-dessus) ?
Adresse :
Ville : État : Code postal :

4

[If Under 65] Statut de la déclaration de revenus

Veuillez vérifier ci-dessous le statut de déclaration fiscale de chaque membre de votre ménage.

Nom complet	Cette personne fera-t-elle sa déclaration de revenus l'année prochaine ?		Veuillez indiquer le nom du conjoint si la déclaration est conjointe.	Veuillez indiquer le nom de toute personne qui pourrait vous déclarer comme personne à charge.	Veuillez indiquer le nom de toute personne à charge que vous pourriez déclarer.
<member 1_full_name>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			
<member N_full_name>	<input type="checkbox"/> Oui	<input type="checkbox"/> Non			

5

Revenu

Veuillez vérifier les sources de revenu ci-dessous et indiquer une date de fin si ce revenu a cessé.

Veuillez joindre un élément de preuve, notamment une lettre de la source de revenu.

Source de revenu	Bénéficiaire du revenu	Type de revenu spécifique	Montant avant impôts	Fréquence de réception	Date de fin du revenu
<Source_of_income 1>	<income_owner_full_name 1>	<income_type 1>	\$<amnt 1>	<frequency 1>	
<Source_of_income N>	<income_owner_full_name N>	<income_type N>	\$<amnt N>	<frequency N>	

Veillez énumérer toutes les sources de revenus supplémentaires ne figurant pas dans la liste ci-dessus, avec une date de fin si ce revenu a cessé. Veillez joindre une feuille de papier si vous avez besoin de plus d'espace. Exemples de sources de revenus : Retraite, sécurité sociale, revenu complémentaire de sécurité (SSI), prestations aux anciens combattants, retraite des chemins de fer, prestations de la fonction publique, intérêts/dividendes, assurance, droits miniers/concessions pétrolières, allocations de chômage, indemnisation des accidents du travail, emploi/travail, revenu agricole, travail indépendant, revenu de location, contributions de la famille/des amis, revenu de fiducies ou de rentes.

Source de revenu	Bénéficiaire du revenu	Montant avant impôts	Fréquence de réception	Date de début du revenu	Date de fin du revenu
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			
		\$			

6 Avoirs

Le tableau ci-dessous présente la liste des actifs que nous avons enregistrés à votre nom.

Type de ressource	Propriétaire(s)	\$ Valeur
[assets_type]	[assets owner_name]	[\$asset_val]

Si vous ou votre conjoint avez obtenu d'autres biens qui ne figurent pas dans la liste ci-dessus, veuillez remplir le tableau ci-dessous et joindre des justificatifs. Exemples de ressources : Argent en espèces, compte courant, compte d'épargne, certificats de dépôt, billets à ordre, biens immobiliers (terrain, maison, bien locatif, etc.), fonds fiduciaire, certificat de dépôt, IRA, billet à ordre, fonds commun de placement, hypothèques, actions ou obligations, assurance-vie, assurance relative aux fonds d'enterrement, sépulture, etc.

Type de ressource	Date d'obtention	Localisation (adresse, banque, compagnie d'assurance, société de courtage, etc.)	Propriétaire(s)	\$ Valeur
				\$
				\$
				\$

7 Véhicules

Le tableau ci-dessous présente la liste des véhicules que nous avons enregistrés à votre nom.

Demandeur des	Modèle	Année	Valeur	Montant dû	Propriétaire(s)
<car_make 1>	<car_model 1>	<car_year 1>	\$(car_value 1)	\$(car_owed_amnt 1)	<Car_owner_name 1>
<car_make N>	<car_model N>	<car_year N>	\$(car_value N)	\$(car_owed_amnt N)	<Car_owner_name N>

Si vous ou votre conjoint(e) êtes propriétaire d'une voiture, d'un camion, d'une motocyclette, d'un bateau, d'une remorque ou d'un autre véhicule ne figurant pas dans la liste ci-dessus, veuillez fournir les renseignements suivants sur chacun de ces véhicules (veuillez joindre des pages supplémentaires si nécessaire).

Demander des	Modèle	Année	Valeur	Montant dû	Propriétaire(s)

8

Assurance santé

Le tableau ci-dessous présente les informations sur l'assurance santé que nous avons enregistrés à votre nom.

Nom de la compagnie d'assurance santé	Nom de l'assuré	Type d'assurance	Date de début et de fin JJ/MM/AA – JJ/MM/AA	Montant
<health_Insurance_comp_name 1>	<insurance_owner 1>	<coverage_type 1>	<insurance_start_end_date 1>	<insurance_amount 1>
<health_Insurance_comp_name N>	<insurance_owner N>	<coverage_type N>	<insurance_start_end_date N>	<insurance_amount N>

Bénéficiez-vous des services de Medicare ? Oui Non Medicare A B

Votre conjoint bénéficie-t-il/elle des services de Medicare ? Oui Non Medicare A B

Bénéficiez-vous d'une autre assurance santé ? Oui Non

Votre conjoint bénéficie-t-il/elle d'une autre assurance santé ? Oui Non

Si vous, votre conjoint ou toute personne de votre ménage bénéficiez d'une assurance santé autre que Medicare, veuillez fournir les informations suivantes et joindre des copies (recto et verso) de votre carte Medicare et de votre carte d'assurance.

Nom de la compagnie d'assurance santé	Nom de l'assuré	Type d'assurance	Date de début et de fin JJ/MM/AA – JJ/MM/AA	Numéro de police ou de demande	Montant
					\$
					\$
					\$
					\$

9

Frais médicaux

Le tableau ci-dessous présente la liste des frais médicaux que nous avons enregistrés à votre nom.

Nom de la personne responsable du paiement de ces frais	Type de frais	Date de début de ces frais	Montant payé	Fréquence de paiement
<Medical_expense_payer 1>	<Medical_expense_type 1>	<Start_date_Medical_expense 1>	<Medical_expense_amount 1>	<Medical_expense_frequency 1>

<Medical_expense_payer N>	<Medical_expense_type N>	<Start date_Medical_expense N>	<Medical_expense_amount N>	<Medical_expense_frequency N>
---------------------------	--------------------------	--------------------------------	----------------------------	-------------------------------

Si vous avez d'autres frais médicaux qui n'ont pas été déclarés ci-dessus, veuillez compléter les informations suivantes pour chaque frais médical.

Nom de la personne responsable du paiement de ces frais	Type de frais	Date de début de ces frais	Montant payé	Fréquence de paiement
			\$	
			\$	
			\$	

10

Coût de la prise en charge d'autres personnes

Le tableau ci-dessous présente la liste des coûts relatifs à la prise en charge d'autres personnes et que nous avons enregistrés à votre nom.

Montant payé	Fréquence de paiement
\$<care_amount 1>	<care_amount_frequency 1>
\$<care_amount N>	<care_amount_frequency N>

Les coûts des soins des personnes à charge désignent les paiements effectués pour la prise en charge d'une personne de votre ménage qui dépend de vos revenus. Il peut s'agir d'un enfant, d'un adulte âgé de 60 ans ou plus, ou d'une personne handicapée. Le paiement de ces frais permettra à un membre du ménage de travailler, de chercher un emploi, de suivre une formation ou des cours. Vous avez le droit, mais pas l'obligation, de signaler les variations de vos dépenses liées à la prise en charge d'autres personnes.

Exemple : pension alimentaire, frais de garde d'enfants ou d'adultes.

Nom de la personne responsable du paiement de ces frais	Nom du bénéficiaire	Montant payé	Fréquence de paiement
		\$	
		\$	

LISEZ ATTENTIVEMENT LES INFORMATIONS SUIVANTES AVANT DE SIGNER CETTE DEMANDE

- En apposant ma signature ci-dessous, j'autorise le DC Département des services sociaux (DHS) à recueillir des informations sur mon conjoint et moi. Le DHS peut recueillir ces informations auprès des autorités ou des institutions ayant connaissance de ma situation. J'autorise ces tiers à fournir au DHS des informations me concernant. J'ai vérifié les informations contenues dans ma demande et je pense qu'elles sont toutes exactes et correctes. Je suis conscient(e) du fait que si je donne de fausses informations, j'enfreins la loi et je peux faire l'objet de poursuites et de sanctions pénales. Je suis conscient(e) du fait que les autorités fédérales et celles de l'État procéderont à la vérification de ces informations. Je m'engage à aider et à collaborer avec elles dans leurs éventuelles enquêtes.
- En signant ci-dessous, je comprends que le gouvernement du District de Columbia (district) peut demander le recouvrement de toutes les factures payées par Medicaid pour mon compte, y compris les services fournis dans les maisons de soins infirmiers, les services de dispense ou les services fournis dans d'autres institutions médicales.

- En signant ci-dessous, je reconnais avoir pris connaissance de mes droits et responsabilités joints au présent formulaire de renouvellement. Je comprends mes responsabilités et je m'engage à collaborer si nécessaire.
- En signant ci-dessous, je comprends que si moi, ou mon conjoint, avons acheté une rente le ou après le 8 février 2006, et que je reçois des services de soins de longue durée, le District de Columbia doit être nommé bénéficiaire résiduel de la rente en vertu de la fourniture d'une assistance médicale pour les soins de longue durée.
- Représentant(s) autorisé(s) : Si le demandeur ne peut pas signer ce formulaire, vous pouvez le signer à sa place. En signant, vous certifiez que cette personne souhaite renouveler sa demande de prestations et accepte les conditions ci-dessus.

Signature : _____ Date : _____

Signature du représentant autorisé : _____ Date : _____

Annexe A : Avis des droits et responsabilités

Règles générales

Vous devez fournir des informations vraies et complètes. Si vous mentez ou fournissez de fausses informations, vous courez le risque de perdre vos prestations. Vous courez également le risque d'être frappé d'une amende et d'une peine d'emprisonnement. Nous pourrions procéder à la vérification de vos informations afin de nous assurer de leur exactitude. Nous pourrions vérifier vos revenus, les informations relatives à votre sécurité sociale et à l'immigration. La vérification de ces informations se fait grâce aux programmes informatiques de comparaison. Nous pourrions également vous interroger et effectuer une visite à domicile.

Vous pouvez désigner quelqu'un comme votre représentant autorisé. Cela lui donne le pouvoir de déposer la demande en votre nom. Si vous désignez quelqu'un comme votre représentant autorisé, l'agence lui enverra des copies des avis qu'elle vous adresse. Elle peut également présenter des vérifications en votre nom.

Votre dossier peut être choisi pour faire l'objet d'un examen de contrôle de qualité. Il s'agit d'un examen détaillé de toutes les informations que vous avez fournies. Cela peut inclure les entretiens en face-à-face et l'examen de votre dossier médical. En soumettant une demande, vous acceptez de collaborer avec les examinateurs de l'État ou du gouvernement fédéral. Si vous refusez de collaborer, vous pourrez perdre partiellement ou totalement vos prestations. Si vous faites l'objet d'une enquête ou si vous fuyez pour vous soustraire à la loi, nous pouvons partager vos informations avec les agences fédérales et locales.

En vertu de la loi fédérale et celle du district, vous devez fournir votre numéro de sécurité sociale (SSN) (si vous en avez un), si vous souhaitez bénéficier des services de Medicaid. (Voir 42 CFR 435.910) Votre numéro de sécurité sociale sera utilisé pour vérifier votre identité, empêcher la réception de prestations en double et apporter les modifications de programme requises. Le système informatique du Département des services sociaux (DHS) utilise votre SSN pour vérifier votre revenu en faisant usage des enregistrements de l'administration fiscale (Internal Revenue Service), de l'Administration de la sécurité sociale, et de la Section des services de pension alimentaires pour enfants du DC (Child Support Services Division/CSSD).

Règles en matière d'assistance médicale

Une fois que votre demande complète a été soumise à l'Economic Security Administration (ESA) du Department of Human Services (DHS) du district de Columbia, vous recevrez une décision concernant votre assistance médicale dans un délai de 45 jours (ou 60 jours si le DHS doit déterminer si vous êtes handicapé). Si vous ne recevez pas d'avis dans ce délai, veuillez appeler le DC Medicaid Branch au (202) 698-4220 ou le Change Center au (202) 727-5355.

Renseignements relatifs au remboursement des dépenses personnelles :

Si vous avez déboursé des frais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le médecin ou les hospitalisations pendant votre période d'admissibilité à Medicaid, vous pouvez éventuellement vous faire rembourser.

CONDITIONS REQUISES : Vous pouvez avoir droit à un remboursement si, pendant une période donnée, étant admissible à Medicaid, vous ou un membre de votre famille avez

- a. déboursé des frais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le médecin ou les hospitalisations ; ou
- b. vous continuez de payer les factures ou une pharmacie, une clinique, un médecin ou un hôpital vous demande de débourser des frais pour les prescriptions de médicaments, les visites chez le médecin ou les hospitalisations.

Si vous pensez avoir droit à un remboursement, vous devez soumettre une demande à cet effet dans les six (6) mois suivant la date à laquelle vous vous êtes rendu à la pharmacie, à la clinique, chez le médecin ou à l'hôpital, ou dans les six (6) mois suivant la date à laquelle vous avez appris que vous étiez admissible à Medicaid, la date la plus tardive étant retenue.

Vous devez remplir un formulaire de demande de remboursement de Medicaid et le soumettre au DC Department of Health Care Finance. Vous pouvez obtenir un exemplaire du formulaire dans tous les bureaux de ESA ou le télécharger à l'adresse <https://dhcf.dc.gov/publication/medicaid-%E2%80%93reimbursement-form> .

SI VOUS AVEZ DES QUESTIONS OU SI VOUS AVEZ BESOIN D'AIDE POUR REMPLIR CE FORMULAIRE OU OBTENIR LES INFORMATIONS REQUISES, CONTACTEZ :

- a. L'équipe de recherche chargée des réclamations des bénéficiaires du programme Medicaid du Department of Health Care Finance (DHCF) du DC au (202) 698-2009.
- b. Terris Pravlik & Millian, LLP, 1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009, (202) 682-0578, qui vous fournira une assistance juridique gratuite.

UNE DÉCISION CONCERNANT VOTRE DEMANDE DE REMBOURSEMENT DOIT ÊTRE PRISE DANS UN DÉLAI DE 90 JOURS :

- a. L'équipe de recherche chargée des réclamations des bénéficiaires de Medicaid doit prendre une décision concernant votre demande de remboursement dans les 90 jours suivant la date de dépôt de celle-ci. Si aucune décision n'est prise dans ce délai, votre demande sera considérée comme valide et vous recevrez votre paiement dans les 15 jours suivant la fin de la période de 90 jours.
- b. Si vous n'êtes pas satisfait de la décision rendue par cette équipe de recherche, vous avez le droit de demander un procès équitable. Vous pouvez demander une audience équitable en appelant le Bureau des audiences administratives au (202) 442-9094. Le Bureau des audiences administratives (OAH) se trouvent au 441 4th Street, NW; Washington, DC 20001-2714.
- c. Si vous n'êtes pas satisfait des conclusions du procès équitable, vous pouvez faire appel auprès de la Cour d'appel du DC dans un délai de 30 jours.

Vous pouvez obtenir une assistance juridique gratuite pour vous aider à présenter votre dossier à l'audience ou en appel. Si vous êtes membre de la classe certifiée par le tribunal dans l'affaire Salazar v. contre District de Columbia, Action civile n° 93-452 (TSC) (D.D.C.), vous pouvez contacter Terris, Pravlik & Millian, LLP en écrivant à l'adresse suivante 1816 12th Street, NW, Suite 303 Washington, DC 20009 ou en appelant au (202) 682-0578.

Une assistance juridique gratuite pour les bénéficiaires qui ne sont pas membres de la classe Salazar peut être disponible auprès des organisations suivantes :

Clinique juridique Bread for the City (202) 480-8950 ou (202) 791-3982 Legal Aid Society, (202) 628-1161

Conseiller juridique des personnes âgées (202) 434-2120

Services juridiques communautaires, (202) 832-6577

Services juridiques de l'université, (202) 547-4747

Récupération des biens

Le district peut demander le recouvrement de toutes les factures payées par Medicaid pour votre compte, y compris les services fournis dans les maisons de soins infirmiers, les services de dispense ou les services fournis dans d'autres institutions médicales. Pour plus d'informations sur le recouvrement des successions, contactez le Department of Health Care Finance, Health Care Operations Administration, section responsabilité civile des tiers au (202) 698-2000.

Poursuites judiciaires

Si vous inténtez une action en justice ou entamez avec un tiers des négociations relatives à une réclamation ou un préjudice médical, vous devez en informer par écrit (soit par signification à personne, soit par lettre recommandée), dans un délai de 20 jours civils, le Department of Health Care Finance, Health Care Operations Administration, section responsabilité civile des tiers, 441 4th Street, NW, Suite 1000-South, Washington, DC 20001. Si vous avez des questions, appelez le (202) 698-2000.

Signaler des changements

Vous devez signaler les changements de vos revenus, de votre statut Medicare, de votre statut marital ou institutionnel, des personnes qui vivent avec vous ou si vous déménagez du District de Columbia. Vous pouvez signaler un changement d'adresse dans le district, des changements dans vos frais de logement et des changements dans vos frais médicaux. Pour signaler un changement, appelez le (202) 727-5355. Vous devez nous appeler au plus tard le 10e jour du mois suivant le changement. Vous pouvez également appeler l'unité LTC au (202) 698-4220 pour signaler les changements qui auront une incidence sur ce que vous devez payer pour vos services de soins de longue durée.

Confidentialité

En soumettant une demande, vous autorisez le DHS à contacter votre employeur, votre locateur, votre établissement de soins, votre banque, votre médecin et toute autre personne capable de fournir des informations vous concernant. Vous autorisez également ces personnes à fournir ces informations à ladite institution. En outre, vous autorisez également le DHS à consulter vos dossiers de véhicules à moteur, vos données salariales et fiscales, ainsi que tout autre dossier gouvernemental. Le DHS s'engage à préserver la confidentialité de toutes vos informations. Le DHS ne divulgue pas les informations contenues dans vos dossiers sans votre autorisation, sauf lorsque la loi le permet ou l'exige.

La discrimination est contraire à la loi

Le DHCF et le DHS se conforment aux lois fédérales applicables en matière de droits civils et ne pratiquent aucune discrimination fondée sur la race, la couleur, l'origine nationale, l'âge, le handicap ou le sexe. Ils n'excluent pas les personnes et ne les traite pas différemment en raison de leur race, de leur couleur, de leur origine nationale, de leur âge, de leur handicap ou de leur sexe.

Le Department of Health Care Finance (DHCF) et le Department of Human Services (DHS) :

- Fournit aux personnes handicapées une assistance et des services gratuits leur permettant de communiquer efficacement avec nous, notamment des interprètes qualifiés en langue des signes
- o Des informations écrites sous d'autres formats (gros caractères, audio, formats électroniques accessibles, autres formats)

Fournit des services linguistiques gratuits aux personnes dont la première langue n'est pas l'anglais, notamment des interprètes qualifiés

ou des informations écrites dans d'autres langues

Si vous avez besoin de ces services, contactez Surobhi Rooney au (202) 442-5916.

Si vous pensez que le DHCF ou le DHS n'a pas fourni ces services ou que l'un ou l'autre a agi de manière discriminatoire sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, de l'âge, du handicap ou du sexe, vous pouvez déposer un grief auprès de :

Mlle. Surobhi Rooney, Coordonnatrice des droits civils du DHCF 441 4th Street, NW
Washington DC, 20001
Téléphone : (202) 442-5916
Courriel : surobhi.rooney@dc.gov

Vous pouvez déposer un grief en personne ou l'envoyer par courrier postal, par fax ou par courriel. Si vous avez besoin d'aide pour déposer un grief, vous pouvez faire appel à Mlle Surobhi Rooney pour vous aider.

Vous pouvez également déposer une plainte pour atteinte aux droits civils auprès du Bureau des droits civils du Département de la Santé et des Services sociaux des États-Unis, par voie électronique via le portail de plaintes de l'OCR disponible sur : <https://ocrportal.hhs.gov/ocr/portal/lobby.jsf>, par téléphone au 1-800- 368-1019 ou par courrier postal à l'adresse suivante : U.S. Department of Health and Human Services 200 Independence Avenue, SW Washington, DC 20201

Procès équitables

Si vous pensez que le DHS a commis une erreur, vous pouvez demander un procès équitable. Appelez le 202-698-4650 pour en savoir plus. Vous pouvez également appeler le (202) 727-8280. Lors d'un procès équitable, vous pouvez demander à quelqu'un d'autre de parler en votre nom. un avocat, un ami, un parent ou quelqu'un d'autre. Vous pouvez également être accompagné(e) de témoins. Nous prendrons en charge votre déplacement pour l'audience, ainsi que celui de vos témoins. Nous pouvons également prendre en charge certains autres de vos frais. Par ailleurs, vous pouvez bénéficier d'une aide juridique gratuite pour un procès équitable. Contactez l'une des agences ci-dessous pour parler à un avocat ou à un conseiller.

Adresses pour les aides juridiques gratuites

Services juridiques communautaires

680 Rhode Island Avenue, NE (202) 832-6577

4609 Polk Street, NE (Ward 7)

(202) 832-6577

2811 Pennsylvania Avenue, SE (Ward 8)

(202) 832-6577

Terris Pravlik & Millian, LLP

1816 12th Street NW, Suite 303, Washington, DC 20009

(202) 682-0578

Conseiller juridique des personnes âgées (60 ans)

601 E Street, NW (202)434-2120

Legal Aid Society 666 11th Street, NW Suite 800

(202) 628-1161

