



FORMULAIRE DE PREUVE DE RÉSIDENCE DU DISTRICT DE COLUMBIA



L'Alliance de soins de santé du District de Columbia (D.C. Healthcare Alliance) (Alliance) est destinée SEULEMENT aux personnes résidant à Washington, D.C. Si vous faites une demande pour obtenir une assistance médicale par l'intermédiaire de l'Alliance de soins de santé du District de Columbia, vous devez indiquer que vous résidez dans le District de Columbia.

Vous pouvez prouver que vous vivez dans le District de Columbia (D.C.) avec un permis de conduire ou une carte d'identité valide, un reçu de location ou de vente d'une résidence dans le District de Columbia (D.C.), une police d'assurance d'une résidence ou d'une location, une facture des taxes, une facture de services ou une carte d'enregistrement de vote affichant votre nom et votre adresse dans le District de Columbia (D.C.). Si vous ne possédez pas ces documents, vous pouvez aussi prouver que vous vivez dans le District de Columbia (D.C.) à l'aide de ce formulaire. Un autre résidant du District de Columbia (D.C.) qui sait où vous demeurez peut vérifier votre résidence en remplissant la Section B ou des services sociaux locaux à but non lucratif. Peut vérifier votre résidence à la Section C.

Section A: Vos renseignements (Obligatoire)

Nom : _____ Deuxième nom : _____ Prénom _____

Adresse du domicile : _____

Ville, État, Code postal : _____

Êtes-vous sans-abri ? Oui Non

Section B: Information du vérificateur individuel Cette section doit être remplie par un résidant du District de Columbia qui sait où vous habitez (Applicant). Une personne avec qui vous vivez serait mieux, mais pas nécessaire. Si vous ne connaissez pas de personne voulant ou pouvant vérifier l'endroit où vous vivez, une organisation sans but lucratif qui vous offre des services peut remplir la Section C pour vous. (Vous n'avez pas à remplir la Section C si cette section est remplie.)

Nom : _____ Deuxième nom : _____ Prénom : _____

Adresse du domicile : _____

Ville, État, Code postal : _____

Courriel: _____ Numéro de téléphone : _____

Comment connaissez-vous l'Applicant ? _____

Le vérificateur doit signer ce formulaire et fournir **une copie d'au moins un (1)** des documents suivants affichant le nom et l'adresse du vérificateur :

- Permis de conduire valide du conducteur ou ID de non conducteur
- Carte d'enregistrement de vote
- Contrat de vente/location, papiers d'établissement pour une résidence située dans le District de Columbia valide
- Police d'assurance d'une résidence dans le District ou d'une location
- Facture des taxes émises dans les soixante (60) derniers jours
- Facture de services (eau, gaz, électricité, huile, câble ou facture de téléphone) émise dans les soixante (60) derniers jours
- Reçu de facture émise dans les trente (30) derniers jours indiquant l'adresse dans le District ainsi que les taxes.

Je comprends que l'Alliance de soins de santé du District de Columbia est disponible SEULEMENT pour les personnes résidant dans le District.

En sous-signant, je vérifie que, au meilleur de ma connaissance, l'applicant susmentionné vit dans le District de Columbia.

Je sais que si je donne de faux renseignements, je peux enfreindre la loi et peut avoir à payer une amende allant jusqu'à 500 \$, ou aller en prison pour un an, ou les deux (Code D.C. § 4-218.01). Je sais que les officiers d'état vérifieront ces renseignements et j'accepte de coopérer à leurs demandes de renseignements.

Signature du vérificateur : _____ Date : _____

Section C: Renseignements organisationnels du vérificateur Cette section doit être remplie par un fournisseur de services sociaux local à but non lucratif, tel qu'un refuge pour sans-abris, un centre communautaire en santé, un fournisseur de services aux immigrants, une clinique légale ou une organisation religieuse qui vous offre des services (Applicant). (Vous n'avez pas à remplir la Section B si cette section est remplie.)

Nom de l'organisation : _____

ID d'exemption de taxes de l'organisation du D.C.: _____

Nom du vérificateur : _____

Titre du vérificateur : _____

Numéro de téléphone : _____ Courriel : _____

Adresse de l'organisation : _____

Ville, État, Code postal : _____

Je comprends que l'Alliance de soins de santé du District de Columbia est disponible SEULEMENT pour les personnes résidant dans le District.

En sous-signant, je vérifie que, au meilleur de ma connaissance, l'appliquant susmentionné vit dans le District de Columbia.

Je sais que si je donne de faux renseignements, je peux enfreindre la loi et peut avoir à payer une amende allant jusqu'à 500 \$, ou aller en prison pour un an, ou les deux (Code D.C. § 4-218.01). Je sais que les officiers d'état vérifieront ces renseignements et j'accepte de coopérer à leurs demandes de renseignements.

Signature du vérificateur : _____ Date : _____

Souvenez-vous: Avant de retourner ce formulaire, assurez-vous qu'il soit complet.

Vous devez avoir :

- Section A remplie **ET**
- Section B **OU** Section C complétée **ET**
- Si vous utilisez la Section B, vous devez posséder une copie de la preuve de résidence du vérificateur individuel.

Pour signaler des déchets, une fraude ou un abus par tout agence gouvernementale ou officier du District de Columbia, appelez l'Inspecteur général du District de Columbia au 1-800-521-1639.