

Remplissez cette annexe si vous ou un membre de votre famille êtes un Indien d'Amérique ou un natif de l'Alaska. Il doit être joint à la demande de couverture maladie.

Parlez-nous des membres de votre famille amérindienne ou autochtone de l'Alaska.

Les Indiens d'Amérique et les autochtones de l'Alaska peuvent bénéficier des services de santé indiens, des programmes de santé tribaux ou des programmes de santé des Indiens urbains. Ils n'auront peut-être pas non plus à payer de partage des coûts et pourront bénéficier de périodes d'inscription mensuelles spéciales. Répondez aux questions suivantes pour vous assurer que votre famille reçoit le plus d'aide possible.

REMARQUE : Si vous avez d'autres personnes à inclure, faites une copie de cette page et joignez-la.

	IA/NA PERSONNE 1	IA/NA PERSONNE 2
1. Nom (Prénom, MI, Nom)	Premier MI	Premier MI
	Dernier	Dernier
2. Membre d'une tribu reconnue par le gouvernement fédéral ?	<input type="checkbox"/> Oui Si oui , nom et état de la tribu	<input type="checkbox"/> Oui Si oui , nom et état de la tribu
	<input type="checkbox"/> N°	<input type="checkbox"/> N°
3. Cette personne a-t-elle déjà bénéficié du service de santé indien, d'un programme de santé tribal ou d'un programme de santé indien urbain, ou grâce à une référence de l'un de ces programmes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° Si non , cette personne est-elle éligible au services de santé indien, au programme de santé tribale ou au programme de santé indien urbain, ou via une référence de l'un de ces programmes ?	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> N° Si non , cette personne est-elle éligible au services de santé indien, au programme de santé tribale ou au programme de santé indien urbain, ou via une référence de l'un de ces programmes ?
	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
4. Certaines sommes reçues peuvent ne pas être prises en compte pour Medicaid ou le Kentucky Children's Health Insurance Program (KCHIP). Énumérez tout revenu (montant et fréquence) déclaré sur votre demande qui comprend de l'argent provenant de ces sources : <ul style="list-style-type: none"> • Paiements par tête d'une tribu provenant de ressources naturelles, de droits d'utilisation, de baux ou de redevances • Paiements provenant des ressources naturelles, de l'agriculture, de l'élevage, de la pêche, des baux ou des redevances des terres désignées comme terres sous tutelle indienne par le ministère de l'intérieur (y compris les réserves et les anciennes réserves) • L'argent provenant de la vente d'objets culturels d'importance 	\$ _____ À quelle fréquence ? _____	\$ _____ À quelle fréquence ? _____

Si vous avez besoin d'aide pour votre candidature ou pour postuler plus rapidement en ligne, rendez-vous sur le site www.kynect.ky.gov ou appelez le **1-855-4kynect (459-6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).