



# Couverture santé et aide au paiement des frais

## Demande pour plus d'une personne

Utilisez cette application pour voir à quels choix d'assurance vous êtes admissible

A qui s'adresse cette candidature ?

Postulez plus rapidement en ligne

Ce dont vous pourriez avoir besoin pour postuler

Pourquoi demandons-nous ces informations ?

Que se passe-t-il ensuite ?

Pour obtenir de l'aide

- Couverture gratuite ou à faible coût de Medicaid ou du Kentucky Children's Health Insurance Program (KCHIP)
- Aide au paiement qui peut vous aider à payer votre couverture santé
- Des régimes d'assurance maladie abordables qui offrent une couverture complète pour vous aider à rester en bonne santé

Membres d'un ménage (conjoints, partenaires, enfants, autres) qui :

- Vit au Kentucky et prévoit de rester dans le Kentucky
- Sont inclus sur votre déclaration de revenus, même s'ils ne vivent pas avec vous
- Vit avec vous, même si les impôts ne sont pas déclarés

Postulez plus rapidement en ligne sur [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov).

- Votre numéro de sécurité sociale (ou numéro de document si vous êtes un immigrant légal)
- Informations sur l'employeur et les revenus (par exemple, fiches de paie, formulaires W-2, lettre d'attribution ou relevés de salaire et d'impôts)

Nous vous demandons votre **numéro de sécurité sociale (SSN)**, vos revenus et d'autres informations pour voir si vous êtes admissible et si vous pouvez obtenir de l'aide pour payer vos frais de couverture maladie.

**Si vous avez besoin d'aide pour obtenir un SSN**, appelez le 1-800-772-1213 ou rendez-vous sur le site [socialsecurity.gov](http://socialsecurity.gov). Les utilisateurs d'ATS doivent appeler le 1-800-325-0778.

**Nous garderons toutes les informations que vous nous fournissez confidentielles, comme l'exige la loi. Les numéros de sécurité sociale sont utilisés pour vérifier vos revenus et pour effectuer des correspondances informatiques avec d'autres agences telles que le Département des services de l'emploi du Kentucky, l'Internal Revenue Service et d'autres sources de correspondance. Les numéros de sécurité sociale ne seront pas utilisés pour signaler qui que ce soit aux services de citoyenneté et d'immigration des États-Unis (USCIS).**

- Postez ou télécopiez votre demande complétée et signée à :

**Couverture santé Kynect**  
**Boîte postale 2104**  
**Francfort, KY 40602**  
**Fax : 1-502-573-2007**

- **Si vous ne disposez pas de toutes les informations demandées, soumettez quand même votre candidature.** Nous vous contacterons pour les informations manquantes si nous ne pouvons pas compléter la détermination sur la base des informations que vous nous fournissez.
- **Si nous pouvons prendre une décision**, nous vous enverrons des informations détaillées sur les étapes que vous devrez suivre pour sélectionner un plan. Vous devrez vous connecter en ligne, nous appeler ou obtenir l'aide d'un agent d'assurance ou d'un kynector pour souscrire à un plan.
- **En ligne : [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov)**
- **Par téléphone :** Appelez le service client au **1-855- 4kynect (459-6328)**
- **En personne :** Trouvez une liste d'endroits près de chez vous en visitant notre site Web ou en nous appelant.
- **Contactez un agent d'assurance ou kynector :** Visitez notre site internet ou appelez le 1-855-4kynect (459-6328) pour obtenir une liste des agents d'assurance et des kynectors près de chez vous.
- **Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855- 4kynect (459-6328)**
- Utilisateurs **ATS** appelez le 1-855-459-6328



# Couverture Santé et Aide à payer les frais Demande pour plus d'une personne

## ÉTAPE 1 Parlez-nous de vous (la partie responsable)

Remplissez cette partie de la proposition avec des informations sur la partie responsable (même si la partie responsable ne demande pas de couverture). Si vous remplissez cette demande pour quelqu'un d'autre, vous devez utiliser l'**Annexe B** pour saisir vos coordonnées.



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

1. Prénom, initiale, nom et suffixe (tels qu'ils apparaissent sur votre carte de sécurité sociale)

2. Numéro de sécurité sociale (SSN)

**Nous avons besoin de votre SSN si vous souhaitez une couverture et disposez d'un SSN.** Nous donner votre SSN peut être utile si vous ne souhaitez pas non plus de couverture santé, car cela peut accélérer le processus de candidature.

3. **Si vous souhaitez une couverture** et que le SSN n'est pas fourni, sélectionnez la raison pour laquelle vous ne l'avez pas fourni.

- Objection religieuse     A demandé un SSN     N'est pas éligible pour recevoir un SSN  
 Ne pas avoir de SSN et ne peut obtenir un SSN que pour une raison valable non professionnelle     Refuser de fournir le SSN  
 Je ne souhaite pas fournir, car je ne demande pas de couverture

4. Si vous postulez à une couverture maladie, cochez ici  et répondez à toutes les questions.

Si vous ne **demandez pas** de couverture maladie, **ne répondez pas** aux questions 26 à 34 de la page suivante.

5. Date de naissance (mm/jj/aaaa)

6. Sexe

- Homme  Femme

7. Vivez-vous dans le Kentucky et prévoyez-vous de rester dans le Kentucky ? (**Obligatoire uniquement si vous souhaitez une couverture**)  Oui  Non

8. Adresse du domicile -  **Cochez ici si vous n'avez pas d'adresse du domicile. Vous devrez toujours saisir une adresse postale ci-dessous.**

9. Ville

10. État

11. Code postal

12. Comté

13. Adresse postale (**obligatoire uniquement si différente de l'adresse du domicile**)

14. Ville

15. État

16. Code postal

17. Comté

18. Numéro de téléphone principal  Domicile  Travail  Cellulaire

19. Numéro de téléphone secondaire  Domicile  Travail  Cellulaire

20.  Cochez ici pour refuser de recevoir des alertes par SMS kynect sur votre numéro de téléphone principal.

Cochez ici pour refuser de recevoir des alertes par SMS kynect sur votre numéro de téléphone secondaire.

21. Langue parlée préférée (si ce n'est l'anglais)

22. Langue écrite préférée (si ce n'est l'anglais)

23. Le **formulaire 1095-A** est envoyé par kynect à vous et à l'IRS pour déclarer les informations d'inscription et le montant de l'aide au paiement qu'un ménage a reçu au cours de l'année de couverture, le cas échéant. Le **formulaire 1095-B** peut être demandé en accédant à [www.kynect.ky.gov](http://www.kynect.ky.gov) ou en contactant DCBS pour chaque personne du ménage ayant bénéficié d'une couverture Medicaid au cours de l'année. Les formulaires sont envoyés par courrier postal, ou si vous créez un compte sur kynect, nous pouvons vous informer par e-mail que le ou les formulaires sont prêts à être consultés. Si vous souhaitez être averti par e-mail, entrez votre adresse e-mail :

24. En tant que partie responsable, envisagez-vous de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (*Vous pouvez demander une assurance maladie même si vous ne remplissez pas de déclaration de revenus fédérale.*)

**OUI. Si oui**, répondez aux questions a à d.  **NON. Si non**, passez à la question d.

a. Quel sera votre statut de dépôt ?  Mariés déclarant conjointement     Mariés déclarant séparément  
 Célibataire     Chef de famille

b. Si vous êtes marié, quel est le nom de votre conjoint ? \_\_\_\_\_

c. Avez-vous des personnes à charge fiscale ?  Oui  Non

**Si oui**, indiquez le(s) nom(s) des personnes à charge : \_\_\_\_\_



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

d. Êtes-vous déclaré comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ?  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez le nom du déclarant : \_\_\_\_\_  
Quel est votre lien avec le déclarant ? \_\_\_\_\_

25. Êtes-vous le parent/tuteur d'une personne dans ce foyer ?  Oui  Non  
**Si oui**, veuillez indiquer le nom du membre du ménage : \_\_\_\_\_

**Répondez aux questions suivantes seulement si vous souhaitez une couverture :**

26. Votre emploi (y compris celui de quelqu'un d'autre, comme celui de votre conjoint) vous offre-t-il une couverture santé ?  
 Oui. **Si oui**, vous devrez remplir et joindre l'**Annexe A** à cette demande.  Non

27. Êtes-vous actuellement inscrit ou bénéficiez-vous d'une offre de remboursement des soins de santé à couverture individuelle (ICHRA) ou d'un HRA pour petit employeur qualifié (QSEHRA) ?  
 Oui. **Si oui**, vous devrez répondre aux **questions HRA de l'étape 3** dans cette candidature.  Non

28. Voulez-vous de l'aide pour payer les factures médicales des 3 derniers mois ?  Oui  Non  
**Si oui**, quel(s) mois ? \_\_\_\_\_

<p>29. Êtes-vous un citoyen américain ou un ressortissant américain ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>30. Si vous êtes citoyen ou ressortissant américain, êtes-vous un citoyen naturalisé ou dérivé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b>, fournissez des informations sur l'un des éléments ci-dessous.</p> <ul style="list-style-type: none"><li><input type="checkbox"/> Certificat de naturalisation<ul style="list-style-type: none"><li>• Numéro du certificat de naturalisation : _____</li><li>• Numéro d'immigrant : _____</li></ul></li><li><input type="checkbox"/> Certificat de citoyenneté : _____<ul style="list-style-type: none"><li>• Numéro de certificat de citoyenneté : _____</li><li>• Numéro d'immigrant : _____</li></ul></li></ul>
---	--

31. Si vous n'êtes pas citoyen américain ou ressortissant américain, avez-vous un statut d'immigration éligible ?  
 **Oui**. Répondez aux questions a à d ci-dessous.

- a) Type de document d'immigration : \_\_\_\_\_
- b) Numéro d'identification du document : \_\_\_\_\_
- c) Vivez-vous aux États-Unis depuis 1996 ?  Oui  Non
- d) À quelle date avez-vous obtenu votre statut d'immigration actuel ? (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_

32. Avez-vous un problème médical d'urgence ?  Oui  Non

33. Êtes-vous un vétéran ou un membre en service actif de l'armée américaine ?  Oui  Non

34. Êtes-vous d'origine hispanique, latino ou espagnole ? **(FACULTATIF)**  Oui  Non

35. Race -

**(FACULTATIF)**

- |   |  |                                    |  |   |
|---|--|------------------------------------|--|---|
| <input type="checkbox"/> Blanc                  | <input type="checkbox"/> Indien américain    | <input type="checkbox"/> Philippin | <input type="checkbox"/> Vietnamien      | <input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro        |
| <input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain | <input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska | <input type="checkbox"/> Japonais  | <input type="checkbox"/> Autre asiatique | <input type="checkbox"/> Samoan                       |
| <input type="checkbox"/> Chinois                | <input type="checkbox"/> Asiatique Indien    | <input type="checkbox"/> Coréen    | <input type="checkbox"/> Hawaïen natif   | <input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique |

36. Si vous avez récemment perdu un membre de votre foyer, vous pourrez peut-être obtenir de l'aide pour payer ses frais médicaux. Veuillez nous fournir les informations suivantes sur le membre de la famille décédé :

Nom : \_\_\_\_\_ Date de naissance : \_\_\_\_\_

Sexe :  Homme \_\_\_\_\_  Femme \_\_\_\_\_

Cette personne est-elle d'origine hispanique, latino-américaine ou espagnole ? **(FACULTATIF)**  Oui  Non

Race **(FACULTATIF)** : \_\_\_\_\_



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

## ÉTAPE 2 Autres membres du ménage

Ensuite, vous devrez nous fournir des informations sur les autres membres de votre foyer (inclure tous les membres de votre foyer, même s'ils ne souhaitent pas de couverture maladie). Incluez votre conjoint, vos enfants et les autres personnes qui vivent au Kentucky et prévoient de rester dans le Kentucky, sont inclus dans votre déclaration de revenus (même s'ils ne vivent pas avec vous) et vivent dans votre foyer, même si les taxes ne sont pas déclarées. Si vous devez inclure plus de quatre personnes dans cette demande, joignez des pages supplémentaires contenant leurs informations.

**Commencez par les membres de votre foyer fiscal.**



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

## Personne 2

1. Prénom, initiale, nom de famille et suffixe (tel qu'il apparaît sur la carte de sécurité sociale)	2. Relation avec vous
3. Numéro de sécurité sociale (SSN)	<b>Nous avons besoin du SSN de la PERSONNE 2 si la PERSONNE 2 souhaite être couverte et dispose d'un SSN.</b> Nous donner le SSN peut être utile si vous ne demandez pas également une couverture maladie, car cela peut accélérer le processus de candidature.
4. Si la PERSONNE 2 souhaite une couverture et que le SSN n'est pas fourni, sélectionnez la raison pour laquelle elle ne l'est pas. <input type="checkbox"/> Objection religieuse <input type="checkbox"/> A demandé un SSN <input type="checkbox"/> Nouveau-né sans SSN <input type="checkbox"/> N'est pas éligible pour recevoir un SSN <input type="checkbox"/> Ne pas avoir de SSN et ne peut obtenir un SSN que pour une raison valable non professionnelle <input type="checkbox"/> Refuser de fournir le SSN <input type="checkbox"/> Je ne souhaite pas fournir, car je ne demande pas de couverture	
5. Si la PERSONNE 2 demande une couverture maladie, cochez ici <input type="checkbox"/> et répondez à toutes les questions. Si la PERSONNE 2 <b>ne demande pas</b> de couverture maladie, <b>ne répondez pas</b> aux questions 12 à 20.	
6. Date de naissance (mm/jj/aaaa)	7. Sexe <input type="checkbox"/> Homme <input type="checkbox"/> Femme
8. La PERSONNE 2 habite-t-elle à la même adresse que le RESPONSABLE ? <input type="checkbox"/> Oui. <b>Si oui</b> , n'entrez pas d'adresse ci-dessous. <input type="checkbox"/> Non. Si non, entrez l'adresse de la PERSONNE 2 ci-dessous.	
9. Adresse du domicile	10. Adresse postale (obligatoire si différente de l'adresse du domicile)
11. La PERSONNE 2 envisage-t-elle de remplir une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ? (Les particuliers peuvent demander une assurance maladie même s'ils ne remplissent pas de déclaration de revenus fédérale.) <input type="checkbox"/> <b>OUI. Si oui</b> , répondez aux questions a à d. <input type="checkbox"/> <b>NON. Si non</b> , passez à la question d. a. Quel sera le statut de dépôt de la PERSONNE 2 ? <input type="checkbox"/> Mariés déclarant conjointement <input type="checkbox"/> Mariés déclarant séparément <input type="checkbox"/> Célibataire <input type="checkbox"/> Chef de famille b. Si vous êtes marié, quel est le nom du conjoint ? _____ c. La PERSONNE 2 a-t-elle des personnes à charge fiscale ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b> , indiquez le(s) nom(s) des personnes à charge : _____ d. La PERSONNE 2 est-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b> , veuillez indiquer le nom du déclarant : _____ Quel est le lien de parenté entre la PERSONNE 2 et le déclarant fiscal ? _____	
12. Êtes-vous le parent/tuteur d'une personne dans ce foyer ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b> , veuillez indiquer le nom du membre du ménage : _____	
13. La PERSONNE 2 bénéficie-t-elle d'une couverture santé provenant d'un emploi (y compris celui de quelqu'un d'autre, comme celui d'un parent ou de son conjoint) ? <input type="checkbox"/> Oui. <b>Si oui</b> , vous devrez remplir et joindre l' <b>Annexe A</b> à cette demande. <input type="checkbox"/> Non	
14. La PERSONNE 2 est-elle actuellement inscrite ou bénéficie-t-elle d'un accord de remboursement des soins de santé à couverture individuelle (ICHRA) ou d'un petit employeur qualifié HRA (QSEHRA) ? Oui. <b>Si oui</b> , vous devrez répondre aux <b>questions HRA de l'étape 3</b> dans cette candidature. <input type="checkbox"/> Non	
15. La PERSONNE 2 souhaite-t-elle de l'aide pour payer ses factures médicales des 3 derniers mois ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <b>Si oui</b> , quel(s) mois ? _____	



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

<p>16. La PERSONNE 2 est-elle un citoyen ou ressortissant américain ?  <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>17. S'il s'agit d'un citoyen ou d'un ressortissant américain, la PERSONNE 2 est-elle un citoyen naturalisé ou dérivé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Si oui</b>, fournissez des informations sur l'un des éléments ci-dessous.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat de naturalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro du certificat de naturalisation : _____</li> <li>• Numéro d'immigrant : _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Certificat de citoyenneté : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro de certificat de citoyenneté : _____</li> </ul>															
<p>18. Si elle n'est pas citoyenne ou ressortissante américaine, la PERSONNE 2 a-t-elle un statut d'immigration éligible ?  <input type="checkbox"/> <b>Oui</b>. Répondez aux questions a à d ci-dessous.</p> <p>a) Type de document d'immigration : _____</p> <p>b) Numéro d'identification du document : _____</p> <p>c) La PERSONNE 2 a-t-elle vécu aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) À quelle date avez-vous obtenu votre statut d'immigration actuel ? (mm/jj/aaaa) _____</p>	<p>• Numéro d'immigrant : _____</p>															
<p>19. La PERSONNE 2 souffre-t-elle d'un problème médical urgent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>20. La PERSONNE 2 est-elle un vétéran ou un membre en service actif de l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>21. La PERSONNE 2 est-elle d'origine hispanique, latino-américaine ou espagnole ? (FACULTATIF) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>22. Race - (FACULTATIF)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanc</td> <td><input type="checkbox"/> Indien américain</td> <td><input type="checkbox"/> Philippin</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain</td> <td><input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> <td><input type="checkbox"/> Autre asiatique</td> <td><input type="checkbox"/> Samoan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chinois</td> <td><input type="checkbox"/> Asiatique Indien</td> <td><input type="checkbox"/> Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Hawaïen natif</td> <td><input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro												
<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan												
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique												



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



<p>16. La PERSONNE 3 est-elle un citoyen ou ressortissant américain ?  <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>17. S'il s'agit d'un citoyen ou d'un ressortissant américain, la PERSONNE 3 est-elle un citoyen naturalisé ou dérivé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non  <b>Si oui</b>, fournissez des informations sur l'un des éléments ci-dessous.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat de naturalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro du certificat de naturalisation : _____</li> <li>• Numéro d'immigrant : _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Certificat de citoyenneté : _____</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro de certificat de citoyenneté : _____</li> <li>• Numéro d'immigrant : _____</li> </ul>															
<p>18. S'il n'est pas citoyen américain ou ressortissant américain, la PERSONNE 3 a-t-elle un statut d'immigration éligible ?  <input type="checkbox"/> <b>Oui</b>. Répondez aux questions a à d ci-dessous.</p> <p>a) Type de document d'immigration : _____</p> <p>b) Numéro d'identification du document : _____</p> <p>c) La PERSONNE 3 vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ?                    <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) À quelle date avez-vous obtenu votre statut d'immigration actuel ? (mm/jj/aaaa) _____</p>																
<p>19. La PERSONNE 2 souffre-t-elle d'un problème médical urgent ?                    <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>20. La PERSONNE 3 est-elle un vétéran ou un membre en service actif de l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui    <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>21. La PERSONNE 3 est-elle d'origine hispanique, latino-américaine ou espagnole ? <b>(FACULTATIF)</b>    <input type="checkbox"/> Oui                    <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>22. Race - <b>(FACULTATIF)</b></p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanc</td> <td><input type="checkbox"/> Indien américain</td> <td><input type="checkbox"/> Philippin</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain</td> <td><input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> <td><input type="checkbox"/> Autre asiatique</td> <td><input type="checkbox"/> Samoan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chinois</td> <td><input type="checkbox"/> Asiatique Indien</td> <td><input type="checkbox"/> Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Hawaïen natif</td> <td><input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro												
<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan												
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique												



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

# Personne 4

1. Prénom, initiale, nom de famille et suffixe (tel qu'il apparaît sur la carte de sécurité sociale) 2. Relation avec vous

3. Numéro de sécurité sociale (SSN) **Nous avons besoin du SSN de la PERSONNE 4 si la PERSONNE 4 souhaite être couverte et dispose d'un SSN.** Le fait de nous communiquer le SSN peut également être utile si vous ne demandez pas de couverture maladie, car cela peut accélérer le processus de demande.

4. Si la PERSONNE 4 souhaite une couverture et que le SSN n'est pas fourni, sélectionnez la raison pour laquelle elle ne l'est pas.

Objection religieuse  A demandé un SSN  Nouveau-né sans SSN  N'est pas éligible pour recevoir un SSN

Ne pas avoir de SSN et ne peut obtenir un SSN que pour une raison valable non professionnelle  Refuser de fournir le SSN

Je ne souhaite pas fournir, car je ne demande pas de couverture

5. Si la PERSONNE 4 demande une couverture maladie, cochez ici  et répondez à toutes les questions. Si la PERSONNE 4 ne demande pas de couverture maladie, ne répondez pas aux questions 12 à 20.

6. Date de naissance (mm/jj/aaaa) 7. Sexe  
 Homme  Femme

8. La PERSONNE 4 habite-t-elle à la même adresse que le RESPONSABLE ?  
 Oui. **Si oui**, n'entrez pas d'adresse ci-dessous.  Non. **Si non**, entrez l'adresse de la PERSONNE 4 ci-dessous.

9. Adresse du domicile 10. Adresse postale (obligatoire si différente de l'adresse du domicile)

11. La PERSONNE 4 envisage-t-elle de produire une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ?  
(Les particuliers peuvent demander une assurance maladie même s'ils ne remplissent pas de déclaration de revenus fédérale.)

**OUI. Si oui**, répondez aux questions a à d.  **NON. Si non**, passez à la question d.

- a. Quel sera le statut de dépôt de la PERSONNE 4 ?  Mariés déclarant conjointement  Mariés déclarant séparément  
 Célibataire  Chef de famille
- b. Si vous êtes marié, quel est le nom du conjoint ? \_\_\_\_\_
- c. La PERSONNE 4 a-t-elle des personnes à charge fiscale ?  Oui  Non  
**Si oui**, indiquez le(s) nom(s) des personnes à charge : \_\_\_\_\_
- d. La PERSONNE 4 est-elle déclarée comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ?  
 Oui  Non

**Si oui**, veuillez indiquer le nom du déclarant : \_\_\_\_\_

Quel est le lien entre la PERSONNE 4 et le déclarant ? \_\_\_\_\_

12. Êtes-vous le parent/tuteur d'une personne dans ce foyer ?  Oui  Non

**Si oui**, veuillez indiquer le nom du membre du ménage : \_\_\_\_\_

13. La PERSONNE 4 bénéficie-t-elle d'une couverture santé provenant d'un emploi (y compris celui de quelqu'un d'autre, comme celui d'un parent ou de son conjoint) ?

Oui. **Si oui**, vous devrez remplir et joindre l'**Annexe A** à cette demande.  Non

14. La PERSONNE 4 est-elle actuellement inscrite ou bénéficie-t-elle d'un accord de remboursement des soins de santé à couverture individuelle (ICHRA) ou d'un HRA pour petit employeur qualifié (QSEHRA) ?

Oui. **Si oui**, vous devrez répondre aux **questions HRA de l'étape 3** dans cette candidature.  Non

15. La PERSONNE 4 souhaite-t-elle de l'aide pour payer ses factures médicales des 3 derniers mois ?  Oui  Non

**Si oui**, quel(s) mois ?



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

<p>16. La PERSONNE 4 est-elle un citoyen ou ressortissant américain ?</p> <p><input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>	<p>17. S'il s'agit d'un citoyen ou d'un ressortissant américain, la PERSONNE 4 est-elle un citoyen naturalisé ou dérivé ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p><b>Si oui</b>, fournissez des informations sur l'un des éléments ci-dessous.</p> <p><input type="checkbox"/> Certificat de naturalisation</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro du certificat de naturalisation : _____</li> <li>• Numéro d'immigrant : _____</li> </ul> <p><input type="checkbox"/> Certificat de citoyenneté : _____</p>															
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Numéro de certificat de citoyenneté :</li> <li>• Numéro d'immigrant :</li> </ul>															
<p>18. Si ce n'est pas un citoyen américain ou un ressortissant américain, la PERSONNE 4 a-t-elle un statut d'immigration éligible ?</p> <p><input type="checkbox"/> <b>Oui</b>. Répondez aux questions a à d ci-dessous.</p> <p>a) Type de document d'immigration : _____</p> <p>b) Numéro d'identification du document : _____</p> <p>c) La PERSONNE 4 vit-elle aux États-Unis depuis 1996 ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p> <p>d) À quelle date avez-vous obtenu votre statut d'immigration actuel ? (mm/jj/aaaa) _____</p>																
<p>19. La PERSONNE 2 souffre-t-elle d'un problème médical urgent ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>20. La PERSONNE 4 est-elle un vétéran ou un membre en service actif de l'armée américaine ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>21. La PERSONNE 4 est-elle d'origine hispanique, latino-américaine ou espagnole ? (FACULTATIF) <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non</p>																
<p>22. Race - (FACULTATIF)</p> <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Blanc</td> <td><input type="checkbox"/> Indien américain</td> <td><input type="checkbox"/> Philippin</td> <td><input type="checkbox"/> Vietnamien</td> <td><input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain</td> <td><input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska</td> <td><input type="checkbox"/> Japonais</td> <td><input type="checkbox"/> Autre asiatique</td> <td><input type="checkbox"/> Samoan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Chinois</td> <td><input type="checkbox"/> Asiatique Indien</td> <td><input type="checkbox"/> Coréen</td> <td><input type="checkbox"/> Hawaïen natif</td> <td><input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro	<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan	<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique
<input type="checkbox"/> Blanc	<input type="checkbox"/> Indien américain	<input type="checkbox"/> Philippin	<input type="checkbox"/> Vietnamien	<input type="checkbox"/> Guamanien ou Chamorro												
<input type="checkbox"/> Noir ou afro-américain	<input type="checkbox"/> Originaire d'Alaska	<input type="checkbox"/> Japonais	<input type="checkbox"/> Autre asiatique	<input type="checkbox"/> Samoan												
<input type="checkbox"/> Chinois	<input type="checkbox"/> Asiatique Indien	<input type="checkbox"/> Coréen	<input type="checkbox"/> Hawaïen natif	<input type="checkbox"/> Autre insulaire du Pacifique												



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

## ÉTAPE 3

### Questions supplémentaires

Si la réponse aux questions suivantes est oui pour plus d'une personne, utilisez des feuilles de papier supplémentaires pour nous donner les détails.

1. Quelqu'un qui demande une couverture santé sur cette demande est-il actuellement en prison ou a été libéré au cours des trois derniers mois ?

**OUI. Si oui**, répondez aux questions a à d.  **NON. Si non**, passez à la question 2.

- a. Qui ? \_\_\_\_\_
- b. Quand cette personne est-elle entrée en prison ? (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_
- c. Quand cette personne est-elle sortie de prison ? (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_
- d. Cette personne attend-elle actuellement une décision concernant les accusations portées contre elle ?  Oui  Non

2. Une personne figurant sur cette application a-t-elle eu une **fin de grossesse** (accouchement ou perte de grossesse) au cours des trois derniers mois ou est-elle **actuellement enceinte** ?

**OUI. Si oui**, répondez aux questions a à d.  **NON. Si non**, passez à la question 3.

- a. Qui ? \_\_\_\_\_
- b. Quelle est la date d'accouchement ou la dernière date de grossesse ? (mm/jj/aaaa) \_\_\_\_\_
- c. Combien d'enfants sont/étaient attendus avec cette grossesse ? \_\_\_\_\_
- d. Cette personne aimerait-elle être référée à WIC (un programme qui offre de la nourriture aux femmes, aux nourrissons et aux enfants) ?  Oui  Non

3. Y a-t-il quelqu'un sur cette application qui est **amérindien ou natif de l'Alaska** ?

**OUI. Si oui**, remplissez l'**Annexe C** et joignez-la à cette demande.  **NON. Si non**, passez à la question 4.

4. Quelqu'un qui demande une couverture santé sur cette demande a-t-il besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (comme prendre son bain, s'habiller, etc.) ou vit-il dans un établissement médical ou une maison de retraite ?

**OUI. Si oui**, qui ? \_\_\_\_\_  **NON. Si non**, passez à la question 5.

5. Est-ce que quelqu'un qui demande une couverture sur cette application est **aveugle ou handicapé de façon permanente** ?

**OUI. Si oui**, qui ? \_\_\_\_\_  **NON. Si non**, passez à la question 6.

6. Est-ce qu'un membre de votre foyer qui demande une couverture santé sur cette demande bénéficie actuellement d'une **autre couverture santé**, y compris une couverture dentaire et médicale majeure qui n'est pas Medicaid ou KCHIP ?

**OUI. Si oui**, répondez aux questions a à h.  **NON. Si non**, passez à la question 7.

- a. Qui ? \_\_\_\_\_
- b. Type de couverture \_\_\_\_\_
- c. Nom du preneur d'assurance \_\_\_\_\_
- d. Nom de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_
- e. Adresse de la compagnie d'assurance \_\_\_\_\_
- f. Numéro de police \_\_\_\_\_
- g. Date de début de la couverture \_\_\_\_\_
- h. Date de fin de couverture \_\_\_\_\_

7. Un membre de votre foyer a-t-il reçu Medicaid lorsqu'il est devenu trop vieux pour être éligible à un placement en famille d'accueil ?  **OUI. Si oui**, qui ? \_\_\_\_\_

Dans quel état vivait-il/elle ? \_\_\_\_\_ Quel âge avait-il/elle ? \_\_\_\_\_

**NON. Si non**, passez à l'étape 4.



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



## ÉTAPE 4

## Revenus et déductions

Utilisez des feuilles de papier supplémentaires si vous devez ajouter plus de deux tâches.

<b>Revenu de l'emploi 1</b>	1. Qui gagne ce revenu ?	2. Qui est l'employeur de cette personne ?
3. Quel est le salaire <b>brut</b> de cette personne (avant impôts) ? \$	4. À quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Mensuellement	

5. <b>SI INDÉPENDANT</b> a. Type de travail	b. Revenu <b>brut</b> c. <b>Dépenses</b> de travail indépendant d. Revenu <b>NET</b> (Brut moins dépenses)	e. À quelle fréquence ?
--	--	-------------------------

<b>Revenu de l'emploi 2</b>	6. Qui gagne ce revenu ?	7. Qui est l'employeur de cette personne ?
8. Quel est le salaire <b>brut</b> de cette personne (avant impôts) ? \$	9. À quelle fréquence ? <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Toutes les deux semaines <input type="checkbox"/> Mensuellement	

10. <b>SI INDÉPENDANT</b> a. Type de travail	b. Revenu <b>brut</b> c. <b>Dépenses</b> de travail indépendant d. Revenu <b>NET</b> (Brut moins dépenses)	e. À quelle fréquence ?
---	--	-------------------------

11. **Revenu supplémentaire:** Donnez-nous des informations sur tout revenu supplémentaire que les membres du ménage figurant sur cette demande pourraient percevoir. N'incluez pas les revenus provenant de la pension alimentaire pour enfants, du revenu supplémentaire de sécurité (SSI), du revenu d'ancien combattant ou de l'indemnisation des accidents du travail. **S'il n'y en a pas, laissez vide.**

Type de revenu	Qui le perçoit ?	Combien ?	À quelle fréquence ?
<input type="checkbox"/> Sécurité sociale	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Retraites	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Intérêts ou dividendes	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Paiements d'invalidité	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Chômage	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel
<input type="checkbox"/> Autre _____	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Bihebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel <input type="checkbox"/> Trimestriel

12. **Déductions pour les ménages :** Donnez-nous des informations sur les choses que les membres de votre foyer paient et qui peuvent être déduites sur une déclaration de revenus. Nous fournir ces informations pourrait rendre le coût de l'assurance maladie plus élevé inférieur. **S'il n'y en a pas, laissez vide.**

Type de déduction	Qui ?	Combien ?	À quelle fréquence ?
<input type="checkbox"/> Pension alimentaire payée	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel
<input type="checkbox"/> Intérêts des prêts étudiants	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel
<input type="checkbox"/> Autre	_____	\$ _____	<input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuel



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

13. **Revenu annuel du ménage** : Quel est le revenu **annuel** estimé de votre ménage pour l'année de couverture (y compris les changements mensuels, les primes, les revenus saisonniers, etc., et hors déductions totales) ?

\$ \_\_\_\_\_

## ÉTAPE 5 Signez et datez cette demande

- Je signe cette demande sous peine de parjure, ce qui signifie que j'ai donné de vraies réponses à toutes les questions de ce formulaire au meilleur de mes connaissances et de mes convictions. Je sais que je peux être soumis à des sanctions en vertu de la loi fédérale et/ou étatique si je fournis des informations fausses et/ou fausses.
- Je sais que je dois informer Kynect si quelque chose change par rapport à ce que j'ai écrit sur cette application dans les 30 jours suivant le changement. Je peux consulter le site internet [kynect.ky.gov](http://kynect.ky.gov) ou appeler le **1-855-4kynect (459-6328)** pour signaler tout changement. Je comprends qu'un changement dans mes informations pourrait affecter l'éligibilité des membres de mon foyer.
- Si je pense que kynect a commis une erreur, je peux faire appel de sa décision. Faire appel signifie dire à quelqu'un chez kynect que je pense que l'action est mauvaise et demander un examen équitable de l'action. Je sais que je peux être représenté dans le processus par quelqu'un d'autre que moi-même. Mon éligibilité et d'autres informations importantes me seront expliquées.
- Je sais qu'en vertu de la loi fédérale, la discrimination n'est pas autorisée sur la base de la race, de la couleur, de l'origine nationale, du sexe, de l'âge, de l'orientation sexuelle, de l'identité de genre ou d'un handicap. Je peux déposer une plainte pour discrimination sur le site internet [www.hhs.gov/ocr/office/file](http://www.hhs.gov/ocr/office/file).
- Je comprends que kynect vérifiera mes réponses en utilisant les informations contenues dans les bases de données de l'Internal Revenue Service (IRS), de la Sécurité sociale, du Department of Homeland Security et/ou de toute autre source fiable. Si les informations ne correspondent pas, il pourra me être demandé d'envoyer un justificatif.

**Renouvellement de couverture dans les années suivantes** : Afin de déterminer plus facilement mon éligibilité à une aide pour payer ma couverture maladie dans les années à venir, j'accepte d'autoriser kynect à utiliser les données sur mes revenus, y compris les informations provenant des déclarations de revenus et d'autres sources de données fiables. kynect m'enverra une notification, me permettra d'apporter des modifications et je pourrai me désinscrire à tout moment.

**Oui**, renouveler automatiquement mon éligibilité pour le prochain : (sélectionnez-en une)

5 ans (maximum autorisé)  4 ans  3 ans  2 ans  1 an

N'utilisez pas les informations provenant des déclarations de revenus ou d'autres sources de données pour renouveler ma couverture.

**Consentement à la résiliation de la couverture** : Si une personne figurant sur ma demande est inscrite à kynect et s'avère plus tard bénéficiaire d'une autre couverture maladie éligible (comme Medicare, Medicaid ou KCHIP), kynect mettra automatiquement fin à son plan médical et à sa couverture dentaire kynect. Je reconnais que cela contribuera à garantir que toute personne bénéficiant d'une autre couverture admissible ne restera pas inscrite à la couverture médicale et dentaire de Kynect, où elle devrait payer le coût total.  **Oui**, je suis d'accord  **Non**, je ne suis pas d'accord

**Registre de vote** : Si je ne suis pas inscrit sur les listes électorales ou si je ne suis pas inscrit là où je vis actuellement, je peux choisir de m'inscrire sur les listes électorales en cochant oui ci-dessous. Si je coche oui, je recevrai une demande d'inscription sur les listes électorales par la poste. Cocher oui ou non ci-dessous n'affecte pas le résultat de cette candidature.

- Oui, je souhaite faire une demande d'inscription sur les listes électorales. Une candidature me sera envoyée par courrier.
- Non**, je ne veux pas m'inscrire sur les listes électorales.



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

**Si une personne figurant sur cette demande est éligible à Medicaid ou KCHIP :**

- Je comprends que si Medicaid paie des frais médicaux, tout autre paiement d'assurance maladie ou de règlement juridique sera versé à Medicaid pour rembourser les frais.
- Je comprends que ma demande peut être examinée pour garantir que mon admissibilité a été correctement déterminée. Si ma candidature est examinée, je dois coopérer à l'examen.
- L'un des enfants figurant sur cette demande a-t-il un parent vivant à l'extérieur du foyer ?  Oui  Non
- Si oui, j'accorde au Cabinet des Services à la Santé et à la Famille (CHFS), Service des Pensions pour Enfants, le droit d'imposer une prise en charge médicale au(x) parent(s) absent(s) de l'enfant. Si je pense que coopérer avec le Bureau des pensions alimentaires pour enfants pourrait me nuire ou nuire à mes enfants, je peux le dire au CHFS et je n'aurai peut-être pas à coopérer.

Signature

Date (jj/mm/aaaa)



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

## **ressources kynect - Évaluation des besoins**

Ce qui suit est une évaluation des besoins en ressources supplémentaires qui est **volontaire** et n'a pas d'impact sur vos prestations Medicaid. Cette évaluation nous aide à identifier et à comprendre d'autres besoins que vous et votre ménage pouvez avoir et qui peuvent avoir un impact sur votre santé et vous mettre en contact avec des ressources/services/programmes communautaires qui peuvent être utiles, tels que les transports, les services publics, une aide alimentaire, la garde d'enfants, etc. Vous pouvez consulter vos résultats en vous connectant à votre compte kynect sur <https://kynect.ky.gov/ressources> ou en appelant le 2-1-1 pour être référé aux ressources/services/programmes de la communauté.

Tout membre supplémentaire du foyer peut compléter une évaluation de ses besoins individuels en se connectant à son compte kynect en ligne à l'adresse <https://kynect.ky.gov/ressources> ou en appelant le 2-1-1.

### **Entourez la lettre qui décrit le mieux votre situation :**

#### **1. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation en matière de logement ?**

- a. Je n'ai pas de logement stable.
- b. Je vis temporairement avec un ami ou un membre de ma famille.
- c. Je ne paie actuellement pas mon loyer/hypothèque et je risque d'être expulsé.
- d. Je paie mon loyer/hypothèque, mais c'est inabordable (plus de 30 % de mes revenus).
- e. J'utilise actuellement un programme d'aide au loyer/hypothèque.
- f. Je paie mon loyer/hypothèque sans difficulté.

#### **2. Qu'est-ce qui décrit le mieux la situation des services publics concernant votre logement (eau, électricité, chauffage) ?**

- a. Je n'ai pas de logement/je n'ai pas de services publics pour mon logement.
- b. Les services publics concernant mon logement sont souvent coupés parce que je ne paie pas.
- c. J'utilise des programmes qui m'aident à payer mes services publics.
- d. J'ai du mal à payer les services publics concernant mon logement, mais je suis en grande partie capable de payer.
- e. Je peux payer mes services publics pour qu'ils ne soient jamais coupés.

#### **3. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant votre emploi actuel ?**

- a. Pas de travail.
- b. J'ai un travail temporaire, saisonnier ou à temps partiel qui ne répond PAS à mes besoins ; j'ai besoin de travailler plus.
- c. Temps plein sans avantages sociaux ou je perçois des avantages sociaux qui ne répondent pas à mes besoins.  
*(Remarque : Les avantages peuvent inclure une assurance médicale, dentaire et pour la vue ainsi que des forfaits de retraite)*
- d. J'ai un travail temporaire, saisonnier ou à temps partiel qui répond à mes besoins ; je n'ai pas besoin de travailler plus.
- e. Temps plein avec des avantages sociaux qui répondent à mes besoins.



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

**Cabinet du Commonwealth du Kentucky pour la  
santé et les services familiaux  
Division des services communautaires  
(Department for Community Based Services)**

**4. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant vos revenus ?**

- a. Aucun revenu.
- b. Mes revenus sont irréguliers.
- c. Mes revenus ne suffisent pas à subvenir à mes besoins.
- d. Je peux subvenir à mes besoins fondamentaux grâce à l'aide des programmes d'aide.
- e. Je peux subvenir à mes besoins fondamentaux sans aide.
- f. Mes revenus répondent à mes besoins, sont bien gérés et je peux épargner.

**5. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant votre alimentation ?**

- a. Je n'arrive pas à me procurer la nourriture dont j'ai besoin.
- b. Je peux me procurer la nourriture dont j'ai besoin, mais je n'ai ni l'espace ni le temps pour préparer mes repas.
- c. Mon ménage reçoit une aide alimentaire telle que des SNAP (bons alimentaires) ou d'autres aides alimentaires.
- d. Je peux subvenir à mes besoins alimentaires de base, mais j'ai besoin d'une aide occasionnelle, comme l'aide d'une organisation qui distribue de la nourriture gratuitement.
- e. Je peux subvenir à mes besoins alimentaires de base sans aide.
- f. Je peux choisir d'acheter n'importe quelle nourriture que mon foyer désire.

**6. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant la garde de vos enfants ?**

- a. J'ai besoin de services de garde d'enfants, mais je n'ai pas les moyens de les payer pour le moment.
- b. Je peux me permettre de faire appel à une garde d'enfants, mais les options de garde d'enfants sont peu fiables ou inaccessibles.
- c. La garde de mes enfants est assurée par un ami personnel ou un membre de ma famille.
- d. Je peux choisir une garde d'enfants de qualité de mon choix.
- e. Je n'ai pas besoin de garde d'enfants pour le moment.

**7. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre niveau d'éducation ?**

- a. Je n'ai pas de diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale ou j'ai besoin d'aide pour lire et écrire.
- b. J'ai un diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale, mais la langue est un obstacle.
- c. J'ai un diplôme d'études secondaires/Développement de l'éducation générale, mais j'ai besoin d'études/de formations supplémentaires pour améliorer ma situation professionnelle.
- d. J'ai suivi les études/formations nécessaires à l'emploi.
- e. Je suis actuellement au lycée ou dans un établissement d'enseignement/de formation.

**8. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre couverture concernant les soins de santé ?**

- a. Je n'ai pas de couverture médicale et j'ai besoin d'une couverture le plus tôt possible.
- b. Je n'ai aucune couverture médicale et je n'ai aucun besoin immédiat de couverture.
- c. Certains membres de mon foyer (comme les enfants) bénéficient d'une couverture médicale, mais j'aimerais avoir de l'aide pour comprendre comment l'utiliser.
- d. Certains membres de mon foyer (comme les enfants) bénéficient d'une couverture médicale et nous comprenons comment l'utiliser.
- e. Tous les membres de mon foyer sont couverts par une assurance maladie abordable, mais j'aimerais avoir de l'aide pour comprendre comment l'utiliser.
- f. Tous les membres de mon foyer sont couverts par une assurance maladie abordable et nous comprenons comment l'utiliser.



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

**9. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation concernant les transports ?**

- a. Je n'ai aucun accès aux transports.
- b. J'ai une voiture mais je ne peux pas la conduire ou elle n'est pas fiable.
- c. J'utilise les transports en commun ou le vélo, mais c'est peu pratique ou limité.
- d. Je n'ai pas besoin d'aide pour le transport.

**10. Avez-vous besoin de ressources liées au bien-être mental ?**

- a. Oui, j'ai besoin d'aide pour mon bien-être mental.
- b. Non, je n'ai pas besoin d'aide pour mon bien-être mental.

**11. Avez-vous besoin de ressources liées à la consommation de substances ?**

- a. Oui, j'ai besoin de ressources concernant les violences familiales.
- b. Non, je n'ai pas besoin de ressources concernant les violences familiales.

**12. Avez-vous besoin de ressources liées à la violence domestique ?**

- a. Oui, j'ai besoin de ressources concernant les violences familiales.
- b. Non, je n'ai pas besoin de ressources concernant les violences familiales.

**13. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre situation en matière de soins aux personnes âgées et/ou handicapées ?**

- a. J'ai un besoin immédiat d'aide, soit pour moi-même, soit pour quelqu'un dont je prends soin en raison de son âge ou d'un handicap.
- b. Moi-même ou une personne dont je m'occupe pourrais avoir besoin d'aide pour les soins en raison de l'âge ou d'un handicap.
- c. Je n'ai pas besoin d'aide pour les soins aux personnes âgées/handicapées.

**14. Qu'est-ce qui décrit le mieux l'expérience scolaire de vos enfants ?**

- a. J'ai un ou plusieurs enfants d'âge scolaire qui ne sont pas scolarisés.
- b. Mon ou mes enfants sont inscrits à l'école mais n'y vont que de temps en temps.
- c. Mon ou mes enfants sont inscrits et vont en classe la plupart du temps ou tout le temps.
- d. Je n'ai pas d'enfants en âge scolaire.

**15. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre capacité à répondre quotidiennement à vos besoins fondamentaux ?**

- a. Je n'ai pas la capacité de subvenir à mes besoins fondamentaux comme la nourriture, les vêtements ou un endroit où me laver régulièrement.
- b. Je peux répondre à quelques-uns de mes besoins fondamentaux, mais pas à tous.
- c. Je suis capable de satisfaire la plupart de mes besoins fondamentaux, mais pas la totalité.
- d. Je suis capable de subvenir quotidiennement à tous mes besoins fondamentaux.



**Cabinet du Commonwealth du Kentucky pour la  
santé et les services familiaux  
Division des services communautaires  
(Department for Community Based Services)**

**16. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos liens sociaux et vos relations avec des amis ?**

- a. Je suis isolé et/ou je ne souhaite pas interagir avec les gens.
- b. J'aimerais m'impliquer davantage auprès de la famille ou des groupes, mais j'ai besoin de plus d'informations ou de soutien.
- c. Je bénéficie d'un solide soutien familial/social et/ou je suis activement impliqué dans ma communauté ou dans des groupes de soutien.

**17. Qu'est-ce qui décrit le mieux votre besoin d'assistance juridique ?**

- a. J'ai un ou plusieurs mandats en cours ou des accusations sont en cours.
- b. Je respecte pleinement les conditions de probation ou de libération conditionnelle.
- c. Je n'ai aucun antécédent criminel et je n'ai eu aucune implication dans la justice pénale depuis plus de 12 mois.

**18. Qu'est-ce qui décrit le mieux vos compétences parentales ?**

- a. J'ai besoin de ressources pour améliorer mes compétences parentales.
- b. Mes compétences parentales sont adéquates ou bien développées.
- c. Je n'ai pas d'enfants.



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