



Couverture santé et Aide à payer les frais

Demande pour une personne

CHOSSES À SAVOIR

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

- Assurance gratuite ou peu coûteuse 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

A qui s'adresse cette candidature ?

Les célibataires qui :

- Vivez au Kentucky et prévoyez de rester dans le Kentucky
- Vous n'avez aucune personne à charge et ne pouvez pas être déclaré comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre.

Postulez plus rapidement en ligne sur www.kynect.ky.gov.

Postulez plus rapidement en ligne

Ce dont vous pourriez avoir besoin pour postuler

- 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)

Pourquoi demandons-nous ces informations ?

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.

Les utilisateurs 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).

Que se passe-t-il ensuite ?

- Postez ou télécopiez votre demande complétée et signée à :

**Couverture santé Kynect
Boîte postale 2104
Frankfort, KY 40602**

Fax : 1-502-573-2007

Pour obtenir de l'aide

- **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 basée sur les 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
- **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.
- **En Español:** Llame a nuestro Servicio al Cliente gratis al **1-855-4kynect (459-6328)**
- **Pour les services ATS appelez le 1-855-459-6328**



Demande de couverture maladie et

d'aide au paiement des frais pour une personne

ÉTAPE 1 Parlez-nous de vous

Si quelqu'un d'autre vous aide à remplir cette demande, utilisez l'annexe B pour nous fournir les informations sur cette personne.)

1. Prénom, initiale, nom de famille, suffixe (**tel qu'il apparaît sur votre carte de sécurité sociale**)

2. Numéro de sécurité sociale (SSN)

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/ied for 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. Date de naissance (mm/jj/aaaa)

5. Sexe

- Homme Femme

6. Vivez-vous dans le Kentucky et prévoyez-vous de rester dans le Kentucky ? Oui Non

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

8. Ville

9. État

10. Code postal

11. Comté

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

13. Ville

14. État

15. Code postal

16. Comté

17. Numéro de téléphone principal

- Domicile Travail Cellulaire

18. Numéro de téléphone secondaire

- Domicile Travail Cellulaire

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

Cochez ici pour désactiver les alertes par SMS kynect sur votre numéro de téléphone secondaire.

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

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

22. **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 ou en contactant DCBS si vous aviez une couverture Medicaid au cours de l'année. Les formulaires vous seront envoyés par courrier postal, ou si vous créez un compte sur kynect, nous pouvons vous informer par e-mail que le formulaire est prêt à être consulté. Si vous souhaitez être averti par e-mail, entrez votre adresse e-mail :

23. Avez-vous eu une fin de grossesse (accouchement ou perte de grossesse) au cours des trois derniers mois ou êtes-vous actuellement enceinte ? Oui. **Si oui**, répondez aux questions a à c. Non

a. Quelle est la date d'accouchement ou la dernière date de grossesse ? (mm/jj/aaaa) _____



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

- b. Combien d'enfants sont/étaient attendus avec cette grossesse ? _____
c. Souhaitez-vous être référé au programme qui offre de la nourriture aux femmes, nourrissons et enfants (WIC) ?

Oui Non

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

25. 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 **compléter l'étape 4** de cette demande. Non

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

27. Envisagez-vous de produire une déclaration de revenus fédérale l'ANNÉE PROCHAINE ?
(Vous pouvez demander une assurance maladie même si vous ne produisez pas de déclaration de revenus fédérale.)

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

- a. Déposerez-vous votre demande en tant que personne seule sans personne à charge ? Oui Non
Si non, arrêtez d'utiliser ce formulaire. Utilisez l'*application de couverture maladie et d'aide au paiement des frais pour plus d'une personne* pour inclure vos personnes à charge fiscales (même si vous ne souhaitez pas demander de couverture maladie pour elles.)

- b. Êtes-vous déclaré comme personne à charge sur la déclaration de revenus de quelqu'un d'autre ? Oui Non
Si oui, arrêtez d'utiliser ce formulaire. Vous devrez demander une couverture auprès de la personne qui vous réclame sur sa déclaration de revenus (même si cette personne ne souhaite pas de couverture.)

28. Êtes-vous un citoyen américain ou un ressortissant américain ?
 Oui Non

29. Si vous êtes citoyen ou ressortissant américain, êtes-vous un citoyen naturalisé ou dérivé ?

Oui Non

Si oui, fournissez des informations sur l'un des éléments ci-dessous.

Certificat de naturalisation

• Numéro du certificat de naturalisation : _____

• Numéro d'immigrant : _____

Certificat de citoyenneté : _____

• Numéro de certificat de citoyenneté : _____

• Numéro d'immigrant : _____

30. 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)

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

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

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

34. 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 |

35. Êtes-vous un Indien d'Amérique ou un natif de l'Alaska ?

Oui. **Si oui**, remplissez l'**annexe C** et postez-la avec cette demande. Non



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

36. Êtes-vous actuellement en prison ou en prison ou avez-vous été libéré au cours des trois derniers mois ?

Oui. **Si oui**, répondez aux questions a à c. Non

a. Quand êtes-vous entré en prison ? (mm/jj/aaaa) _____

b. Quand es-tu sorti de prison ? (mm/jj/aaaa) _____

c. Attendez-vous actuellement une décision concernant les accusations ? Oui Non

37. Avez-vous besoin d'aide pour les activités de la vie quotidienne (comme prendre votre bain, vous habiller, etc.) ou vivez-vous dans un établissement médical ou une maison de retraite ?

Oui Non

38. Êtes-vous aveugle ou handicapé permanent ? Oui Non

39. Avez-vous reçu Medicaid lorsque vous êtes devenu trop vieux pour être éligible à un placement en famille d'accueil ?

Oui Non

Si oui, dans quel état viviez-vous ? _____ Quel age aviez-vous ?

40. Si vous remplissez cette demande au nom d'une personne récemment décédée, inscrivez la date du décès de la personne décédée : _____



Si vous avez besoin d'aide pour votre candidature ou pour postuler plus rapidement en ligne, rendez-vous sur 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

Informations actuelles sur l'emploi et le revenu

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

Revenu de l'emploi 1 1. Qui est votre employeur ?

2. Quel est le montant **brut** que vous gagnez (avant taxes) ?
\$ _____

3. À quelle fréquence ? Hebdomadaire
 Deux fois par mois
 Toutes les deux semaines
 Mensuellement

4. **SI INDÉPENDANT**
a. Type de travail _____

b. Revenu **brut** _____
c. **Dépenses** de travail indépendant _____
d. Revenu **NET** (Brut moins dépenses) _____

e. À quelle fréquence ? _____

Revenu de l'emploi 2 5. Qui est votre employeur ?

6. Quel est le montant **brut** que vous gagnez (avant taxes) ?
\$ _____

7. À quelle fréquence ? Hebdomadaire
 Deux fois par mois
 Toutes les deux semaines
 Mensuellement

8. **SI INDÉPENDANT**
a. Type de travail _____

Revenu **brut** _____
 Dépenses de travail **indépendant** _____
 Revenu **NET** (Brut moins dépenses) _____

e. À quelle fréquence ? _____

9. **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 L'indemnisation des travailleurs. **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

10. **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 donner 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 le perçoit ?	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 sur les 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

11. **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) ?
\$ _____



Si vous avez besoin d'aide pour votre candidature ou pour postuler plus rapidement en ligne, rendez-vous sur 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 Autres couvertures de soins de santé

Avez-vous actuellement une couverture santé, y compris une **couverture dentaire et médicale majeure** qui n'est pas Medicaid ou KCHIP ?

OUI. **Si oui**, complétez les informations ci-dessous. NON.

Type de couverture _____ Numéro de police _____
 Nom du preneur d'assurance _____ Date de début de la couverture _____
 Nom de la compagnie d'assurance _____ Date de fin de couverture _____
 Adresse de la compagnie d'assurance _____

ÉTAPE 4 Accord de remboursement des soins de santé (HRA)

Informations EMPLOYÉ et EMPLOYEUR

1. Nom de l'employé (prénom, deuxième prénom, nom de famille)		
2. Nom de l'employeur		3. Numéro d'identification de l'employeur (EIN)
4. Adresse de l'employeur		
5. Ville	6. État	7. Code postal
8. Nom de la personne-ressource de l'employeur		9. Numéro de téléphone de l'employeur

Parlez-nous du HRA fourni par cet employeur

10. De quel type d'HRA s'agit-il ? <input type="checkbox"/> une HRA à couverture individuelle (ICHRA) <input type="checkbox"/> une HRA pour petits employeurs qualifiés (QSEHRA)		
11. Quelle est la date de début et la date de fin du HRA ?		
a. Date de début de l'HRA (mm/jj/aaaa) : _____		
b. Date de fin de l'HRA (jj/mm/aaaa) : _____		
12. Quel est le montant maximum de remboursement personnel offert par cet employeur ? \$ _____		
13. À quelle fréquence ce montant sera-t-il disponible ? <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Deux fois par mois <input type="checkbox"/> Mensuellement		
14. Si vous avez une offre d'ICHRA et que vous n'êtes pas encore inscrit,		
a. Pourrez-vous utiliser le HRA le [60 jours à compter de la date actuelle] ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		
b. Envisagez-vous de vous retirer de cette HRA, si vous êtes jugé éligible à l'aide au paiement ? <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non		



Si vous avez besoin d'aide pour votre candidature ou pour postuler plus rapidement en ligne, rendez-vous sur 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 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 passible de sanctions en vertu de la loi fédérale 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 visiter le site kynect.ky.gov ou appeler le **1-855-4kynect (459-6328)** pour signaler tout changement.
- 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 www.hhs.gov/ocr/office/file.
- Je comprends que kynect vérifiera mes réponses à l'aide des 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 je suis inscrit à kynect et que je découvre plus tard que je dispose d'une autre couverture santé éligible (comme Medicare, Medicaid ou KCHIP), kynect mettra automatiquement fin à mon plan médical kynect et à ma couverture dentaire. 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 l'intégralité du coût. **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 je suis éligible à Medicaid :

- 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.

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 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.



**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.kvnect.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 ou appelez le **1-855-4kynect (459- 6328)**. Para ayuda en Español, llame gratis al 1-855-4kynect (459-6328).