

**DÉCLARATION DU DEMANDEUR/BÉNÉFICIAIRE CONCERNANT LES
REVENUS/RESSOURCES D'UN PARENT RESPONSABLE LÉGAL**



DATE : _____

_____ NOM DE DOSSIER : _____

_____ NUMÉRO DE DOSSIER : _____

Si vous avez des questions, appelez la HRA HelpLine au 888-692-6116.

Chère/Cher _____

Le présent formulaire doit être rempli par le demandeur ou le bénéficiaire vivant avec un parent responsable légal (Legally Responsible Relative, LRR) ayant refusé de communiquer ses revenus et/ou ressources au titre des coûts engendrés par les services et les soins médicaux nécessaires. Les parents responsables légaux sont : les conjoints (par ex. le mari pour une femme, la femme pour le mari) et les parents pour les mineurs de moins de 21 ans.

Le parent responsable légal n'est pas dispensé de fournir des ressources financières pour les soins de son conjoint ou de ses enfants. Le Département des services sociaux (Department of Social Services) attend du parent responsable légal qu'il collabore au processus de justification de ses revenus et de ses ressources, qui serviront à déterminer les montants dont le parent responsable légal devra s'acquitter. **Les parents responsables légaux peuvent faire l'objet de poursuites judiciaires pour manquement à leurs obligations de soutien de leur conjoint ou de leurs enfants mineurs.** Un défaut de transmission des informations financières demandées peut également entraîner des poursuites judiciaires à l'encontre du parent responsable légal.

Remplissez le tableau ci-dessous, en incluant votre signature et la date, et renvoyez ce formulaire dans son intégralité à l'aide de l'enveloppe ci-jointe sous 10 jours

Je soussigné (nom en caractères d'imprimerie) _____ (Nom) _____ (Prénom) déclare que mon		
<input type="checkbox"/> Conjoint <input type="checkbox"/> Parent <input type="checkbox"/> Autre (précisez) : _____ a refusé de communiquer ses revenus et/ou ressources au titre des coûts engendrés par les services et les soins médicaux nécessaires. J'ai pris connaissance du texte ci-dessus et je comprends que le processus d'examen financier et de recouvrement de ma dette Medicaid auprès de mon parent responsable légal commence à la signature de ce formulaire.		
Nom du parent responsable légal : _____ (Nom) _____ (Prénom)		
Numéro de Sécurité sociale du parent responsable légal : _____		
Aux fins de la détermination de mon admissibilité à l'assistance médicale, je cède par la présente, au Commissaire de l'Administration des ressources humaines (Département des services sociaux) de la ville de New York [Commissioner of the New York City Human Resources Administration (Department of Social Services)], mon droit de soutien par le parent responsable légal désigné ci-dessus.		
Nom du régime d'assurance-maladie du parent responsable légal (le cas échéant) _____		
Type de couverture santé (par ex. soins de longue durée) : _____		
Numéro de police (le cas échéant) : _____		
Numéro de téléphone : () _____ (Indicatif régional)		
Signature du demandeur/bénéficiaire : _____		Date : _____
Worker's Name	Title	Section
Supervisor's Name (Print)		Supervisor's Name (Sign)

Souffrez-vous d'un handicap, d'un problème de santé ou de santé mentale ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de comprendre le présent avis ou de faire ce qui est demandé dans cet avis ? Ce problème de santé vous empêche-t-il de bénéficier d'autres services de la part de la HRA ? **Nous sommes là pour vous aider.** Appelez-nous au 888-692-6116. Vous pouvez également demander de l'aide lorsque vous vous rendez dans un bureau de la HRA. Vous avez le droit de demander ce type d'assistance en vertu de la loi.