

DEMANDE DE DÉTERMINATION DE L'INVALIDITÉ



MAP-3177 (F) 11/29/2024

Date : _____

Nom du dossier : _____

Numéro de dossier (si connu) : _____

Si vous disposez d'une détermination de l'invalidité de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration, SSA), du revenu supplémentaire de sécurité (Supplemental Security Income, SSI) ou de l'assurance invalidité de la Sécurité sociale (Supplemental Security Income Disability, SSDI), n'envoyez **pas** ce formulaire.

Prénom : _____ Nom : _____ Initiale du deuxième prénom : _____

Adresse postale : _____ Date de naissance : _____ Âge : _____

Numéro de téléphone : _____ SSN (les quatre derniers chiffres seulement) : _____

Veillez cocher (✓) les cases suivantes :

Employé(e) Oui Non

Personne malvoyante Oui Non

Personne malentendante (TTY) Oui Non

Est-ce que le demandeur/bénéficiaire (A/R) a besoin d'une dérogation Medicaid ? Oui Non

Si **oui**, type de dérogation : _____

Langue parlée : _____ Langue écrite : _____

Authorized Representative (Person assisting you with the disability determination request):

First Name: _____ Last Name: _____ MI: _____

Mailing Address: _____ Phone Number: _____

Authorized Representative may (check (✓) all that apply):

Apply Renew Medicaid Application Discuss Medicaid Application/Case Receive Mail/Correspondence

Signature du demandeur/bénéficiaire : _____ Date : _____

Authorized Representative Signature: _____ Date: _____