

Admission / Examen annuel d'admissibilité

Confidentiel – Ce formulaire doit être sauvegardé sur un réseau sécurisé accessible uniquement par le personnel rémunéré dans le cadre du programme Ryan White

Vous pouvez obtenir ce document, sans frais, en d'autres langues, en gros caractères, en braille ou dans un format de votre choix. Contactez les services communautaires à cette adresse community.services@odhsoha.oregon.gov ou en appelant le 503-975-4642 (message vocal/SMS). Nous acceptons tous les appels relais.

Admission initiale Date : _____

Examen annuel Date : _____

Numéro de sécurité sociale : _____ Âge : _____ Date de naissance : _____

Renseignements personnels

Nom patronymique : _____ I.M : _____

Prénom : _____

Autres noms d'usage : _____

Pronom :

Elle Il/lui Ils/eux/leurs Ze/Hir/Hirs

Autre : _____

Adresse physique (si sans domicile fixe, joindre une déclaration en ce sens ou une attestation de domicile) :

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Êtes-vous d'accord pour recevoir un courrier ? Admis dans le programme CAREWare

Oui Non

Adresse postale (si différente) :

Ville : _____ État : _____ Code postal : _____

Êtes-vous d'accord pour recevoir un courrier ? Admis dans le programme CAREWare

Oui Non

Téléphone du domicile : _____

Êtes-vous d'accord pour recevoir un message ? Oui Non

Téléphone portable : _____

Êtes-vous d'accord pour recevoir un message ? Oui Non

Êtes-vous d'accord pour envoyer un message ? Oui Non

Téléphone pour message _____

Êtes-vous d'accord pour recevoir un message ? Oui Non

Nom du titulaire du téléphone pour message et relation : _____

ROI actuel dans le dossier ?¹ Oui Non

Courriel : _____

Êtes-vous d'accord pour envoyer un message courriel ? Oui Non

Faute de possibilité de contact par téléphone, courrier ou courriel, indiquer le moyen de contact de l'agence en vue de l'examen de l'admissibilité :

Personnes à contacter

En cas d'urgence _____

Relation : _____ Numéro de téléphone : _____

Au courant de l'état VIH : Oui Non

Êtes-vous d'accord pour recevoir un message ? Oui Non

1 Préciser le type d'informations pouvant être partagées sur le ROI.

Avez-vous un bénéficiaire ? Oui Non

Si oui, nom du bénéficiaire : _____

Relation : _____ Numéro de téléphone : _____

ROI obtenu ? Oui Non

Médecin traitant : _____

Nom de la clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

Pharmacie : _____ Numéro de téléphone : _____

Spécialiste VIH : _____

Nom de la clinique : _____

Numéro de téléphone : _____

Dentiste : _____ Numéro de téléphone : _____

Nom de la clinique : _____

Sexe attribué à la naissance : Masculin Féminin

Identification de genre :

Homme Femme Transgenre (homme devenant femme)

Transgenre (femme devenant homme) Autre : _____

Race et origine ethnique :

Hispanique ou latino Non-hispanique ou latino

Blanc ou caucasien Noir ou américain-africain Asiatique

Originaire d'Hawaï ou des îles du Pacifique

Indien d'Amérique ou originaire d'Alaska

Autres (préciser) : _____

Si hispanique ou latino :

Mexicain, Américain mexicain, chicano/a Portoricain Cubain

Autre origine hispanique

Si asiatique :

Asiatique-indien Chinois Philippin Japonais
Coréen Vietnamien Autre origine asiatique

Si originaire d'Hawaï ou des Îles du Pacifique :

Hawaïen d'origine De l'île de Guam ou Chamorro Samoan
Autres îles du Pacifique

Langue parlée _____

Faites-nous savoir si vous avez besoin de :

Un interprète :

Langue parlée :

Anglais Espagnol Autre (préciser) : _____

Un interprète de langue des signes

La traduction des documents écrits (en quelle langue) :

Anglais Espagnol Autre (préciser) : _____

Documentation en :

Enregistrement audio Impression en gros caractères
Braille Disque informatique Présentation orale

Diagnostic et identité (seulement pour l'admission)

Une copie de chaque document doit être jointe à ce formulaire et conservée par l'agence prestataire.

Seulement pour l'admission initiale

VIH + diagnostic

Requis uniquement lors de l'admission

Date du diagnostic VIH : _____

Documents présentés. Cochez une case :

Client actuel de CAREAssist (avant inscription auprès de cette agence)

Tests en laboratoire (charge virale, Western Blot, etc.), envoyés par un labo ou médecin (le labo ne peut montrer la charge virale comme "non détectée")

Documentation présentée par le prestataire de soins assurant la prise en charge médicale

Obtenu préalablement, joint au dossier du client

Résultats de 2 tests VIH rapides pour vérification préliminaire et de confirmation du virus satisfaisant aux critères suivants :

1. Les kits de test rapide proviennent de différents fabricants ;
2. Le test rapide utilisé pour le test de confirmation présente une sensibilité équivalente.

Vérification d'identité

Requise uniquement lors de l'admission. Le client doit fournir au moins l'une des pièces suivantes :

Permis de conduire	Carte tribale	Carte d'identification étatique
Carte de sécurité sociale	Citoyenneté/naturalisation	Carte d'étudiant
Carte de militaire	Passeport	Certificat de naissance
Permis d'apprenant	Visa d'étudiant	Permis temporaire

Tout autre document officiel² : _____

² Consultez le « Guide des services d'assistance » pour connaître les autres documents acceptés.

Assurance médicale (saisir dans l'option annuelle CAREWare)

Health Exchange Plan de santé qualifié (QHP)

Niveau de couverture (cocher une case)

Bronze Argent Or Platine

Medicare (cochez tout ce qui s'applique) :

Partie A

Partie B

Partie D :

Plan Avantage

Subside pour revenus insuffisants

Bénéficiaire qualifié de Medicare

Oregon Health Plan (OHP) - (Medicaid)

Numéro OHP : _____

Organisation de coordination de soins (CCO) : _____

Carte ouverte OHP

Organisation de soins gérant une double admissibilité (MCO) : _____

Citoyen étranger - Exemption médicale d'urgence (CAWEM)

Couverture privée

Acquise dans un cadre distinct de l'échange de prestations

Couverture collective (par le biais de l'employeur ou employeur du conjoint.e/parent)

COBRA (date de fin) : _____

Autre de nature publique

Numéro de bénéficiaire ancien combattant (VA) : _____

Services de santé aux indiens

Sans assurance

Renvoyé au responsable du dossier pour remplir la demande à CAREAssist

Observations :

Si régime Échange de prestations, Medicare, ou assurance privée :

Organisme assureur : _____

Dénomination du plan : _____

Numéro de la police d'assurance : _____ Numéro du groupe : _____

Nom du titulaire principal de l'assurance : _____

Numéro de prescription (si différent) : _____

Couverture médicale :

Aucune Sur fonds publics ou du Département de la Santé

Cabinets privés Salle d'urgence Patient ambulatoire

Autre : _____

CAREAssist:

Non Oui : Numéro CAREAssist : _____

Si Non, date du renvoi au responsable du dossier/coordinateur de soins pour remplir la demande CAREAssist : _____

Assurance dentaire :

Non Oui : Information concernant le plan : _____

Si Non, et couvert par CAREAssist, date du renvoi au responsable du dossier/coordinateur de soins pour remplir la demande d'assurance dentaire approuvée par CA : _____

Membres de la famille vivant dans le même foyer

1. Nom : _____
Relation/lien de parenté : _____
Conjoint (e) ou personne à charge Oui Non
Âge : _____
Au courant de l'état VIH : Oui Non
Divulgation d'informations (ROI) nécessaire ? (si au courant de l'état = oui)
Oui Non

2. Nom : _____
Relation/lien de parenté : _____
Conjoint (e) ou personne à charge Oui Non
Âge : _____
Au courant de l'état VIH : Oui Non
Divulgation d'informations (ROI) nécessaire ? (si au courant de l'état = oui)
Oui Non

3. Nom : _____
Relation/lien de parenté : _____
Conjoint (e) ou personne à charge Oui Non
Âge : _____
Au courant de l'état VIH : Oui Non
Divulgation d'informations (ROI) nécessaire ? (si au courant de l'état = oui)
Oui Non

4. Nom : _____
Relation/lien de parenté : _____
Conjoint.e ou personne à charge Oui Non
Âge : _____
Au courant de l'état VIH : Oui Non
Divulgation d'informations (ROI) nécessaire ? (si au courant de l'état = oui)
Oui Non

5. Nom : _____
Relation/lien de parenté : _____
Conjoint (e) ou personne à charge Oui Non

Âge : _____

Au courant de l'état VIH : Oui Non

Divulgation d'informations (ROI) nécessaire ? (si au courant de l'état = oui)

Oui Non

Taille de la famille (client + conjoint (e) + personnes à charge³) : _____

Niveau fédéral de pauvreté indiqué dans CAREWare : _____

Vérification des revenus

Affilié actuel à CAREAssist. Si une copie du formulaire de Vérification d'admissibilité à CAREAssist (CEV) est jointe, **il n'est pas nécessaire** de remplir cette partie ou la "Déclaration d'absence de revenus" ci-dessous (mettre à jour l'information dans CAREWare sur la base du CEV).

Non client de CAREAssist : Remplissez la partie suivante relative aux revenus. La documentation requise doit figurer dans le dossier du client.

Section relative aux revenus

Type de revenus (cochez tout ce qui s'applique conformément au Guide des services d'assistance)	Personne(s) percevant les revenus	Revenus mensuels bruts	Revenus annuels bruts	Documents requis (veuillez consulter le Guide des services d'assistance pour plus de précisions)
Aucune source de revenu	_____	_____	_____	En cas d'absence de revenus, remplir la "Déclaration d'absence de revenus"

3 Le partenaire non marié vivant avec le client et tout enfant biologique/adopté vivant dans le même foyer sont à prendre en compte dans la famille et pour ce qui concerne les revenus.

Type de revenus (cochez tout ce qui s'applique conformément au Guide des services d'assistance)	Personne(s) percevant les revenus	Revenus mensuels bruts	Revenus annuels bruts	Documents requis (veuillez consulter le Guide des services d'assistance pour plus de précisions)
Autres revenus du foyer : Conjoint (e), ou partenaire vivant avec le client et un enfant commun (selon un statut légal) ; Revenu de la personne à charge				Voir ci-dessous la documentation requise en fonction du type de revenus et de la liste type :
Revenus provenant du travail (salaire, commissions/ pourboires, bonifications):				2 fiches de paie récentes consécutives ou attestation de revenus pour tous les emplois
Revenus tirés du travail indépendant				Déclaration d'impôt la plus récente, incluant l'Annexe C (si présentée) ET Relevés de compte bancaire des 6 derniers mois OU si non disponibles : Registre d'activités des 6 mois précédent l'admission/ réadmission.

Type de revenus (cochez tout ce qui s'applique conformément au Guide des services d'assistance)	Personne(s) percevant les revenus	Revenus mensuels bruts	Revenus annuels bruts	Documents requis (veuillez consulter le Guide des services d'assistance pour plus de précisions)
Sécurité sociale : Retraite SSDI Prestations au(x) survivant(s) SSI				Lettre annuelle d'attribution de prestations
Pension/retraite d'un employeur privé (hormis de la Sécurité sociale)				Lettre/Déclaration annuelle d'attribution de prestations
Allocations chômage				Relevés d'indemnités
Prestation d'invalidité payée par l'employeur : Court terme (STD) Long terme (LTD)				Relevés d'indemnités OU Lettre/déclaration d'attribution de prestations
Prestations aux anciens combattants				Lettre annuelle d'attribution de prestations
Actions, obligations, dividendes en espèces, fiducie, revenu de placements, royalties				Documentation d'une institution financière indiquant les revenus perçus, les valeurs, modalités et conditions

Type de revenus (cochez tout ce qui s'applique conformément au Guide des services d'assistance)	Personne(s) percevant les revenus	Revenus mensuels bruts	Revenus annuels bruts	Documents requis (veuillez consulter le Guide des services d'assistance pour plus de précisions)
Prestation compensatoire Pension alimentaire (reçue régulièrement ou de manière prévisible)	_____	_____	_____	Lettre/Déclaration d'attribution de prestations OU Document officiel attestant des sommes régulièrement perçues
Revenus locatifs	_____	_____	_____	Déclaration d'impôt la plus récente, incluant l'Annexe E (si présentée) ET Relevés bancaires des 3 derniers mois
Autre :	_____	_____	_____	Document : _____
Total :	Mensuel : _____	à saisir dans CW Annuel _____		

Vérification du domicile

Client actuel de CAREAssist. Si une copie du formulaire de Vérification d'admissibilité à CAREAssist (CEV) est jointe, **il n'est pas nécessaire de remplir la "Déclaration de domicile/sans domicile fixe"** (mettre à jour l'adresse du domicile dans CAREWare sur la base du CEV).

Non client de CAREAssist : Le client doit fournir **l'un des documents en cours de validité** suivants, où doit figurer son nom complet et la même adresse que celle indiquée sur ce formulaire (mettre à jour l'adresse dans CAREWare)

Client sans domicile fixe - Veuillez remplir la déclaration assermentée de domicile.

Client ne disposant pas de preuve de résidence et non inscrit à CAREAssist - Veuillez remplir la déclaration assermentée de domicile.

Permis de conduire de l'État de l'Oregon, carte d'identité tribale ou carte d'identité de l'Oregon.

Facture de service (de téléphone mobile au besoin)

Contrat de location/ bail, d'hypothèque ou d'amarrage

Attestation récente d'impôt foncier

Carte d'électeur de l'Oregon en cours de validité

Lettre du colocataire titulaire du bail⁴

Copie de la lettre/des documents relatifs à l'aide / prestations publiques (SSI, SSDI, TANF, etc.).

Bulletins de salaire

Rectificatif judiciaire de preuve d'identité

Déclaration de l'association de propriétaires

⁴ Incluant le nom du titulaire du bail, la même adresse que celle indiquée dans la demande, la relation avec le client et le numéro de téléphone du titulaire du bail.

Documents militaires/administration des anciens combattants

Titre de propriété ou carte d'immatriculation de véhicule en Oregon

Tout document émis par une institution financière et comportant l'adresse du domicile, tel qu'un RIB/relevé bancaire, un relevé de prêt, de prêt étudiant, de versement de dividendes, une facture de carte de crédit, un document hypothécaire, un document de clôture, un relevé de compte de retraite, etc.

Lettre approuvée par un hôpital public de l'Oregon, un refuge pour sans-abri, un prestataire de services de transition ou un établissement de transition.

Lettre sur papier à en-tête d'un employeur certifiant que le client vit à l'adresse non professionnelle appartenant à l'entreprise ou société.

Observations complémentaires

Signatures

L'agent ci-dessous atteste que toute la documentation a été obtenue et classée au dossier du client et/ou téléchargée dans CAREWare avant que l'admission (et/ou l'examen d'admissibilité) n'ait été considérée comme complète. Les données annuelles de CAREWare et les services correspondent à la date ci-dessous.

Nom et fonctions de l'agent

Date