

## 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](mailto: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 ?<sup>1</sup> 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

<sup>1</sup> 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 officiel<sup>2</sup> : \_\_\_\_\_

<sup>2</sup> 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 Advantage

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/coordonateur 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/  
coordonateur 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  
Divulgence 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  
Divulgence 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  
Divulgence 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  
Divulgence 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

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

Oui                      Non

Taille de la famille (client + conjoint (e) + personnes à charge<sup>3</sup>) : \_\_\_\_\_

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"

<sup>3</sup> 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)
<b>Autres revenus du foyer :</b>  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 requis en fonction du type de revenus et de la liste type :
Revenus provenant du travail (salaire, commissions/ pourboires, bonifications):				2 fiches de paie récentes <b>consécutives</b> ou attestation de revenus pour <b>tous</b> les emplois
Revenus tirés du travail indépendant				Déclaration d'impôt la plus récente, incluant l'Annexe C (si présentée) <b>ET</b> Relevés de compte bancaire des 6 derniers mois <b>OU</b> si non disponibles : Registre d'activités des 6 mois précédant 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)
<b>Sécurité sociale :</b> 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
<b>Prestation d'invalidité payée par l'employeur :</b> Court terme (STD) Long terme (LTD)				Relevés d'indemnités <b>OU</b> 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 <b>OU</b> Document officiel attestant des sommes régulièrement perçues
Revenus locatifs				Déclaration d'impôt la plus récente, incluant l'Annexe E (si présentée) <b>ET</b> 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 bail<sup>4</sup>

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

---

<sup>4</sup> 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