



DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ ET DES SERVICES AUX PERSONNES  
 ÂGÉES DU MISSOURI BESOINS SPÉCIAUX EN MATIÈRE DE SOINS  
 DE SANTÉ (SHCN)  
**DEMANDE D'INSCRIPTION**

LISEZ LES INSTRUCTIONS SUR LE VERSO D'ABORD.  
 VEUILLEZ IMPRIMER LISIBLEMENT À L'ENCRE NOIRE.

<b>SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LE PARTICIPANT (personne inscrite aux services)</b>			DCN	
1. NOM (NOM, PRÉNOM, 2EME PRÉNOM)		2. DATE DE NAISSANCE		3. NUMÉRO DE SÉCURITÉ SOCIALE (4 DERNIERS CHIFFRES)
4. ADRESSE (RUE, VILLE, ÉTAT, CODE POSTAL)		5. COMTÉ		6. TÉLÉPHONE FIXE
		7. SEXE	8. RACE	9. TÉLÉPHONE EN JOURNÉE DU PARTICIPANT / DE LA FAMILLE
10. NOM DE LA PARTIE RESPONSABLE		11. EMAIL DE LA PARTIE RESPONSABLE		
12. NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN LOCAL		13. NOM ET ADRESSE DU MÉDECIN SPÉCIALISTE		
14. PROGRAMME INSCRIT (CHOISISSEZ UNE RÉPONSE) <input type="checkbox"/> ADULTES SOUFFRANT DE LÉSIONS CÉRÉBRALES (ABI) <input type="checkbox"/> ENFANTS ET JEUNES AYANT DES BESOINS SPÉCIAUX EN MATIÈRE DE SOINS DE SANTÉ (CYSHCN) <input type="checkbox"/> ENFANTS ET JEUNES EN BONNE SANTÉ (HCY)				
<b>SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE (ÉNUMÉREZ TOUTES LES PERSONNES EN PLUS DU PARTICIPANT VIVANT DANS LE FOYER)</b>				
15. NOM (NOM, PRÉNOM, 2EME PRÉNOM)		16. DATE DE NAISSANCE	17. RELATION	18. SHCN
PARENTS:				
AUTRES:				
19. LE PARTICIPANT A-T-IL UN TUTEUR NOMMÉ PAR UN TRIBUNAL? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON SI OUI, REMPLISSEZ 20.		20. NOM, ADRESSE ET NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU TUTEUR		
21. NOM DU CONTACT ALTERNATIF			22. NUMÉRO DE TÉLÉPHONE DU CONTACT ALTERNATIF	
<b>SECTION C - RESSOURCES FINANCIÈRES (NON APPLICABLES AU PROGRAMME HCY)</b>				
23. AVEZ-VOUS DÉPOSÉ UN FORMULAIRE D'IMPÔT FÉDÉRAL SUR LE REVENU? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON Si oui, joignez une copie du formulaire d'impôt sur le revenu. <u>N'envoyez pas de W-2.</u> si aucune copie n'est disponible, vous pouvez en obtenir une en appelant l'IRS au (800) 829-1040. si non, pourquoi n'avez-vous pas déposé? <input type="checkbox"/> PAS OBLIGATOIRE DE DÉPOSER <input type="checkbox"/> EXTENSION DEMANDÉE DE LA DATE DE DÉPÔT (JOIGNEZ LA COPIE) <input type="checkbox"/> AUTRE				
24. LE REVENU DE LA FAMILLE A-T-IL CHANGÉ DEPUIS LE DÉPÔT DE L'IMPÔT SUR LE REVENU? <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON		DATE DE MODIFICATION	ESTIMATION DU REVENU ACTUALISÉ DE CETTE ANNÉE	
<b>SECTION D - ASSURANCE</b>				
25. ÉTAT ACTUEL DE L'ASSURANCE MALADIE (COCHEZ TOUTES LES CASES QUI S'APPLIQUENT, INCLUEZ LA DATE DE DÉBUT ET LA DATE DE FIN DE LA COUVERTURE) <input type="checkbox"/> AUCUN				
<input type="checkbox"/> MO HEALTHNET #		DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
<input type="checkbox"/> MEDICARE #		DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
<input type="checkbox"/> ADMINISTRATION DES ANCIENS COMBATTANTS		DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
<input type="checkbox"/> ASSURANCE PRIVÉE (NOM)		DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
<input type="checkbox"/> AUTRE (VEUILLEZ PRÉCISER)		DATE DE DÉBUT	DATE DE FIN	
<b>SECTION E - CONDITION MÉDICALE OU PROBLÈME</b>				
<b>SECTION F - SERVICES DEMANDÉS / NÉCESSAIRES</b>				
<b>SECTION G - AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES INFORMATIONS</b>				
La demande d'admission concerne le participant susmentionné aux besoins spéciaux en matière de soins de santé (SHCN). J'autorise SHCN à divulguer ou à obtenir des informations à destination ou en provenance de tout organisme participant au plan de traitement et de soins du demandeur. Les informations contenues dans ce formulaire de demande peuvent être échangées avec des agences qui administrent des programmes pertinents ou applicables. Je consens à la divulgation des informations personnelles, financières et médicales de ce formulaire de demande et des pièces justificatives aux agences qui administrent les programmes pertinents ou applicables pour établir et vérifier l'admissibilité et pour effectuer des évaluations. Je comprends que les agences qui administrent ces programmes maintiendront la confidentialité de ces informations conformément aux lois applicables. J'ai été informé que SHCN fournit des soins sur une base non discriminatoire, comme l'exige le Titre VI de la Loi sur les Droits Civils de 1964. Je comprends que l'admissibilité à SHCN ne sera pas prise en compte tant que toutes les informations n'auront pas été reçues par SHCN. Je comprends que faire intentionnellement une déclaration fausse ou trompeuse ou déformer, dissimuler ou retenir intentionnellement des faits peut entraîner le remboursement en espèces de la valeur des prestations reçues. Je comprends que les prestations d'assurance médicale que je peux recevoir pour les services autorisés par SHCN peuvent être transmises au (x) fournisseur (s) de services. Je dois coopérer avec les prestataires de services et SHCN pour donner toutes les informations concernant les fonds fiduciaires, les actions en justice, les règlements et les tiers payeurs, c'est-à-dire l'assurance médicale, MO Healthnet, etc. J'ai été informé et comprends mes droits et responsabilités en vertu de SHCN. Toutes les informations que j'ai fournies sont correctes au meilleur de ma connaissance.				
26. SIGNATURE DU PARENT / TUTEUR		27. SIGNATURE DU PARTICIPANT DE 18 ANS OU PLUS		28. DATE

## DEMANDE D'INSCRIPTION

### LISEZ LES INSTRUCTIONS AVANT DE REMPLIR LE FORMULAIRE

#### SECTION A - RENSEIGNEMENTS SUR LE

##### PARTICIPANT

1. Entrez le nom du participant (nom, prénom, 2ème prénom).
2. Entrez la date de naissance du participant.
3. Saisissez le numéro de sécurité sociale du participant (4 derniers chiffres).
4. Entrez l'adresse (rue, ville, état, code postal) où réside le participant.
5. Entrez le comté où réside le participant.
6. Entrez le numéro de téléphone de domicile où réside le participant.
7. Entrez le sexe du participant.
8. Entrez la race du participant (w - blanc, b - noir, a - asiatique, na - amérindien, pi - insulaire du Pacifique, o - autre).
9. Entrez le numéro de téléphone du participant / de la famille pendant la journée / au travail.
10. Saisissez le nom de la partie responsable.
11. Saisissez l'adresse e-mail de la partie responsable.
12. Entrez le nom et l'adresse du médecin de soins primaires où le participant reçoit ses soins de base (immunisations, etc.).
13. Entrez le nom et l'adresse du médecin où le participant reçoit ses soins spécialisés.
14. Programme inscrit - cochez la case qui identifie le mieux le programme auquel le participant est intéressé.

#### SECTION B - RENSEIGNEMENTS SUR LA FAMILLE - LISTEZ TOUTES LES PERSONNES EN PLUS DU PARTICIPANT VIVANT DANS LE FOYER

15. Entrez le nom des autres personnes vivant dans le même foyer que le participant.
16. Entrez la date de naissance des autres personnes vivant dans le même foyer que le participant.
17. Entrez la relation des autres personnes vivant dans le même foyer avec le participant.
18. Si cette personne reçoit des services de Besoins Spéciaux en matière de Soins de Santé (SHCN), cochez la case «SHCN».
19. Si le participant a un tuteur désigné par le tribunal, cochez «Oui» et entrez le type de tutelle.
20. Saisissez le nom, l'adresse et le numéro de téléphone du tuteur.
21. Entrez le nom d'un autre contact - une personne ne faisant pas partie de ce ménage qui saura comment entrer en contact avec le participant / la famille.
22. Entrez le numéro de téléphone de la personne de contact alternative.

#### SECTION C - RESSOURCES FINANCIÈRES (NON APPLICABLES AU PROGRAMME HCY)

23. Cochez «Oui» si un participant / une famille a produit un Formulaire d'impôt Fédéral sur le Revenu. Joignez une copie du Formulaire d'impôt Fédéral sur le Revenu. N'envoyez pas le formulaire w-2. Si le participant / la famille n'a pas de copie du formulaire d'impôt sur le revenu, composez le (800) 829-1040 pour en obtenir une de la part de l'IRS. Postez la copie au Coordonnateur des Services dès sa réception.  
Cochez «Non» si le participant / la famille n'a pas déposé de Formulaire d'impôt Fédéral sur le Revenu et indiquez la raison de la non-dépôt. (joignez une copie de l'extension.)
24. Cochez «Oui» si le revenu familial a changé depuis le dépôt de l'impôt fédéral sur le revenu. Si le revenu a changé, renseignez la date du changement et entrez le revenu estimé de cette année.

#### SECTION D - ASSURANCE

25. Statut d'assurance actuel - cochez la ou les cases décrivant le statut d'assurance actuel du participant. Incluez la date de début et de fin de la couverture.

#### SECTION E - CONDITION MÉDICALE OU PROBLÈME

Décrivez l'état ou le problème médical du participant.

#### SECTION F - SERVICES DEMANDÉS / NÉCESSAIRES

Saisissez les services souhaités.

#### SECTION G - AUTORISATION DE COMMUNIQUER DES INFORMATIONS

26. Signature du parent / tuteur. Si la tutelle a été accordée, le tuteur doit signer.
27. Le participant de 18 ans ou plus doit signer la demande. Le parent doit signer avec le participant de 18 ans ou plus lorsque le participant est inscrit sur le formulaire fédéral d'impôt sur le revenu du parent comme personne à charge.
28. Entrez la date de signature.