



En quoi consiste le programme EPIC?

Le programme de couverture d'assurance pharmaceutique pour les personnes âgées (Elderly Pharmaceutical Insurance Coverage, EPIC) est un programme de l'État de New York géré par le Département de la santé (Department of Health). Il offre aux personnes âgées une aide au paiement des médicaments sur ordonnance couverts par Medicare Part D **une fois toute franchise du régime Part D atteinte**. Le programme EPIC couvre également de nombreux médicaments exclus de Medicare Part D.

- Les membres du **régime tarifaire** versent une cotisation annuelle à EPIC en fonction de leurs revenus. Les quotes-parts EPIC varient entre 3 et 20 dollars, en fonction du coût du médicament. Les personnes bénéficiant de l'Aide supplémentaire (Extra Help) complète de Medicare sont exemptées des frais du programme EPIC.
- Les membres du **régime avec franchise** doivent payer une franchise annuelle calculée en fonction de leurs revenus avant de pouvoir bénéficier des quotes-parts EPIC pour les médicaments.

Le programme EPIC prend également en charge les primes du régime Medicare Part D, à hauteur du montant d'un régime de base, pour les membres dont les revenus annuels sont inférieurs à 23 000 dollars s'ils sont célibataires ou à 29 000 dollars s'ils sont mariés.

Les personnes ayant des revenus plus élevés doivent s'acquitter des primes de leur régime Part D.

- Afin de les aider à payer, leur franchise EPIC est réduite du coût annuel d'un plan de base Medicare Part D.
- Les franchises EPIC pour les revenus indiqués dans les zones ombrées des barèmes du régime avec franchise seront inférieures aux montants indiqués.

Qui est admissible?

- Les résidents de l'État de New York âgés de 65 ans ou plus, dont les revenus annuels ne dépassent pas 75 000 dollars pour une personne seule ou 100 000 dollars pour un couple marié.
- Une personne âgée admissible bénéficiant d'une aide Medicaid qui ne bénéficie pas de l'intégralité des prestations Medicaid.

Inscription à Medicare Part D

Tous les membres du programme EPIC doivent avoir Part D afin de bénéficier des prestations EPIC. Étant donné que le programme d'aide pharmaceutique EPIC est agréé par l'État, les membres peuvent adhérer à un régime Part D au cours de l'année une fois qu'ils sont inscrits au programme EPIC. Ils peuvent également modifier leur régime Medicare Part D une fois par an.

L'Aide supplémentaire peut vous permettre de réaliser des économies!

Le programme EPIC utilisera les informations fournies dans cette demande pour solliciter l'Aide supplémentaire au nom de la personne âgée, si ses revenus sont admissibles, et seules les lignes 1 à 3 seront utilisées pour la décision relative au programme EPIC.

- Les personnes âgées qui bénéficient déjà de l'Aide supplémentaire peuvent joindre à leur formulaire une copie de la lettre de décision de l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration).
- Si la demande d'Aide supplémentaire complète est approuvée, la personne âgée bénéficiera de quotes-parts moins élevées et ne sera pas soumise à l'écart de couverture de Medicare Part D. Medicare et EPIC prendront en charge la totalité ou la majeure partie de la prime mensuelle du régime Part D.

Comment déposer une demande

- Veuillez remplir le formulaire de demande, le signer et l'envoyer par courrier à l'adresse ci-dessous.
- Veuillez indiquer vos revenus totaux et celui de votre conjoint(e) si vous vivez ensemble (même si un seul des deux fait la demande) et les deux doivent signer le formulaire.
- Veuillez soumettre une demande séparée. Les conjoints qui vivent ensemble peuvent utiliser le même formulaire. Veuillez cocher « Célibataire » si vous êtes célibataire, divorcé(e), veuf(-ve) ou si votre conjoint(e) ne réside pas avec vous (par exemple, s'il ou si elle réside dans une maison de retraite). Veuillez cocher « Marié(e) » si vous et votre conjoint(e) vivez dans le même foyer.

Pour plus d'informations, veuillez contacter la ligne d'assistance EPIC au numéro sans frais **1 800 332-3742** (téléscripteur : **1 800 290-9138**)

Téléchargez un formulaire de demande à l'adresse suivante :

http://health.ny.gov/health_care/epic/application_contact.htm (choisissez la langue de votre choix)

ou écrivez à : **EPIC**

P.O. Box 15018

Albany, NY 12212-5018.

Revenus de l'année précédente

Les lignes 1 à 3 sont utilisées pour votre décision EPIC. Si vous êtes MARIÉ(E) et vivez avec votre conjoint(e), veuillez remplir les informations pour vous deux. En utilisant le ou les montants indiqués à la ligne 3, reportez-vous au barème des tarifs EPIC au verso de cette page afin de déterminer votre régime en fonction de vos revenus, vos frais annuels ou votre franchise annuelle.

Admissibilité à l'Aide supplémentaire

Les personnes âgées déjà admissibles aux programmes d'économies Medicare (Medicare Savings Programs) sont automatiquement admissibles à l'Aide supplémentaire. Veuillez nous faire parvenir une copie de votre lettre de décision. Si vous êtes admissible, vous pouvez ignorer les lignes 4 à 22.

Revenus mensuels actuels

- Lignes 4 à 9. Veuillez indiquer les revenus mensuels actuels avant déductions pour chaque catégorie (sécurité sociale, anciens combattants, etc.). Si le montant varie d'un mois à l'autre, veuillez estimer les revenus mensuels moyens des 12 derniers mois pour chaque ligne. Veuillez NE PAS inclure les salaires et les revenus provenant d'une activité indépendante, les revenus créditeurs, les dividendes, les aides publiques, les remboursements médicaux ou les allocations pour famille d'accueil. Veuillez saisir 0 \$ si vous n'avez aucun revenu à déclarer sur cette ligne.
- Ligne 8a. Veuillez préciser le TYPE des autres revenus que vous ou votre conjoint(e) déclarez à la ligne 5 (prestation alimentaire matrimoniale, revenus locatifs nets, indemnités d'accident du travail, prestations d'invalidité privées ou publiques, etc.).
- Ligne 10. Veuillez indiquer si l'un des montants déclarés aux lignes 4 à 8 a diminué au cours des deux dernières années.

Actifs

- Lignes 11 à 14. Veuillez indiquer le solde actuel (ou estimé) des comptes bancaires, des placements ou des liquidités que vous, votre conjoint(e) (si vous êtes mariés et vivez ensemble) ou vous deux possédez. Veuillez inclure les liquidités ou les placements que l'un ou l'autre de vous possède avec une autre personne. **Veuillez NE PAS inclure votre résidence, vos véhicules, vos concessions funéraires, vos biens personnels ou les arriérés de paiement de la Sécurité sociale ou du service des revenus de la Sécurité sociale (SSI). Si vous n'en possédez aucun, saisissez 0 \$.**

Autres frais et revenus

Si vous êtes CÉLIBATAIRE, veuillez répondre aux questions (12 à 14) en fonction de vos revenus et de vos actifs. Si vous êtes MARIÉ(E) et vivez avec votre conjoint(e), veuillez répondre aux questions (12 à 14) en fonction de vos revenus et actifs COMBINÉS, le cas échéant.

- Ligne 15. Veuillez cocher « oui » si vous prévoyez que les liquidités ou les fonds provenant des placements indiqués sous la rubrique « Actifs » aux lignes (8 à 10) seront utilisés pour couvrir vos frais funéraires ou d'inhumation ou ceux de votre conjoint(e). Dans le cas contraire, veuillez cocher « non ».
- Ligne 16. Veuillez cocher « oui » si vous ou votre conjoint(e) possédez des biens immobiliers autres que votre résidence principale (p. ex., résidence secondaire, biens locatifs ou terrains non bâtis distincts de votre résidence principale). Dans le cas contraire, veuillez cocher « non ».
- Ligne 17. Veuillez indiquer le nombre de membres de votre famille qui vivent avec vous et qui dépendent de vous ou de votre conjoint(e) pour au moins la moitié de leur soutien financier. Les membres de la famille peuvent inclure toute personne ayant un lien de parenté avec vous par le sang, par alliance ou par adoption. Veuillez saisir un 0 si cette question ne vous concerne pas.

Veuillez répondre aux questions 18 à 22 uniquement si vous et votre conjoint(e) (si vous vivez ensemble) AVEZ travaillé au cours des deux dernières années. Dans le cas contraire, veuillez laisser les questions 18 à 22 sans réponse.

- Ligne 18. Veuillez estimer le montant que vous ou votre conjoint(e) prévoyez de percevoir en salaires **avant impôts et déductions** pour l'année civile en cours.
- Ligne 19. Si vous êtes indépendant(e), veuillez estimer le montant que vous ou votre conjoint(e) prévoyez de gagner ou de perdre pour l'année civile en cours. Veuillez saisir un nombre négatif si vous prévoyez une perte.
- Ligne 20. Veuillez cocher « oui » si les montants déclarés aux lignes 18 ou 19 ont diminué au cours des deux dernières années. Dans le cas contraire, veuillez cocher « non ».
- Ligne 21. Veuillez indiquer le mois et l'année (MM/AAAA) où vous avez cessé de travailler ou prévoyez de cesser de travailler. Veuillez laisser ce champ vide si vous ou votre conjoint(e) avez l'intention de continuer à travailler.
- Ligne 22. Veuillez cocher « oui » ou « non » si vous ou votre conjoint(e) payez des frais qui permettent à votre conjoint(e) de travailler. Voici quelques exemples de tels frais : fauteuil roulant; frais médicaux et médicaments; services d'aide à domicile; modifications apportées au véhicule ou autres besoins en matière de transport; technologies d'aide liées au travail; frais liés au chien-guide; aides sensorielles et visuelles; traductions en braille. Veuillez cocher « S.O. » (sans objet) si vous êtes célibataire ou si votre conjoint(e) est âgé(e) de 65 ans ou plus.
- Ligne 23. Veuillez vous assurer de joindre une copie de votre lettre de décision si vous bénéficiez déjà des prestations « Aide supplémentaire ».



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

Formulaire de demande

BESOIN D'AIDE? NUMÉRO SANS FRAIS : 1 800 332-3742
¿NECESITA AYUDA? LLAME AL: 1 800 332-3742

Veuillez écrire lisiblement en lettres majuscules.

Qui dépose la demande
et pour qui?

☐ Vous-même
uniquement

☐ Vous-même
et votre conjoint(e)

☐ « Aide supplémentaire »
uniquement

Votre nom de famille

Prénom

Initiale du second prénom

Numéro de Sécurité sociale

Sexe

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ X

Votre date de naissance

Mois Jour Année

____/____/____

Votre numéro de téléphone

Indicatif régional Numéro

(____) _____

État civil

☐ Veuf(-ve), célibataire ou divorcé(e)

☐ Marié(e), vivant en couple

☐ Marié(e), vivant séparément

À l'attention de (si différent du nom ci-dessus)

Adresse de résidence (pas de case postale)

Ville

État

Code postal

Adresse où vous recevez votre courrier (si différente de l'adresse ci-dessus)

Ville

État

Code postal

Nom du/de la conjoint(e) (si en vie)

Nom de famille

Prénom

Initiale du second prénom

**Numéro de Sécurité sociale du/de
la conjoint(e)**

Numéro de téléphone du/de la conjoint(e)

Indicatif régional Numéro

(____) _____

Date de naissance du/de la conjoint(e)

Mois Jour Année

____/____/____

Sexe du conjoint

☐ Féminin ☐ Masculin ☐ X

Saisissez le numéro de votre demande Medicare (carte bleue, blanche et rouge) _____

Saisissez le numéro de la demande Medicare de votre conjoint(e) (carte bleue, blanche et rouge) _____

Si vous êtes déjà inscrit(e) à EPIC, saisissez votre numéro d'identification EPIC _____

Si votre conjoint(e) est déjà inscrit(e) à EPIC, saisissez son numéro d'identification EPIC _____

Décision EPIC : indiquez vos revenus totaux pour l'année civile précédente.

Si vous êtes marié(e) et vivez ensemble, vous devez déclarer les revenus annuels combinés de l'année précédente pour vous et votre conjoint(e), même si un seul d'entre vous dépose la demande. Si vous êtes marié(e), mais que vous vivez séparément, indiquez uniquement vos revenus annuels. Multipliez les montants mensuels par 12 pour obtenir les revenus annuels. Les lignes 1 à 3 sont utilisées uniquement pour la décision EPIC.

	Vos revenus annuels	Revenus annuels de votre conjoint(e)
1. Prestations de sécurité sociale ou de retraite des cheminots (moins les cotisations Medicare Part B) qui vous sont versées par chèque ou virement automatique.	_____ \$	_____ \$
2. Autres revenus : incluez les pensions, les rentes, les intérêts, les dividendes, les distributions IRA, les gains en capital, les salaires, les revenus ou pertes d'entreprise, les revenus locatifs nets, etc.	_____ \$	_____ \$
3. Revenus ANNUELS totaux (additionner les lignes 1 et 2)	_____ \$	_____ \$

Décision relative à la prestation « Aide supplémentaire » : indiquez vos revenus mensuels totaux actuels.

EPIC utilisera vos réponses aux lignes 4 à 22 pour demander en votre nom une aide fédérale appelée « Aide supplémentaire » (Extra Help). Ceci est requis par la loi pour bénéficier des prestations EPIC. Si vous bénéficiez déjà des prestations « Aide supplémentaire », veuillez passer à la ligne 23 (ignorez les lignes 4 à 22) pour indiquer que vous fournissez une copie de votre lettre de décision.

MONTANTS MENSUELS ACTUELS

(Saisissez 0 \$ si aucun revenu n'est perçu)

	Vos revenus	Revenus de votre conjoint(e)
4. Sécurité sociale mensuelle avant déductions	\$	\$
5. Retraite mensuelle des cheminots avant déductions	\$	\$
6. Prestations mensuelles aux anciens combattants avant déductions	\$	\$
7. Autres pensions et rentes mensuelles avant déductions (à l'exclusion de tout montant déclaré dans la section Actifs ci-dessous)	\$	\$
8. Autres revenus mensuels non mentionnés ci-dessus (y compris prestation alimentaire matrimoniale, revenus locatifs nets, indemnités d'accident du travail, prestations d'invalidité privées ou publiques)	\$	\$
8A. Veuillez préciser le TYPE des autres revenus (ligne 8) :		
9. Revenus MENSUELS totaux (additionner les lignes 4 à 8)	\$	\$

Si vos revenus dépassent le plafond fixé pour bénéficier de l'Aide supplémentaire pour l'année civile au cours de laquelle vous déposez votre demande (consultez le site internet du programme EPIC à l'adresse http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm ou celui de l'Administration de la Sécurité sociale à l'adresse <http://www.ssa.gov>), veuillez ignorer les lignes 10 à 22 et continuer. Si vous n'avez pas accès à internet à la maison, appelez la ligne d'assistance EPIC au numéro suivant : 1 800 332-3742 (téléscripteur : 1 800 290-9138).

10. Les montants indiqués aux lignes 4 à 8 ont-ils diminué au cours des deux dernières années? ☐ Oui ☐ Non
11. Comptes bancaires – solde total actuel (compte de chèques, compte d'épargne, compte de dépôt du marché monétaire, certificats de dépôt) _____ \$
12. Actions, obligations, bons d'épargne, fonds communs de placement, comptes de retraite individuels ou autres placements similaires _____ \$
13. Argent liquide à la maison ou ailleurs _____ \$
14. **Total des actifs** (additionner les lignes 11 à 13). _____ \$

Si vos actifs dépassent le plafond fixé pour bénéficier de l'Aide supplémentaire pour l'année civile au cours de laquelle vous déposez votre demande (consultez le site internet du programme EPIC à l'adresse http://health.ny.gov/health_care/epic/medicare.htm ou les informations similaires sur le site du CMS), veuillez ignorer les lignes 15 à 22 et procéder à la signature.

15. Vos actifs seront-ils utilisés pour couvrir les frais funéraires ou d'inhumation? ☐ Oui ☐ Non
16. Possédez-vous des biens immobiliers autres que votre résidence principale? ☐ Oui ☐ Non
17. Combien de membres de votre famille vivant avec vous dépendent de vous pour au moins la moitié de leur soutien financier? (N'incluez pas votre conjoint[e] ou vous-même.) _____
18. Quel salaire avant impôts et déductions espérez-vous percevoir pour l'année civile en cours? Vous : _____ \$
Conjoint(e) : _____ \$
19. Si vous êtes indépendant(e), quels sont vos revenus ou pertes nets prévus pour l'année civile en cours? Vous : _____ \$
Conjoint(e) : _____ \$
20. Les montants déclarés aux lignes 18 ou 19 ont-ils diminué au cours des deux dernières années? ☐ Oui ☐ Non
21. Si vous avez récemment cessé de travailler ou si vous prévoyez de le faire, veuillez indiquer le mois et l'année (p. ex., 09/2018) Vous : ____ / 20 ____
Conjoint(e) : ____ / 20 ____

22. Si votre conjoint(e) a moins de 65 ans et est aveugle ou handicapé(e), est-ce que vous ou votre conjoint(e) payez pour des services qui lui permettent de travailler?

☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.

23. Si vous êtes déjà admissible au programme d'économies Medicare et bénéficiez des prestations « Aide supplémentaire », avez-vous joint une copie de votre lettre de décision?

☐ Oui ☐ Non ☐ S.O.

Si une personne vous a aidé(e) à remplir ce formulaire, veuillez indiquer son nom, son adresse et son numéro de téléphone.

Nom en caractères d'imprimerie

Numéro de téléphone (avec l'indicatif régional)
()

Adresse postale

Ville/État/Code postal

Veuillez lire attentivement et signer ci-dessous :

Je certifie que les informations fournies dans ce formulaire sont exactes. Je réside dans l'État de New York et ne bénéficie actuellement pas de l'intégralité des prestations Medicaid. Je suis conscient(e) que je suis tenu(e) de fournir des preuves de mon âge, de mes revenus, de mon lieu de résidence, de mon statut Medicare et de mon régime d'assurance médicaments Medicare Part D, le cas échéant. Je comprends également que je dois souscrire à un régime d'assurance médicaments Medicare Part D pour pouvoir bénéficier du programme EPIC. Je comprends que le fait de ne pas fournir les informations d'identification nécessaires pour souscrire à un régime Part D ou à la subvention Medicare (Aide supplémentaire), si je suis admissible, peut entraîner la résiliation de la couverture EPIC. Je consens à l'échange de toutes les informations nécessaires pour vérifier mon admissibilité entre EPIC, l'Administration de la Sécurité sociale (Social Security Administration), Medicare, le programme Medicaid de l'État de New York, le Département fiscal de l'État de New York (NYS Tax Department), les régimes d'assurance médicaments Medicare Part D et toute autre entité nécessaire. En cas de double paiement ou de trop-perçu de la part d'EPIC, je cède à EPIC tous les avantages liés aux médicaments auxquels je pourrais avoir droit dans le cadre du programme Part D ou d'un programme gouvernemental. J'autorise mes prestataires de soins de santé à communiquer au programme EPIC mes informations médicales relatives aux ordonnances et aux diagnostics afin qu'elles soient utilisées à des fins de paiement, d'audit ou de transactions liées aux soins de santé.

Veuillez signer ci-dessous (de même que votre conjoint[e] si vous vivez ensemble) :

Votre signature (représentation légale)

Date

Signature de votre conjoint(e) (représentation légale)

Date

Attention : Si vous êtes admissible à l'Aide supplémentaire et que vous ne remplissez pas les lignes 4 à 22 ou ne fournissez pas une copie de votre lettre de décision de la Sécurité sociale, votre demande sera considérée comme incomplète.

**Envoyez ce formulaire dûment rempli
à l'adresse suivante : EPIC**

**P.O. Box 15018
Albany, NY 12212-5018,**

ou par télécopie : (518) 452-3576



**Department
of Health**

**EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program**

AVIS DE NON-DISCRIMINATION

La présente demande sera prise en considération sans égard à la race, à la couleur, à l'origine nationale, à l'âge, au sexe ou au handicap.

Barèmes tarifaires EPIC

Barème du régime tarifaire

Célibataire	Revenus annuels	Frais annuels
	Jusqu'à 6 000 \$	8 \$
	6 001 \$ – 7 000 \$	16 \$
	7 001 \$ – 8 000 \$	22 \$
	8 001 \$ – 9 000 \$	28 \$
	9 001 \$ – 10 000 \$	36 \$
	10 001 \$ – 11 000 \$	40 \$
	11 001 \$ – 12 000 \$	46 \$
	12 001 \$ – 13 000 \$	54 \$
	13 001 \$ – 14 000 \$	60 \$
	14 001 \$ – 15 000 \$	80 \$
	15 001 \$ – 16 000 \$	110 \$
	16 001 \$ – 17 000 \$	140 \$
	17 001 \$ – 18 000 \$	170 \$
	18 001 \$ – 19 000 \$	200 \$
	19 001 \$ – 20 000 \$	230 \$
	Plus de 20 000 \$	Voir le régime avec franchise

Marié(e)	Revenus annuels combinés	Frais annuels (par personne)
	Jusqu'à 6 000 \$	8 \$
	6 001 \$ – 7 000 \$	12 \$
	7 001 \$ – 8 000 \$	16 \$
	8 001 \$ – 9 000 \$	20 \$
	9 001 \$ – 10 000 \$	24 \$
	10 001 \$ – 11 000 \$	28 \$
	11 001 \$ – 12 000 \$	32 \$
	12 001 \$ – 13 000 \$	36 \$
	13 001 \$ – 14 000 \$	40 \$
	14 001 \$ – 15 000 \$	40 \$
	15 001 \$ – 16 000 \$	84 \$
	16 001 \$ – 17 000 \$	106 \$
	17 001 \$ – 18 000 \$	126 \$
	18 001 \$ – 19 000 \$	150 \$
	19 001 \$ – 20 000 \$	172 \$
	20 001 \$ – 21 000 \$	194 \$
	21 001 \$ – 22 000 \$	216 \$
	22 001 \$ – 23 000 \$	238 \$
	23 001 \$ – 24 000 \$	260 \$
	24 001 \$ – 25 000 \$	275 \$
	25 001 \$ – 26 000 \$	300 \$
	Plus de 26 000 \$	Voir le régime avec franchise



Department
of Health

EPIC
Elderly Pharmaceutical
Insurance Coverage
Program

Barèmes tarifaires EPIC

Barème du régime avec franchise

Zones ombrées – votre franchise EPIC sera inférieure au montant indiqué.

	Célibataire			Marié(e)			Plus de 100 000 \$	
	Revenus annuels	Franchise annuelle		Revenus annuels combinés	Franchise annuelle (par personne)		Revenus annuels combinés	Franchise annuelle (par personne)
	Moins de 20 000 \$	Voir le régime tarifaire		Moins de 26 000 \$	Voir le régime tarifaire		60 001 \$ – 61 000 \$	2 045 \$
	20 001 \$ – 21 000 \$	530 \$		26 001 \$ – 27 000 \$	650 \$		61 001 \$ – 62 000 \$	2 075 \$
	21 001 \$ – 22 000 \$	550 \$		27 001 \$ – 28 000 \$	675 \$		62 001 \$ – 63 000 \$	2 105 \$
	22 001 \$ – 23 000 \$	580 \$		28 001 \$ – 29 000 \$	700 \$		63 001 \$ – 64 000 \$	2 135 \$
	23 001 \$ – 24 000 \$	720 \$		29 001 \$ – 30 000 \$	725 \$		64 001 \$ – 65 000 \$	2 165 \$
	24 001 \$ – 25 000 \$	750 \$		30 001 \$ – 31 000 \$	900 \$		65 001 \$ – 66 000 \$	2 195 \$
	25 001 \$ – 26 000 \$	780 \$		31 001 \$ – 32 000 \$	930 \$		66 001 \$ – 67 000 \$	2 225 \$
	26 001 \$ – 27 000 \$	810 \$		32 001 \$ – 33 000 \$	960 \$		67 001 \$ – 68 000 \$	2 255 \$
	27 001 \$ – 28 000 \$	840 \$		33 001 \$ – 34 000 \$	990 \$		68 001 \$ – 69 000 \$	2 285 \$
	28 001 \$ – 29 000 \$	870 \$		34 001 \$ – 35 000 \$	1 020 \$		69 001 \$ – 70 000 \$	2 315 \$
	29 001 \$ – 30 000 \$	900 \$		35 001 \$ – 36 000 \$	1 050 \$		70 001 \$ – 71 000 \$	2 345 \$
	30 001 \$ – 31 000 \$	930 \$		36 001 \$ – 37 000 \$	1 080 \$		71 001 \$ – 72 000 \$	2 375 \$
	31 001 \$ – 32 000 \$	960 \$		37 001 \$ – 38 000 \$	1 110 \$		72 001 \$ – 73 000 \$	2 405 \$
	32 001 \$ – 33 000 \$	1 160 \$		38 001 \$ – 39 000 \$	1 140 \$		73 001 \$ – 74 000 \$	2 435 \$
	33 001 \$ – 34 000 \$	1 190 \$		39 001 \$ – 40 000 \$	1 170 \$		74 001 \$ – 75 000 \$	2 465 \$
	34 001 \$ – 35 000 \$	1 230 \$		40 001 \$ – 41 000 \$	1 200 \$		75 001 \$ – 76 000 \$	2 495 \$
	35 001 \$ – 36 000 \$	1 260 \$		41 001 \$ – 42 000 \$	1 230 \$		76 001 \$ – 77 000 \$	2 525 \$
	36 001 \$ – 37 000 \$	1 290 \$		42 001 \$ – 43 000 \$	1 260 \$		77 001 \$ – 78 000 \$	2 555 \$
	37 001 \$ – 38 000 \$	1 320 \$		43 001 \$ – 44 000 \$	1 290 \$		78 001 \$ – 79 000 \$	2 585 \$
	38 001 \$ – 39 000 \$	1 350 \$		44 001 \$ – 45 000 \$	1 320 \$		79 001 \$ – 80 000 \$	2 615 \$
	39 001 \$ – 40 000 \$	1 380 \$		45 001 \$ – 46 000 \$	1 575 \$		80 001 \$ – 81 000 \$	2 645 \$
	40 001 \$ – 41 000 \$	1 410 \$		46 001 \$ – 47 000 \$	1 610 \$		81 001 \$ – 82 000 \$	2 675 \$
	41 001 \$ – 42 000 \$	1 440 \$		47 001 \$ – 48 000 \$	1 645 \$		82 001 \$ – 83 000 \$	2 705 \$
	42 001 \$ – 43 000 \$	1 470 \$		48 001 \$ – 49 000 \$	1 680 \$		83 001 \$ – 84 000 \$	2 735 \$
	43 001 \$ – 44 000 \$	1 500 \$		49 001 \$ – 50 000 \$	1 715 \$		84 001 \$ – 85 000 \$	2 765 \$
	44 001 \$ – 45 000 \$	1 530 \$		50 001 \$ – 51 000 \$	1 745 \$		85 001 \$ – 86 000 \$	2 795 \$
	45 001 \$ – 46 000 \$	1 560 \$		51 001 \$ – 52 000 \$	1 775 \$		86 001 \$ – 87 000 \$	2 825 \$
	46 001 \$ – 47 000 \$	1 590 \$		52 001 \$ – 53 000 \$	1 805 \$		87 001 \$ – 88 000 \$	2 855 \$
	47 001 \$ – 48 000 \$	1 620 \$		53 001 \$ – 54 000 \$	1 835 \$		88 001 \$ – 89 000 \$	2 885 \$
	48 001 \$ – 49 000 \$	1 650 \$		54 001 \$ – 55 000 \$	1 865 \$		89 001 \$ – 90 000 \$	2 915 \$
	49 001 \$ – 50 000 \$	1 680 \$		55 001 \$ – 56 000 \$	1 895 \$		90 001 \$ – 91 000 \$	2 945 \$
	50 001 \$ – 51 000 \$	1 710 \$		56 001 \$ – 57 000 \$	1 925 \$		91 001 \$ – 92 000 \$	2 975 \$
	51 001 \$ – 52 000 \$	1 740 \$		57 001 \$ – 58 000 \$	1 955 \$		92 001 \$ – 93 000 \$	3 005 \$
	52 001 \$ – 53 000 \$	1 770 \$		58 001 \$ – 59 000 \$	1 985 \$		93 001 \$ – 94 000 \$	3 035 \$
	53 001 \$ – 54 000 \$	1 800 \$		59 001 \$ – 60 000 \$	2 015 \$		94 001 \$ – 95 000 \$	3 065 \$
	54 001 \$ – 55 000 \$	1 830 \$					95 001 \$ – 96 000 \$	3 095 \$
	55 001 \$ – 56 000 \$	1 860 \$					96 001 \$ – 97 000 \$	3 125 \$
	56 001 \$ – 57 000 \$	1 890 \$					97 001 \$ – 98 000 \$	3 155 \$
	57 001 \$ – 58 000 \$	1 920 \$					98 001 \$ – 99 000 \$	3 185 \$
	58 001 \$ – 59 000 \$	1 950 \$					99 001 \$ – 100 000 \$	3 215 \$
	59 001 \$ – 60 000 \$	1 980 \$						
	60 001 \$ – 61 000 \$	2 010 \$						
	61 001 \$ – 62 000 \$	2 040 \$						
	62 001 \$ – 63 000 \$	2 070 \$						
	63 001 \$ – 64 000 \$	2 100 \$						
	64 001 \$ – 65 000 \$	2 130 \$						
	65 001 \$ – 66 000 \$	2 160 \$						
	66 001 \$ – 67 000 \$	2 190 \$						
	67 001 \$ – 68 000 \$	2 220 \$						
	68 001 \$ – 69 000 \$	2 250 \$						
	69 001 \$ – 70 000 \$	2 280 \$						
	70 001 \$ – 71 000 \$	2 310 \$						
	71 001 \$ – 72 000 \$	2 340 \$						
	72 001 \$ – 73 000 \$	2 370 \$						
	73 001 \$ – 74 000 \$	2 400 \$						
	74 001 \$ – 75 000 \$	2 430 \$						
	Plus de 75 000 \$	Pas admissible						