

**BESOIN IMMÉDIAT DE SERVICES DE SOINS PERSONNELS/D'AIDE
PERSONNELLE DESTINÉE AUX CONSOMMATEURS**

Si vous pensez avoir un besoin immédiat de services de soins personnels (Personal Care Services, PCS) ou de services d'aide personnelle destinée aux consommateurs (Consumer Directed Personal Assistance Services, CDPAS), tels que le ménage, la préparation des repas, le bain ou la toilette, votre admissibilité à ces services peut être traitée plus rapidement si vous remplissez les conditions suivantes :

- vous n'avez pas d'aidant naturel disponible, capable et désireux de fournir ou de continuer à fournir des soins;
- vous ne recevez pas l'aide nécessaire d'une agence de services de soins à domicile;
- vous n'avez pas d'équipement ou de fournitures adaptés ou spécialisés pour répondre à vos besoins; et si
- vous n'avez pas d'assurance aux tiers ou de prestations Medicare pour payer l'aide nécessaire.

Si vous ne bénéficiez pas déjà d'une couverture Medicaid, et que vous remplissez les conditions ci-dessus, vous pouvez demander que votre demande Medicaid soit traitée plus rapidement en envoyant : une demande d'assurance maladie Access NY (DOH-4220) dûment remplie; le supplément A d'Access NY (DOH-5178A), au besoin; une ordonnance du médecin (DOH-4359 ou HCSP-M11Q) ou une déclaration de besoin du médecin (DOH-5779) pour les services (voir la REMARQUE ci-dessous); et une « attestation de besoin immédiat » signée (page 3 de cet avis).

Si vous bénéficiez déjà d'une couverture Medicaid qui ne comprend pas la couverture des services communautaires de soins de longue durée, vous devez envoyer un supplément A d'Access NY (DOH-5178A) dûment rempli; une ordonnance du médecin (DOH-4359 ou HCSP-M11Q) ou une déclaration de besoin du médecin (DOH-5779) pour les services (voir la REMARQUE ci-dessous); et une « attestation de besoin immédiat » signée (page 3 de cet avis).

Si vous bénéficiez déjà d'une couverture Medicaid qui comprend la couverture des services communautaires de soins de longue durée, vous devez envoyer une ordonnance du médecin (DOH-4359 ou HCSP-M11Q) ou une déclaration de besoin du médecin (DOH-5779) pour les services (voir la REMARQUE ci-dessous); et une « attestation de besoin immédiat » signée (page 3 de cet avis).

REMARQUE : si vous avez moins de 18 ans, vous devez avoir un formulaire d'ordonnance du médecin (DOH-4359 ou HCSP-M11Q). Si vous avez 18 ans ou plus, vous pouvez avoir un formulaire de déclaration de besoin du médecin (DOH-5779) ou une ordonnance du médecin (DOH-4359 ou M11Q).

Si vous ne bénéficiez pas déjà d'une couverture Medicaid ou si vous bénéficiez d'une couverture Medicaid qui ne comprend pas la couverture des services communautaires de soins de longue durée : tous les formulaires nécessaires (voir la liste pertinente ci-dessus) doivent être envoyés à votre bureau local des services sociaux ou, si vous vivez à New York, à la Human Resources Administration (Administration des ressources humaines, HRA). Dès que possible après avoir reçu tous ces formulaires, le bureau des services sociaux/la HRA vérifiera que vous avez envoyé toutes les informations nécessaires pour déterminer votre admissibilité à Medicaid. Si des informations supplémentaires sont nécessaires, une lettre vous sera envoyée, au plus tard quatre jours après avoir reçu ces formulaires obligatoires, pour vous demander les informations manquantes. Cette lettre vous indiquera les documents ou informations que vous devez envoyer et la date à laquelle vous devez le faire. Au plus tard sept jours après que le bureau des services sociaux/la HRA a reçu les informations nécessaires, vous devez être informé(e) si vous êtes admissible à Medicaid. Au plus tard 12 jours après avoir reçu toutes les informations nécessaires, le bureau des services sociaux/la HRA déterminera également si vous pouvez bénéficier des PCS ou des CDPAS si vous êtes admissible à Medicaid. Vous ne pouvez pas obtenir ces soins à domicile de Medicaid à moins que vous ne soyez admissible à Medicaid. Si vous êtes admissible à Medicaid et aux PCS ou aux CDPAS, le bureau des services sociaux/la HRA vous en informera et vous obtiendrez les soins à domicile le plus rapidement possible.

Si vous bénéficiez déjà d'une couverture Medicaid qui inclut la couverture des services communautaires de soins de longue durée :

L'ordonnance du médecin (DOH-4359 ou HCSP-M11Q) ou la déclaration de besoin du médecin (DOH-5779) et l'attestation de besoin immédiat signée doivent être envoyées à votre bureau local des services sociaux ou à la HRA. Au plus tard 12 jours après avoir reçu ces formulaires nécessaires, le bureau des services sociaux/la HRA déterminera si vous êtes admissible aux PCS ou aux CDPAS. Si vous êtes admissible aux PCS ou aux CDPAS, le bureau des services sociaux/la HRA vous en informera et vous obtiendrez les soins à domicile le plus rapidement possible.

Les formulaires nécessaires peuvent être obtenus auprès de votre bureau local des services sociaux ou sont disponibles pour être imprimés sur le site Web du Department of Health à l'adresse : http://www.health.ny.gov/health_care/medicaid/#apply.

**Attestation de besoin immédiat de services de soins personnels/d'aide
personnelle destinés aux consommateurs**

Je soussigné(e), _____ (Nom),

atteste avoir besoin de services de soins personnels immédiats ou de services d'aide personnelle destinés aux consommateurs.

J'atteste également que :

- aucun aidant naturel bénévole n'est disponible, capable et désireux de me fournir ou de continuer à me fournir l'aide dont j'ai besoin;
- aucune agence de services de soins à domicile ne me fournit l'aide dont j'ai besoin;
- aucun équipement ou fourniture adaptés ou spécialisés, notamment les chaises d'aisance, les urinoirs, les déambulateurs ou les fauteuils roulants, ne sont utilisés pour répondre, ou ne peuvent pas répondre, à mon besoin d'aide; et
- aucune assurance au tiers ou prestation d'assurance-maladie ne sont disponibles pour payer l'aide dont j'ai besoin.

Je certifie qu'à ma connaissance, les informations figurant sur ce formulaire sont correctes et complètes.

SIGNATURE DU DEMANDEUR/DE LA DEMANDEUSE OU DU/DE LA
REPRÉSENTANT(E)

DATE DE SIGNATURE

**Personnes recevant des services de soins de longue durée dans un
établissement de soins infirmiers ou un hôpital**

Si vous recevez des services de soins de longue durée dans un établissement de soins infirmiers ou un hôpital et que vous avez l'intention de retourner chez vous, votre admissibilité aux services de soins personnels ou aux services d'aide personnelle destinés aux consommateurs peuvent être traitée plus rapidement. Suivez les instructions de la page précédente et remplissez les informations demandées ci-dessous.

Je me trouve dans un établissement de soins ou dans un hôpital et la date de mon retour chez moi a été fixée au

DATE

Contactez-moi ou contactez mon/ma représentant(e) légal(e) en appelant le _____ .