

DÉCLARATION D'ACCORD

DEMANDE D'ASSISTANCE MÉDICALE AUX RÉFUGIÉS

En tant que client(e) admissible au Programme de relocalisation des réfugiés (Refugee Resettlement Program) en Arizona, le présent document vous est remis dans la langue que préférez. Si vous préférez que ce document soit interprété dans la langue de votre choix, un interprète vous sera fourni sur demande.

Tous les réfugiés et autres bénéficiaires admissibles arrivant en Arizona ont le droit de demander l'Assistance médicale aux réfugiés (Refugee Medical Assistance, RMA). La RMA est un programme de prestations de santé d'une durée maximale de douze mois destiné aux réfugiés et à d'autres bénéficiaires admissibles qui se sont vu refuser l'Arizona Medicaid (un programme d'assurance maladie), également connu sous le nom de Système de maîtrise des dépenses de soins de santé d'Arizona (Arizona Health Care Cost Containment System, AHCCCS), à leur arrivée et dont le revenu est inférieur à 200 % du seuil de pauvreté fédéral (Federal Poverty Level), ou dont la couverture Arizona Medicaid a pris fin en raison d'un revenu d'emploi supérieur à la limite de revenu pour l'admissibilité à l'Arizona Medicaid. La RMA permet de régler des frais médicaux approuvés et autorisés pendant un maximum de douze mois après l'arrivée aux États-Unis ou l'obtention d'un statut admissible auprès du Bureau de relocalisation des réfugiés (Office of Refugee Resettlement), c'est-à-dire la date à laquelle vous obtenez un statut d'immigration qui vous rend admissible à recevoir des services spécifiques aux réfugiés. Bien que la RMA ne puisse être accordée plus de douze mois consécutifs, sa couverture est similaire à celle fournie par l'AHCCCS. Pour plus d'informations sur la couverture fournie par l'AHCCCS, rendez-vous sur le site : <https://www.azahcccs.gov/>.

Pour vous inscrire à la RMA, vous pouvez demander l'aide de : l'agence de relocalisation locale (Local Resettlement Agency, LRA) qui vous a pris(e) en charge, votre Private Sponsor Group par l'intermédiaire du Welcome Corps, ou tout organisme vous assistant avec les services et qui a accès au Système de base de données en ligne des programmes de relocalisation des réfugiés en Arizona (Arizona Refugee Resettlement Programs Online Database System, ARRPODS). Chacun de ces groupes ou organismes peut, si vous le souhaitez, déposer une demande d'Assistance médicale aux réfugiés en votre nom. En outre, à la fin de votre couverture AHCCCS, l'AHCCCS partagera ces informations de clôture avec le RRP, qui pourra vous inscrire automatiquement à la RMA lorsque votre AHCCCS prendra fin. En signant cette demande, vous reconnaissez et acceptez d'être inscrit(e) à la RMA si vous êtes considéré(e) comme non admissible à l'AHCCCS et si vous êtes dans les 12 premiers mois de votre arrivée ou de l'obtention d'un statut admissible.

Si votre demande de prestations au titre de la RMA est approuvée, vous recevrez une carte RMA indiquant votre couverture ainsi que les dates de début et de fin des prestations. En tant que demandeur/demandeuse de la RMA, vous avez les droits et responsabilités suivants :

- Le droit à ce que votre admissibilité à la RMA soit déterminée sous 30 jours à compter de la date de cette demande signée, ou au moment de la fin de l'AHCCCS en raison d'un revenu d'emploi si l'AHCCCS a communiqué cette information au RRP.
- Le droit de bénéficier des services auxquels vous êtes admissible conformément aux réglementations fédérales et étatiques, selon la disponibilité des services et les limites fiscales.
- La responsabilité de rapporter en détail toute situation concernant cette demande et de communiquer à votre gestionnaire de dossier, sous cinq jours de sa survenance, tout changement concernant votre situation susceptible d'affecter votre admissibilité (par exemple, déménagement définitif en dehors de l'Arizona, changement de revenus, etc.).
- La responsabilité de collaborer à tous les efforts déployés par l'agence afin d'établir votre admissibilité. Vous acceptez toute enquête approfondie concernant votre admissibilité, notamment toute question à vos employeurs, médecins et autres professionnels. Vous acceptez également que d'autres dossiers de l'agence soient examinés.

Vous bénéficiez actuellement des Services de relocalisation des réfugiés auprès de : _____

DEMANDES SOUMISES

Je soussigné(e) (*témoin/gestionnaire de dossier*), _____, atteste avoir évalué le dossier et confirme avoir déposé une demande de RMA appropriée via l'ARRPODS au nom du ou des demandeurs/demandeuses concerné(e)s.

NOM(S) DE LA OU DES PERSONNES DEMANDANT LA RMA

DÉCLARATION D'ACCORD

DEMANDE DE DÉPISTAGE MÉDICAL DES RÉFUGIÉS

En tant que client(e) admissible au Programme de relocalisation des réfugiés (Refugee Resettlement Program) en Arizona, le présent document vous est remis dans la langue que préférez. Si vous préférez que ce document soit interprété dans la langue de votre choix, un interprète vous sera fourni sur demande.

Vous êtes admissible au Dépistage médical des réfugiés (Refugee Medical Screening, MS). Le MS a lieu dans les 90 jours suivant votre arrivée ou l'obtention d'un statut admissible et comprend un examen physique, vos antécédents médicaux, des vaccinations, des tests de laboratoire généraux et des tests de dépistage des maladies infectieuses. Il comporte également une radiographie du thorax. Ce MS est entièrement gratuit pour vous. Il a pour objet d'assurer le suivi de toute affection identifiée lors de votre examen médical à l'étranger, si vous en avez bénéficié, et d'identifier de nouveaux problèmes de santé susceptibles d'entraver la réussite de votre relocalisation. Il constitue votre entrée dans le système de santé et vous oriente vers un médecin traitant et tout spécialiste dont vous pourriez avoir besoin pour des soins plus poussés.

L'Agence de relocalisation locale (Local Resettlement Agency, LRA) qui vous a pris(e) en charge, votre Private Sponsor Group par l'intermédiaire du Welcome Corps, ou tout organisme vous inscrivant à l'ARRPODS peut déposer une demande de MS en votre nom si vous le souhaitez. Le Programme de relocalisation des réfugiés (RRP) détermine votre admissibilité au MS.

Pour que l'orientation vers le prestataire MS soit possible, vous devez autoriser le RRP à assurer la coordination avec votre représentant. Vous devez également autoriser le RRP à transmettre vos informations au prestataire MS. Vous pouvez indiquer ci-dessous si vous autorisez ou non cette activité.

Veillez cocher la case ci-dessous :

J'aimerais bénéficier d'un dépistage médical. Je refuse le dépistage médical.

Je soussigné(e), _____, sélectionne l'option suivante qui autorisera ou non le RRP à contacter l'agence auprès de laquelle je bénéficie des services de relocalisation afin de coordonner les services.

J'autorise Je n'autorise pas

Je soussigné(e), _____, sélectionne l'option suivante qui autorisera ou non le RRP à envoyer mes coordonnées, mes informations personnelles, les documents attestant mon admissibilité et les coordonnées, informations personnelles et documents attestant l'admissibilité de toute personne à charge indiquée dans la rubrique ci-dessous de la demande, au prestataire MS de mon comté, via l'ARRPODS, afin de faciliter le déroulement de mon MS. J'ai le droit de refuser ces transferts de mes données personnelles faits en mon nom par le RRP, et une orientation pour un dépistage est possible via d'autres processus physiques.

J'autorise Je n'autorise pas

Je soussigné(e), _____, sélectionne l'option suivante qui autorisera ou non le RRP à envoyer ma photo et les photos de toute personne à charge indiquée dans la rubrique ci-dessous de la demande, au prestataire MS opérant dans mon comté, via l'ARRPODS, afin de faciliter le déroulement de mon MS. Les photos seront utilisées uniquement pour aider le prestataire MS à identifier le ou la client(e).

J'autorise Je n'autorise pas

DÉCLARATION D'ACCORD

DEMANDES SOUMISES

Je soussigné(e) (*témoin/gestionnaire de dossier*), _____, atteste avoir évalué le dossier et confirme avoir déposé une demande de MS appropriée via l'ARRPODS au nom du ou des demandeurs/demandeuses concerné(e)s.

NOM(S) DE LA OU DES PERSONNES DEMANDANT UN DÉPISTAGE MÉDICAL

SIGNATURES/CERTIFICATION

Je certifie que je suis un(e) réfugié(e) ou un(e) autre bénéficiaire admissible admis(e) aux États-Unis en vertu de la loi sur les réfugiés de 1980 (Refugee Act of 1980), que je demande à bénéficier des services du RRP et que les informations fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes.

Signature du demandeur/de la demandeuse : _____ Date : _____

Responsable légal(e)/Représentant(e) autorisé(e) : _____ Date : _____

Lien avec le ou la client(e) mineur(e) : _____

Signature de l'interprète : _____ Date : _____
(Si l'interprétation a été refusée, indiquez « N/A » ci-dessus)

Interprète refusé (signature du ou de la client(e) ici) : _____ Date : _____

DÉCLARATION D'ACCORD

SERVICES D'EMPLOI ET GESTION DES DOSSIERS DU PROGRAMME DE RELOCALISATION DES RÉFUGIÉS

Dans le cadre de notre processus de prestation de services, le Programme de relocalisation des réfugiés (RRP) de l'Arizona ou tout prestataire contractuel du RRP dont vous recevez les services peut vous orienter vers d'autres prestataires de services financés par le RRP. Le RRP ou ses prestataires contractuels effectueront ces orientations via le Système de base de données en ligne des programmes de relocalisation des réfugiés en Arizona (ARRPODS). Les informations partagées incluent les coordonnées, les informations personnelles, les documents relatifs à l'admissibilité, ainsi qu'une photo du ou de la client(e). Vous avez le droit de refuser ces transferts de vos données personnelles faits en votre nom par le RRP ou ses prestataires de services contractuels, et l'inscription est possible via d'autres processus physiques.

Je soussigné(e), _____, sélectionne l'option suivante qui autorisera ou non le RRP, ou tout prestataire contractuel du RRP dont je reçois les services, à envoyer mes coordonnées, mes informations personnelles, les documents attestant mon admissibilité et les coordonnées, informations personnelles et documents attestant l'admissibilité de toute personne à charge indiquée ci-dessous via l'ARRPODS, afin de faciliter mon inscription aux services d'emploi et gestion des dossiers financés par le RRP si je demande des services fournis par un autre prestataire du RRP.

J'autorise Je n'autorise pas

Je soussigné(e), _____, sélectionne l'option suivante qui autorisera ou non le RRP à envoyer ma photo et les photos de toute personne à charge indiquée ci-dessous, pour les services d'emploi et gestion des dossiers financés par le RRP, via l'ARRPODS. Les photos seront utilisées uniquement pour aider les prestataires financés par le RRP à identifier le ou la client(e).

J'autorise Je n'autorise pas

NOM(S) DE LA OU DES PERSONNES À CHARGE

PARTAGE DES DONNÉES AVEC DES PRESTATAIRES DE SERVICES NON CONTRACTUELS OU DES PRESTATIONS

Pendant votre période de service, vous pouvez autoriser le RRP ou un de ses prestataires de services contractuels ou non contractuels à partager vos informations personnelles, et celles de toute personne à charge mentionnée ci-dessus, avec un prestataire de services non contractuel du RRP ou un programme de prestations, afin que le RRP puisse vous aider à vous inscrire à des services ou à des prestations. Pour partager ces informations, le RRP ou ses prestataires de services contractuels ou non contractuels ont besoin de votre consentement écrit. Vous pouvez indiquer ci-dessous les prestataires de services ou les programmes de prestations pour lesquels vous autorisez le RRP ou ses prestataires de services contractuels ou non contractuels à partager vos informations.

NOM DU PRESTATAIRE DE SERVICES OU DU PROGRAMME DE PRESTATIONS	TYPE DE SERVICE OU DE PRESTATION

DÉCLARATION D'ACCORD

SIGNATURES/CERTIFICATION

Je certifie que je suis un(e) réfugié(e) ou un(e) autre bénéficiaire admissible admis(e) aux États-Unis en vertu de la loi sur les réfugiés de 1980 (Refugee Act of 1980), que je demande à bénéficier des services du RRP et que les informations fournies dans ce formulaire sont, à ma connaissance, exactes.

Signature du demandeur/de la demandeuse : _____ Date : _____

Responsable légal(e)/Représentant(e) autorisé(e) : _____ Date : _____

Lien avec le ou la client(e) mineur(e) : _____

Signature de l'interprète : _____ Date : _____
(Si l'interprétation a été refusée, indiquez « N/A » ci-dessus)

Interprète refusé (signature du ou de la client(e) ici) : _____ Date : _____