

# 6

## Programme élargi de services à domicile pour les personnes âgées (In-Home Services for the Elderly Program, EISEP) ou Services communautaires pour les personnes âgées (Community Services for the Elderly, CSE)

### Accord client

Nom(s) du ou des clients : \_\_\_\_\_

Agence Prestataire EISEP : \_\_\_\_\_

Agence pour les personnes âgées du territoire : \_\_\_\_\_

Période couverte par le présent accord : \_\_\_\_\_ au \_\_\_\_\_

#### A. Accord – Aucune participation aux frais

Cochez la case si cette section fait partie de l'accord.

Je comprends que, sur la base des informations que j'ai fournies, je ne suis pas tenu(e) de payer de frais pour les services dans le cadre du programme élargi de services à domicile pour les personnes âgées (EISEP) ou des services similaires dans le cadre du programme des services communautaires pour les personnes âgées (CSE) pour la période couverte par le présent accord.

#### B. Accord – Participation aux frais

Cochez la case si cette section fait partie de l'accord.

J'accepte de payer des frais pour les services, biens et/ou articles que je reçois dans le cadre de l'EISEP et/ou du CSE pour la période couverte par le présent accord. Ces frais ne dépasseront pas \_\_\_\_\_ % du coût des services que je reçois au cours d'un mois ou \_\_\_\_\_ \$, le montant inférieur étant pris en compte. Cela n'inclut pas le coût de la gestion de cas, qui est gratuite.

Les frais que je paierai chaque mois sont estimés à \_\_\_\_\_ \$, en fonction des services, des biens et/ou des articles que je prévois de recevoir de l'EISEP et/ou du CSE. Cependant, je ne serai pas facturé(e) pour les services que je ne reçois pas réellement ou pour les services reçus avant la détermination de mon partage des coûts.

Je comprends que je recevrai \_\_\_\_\_ unités de soins à domicile, \_\_\_\_\_ unités de relève de mon aide-soignant à domicile, et \_\_\_\_\_ unités de services auxiliaires

### **C. Accord - Participation aux frais pour les clients potentiels de Medicaid**

Cochez la case si cette section fait partie de l'accord.

Je dépose une demande pour Medicaid et je comprends que pendant le processus de demande et de détermination de Medicaid, Je demande que les services EISEP et/ou CSE, tels que définis dans mon plan de soins, me soient fournis.

Pendant que mon éligibilité à Medicaid est déterminée, je comprends que je suis responsable du coût de ces services d'un montant de \_\_\_\_\_ \$ par mois pendant la période couverte par le présent accord. Cependant, je ne serai pas facturé(e) pour les services que je ne reçois pas réellement ou pour les services reçus avant la détermination de mon partage des coûts. Je comprends que si je suis déclaré(e) éligible à Medicaid, Medicaid paiera pour des services similaires à domicile. Au moment où je commence à recevoir des services à domicile dans le cadre de Medicaid, je comprends que je ne serai plus tenu(e) de payer une participation aux frais de mes services à domicile dans le cadre de l'EISEP/CSE et que cet accord prendra fin. Dans le cas où je serais éligible aux services et soutiens EISEP/CSE qui ne relèvent pas de Medicaid, je pourrai déposer une nouvelle demande pour EISEP/CSE et un nouvel accord sera établi en fonction de mes revenus, de mes frais de logement et de mes conditions de vie. Ce nouvel accord pourra, le cas échéant, comporter une participation aux frais pour la durée du présent accord.

### **D. Accord - Paiement du montant total des frais, aucune information financière**

Cochez la case si cette section fait partie de l'accord.

Je refuse de fournir les informations requises pour ce formulaire. Je crois que mes revenus et mes ressources me rendent inéligible à recevoir des services à domicile ou de gestion de cas de ce type dans le cadre de Medicaid ou de tout autre programme gouvernemental. Je comprends que, de par mon refus, je ne suis pas éligible pour recevoir une aide de participation aux frais dans le cadre de l'EISEP et/ou du CSE. Je choisis de recevoir les services auxquels je suis éligible en vertu du présent accord et de payer le coût total des services, soit \_\_\_\_\_ \$ par mois, pour la période couverte par le présent accord. Cependant, je ne serai pas facturé(e) pour les services que je ne reçois pas ou pour les services reçus avant la détermination de mon partage des coûts.

Je comprends que si je décide de fournir toutes les informations demandées sur ce formulaire, j'aurai la possibilité de demander et de recevoir une nouvelle détermination du montant des frais qui me seront imputés. Pour en faire la demande,

je contacterai mon gestionnaire de cas. Une nouvelle détermination en vertu du présent article prendra effet à la date du nouvel accord au plus tôt.

#### **E. Confirmation des informations financières**

Je, \_\_\_\_\_, certifie que toutes les informations financières que j'ai fournies dans le cadre des services EISEP et/ou CSE sont véridiques et exactes au meilleur de ma connaissance. J'accepte que ces informations soient vérifiées si nécessaire. Je me rends compte que toute déclaration fausse ou frauduleuse faite sciemment par moi dans le cadre de cette évaluation financière pourrait entraîner mon inadmissibilité aux services.

Je comprends que des changements futurs dans le type ou la quantité de services que je reçois, mes revenus, mes frais de logement, mes conditions de vie ou mes frais médicaux pourraient affecter le présent accord. Je conviens d'informer mon gestionnaire de cas de tout changement s'il se produit. Je comprends que si des changements surviennent, ma participation aux frais pourrait être recalculée à partir du moment où le changement prendra effet. Si j'ai payé des montants trop élevés, je serai intégralement remboursé(e) par l'Agence pour les personnes âgées du territoire. Si j'ai payé des montants trop bas, je paierai le montant dû. Si une erreur est constatée, je comprends que ma participation aux frais pourrait être recalculée à partir du moment où j'ai commencé à recevoir les services.

J'ai été pleinement informé(e) de la politique et de la procédure de paiement de ma participation aux frais, et je comprends qu'un manquement délibéré de payer ma participation aux frais entraînera ma résiliation du programme et me rendra inéligible à recevoir des services dans le cadre de l'EISEP et/ou du CSE jusqu'à la réception du paiement de ma participation aux frais en souffrance.

#### **F. Calendriers de paiement, pratiques de facturation et procédures de paiement**

J'accepte les calendriers de paiement, les pratiques de facturation et les procédures de paiement de l'agence, et je reconnais qu'une copie de ceux-ci m'a été fournie avec le présent accord.

## **G. Droit du client**

J'ai été informé(e) par écrit de mes droits en vertu de l'EISEP et/ou du CSE. Cela inclut tous les droits que je pourrais avoir de demander une audience et mon droit de contester le montant de ma participation aux frais qui a été évaluée par l'Agence pour les personnes âgées du territoire.

## **H. Acceptation de la détermination du plan de soins/de la participation aux frais**

J'ai été informé(e) de la détermination de mon plan de soins et de ma participation aux frais.

**J'accepte la détermination de mon plan de soins et de ma participation aux frais**

Oui     Non (Expliquez)

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du/de la client(e)/représentant(e)**

**Date**

\_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Signature du/de la client(e)/représentant(e)**

**Date**

**Confirmation du gestionnaire de cas**

Je, \_\_\_\_\_, gestionnaire de cas pour  
\_\_\_\_\_, certifie que les informations  
contenues dans ce document correspondent aux informations fournies par le client.

**Signature :** \_\_\_\_\_      **Date :** \_\_\_\_\_

**Nom (en caractères d'imprimerie) :** \_\_\_\_\_

**Numéro de téléphone :** \_\_\_\_\_

**Adresse email :** \_\_\_\_\_